



МИНИСТЕРСТВО ПРОСВЕЩЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования

«ЮЖНО-УРАЛЬСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
ГУМАНИТАРНО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
(ФГБОУ ВО «ЮУрГГПУ»)

ФАКУЛЬТЕТ ИНКЛЮЗИВНОГО И КОРРЕКЦИОННОГО ОБРАЗОВАНИЯ
КАФЕДРА СПЕЦИАЛЬНОЙ ПЕДАГОГИ, ПСИХОЛОГИИ И ПРЕДМЕТНЫХ
МЕТОДИК

**Коррекция мелкой моторики у детей старшего дошкольного возраста со стёртой
дизартрией в условиях психолого-педагогического сопровождения**

**Выпускная квалификационная работа по направлению
44.04.03 Специальное (дефектологическое) образование**

**Направленность программы магистратуры
«Психолого-педагогическое сопровождение лиц с нарушениями речи»
Форма обучения заочная**

Проверка на объем заимствований:

40,77 % авторского текста
Работа _____ к защите
рекомендована/не рекомендована
« 18 » 10 2023 г. 19.12
зав. Кафедрой СППиПМ

к.п.н., доцент Д.А. Дружинина

Выполнила:

Студентка группы ЗФ 306-173-2-2
Одинцова Юлия Андреевна

Научный руководитель:
к.п.н., доцент кафедры СППиПМ
Бородина Вера Анатольевна

Челябинск
2024

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	3
ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ РАЗВИТИЯ МЕЛКОЙ МОТОРИКИ У ДЕТЕЙ СТАРШЕГО ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА СО СТЕРТОЙ ДИЗАРТРИЕЙ.....	7
1.1 Онтогенетические закономерности развития мелкой моторики у детей	7
1.2 Специфические особенности развития мелкой моторики у детей старшего дошкольного возраста со стертой дизартрией.....	15
1.3 Коррекционный потенциал прикладного творчества для развития мелкой моторики как ключевое условие в модели психолого-педагогического сопровождения дошкольников с дизартрией	23
Выводы по первой главе	32
ГЛАВА 2. ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ РАБОТА ПО КОРРЕКЦИИ МЕЛКОЙ МОТОРИКИ У ДЕТЕЙ СТАРШЕГО ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА СО СТЕРТОЙ ДИЗАРТРИЕЙ В УСЛОВИЯХ ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ.....	34
2.1 Исследование состояния развития мелкой моторики у детей старшего дошкольного возраста со стертой дизартрией.....	34
2.2 Реализация модели коррекции мелкой моторики у детей старшего дошкольного возраста со стертой дизартрией в условиях психолого-педагогического сопровождения.....	49
2.3 Результаты экспериментальной работы.....	57
Выводы по второй главе	67
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	69
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ	72
ПРИЛОЖЕНИЯ.....	79

ВВЕДЕНИЕ

Дошкольный возраст – период интенсивного совершенствования речи: обогащается словарь, формируется произношение звуков, развивается связная речь. Все чаще встречаются дети дошкольного возраста с разнообразными речевыми нарушениями в сочетании с нарушениями двигательной сферы, в частности, моторики.

Дошкольный возраст является сенситивным для развития моторики ребенка, а познание мира через движение способствует полноценному развитию ребенка. Ввиду этого, в настоящее время не теряет своей актуальности проблема повышения эффективности комплексной психолого-педагогической работы по развитию моторики детей дошкольного возраста.

Не менее актуальна данная проблематика и в отношении детей старшего дошкольного возраста со стертой дизартрией. В структуре речевого дефекта при дизартрии выделяют нарушения произносительной стороны речи, обусловленные недостаточностью иннервации речевого аппарата. При этом также имеются неречевые расстройства, проявляющиеся в том числе в нарушениях мелкой моторики.

Изучением особенностей мелкой моторики детей старшего дошкольного возраста со стертой дизартрией занимались многие ученые, такие как Е.Ф. Архипова, М.М. Кольцова, Л.В. Лопатина, Е.М. Мастюкова, О.В. Правдина, К.А. Семенова, Н.В. Серебрякова и др.

Необходимость всестороннего изучения особенностей мелкой моторики у детей со стертой дизартрией обусловлена также потребностью в своевременной организации профилактической, коррекционной и развивающей работы, направленной на нормализацию и развитие способности к полноценному обучению.

Вышесказанное подтверждает актуальность темы нашего исследования: «Коррекция мелкой моторики у детей старшего дошкольного

возраста со стёртой дизартрией в условиях психолого-педагогического сопровождения».

Объект исследования: процесс развития мелкой моторики у детей старшего дошкольного возраста.

Предмет исследования: коррекционная работа по развитию мелкой моторики у детей старшего дошкольного возраста со стертой дизартрией средствами прикладного творчества в условиях психолого-педагогического сопровождения.

Цель исследования: теоретически обосновать, разработать и экспериментально проверить содержание коррекционной работы по развитию мелкой моторики у детей старшего дошкольного возраста со стертой дизартрией в условиях психолого-педагогического сопровождения.

Гипотеза исследования: развитие мелкой моторики у детей старшего дошкольного возраста со стертой дизартрией будет более эффективным если, во-первых, будет разработана и реализована модель психолого-педагогического сопровождения, включающая диагностический, организационно-методический и содержательный компоненты; во-вторых, в содержательный компонент коррекционной работы будут включены занятия по прикладному творчеству.

Для достижения цели поставлены следующие задачи:

1. Проанализировать психолого-педагогическую и специальную литературу по проблеме исследования.
2. Выявить актуальное состояние особенностей развития мелкой моторики у детей старшего дошкольного возраста со стертой дизартрией.
3. Разработать модель психолого-педагогического сопровождения развития мелкой моторики у детей старшего дошкольного возраста со стертой дизартрией средствами прикладного творчества.
4. Экспериментально проверить эффективности модели психолого-педагогического сопровождения развития мелкой моторики у детей старшего

дошкольного возраста со стертой дизартрией средствами прикладного творчества.

Методы исследования:

- теоретические: анализ, сравнение и обобщение теоретических и экспериментальных данных по проблеме исследования;
- эмпирические: методы логопедического обследования, педагогический эксперимент, изучение документации (медицинской и логопедической), количественный и качественный анализ результатов исследования.

Теоретическая значимость исследования:

- представлены и уточнены теоретические данные по проблеме развития мелкой моторики у детей старшего дошкольного возраста со стертой дизартрией;
- расширены научные представления о возможностях развития мелкой моторики у детей старшего дошкольного возраста со стертой дизартрией средствами прикладного творчества в условиях психолого-педагогического сопровождения.

Практическая значимость исследования определяется:

- изучением особенностей мелкой моторики и речевого развития у детей старшего дошкольного возраста со стертой дизартрией;
- внедрением в воспитательно-образовательный процесс разработанной нами модели психолого-педагогического сопровождения развития мелкой моторики у детей старшего дошкольного возраста со стертой дизартрией с использованием прикладного творчества, которой могут пользоваться педагоги дошкольных образовательных учреждений.

Этапы исследования:

Первый этап (январь – май 2022) – изучение психолого-педагогической и специальной литературы по теме исследования. Определение научного аппарата исследования (определение предмета, объекта, гипотезы исследования).

Второй этап (сентябрь 2022 – апрель 2023) – разработана и апробирована модель психолого-педагогического сопровождения развития мелкой моторики у детей старшего дошкольного возраста со стертой дизартрией. Организован констатирующий и формирующий этап эксперимента.

Третий этап (май – декабрь 2023) – проведен контрольный этап эксперимента реализации модели психолого-педагогического сопровождения развития мелкой моторики у детей старшего дошкольного возраста со стертой дизартрией. Оформлены результаты экспериментальной работы исследования, сформулированы выводы по теме исследования.

База исследования: МБДОУ «Детский сад № 68 г. Челябинска». В исследовании принимали участие 10 детей старшего дошкольного возраста со стертой дизартрией.

Структура исследования: выпускная квалификационная работа состоит из введения, двух глав, выводов по главам, заключения, списка использованных источников и приложений.

ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ РАЗВИТИЯ МЕЛКОЙ МОТОРИКИ У ДЕТЕЙ СТАРШЕГО ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА СО СТЕРТОЙ ДИЗАРТРИЕЙ

1.1 Онтогенетические закономерности развития мелкой моторики у детей

Одним из важных аспектов развития ребенка является его моторное развитие. Изучением особенностей моторного развития детей занимались многие психологи и педагоги. Широкое распространение получили работы А.В. Запорожца, А.Н. Леонтьева, Г.А. Любиной, А.М. Матюшина, Г.А. Мишиной, Е.А. Стребелевой и др. Авторы утверждают, что движение способствует познанию мира и полноценному развитию ребенка.

Учёные, занимающиеся изучением деятельности детского мозга, психики детей отмечают большое стимулирующее значение функции движения (В.И. Бельтюков, М.М. Кольцова, Л.А. Кукуев, А.Р. Лурия, Л.А. Новиков и др.). По их мнению, сенсомоторное развитие – один из ведущих факторов развития ребенка.

В психологии по определению В.С. Мухиной, мелкая моторика – это совокупность скоординированных действий, нервной, мышечной и костной систем, часто в сочетании со зрительной системой в выполнении мелких и точных движений кистями и пальцами рук и ног [35].

Р.С. Немов полагает, что развитие мелкой моторики имеет значение в нескольких аспектах, определивших существующие направления научных исследований:

- 1) в связи с развитием познавательных способностей;
- 2) в связи с развитием речи;
- 3) развитие собственных движений рук для осуществления предметных и орудийных действий, в том числе письма [36].

С точки зрения А.Л. Сиротюк, мелкая моторика является развитием мелких мышц пальцев, способность выполнять ими тонкие координированные манипуляции, движения малой амплитуды [41].

Со стороны физиологии Н.А. Бернштейн, М.М. Кольцова, Н.Н. Новикова считают, что мелкая моторика – одна из сторон двигательной сферы, которая непосредственно связана с овладением предметными действиями, развитием продуктивных видов деятельности, письмом, речью ребенка [4].

С точки зрения педагогики Э.Я. Степаненкова трактует понятие мелкой моторики, как движение мелких мышц тела, способность манипулировать мелкими предметами, передавать объекты из рук в руки, а также выполнять задачи, требующие скоординированной работы глаз и рук [42].

Л.Б. Осипова указывает, что мелкая моторика – это движения, осуществляемые мелкими мышцами человеческого тела, способность выполнять задачи, требующие скоординированной работы глаз и рук [43].

Т.А. Власова и М.С. Певзнер в своих работах писали о том, что мелкая моторика человека – это комплекс реакций, умений, навыков и сложных последовательных движений, характерных человеку [5].

Н.В. Нижегородцева и В.Д. Шадриков определили моторику рук как осуществление двигательных действий кисти, точность и четкость при выполнении физических упражнений и трудовых операций [22].

Исходя из вышесказанного, мы можем сделать вывод, что мелкая моторика определяется тонкими движениями кистей пальцев рук, необходима для многих действий человека, которые вырабатывались в процессе культурно-исторического развития общества и человека: орудийных, предметных, трудовых.

К мелкой моторике относится большое количество разнообразных движений: от примитивных жестов, таких как захват объектов, до очень мелких движений, от которых, например, зависит почерк человека.

Л.В. Антакова-Фомина, Т.Ю. Гогберашвили, Е.Г. Гришина, С.Н. Котягина, А.В. Семенович, Л.С. Цветкова доказали, что с анатомической точки зрения, около трети всей площади двигательной проекции коры головного мозга занимает проекция кисти руки, расположенная очень близко от речевой зоны. Поэтому развитие речи ребёнка неразрывно связано с развитием мелкой моторики [3].

Связь мелкой моторики и речевого развития была подтверждена исследователями Института физиологии детей и подростков. В числе исследователей можно назвать А.В. Антакову-Фомину, Е.И. Исенину, М.М. Кольцову.

В быту человеку ежеминутно требуется совершать какие-либо действия мелкой моторики: застёгивание пуговиц, манипулирование мелкими предметами, письмо, рисование и т. д., поэтому от её развития напрямую зависит его качество жизни.

Далее рассмотрим особенности развития мелкой моторики у детей дошкольного возраста в онтогенезе. Данную проблему изучали А.Р. Лурия, Л.Б. Осипова, И.Е. Светлова, А.Н. Фролова, И. Эллнеби и др.

Мелкая моторика развивается естественным образом, начиная с младенческого возраста на базе общей моторики. Сначала ребёнок учится хватать предмет, после появляются навыки переключивания из руки в руку, так называемый «пинцетный захват» и т. д., к двум годам он уже способен рисовать, правильно держать кисточку и ложку. В дошкольном и раннем школьном возрасте моторные навыки становятся более разнообразными и сложными. Увеличивается доля действий, которые требуют согласованных действий обеих рук [10].

Исследования О.А. Новиковской показали, что движения выпрямленных рук ребенка над грудью развиваются и закрепляются в системе эмоционально-положительного комплекса оживления. Этот комплекс оживления возникает в первые месяцы жизни ребенка, когда он улыбается матери, активно двигает руками и ногами. В возрасте от двух

месяцев уже удерживает предмет в руках, сжимает и разжимает пальцы. В трехмесячном возрасте ребенок не только удерживает предмет в руках, но и пытается затащить его себе в рот. Свободно размахивает руками без зрительного контроля [35].

У четырехмесячного ребенка часто раскрыты ладони, не редко складывает их вместе, ощупывает свои руки. Подтягивает руки к предмету и цепляется за него.

В возрасте пяти месяцев протягивает руки матери, берет предметы из рук взрослого.

Начиная с полугода до семи месяцев появляются ритмические взмахи руками. Если в руках ребенка находится предмет, то ребенок размахивает им. Перекладывает предмет из одной руки в другую.

С восьмого месяца жизни по девяти крепко сжимает отбираемую игрушку, берет мелкие предметы двумя пальцами, а больше всей ладонью. Показывает нос, глаза у человека либо у кукол. Машет рукой при прощании. Начинает проявляться преобладание одной руки.

После 9 месяцев формируется манипулятивная деятельность, по-разному действует с предметами: катает машинку, открывает разные предметы нажимать на кнопки, вынимает из коробки накладывает один предмет на другой, снимает и надевает кольца пирамидки. С этого момента происходит включение центров тактильного анализатора коры больших полушарий [33].

Н.А. Бернштейн писал: «Естественный онтогенез моторики складывается из двух резко разновременных фаз. Первой фазой является анатомическое дозревание центрально-нервных субстратов, которое заканчивается к 2-2.5 годам. Вторая же фаза, переходящая иногда далеко за пределы возраста полового созревания, – это фаза функционального дозревания и налаживания работы координационных уровней. В этой фазе развитие моторики не всегда идет прогрессивно: в некоторые моменты и по отношению некоторым классам движений (т.е. уровням) могут происходить

временные остановки и даже регрессы, создающие сложные колебания пропорций и равновесия между координационными уровнями». Развитие движений, соответствующих каждому уровню, становится возможным в онтогенезе по мере созревания отделов головного мозга, обеспечивающих эти движения [10].

Н.А. Бернштейн подчеркивает, что решающим условием для эффективного Развития мелкой моторики ребенка оказывается целенаправленное воспитание и обучение, способствующего развитию движений рук. Двигательные задачи, которые взрослый ставит перед ребенком, в процессе воспитания, и попытки ребенка решить их, являются необходимым условием развития соответствующих уровней построения движений. Так различные задания на мелкую моторику, способствуют развитию тонких движений кистей и пальцев рук [9].

И. Элленби очень подробно изучала онтогенез мелкомоторного развития и выделяет несколько этапов развития моторики руки:

1. Хватательный рефлекс (0-4 месяца).
2. Локтево-ладонная хватка (3 месяца).
3. Радиально-ладонная хватка (6 месяцев).
4. Хватка с помощью пальцев (8 месяцев).
5. Щипающая хватка (11-12 месяцев).
6. Верхняя хватка (1 и 2 года).
7. Хватка крест-накрест (2 года).
8. Хватка щетки (3 и 4 года).
9. Хватка, использующая сгиб между большим и указательным пальцами (5 лет).
10. Противостояние большого пальца (5 лет).
11. Скоординированные движения обеими руками (6-7 лет) [58].

Первым этапом развития моторики руки является хватательный рефлекс. Он развивается в хватательное движение, являющееся вначале нескоординированным. Координация «рука – глаза» появляется, когда

младенец может видеть предмет, который находится у него в руке. Это происходит в возрасте 4–6 месяцев, когда ребенок может держать руки перед своим телом. Это начало координации между обеими половинами мозга.

В месяц жизни руки ребенка сжаты в кулачок, он разглядывает их и проявляет интерес. Затем с каждым месяцем каждое движение рук развивается: игрушку, вложенную в руку он будет держать, будет тянуться к подвешенной игрушке, хватать предметы, будет тянуться к пальчикам на ногах [58].

Хватательный рефлекс является рефлекторным движением, которое активизируется с помощью осязания. Примерно в возрасте 2 месяцев рука начинает открываться и большой палец выходит из руки. К 4 месяцам хватательный рефлекс должен быть настолько заторможен, что ребенок должен начать осознанно хватать и отпускать различные предметы [58].

Локтево-ладонная хватка появляется примерно в 3 месяца. Новорожденный держится своим мизинцем, безымянным и средним пальцами, а не большим и указательным. Младенцу трудно положить предметы себе в рот с помощью такой хватки и маленькие объекты часто остаются внутри его руки. Если ребенок хватает одной рукой, то происходит параллельное движение другой руки. Локтевая: кость на той же стороне руки, что и мизинец; ладонная: ладонь этой руки.

Радиально-ладонная хватка видна примерно в 6 месяцев. Когда рука находится в среднем положении, ребенок хватает прямо ладонью и сгибает пальцы вокруг предмета. Радиальная: кость руки на стороне большого пальца; ладонная: ладонь этой руки.

Хватка с помощью пальцев происходит в 8 месяцев. Ребенок держит предмет четырьмя или пятью пальцами. Предметы не находятся больше внутри ладони [59].

Многие учёные (А.Р. Лурия, Л.И. Моурлот и др.) утверждают, что к полугоду ребенок держит игрушку, трясет ею, может сводить руки по средней линии, играет со своими ногами, тянет их в рот. Семимесячный

ребенок учится хлопать в ладоши, перекладывает предметы из руки в руку, держит игрушку двумя руками сразу, учится держать объекты двумя пальцами. Последний навык к десяти месяцам активно развивается, в этом возрасте развитие моторики у детей уже позволяет брать все более мелкие предметы пальцами, рассматривая, вертеть их в руках, бросить. Примерно к году пинцетный захват сформирован, ребенок берет кончиками указательного и большого пальца самые мелкие крошки, бусинки [20].

Щипающая хватка наблюдается примерно в 11-12 месяцев. Ребенок держит предмет с помощью большого и указательного пальцев. В этом возрасте ребенок любит находить всевозможные мелкие предметы, лежащие на полу. Верхняя хватка наблюдается между 1 и 2 годами. Ребенок хватает предмет сверху, тыльной стороной кисти вверх.

Когда ребенку исполняется 2 года, он держит ручку или ложку перекрестной хваткой. Он удерживает ручку крест-накрест, причем ладонь и палец направлены вниз. Это – внутренняя наклонная хватка. Когда ребенок пользуется такой хваткой, движение совершается плечом и локтем. Это большое моторное движение. Ребенок может обнаружить, что легче управлять ручкой, если использовать эту же самую хватку с выпрямленным указательным пальцем [19].

Между 3 и 4 годами появляется хватка «щетка», она также называется верхняя хватка пальцами. Ребенок пользуется только пальцами для того, чтобы удержать предмет. Рука все еще повернута наклонно внутрь, но уже начинается движение в запястье.

И.Е. Светлова подчёркивает, что в трёхлетнем возрасте происходит дальнейшее совершенствование мелкомоторных функций рук ребенка, с которыми тесно взаимосвязаны процессы мышления. Достаточный уровень развития мелкой моторики является важным показателем готовности ребенка к школьному обучению [30].

А.Н. Фролова отмечает, что в 3,5-4 года ребенок уже умеет держать карандаш и довольно свободно манипулировать им. К этому возрасту

совершенствуется зрительно-пространственное восприятие, и это позволяет детям при копировании передавать пропорции фигур, ограничивать протяженность линий и рисовать их относительно параллельными [60].

Наиболее подробные показатели развития мелкой моторики к концу младшего дошкольного возраста указала Л.Б. Осипова. К ним относятся:

- знание расположения, названия и назначения пальцев руки;
- умение выполнять элементарные приемы массажа рук и пальцев руки;
- умение использовать соответствующий захват предметов с учетом их формы, величины;
- умение выполнять изолированные движения пальцами рук (статические, динамические);
- умение выполнять движения рукой, кистью руки в различных направлениях, вытягивание, сгибание, сжатие руки; формообразующие движения всей рукой в различных направлениях и плоскостях;
- рисование линий в разных направлениях, копирование элементарных фигур [35].

Хватка, использующая сгиб между большим и указательным пальцами, развивается в возрасте около 5 лет. Движение теперь становится все более ограниченным и включает только предплечье, запястье и пальцы. Вначале эта хватка достаточно высока, но по мере ее развития движение опускается вниз и карандаш начинает удерживаться низко с помощью большого, указательного и среднего пальцев. Рука в этом случае становится вращающейся наружу, расслабленная (инертная) хватка [30].

Противостояние большого пальца развивается последним, примерно в 5-летнем возрасте. Большой палец должен быть в состоянии дотрагиваться до кончиков каждого из остальных пальцев. Большой палец становится настолько подвижным, что с его участием можно сформировать кольцо и ребенок может согнуть его поперек ладони ногтем вверх. Если большой палец не может становиться «напротив» кончиков других пальцев или

поворачивается, как описано выше, то у ребенка плохо развивается хватка «щипцами». В возрасте 6-7 лет ребенок впервые может использовать обе руки скоординированным образом и, например, есть ножом и вилкой [30].

Моторное развитие детей 4-7 лет связано с созреванием мозга и всех его структур, которые участвуют в регуляции движений, совершенствованием связей между двигательной зоной и другими зонами коры, изменением структуры и функциональных возможностей опорно-двигательного аппарата. Совершенствуется и становится более устойчивой структура локомоций и перемещений рук при игровых и бытовых ситуациях. В 6-7 лет ребенок впервые может использовать обе руки скоординированным образом и, например, есть ножом и вилкой. Однако вплоть до 7 лет биодинамику движений верхних и нижних конечностей у детей отличает наличие лишних колебаний и неравномерность скорости [30].

Таким образом, мы выяснили, что мелкая моторика – это совокупность скоординированных действий нервной, мышечной и костной систем, часто в сочетании со зрительной системой в выполнении мелких и точных движений кистями и пальцами рук и ног. В дошкольном возрасте происходит интенсивное совершенствование моторного развития, двигательных функций. Отмечается взаимосвязь развития мелкой моторики с созреванием соответствующих зон мозга и развитием важнейших психических функций, выявлена возрастная динамика этого процесса, показано его совершенствование в ходе развития ребёнка.

1.2 Специфические особенности развития мелкой моторики у детей старшего дошкольного возраста со стертой дизартрией

В первую очередь рассмотрим характеристику понятия «дизартрия» в специальной литературе.

Под термином «дизартрия» в логопедии понимают нарушение произносительной стороны речи, обусловленное недостаточностью

иннервации речевого аппарата. При этом нарушаются характер, звучность голоса, ритмико-тональная степень выражения, искривляется силлабическая окраска речевых звучаний, неверно реализуется звуковой строй речи. Данную патологию членораздельной речи объединяют основным способом с патологией иннервации мышц периферического речевого аппарата, в связи с чем, совершается нарушение нейромоторной регуляции мышечного тонуса вследствие органического либо функционального поражения ЦНС [27].

Дизартрия является следствием органического поражения ЦНС, симптомы которой проявляются в виде расстройства двигательной сферы и в свою очередь отражаются на состоянии моторики. Двигательная недостаточность выражается у дизартриков в виде плохой координации сложных движений, скорости и ловкости их выполнения. Чем сложнее движение, тем заметнее моторная недостаточность.

О.В. Правдина считает, что дизартрия – тяжелое и сложное нарушение звуковой стороны речи [39].

По мнению Е.М. Мастюковой, дизартрия – это нарушение произносительной стороны речи, обусловленное недостаточностью иннервации речевого аппарата [28].

Л.И. Белякова дает иное определение дизартрии – это обобщенное название группы речевых расстройств, имеет несколько форм, каждая из которых характеризуется своей неврологической и речевой симптоматикой. Дизартрия – наиболее часто встречающиеся нарушения функционирования речеобразовательной системы [6].

По словам Л.С. Волковой, дети с дизартрией по своей клинико-психологической характеристике представляют неоднородную группу. Стоит отметить, что нет взаимосвязи между тяжестью дефекта и выраженностью психопатологических отклонений. Дизартрия, и в том числе наиболее тяжелые ее формы, могут наблюдаться у детей с сохранным интеллектом, а легкие, «стертые» проявления могут наблюдаться как у нейротипичных детей, так и у детей с олигофренией [11].

В рамках нашего исследования остановимся на характеристике детей со стертой дизартрией.

По мнению Л.В. Лопатиной, стертая дизартрия представляет собой речевую патологию, которая имеет такие проявления, как расстройства фонетического и просодического компонентов речевой функциональной системы. Стертая дизартрия возникает в результате невыраженного микроорганического поражения головного мозга ребенка [17].

О.А. Токарева впервые предложила термин «стертая дизартрия». Она описывает симптомы «стертой дизартрии», как легкие проявления «псевдобульбарной дизартрии», отличающиеся более сильной трудностью преодоления [44].

Немного позднее данное определение было несколько изменено М.П. Давыдовой и стало таким: «нарушения звукопроизношения, которые вызваны отдельной неполноценностью определенных моторных функций речедвигательного аппарата, а также слабостью и вялостью артикуляционной мускулатуры, можно отнести к легкой стертой псевдобульбарной дизартрии». Она считает, что в практике школьных логопедических пунктов преобладает легкая форма дизартрии (стертая). На данный момент зачастую стертая форма дизартрии в научной литературе указывается, как минимальные проявления дизартрии (МДР) [7].

Выделяют следующие причины, вызывающие стертую дизартрию:

1. Расстройства движений: трудность в нахождении конкретного положения языка и губ, долговременный поиск речевого уклада органов артикуляции, необходимого для произнесения звуков.

2. Нарушение обеспеченности нервными клетками артикуляционного аппарата, при которой отмечается недостаточность функционирования отдельных мышечных групп; неточность движений, их быстрая истощаемость вследствие поражения структурных отделов нервной системы.

3. Оральная апраксия. Утрата способности исполнять простые позы, в которые принимают участие органы артикуляционного аппарата.

4. Минимальная мозговая дисфункция представляет синдром расстройств неврологического характера, проявляющийся в виде двигательных, речевых, эмоциональных расстройств [30].

М.П. Давыдова определяет стертую дизартрию, как нарушения звукопроизношения по причине избирательной неполноценности отдельных моторных функций речедвигательного аппарата. Кроме того, автор отмечает, что причиной нарушений звукопроизношения являются слабость и вялость артикуляционной мускулатуры. При этом нарушения звукопроизношения могут иметь различный характер, но основным признаком этого нарушения является нечеткость артикуляции в потоке речи [15].

Нарушения звукопроизносительной стороны речи у детей со стертой дизартрией выражаются в искажении, замене, смешении, а также в пропусках звуков. Нарушения звукопроизношения и просодических компонентов речи происходят по причине органической недостаточности иннервации мышц речевого аппарата.

Нарушения звукопроизносительной стороны речи при дизартрии проявляются в нарастании мышечного тонуса в артикуляционной мускулатуре при всех видах активных движений. Эта особенность способствует усилению дизартрических расстройств.

Нарушения артикуляционной моторики препятствуют правильному формированию произносительной стороны речи и вызывают нарушения фонематического восприятия. В результате чего у ребенка возникают трудности со звуковым анализом слов, а также искажения звуко-слоговой структуры слова [15].

При стертой дизартрии многие авторы, в частности Р.А. Белова-Давид, отмечают незначительные симптомы пирамидной недостаточности, которые проявляются нарушениями тонуса, анизорефлексией, заключающейся в различной интенсивности сухожильных и кожных рефлексов левой и правой половин тела. Эти симптомы являются возможными нарушений центральной нервной системы по органическому типу. Детям со стертой дизартрией

свойственны сутулая походка на расставленных ногах, а также моторная неловкость. Движения характеризуются замедленным, либо импульсивным темпом. Двигательный праксис характеризуется трудностями организации. Но в то же время в процессе обучения ребенка наблюдается постепенное формирование движений, которые ранее являлись недоступными [6].

В зависимости от проявлений нарушений двигательной стороны процесса произношения и с учетом локализации паретических явлений органов; артикуляционного аппарата, Е.Ф. Соботович и А.Ф. Чернопольская выявили четыре группы детей и выделили следующие виды стертой дизартрии:

- нарушения звукопроизношения, вызванные избирательной неполноценностью некоторых моторных функций речедвигательного аппарата (I группа);

- слабость, вялость артикуляционной мускулатуры (II группа).

Эти две группы относятся к стертой форме псевдобульбарной дизартрии.

- клинические особенности нарушений звукопроизношения, связанные с затруднением в выполнении произвольных двигательных актов (III группа), авторы относят к корковой дизартрии;

- дефекты звуковой стороны речи, имеющиеся у детей с различными формами моторной недостаточности (IV группа), отнесены к смешанным формам дизартрии [28].

В рамках нашего исследования остановимся подробнее на характеристике мелкой моторики у детей старшего дошкольного возраста со стертой дизартрией.

Нарушение мелкой моторики рук является одним из ярких проявлений при стертой дизартрии (Е.Ф. Архипова, Л.В. Лопатина и др.).

По мнению Е.Ф. Архиповой, моторная сфера детей со стертой дизартрией характеризуется замедленными, неловкими, скованными, недифференцированными движениями. Основные симптомы моторных

нарушений при дизартрии – нарушение мышечного тонуса и дискоординация движений, определяются характером и степенью выраженности проявлений общих двигательных расстройств [2].

Также Е.Ф. Архипова отмечает, что наиболее ярко недостаточность мелкой моторики у детей старшего дошкольного возраста со стертой дизартрией проявляется при выполнении сложных двигательных актов, требующих четкого управления движениями, точной работы различных мышечных групп, правильной пространственно-временной организации движений.

У детей со стертой дизартрией значительные трудности вызывает динамическая организация двигательного акта. Наиболее нарушенным является возможность одновременного выполнения движений, что свидетельствует об определенном функционировании премоторных систем, обеспечивающем кинестетическую организацию движений [2].

Л.В. Лопатина указывает, что у детей старшего дошкольного возраста со стертой дизартрией отмечается нарушение как статической, так и динамической координации движений, темпа выполнения движений. Кроме того, зафиксирована двигательная неловкость, проявляющаяся в треморе конечностей [22].

Нарушения мелкой моторике у детей со стертой дизартрией наблюдаются на протяжении всех возрастных этапов.

В возрасте 3-х месяцев дети со стертой дизартрией захватывают игрушки, могут длительно удерживать, проводить различные манипуляции с ними, но движения, хаотичны, обычно носят преимущественно размашистый характер.

К 1 году их действия приобретают характер ситуативной игры, как и у здорового ребёнка, но движения также хаотичны и носят преимущественно размашистый характер. Это сказывается на развитии восприятия, тесно связанного в этот период с хватанием. У детей с дизартрией нет активного

хватания, у них не формируется зрительно-двигательная координация и восприятие свойств предметов.

В более позднем периоде – 1,5-2 года отмечаются запоздалые навыки самостоятельной еды (ложкой, питье из чашки).

В возрасте 2-3-х лет, когда предметно-манипуляторная деятельность становится основной, дети со стертой дизартрией демонстрируют низкий уровень сформированности моторики пальцев рук. Им сложно даётся складывание пирамидки различной сложности, мягких конструкторов. Они с трудом шнуруют, застегивают пуговицы. Родители отмечают, что ребенок не может себя обслужить – сам не одевается, не обувается. Гигиенические навыки из-за моторных нарушений вырабатываются с трудом. Такие дети обычно неопрятны. В других случаях у детей третьего года жизни появляются манипуляции с предметами, иногда напоминающие специфическое использование предмета, но на самом деле ребенок, производя такие действия, не учитывает свойства и назначения предметов. Кроме того, эти манипуляции перемежаются неадекватными действиями [45].

Неадекватные действия – это такие действия, которые противоречат логике употребления предмета, вступают в конфликт с ролью предмета в предметном мире. Например, когда ребенок надевает на стержень пирамидки вначале колпачок, а затем пытается нанизывать колечки; стучит куклой по столу; в маленький гараж пытается засунуть большую машинку и т. п. Такие действия ничего не прибавляют к познанию.

Приблизительно с 2,5 лет нарушения мелкой моторики у детей со стертой дизартрией проявляют себя в продуктивных видах деятельности: ручном труде и изобразительной деятельности. Часто такой ребенок активно поворачивает лист при рисовании или закрашивании, рисует слишком маленькие предметы, что свидетельствует о жесткой фиксации кисти при рисовании. В лепке ребенок не может контролировать силу нажатия, движения его хаотичны, неточны, отсутствует произвольный контроль над

движениями. В процессе трудовой деятельности у ребенка затруднены выполнения тонких и точных действий, координация движений, сила кисти руки или недостаточна, или мало контролируема [43].

Серьезным недостатком, обуславливающим многие проблемы в развитии мелкой моторики детей со стертой дизартией, является отсутствие самоконтроля за действиями, нарушения темпа действий (торопливость или медлительность).

Даже в 5-6-летнем возрасте им доступны лишь самые простые движения, требуется помощь взрослого, отсутствует естественный детский интерес к рисованию. В дальнейшем их рисунки небрежны, размыты, выходят за границы контура.

В своих исследованиях Е.Ф. Архипова обращает внимание на позднее появление пальцевого захвата мелких предметов, длительное сохранение тенденции захватывать мелкие предметы всей кистью, также отмечает трудности при овладении навыками самообслуживания [2].

Л.В. Лопатина отмечает, что мелкая моторика детей дошкольного возраста со стертой дизартрией несколько отстает от нормы. Это проявляется в нарушении быстроты, точности и координированности движений. Значительные трудности у детей вызывает динамическая организация двигательного акта. В большинстве случаев дети затрудняются или же вообще не могут плавно и быстро воспроизвести предложенные движения. При этом отмечаются добавочные движения, перестановки, персеверации, нарушение оптико-пространственной координации. Переключение движений в основном осуществляется сопряженно, с проговариванием их последовательности или по речевой инструкции. Возможность одновременного выполнения движений является наиболее затруднительной. Этот факт указывает на определенную дисфункцию премоторных систем, которые обеспечивают, прежде всего, кинетическую организацию движений [25].

Таким образом, исходя всего вышеизложенного нами материала мы можем сделать следующие выводы:

– у детей старшего дошкольного возраста со стертой дизартрией имеется органический неврологический фон, но все неврологические симптомы выражены в лёгкой форме;

– проявление неврологической симптоматики оказывает неблагоприятное воздействие на речевую и моторную сферу ребёнка со стертой дизартрией;

– органическая природа дефекта при стертой дизартрии сказывается на становлении познавательных процессов и личностном развитии детей;

– у детей старшего дошкольного возраста со стертой дизартрией отмечается нарушение мелкой моторики, которое проявляется в нарушении быстроты, точности и координированности движений, статистической и динамической организации двигательного акта.

1.3 Коррекционный потенциал прикладного творчества для развития мелкой моторики как ключевое условие в модели психолого-педагогического сопровождения дошкольников с дизартрией

В современном образовании, в связи с его гуманистической направленностью активно развивается психолого-педагогическое сопровождение детей.

Изучением психолого-педагогического сопровождения детей старшего дошкольного возраста занимались такие ученые как Э.М. Александровская, М.Р. Битянова, О.О. Монгуш, Г.А. Нагорная, Н.Я. Семаго, Л.Г. Субботина, Л.В. Трубайчук, Л.М. Шипицына, В.И. Щеголь, Н.О. Яковлева и др.

В работе В.И. Щеголь отмечается, что психолого-педагогическое сопровождение – это комплексная, систематически организованная деятельность, в процессе которой создаются социально-психологические и

педагогические условия для успешного обучения и развития каждого ребенка в школьной среде [60].

М.Р. Битянова отмечает, что в настоящее время термин «психолого-педагогическое сопровождение» достаточно широко используется применительно к сфере образования, проблемам организации обучения и воспитания в контексте модернизации образования. Все большее значение приобретает идея психолого-педагогического сопровождения как системы профессиональной деятельности не только психолога, но и педагогов-дефектологов, логопедов, направленных на создание социально-психологических условий для успешного обучения и воспитания, психологическое развитие ребенка с ориентацией на зону его ближайшего развития [5].

Г.А. Нагорной психолого-педагогическое сопровождение понимается как полисубъектные, диалогические отношения в ходе учебно-профессионального взаимодействия. По ее мнению, личность в таких отношениях занимает субъектную позицию, и сама создает полисубъектные диалогические отношения в процессе взаимной коммуникации [30].

Как указывает Л.Г. Субботина, психолого-педагогическое сопровождение может быть представлено как:

1. Профессиональная деятельность педагогических работников, направленная на помощь и поддержку учащихся в его формировании.
2. Комплекс взаимосвязанных и целенаправленных педагогических действий, осуществляемых в ситуациях личностного становления и формирования в процессе педагогического процесса.
3. Взаимодействие субъектов сопровождения [33].

В исследованиях Л.В. Трубайчук психолого-педагогическое сопровождение понимается как «позитивное отношение к субъекту сопровождения, его высокой активности, а также его субъектной готовности к освоению социального опыта, раскрытию личностного потенциала, стремлению к личностному росту, самосовершенствованию» [39].

Э.М. Александровская отмечает, что психолого-педагогическое сопровождение – это особый вид помощи ребёнку, технология, предназначенная для оказания помощи на определенном этапе развития в решении возникающих проблем, или в их предупреждении в условиях образовательного процесса [5].

По мнению О.О. Монгуш, психолого-педагогическое сопровождение сегодня является не просто суммой разнообразных методов коррекционно-развивающей работы с детьми, но выступает как комплексная технология поддержки и помощи ребенку в решении задач развития, обучения, воспитания и социализации [24].

По мнению Н.Я. Семаго, психолого-педагогическое сопровождение – это целостная деятельность всех субъектов образовательного процесса. Он выделяет 3 компонента:

1. Систематическое отслеживание психолого-педагогического статуса ребенка, динамики его психического развития.
2. Создание социально-психологических условий для развития личности каждого ребенка.
3. Создание специальных социально-психологических и образовательных условий для сопровождения и помощи в обучении и развитии детей с особыми образовательными потребностями) [38].

Н.О. Яковлева отмечает, что психолого-педагогическое сопровождение сформировалось из комплексного, стало самостоятельным феноменом и на сегодняшний день является:

- органической частью учебно-воспитательного процесса;
- одним из важнейших принципов организации учебно-воспитательного процесса;
- видом педагогической деятельности.

Объектом сопровождения выступает образовательный процесс (учебно-воспитательный процесс), предметом деятельности является

ситуация развития ребенка как система отношений ребенка с миром, с окружающими (взрослыми и сверстниками), с самим собой [58].

Психолого-педагогическое сопровождение, по мнению Н.О. Яковлевой, является самостоятельным педагогическим феноменом. Так как отвечает ряду характеристик:

- продолжительно во времени и непрерывно, в отличие от помощи и поддержки как разовых акций;

- ориентировано на конкретный процесс, является дополнением к нему и сопровождает его (помощь и поддержка - временные воздействия, краткосрочные);

- основано на непосредственном контакте, взаимодействии субъектов – воспитанника и педагога (в отличие от помощи и поддержки, которые вполне могут оказаны без личного контакт, «на расстоянии»);

- предполагает конкретные действия педагога (помощь и поддержка могут – это, скорее, «рекомендательно-абстрактные» явления и рассчитаны на самостоятельное выполнение воспитанником рекомендуемых действий);

- для проектирования действий опирается на результаты диагностик (помощь и поддержка оказываются оперативно, с учетом интуиции и опыта);

- это масштабное педагогическое действие, которое может предполагать также в своем составе помощь и поддержку [58].

Рассмотрев в этом параграфе научные подходы к понятию психолого-педагогического сопровождения в логопедии, а также выяснив онтогенетические основы развития мелкой моторики у детей старшего дошкольного возраста и особенности развития мелкой моторики у детей старшего дошкольного возраста со стертой дизартрией, мы можем определить необходимые компоненты модели психолого-педагогического сопровождения развития мелкой моторики у детей старшего дошкольного возраста со стертой дизартрией.

Прежде всего дадим характеристику определению «модель». С.А. Бешенков термин «модель» понимает, как объект, который создан

искусственно в виде схемы, конструкции, знаковых форм или формул, для воспроизведения и отображения в более простом виде структуры, свойства, взаимосвязи и отношения между элементами исследуемого объекта (явления) [8].

В основу модели психолого-педагогического сопровождения предложены следующие принципы:

1) принцип системного подхода необходим для учета в работе специалиста структуры дефекта при стертой дизартрии, определения ведущего нарушения, соотношения первичных и вторичных симптомов;

2) принцип учёта структуры речевого нарушения. Нарушение речи в большинстве случаев представляют собой синдром, в структуре которого выделяются сложные и неоднозначные связи между речевыми и неречевыми симптомами;

3) принцип комплексности. Стертая дизартрия представляет собой совокупность речевых и неречевых симптомов, что делает необходимым комплексное психолого-педагогическое воздействие одновременно на все стороны развития ребёнка, а также необходимость включения нескольких специалистов для решения проблем развития мелкой моторики;

4) онтогенетический принцип. Коррекционное воздействие строится с учетом закономерностей и последовательности формирования различных форм и функций речи в ходе онтогенеза. Формирование правильных речевых навыков, форм и функций речи должно осуществляться от простых к сложным, от конкретных к более абстрактным и т.д.;



Рисунок 1 – Модель психолого-педагогического сопровождения развития мелкой моторики у детей старшего дошкольного возраста со стертой дизартрией

Мы выделили 3 компонента в модели психолого-педагогического сопровождения: диагностический, организационно-методический и содержательный.

1. Диагностический компонент направлен на выявление актуального состояния особенностей развития речи и мелкой моторики у детей старшего дошкольного возраста со стертой дизартрией.

2. Организационно-методический компонент направлен на определение участников психолого-педагогического сопровождения, организацию взаимодействия и их методическую поддержку.

3. Содержательный компонент включает отбор содержания коррекционной работы по развитию мелкой моторики у детей старшего дошкольного возраста со стертой дизартрией средствами прикладного творчества в условиях психолого-педагогического сопровождения.

Компоненты модели психолого-педагогического сопровождения последовательно реализуются на четырёх этапах, соответствующих методике коррекционной работы по развитию мелкой моторики у детей дошкольного возраста.

Первый этап – диагностический. Его основная цель: выявление актуального состояния особенностей развития речи и мелкой моторики у детей старшего дошкольного возраста со стертой дизартрией, отбор участников психолого-педагогического сопровождения.

Диагностический этап включает ряд мероприятий, реализуемых соответствующие задачи:

1) сбор анамнестических данных ребёнка (целенаправленный опрос родителей, беседы с ребёнком, изучение специальной и медицинской документации, анамнеза, характеристик из образовательного учреждения);

2) диагностика особенностей развития речи и мелкой моторики;

3) оформление документации.

Второй этап – прогностический. Главная цель: определение направлений, путей и средств коррекционной работы по развитию мелкой

моторики у детей старшего дошкольного возраста со стертой дизартрией средствами прикладного творчества в ходе психолого-педагогического сопровождения. Этап включает определение специалистов психолого-педагогического сопровождения, обсуждение результатов обследования ребенка, построение коррекционного маршрута, выявление целевых ориентиров с учётом возможностей категории детей и каждого ребёнка, с учётом условий, в которых реализуется сопровождение, подбор методического обеспечения, методов и приёмов работы в соответствии с программой работы учителя-логопеда в условиях дошкольного образовательного учреждения.

Третий этап – коррекционный, целью которого является осуществление коррекционной работы по развитию мелкой моторики детей старшего дошкольного возраста со стертой дизартрией средствами прикладного творчества в ходе психолого-педагогического сопровождения согласно составленному маршруту.

На данном этапе реализуется коррекционная работа специалистами психолого-педагогического сопровождения (учителем-логопедом, воспитателями, педагогом дополнительного образования, психолог).

В рамках реализации второго и третьего этапов коррекционной работы нами были взято за основу прикладное творчество.

Прикладное творчество – это конструирование и моделирование из подручных материалов, умение создавать что-то новое из частей чего-либо. Нами были использованы такие виды прикладного творчества, как лепка из пластилина и глины, бисероплетение, аппликация, оригами, вязание крючком, аквамозайка, шитье игрушек [43].

Учитель-логопед включает в фронтальные логопедические занятия специальные упражнения с использованием прикладного творчества (аппликация/лепка по теме логопедического занятия) с целью развития мелкой моторики, а также логопедический массаж с помощью аппликатора Кузнецова и шариков «Су-джок».

Воспитатели группы при реализации образовательной области «Художественно-эстетическое развитие» для развития мелкой моторики в свободную деятельность детей включают создание «пластилиновых картинок», вырезание фигур/изображений/силуэтов, пальчиковую гимнастику.

Педагог дополнительного образования на кружке «Умелые ручки» развивает моторику с детьми посредством бисероплетения, обучения шитью и вязанию.

Родителям также даются рекомендации для развития мелкой моторики в домашних условиях, а именно, посещения кружков по прикладному творчеству в центре дополнительного образования, систематическое проведение пальчиковой гимнастики и массажа колечками «Суджок», игры-шнуровки, мозаика, лепку. Также учитель-логопед давал родителям на выходные домашние задания, которые необходимо выполнить совместно с ребенком.

Также проводятся групповые и индивидуальные консультации, открытые совместные занятия с детьми.

Психолог для развития мелкой моторики включал в занятие игры с водой, песком, крупами, бусинами, камнями, пуговицами, а также нейроупражнения.

Все занятия подчинены календарно-тематическому планированию группы.

Четвёртый этап – оценочно-результативный. Цель этапа: определение эффективности реализации модели психолого-педагогического сопровождения развития мелкой моторики у детей старшего дошкольного возраста со стертой дизартрией средствами прикладного творчества.

Сам ребёнок в модели рассматривается внутри реализуемых этапов, как объект, на который осуществление этих этапов и направлено.

Психолого-педагогическое сопровождение развития мелкой моторики у детей старшего дошкольного возраста со стертой дизартрией средствами

прикладного творчества требует включения и взаимодействия всех специалистов ДОУ, а также родителей. Каждый этап психолого-педагогического сопровождения имеет отдельное значение в ходе коррекционного процесса и включает конкретные обязанности со стороны каждого участника.

Реализация модели психолого-педагогического сопровождения в ходе экспериментальной работы представлена в параграфе 2.1 – описан ход диагностического этапа модели; в параграфе 2.2 – реализация прогностического, коррекционного этапов; в параграфе 2.3 – реализация оценочно-результативного этапа.

Таким образом, резюмируя вышеизложенное, мы можем сказать, что развитие мелкой моторики у детей старшего дошкольного возраста со стертой дизартрией эффективно может осуществляться в рамках психолого-педагогического сопровождения и с использованием средств прикладного творчества. Модель развития мелкой моторики характеризуется трехкомпонентным построением, направленностью на взаимодействие всех участников воспитательно-образовательного процесса, имеет специфическую цель, задачи, содержание, методы и формы.

Выводы по первой главе

В результате изучения теоретических основ развития мелкой моторики у детей старшего дошкольного возраста со стертой дизартрией мы пришли к следующим выводам.

1. Мелкая моторика – это совокупность скоординированных действий нервной, мышечной и костной систем, часто в сочетании со зрительной системой в выполнении мелких и точных движений кистями и пальцами рук и ног. В дошкольном возрасте происходит интенсивное совершенствование моторного развития, двигательных функций. Отмечается взаимосвязь развития мелкой моторики с созреванием соответствующих зон мозга и

развитием важнейших психических функций, выявлена возрастная динамика этого процесса, показано его совершенствование в ходе развития ребёнка.

2. У детей старшего дошкольного возраста со стертой дизартрией имеется органический неврологический фон, но все неврологические симптомы выражены в лёгкой форме. Проявление неврологической симптоматики оказывает неблагоприятное воздействие на речевую и моторную сферу ребёнка со стертой дизартрией. У детей старшего дошкольного возраста со стертой дизартрией отмечается нарушение мелкой моторики, которое проявляется в нарушении быстроты, точности и координированности движений, статистической и динамической организации двигательного акта.

3. Развитие мелкой моторики у детей старшего дошкольного возраста со стертой дизартрией эффективно может осуществляться в рамках психолого-педагогического сопровождения и с использованием средств прикладного творчества. Модель развития мелкой моторики характеризуется трехкомпонентным построением, направленностью на взаимодействие всех участников воспитательно-образовательного процесса, имеет специфическую цель, задачи, содержание, методы и формы.

ГЛАВА 2. ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ РАБОТА ПО КОРРЕКЦИИ МЕЛКОЙ МОТОРИКИ У ДЕТЕЙ СТАРШЕГО ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА СО СТЕРТОЙ ДИЗАРТРИЕЙ В УСЛОВИЯХ ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ

2.1 Исследование состояния развития мелкой моторики у детей старшего дошкольного возраста со стертой дизартрией

В данном параграфе мы представим реализацию диагностического компонента модели коррекции мелкой моторики у детей старшего дошкольного возраста со стертой дизартрией в условиях психолого-педагогического сопровождения.

Экспериментальная работа проводилась на базе МБДОУ «Детский сад № 68 г. Челябинска» в старшей группе в период с 01.09.2022 года по 01.10.2022 года. На этом этапе приняли участие 10 детей 5-6 лет.

Цель констатирующего этапа исследования: диагностика актуального уровня развития мелкой моторики у детей старшего дошкольного возраста со стертой дизартрией.

Для диагностики мелкой моторики у детей старшего дошкольного возраста со стертой дизартрией мы взяли за основу методики Е.Ф. Архиповой, Н.М. Трубниковой в соответствии с следующими направлениями:

1. Исследование зрительно-пространственной организации движений (проба Хэда).
2. Исследование статистической координации движений.
3. Исследование динамической координации движений.
4. Выявление синкинезий.
5. Исследование оптико-кинестетической организации движений.

Далее представим критерии оценивания мелкой моторики по каждому из выделенных направлений в соответствии с балльно-уровневой шкалой.

1. Исследование зрительно-пространственной организации движений (проба Хэда).

1) Инструкция: «Когда я подниму правую руку, ты тоже поднимешь правую руку, а когда я подниму левую руку, ты тоже поднимешь левую руку». «Подними правую руку!» «Возьми правой рукой левое ухо». «Подними левую руку!» «Возьми левой рукой правое ухо».

Критерии оценки:

4 балла (В) – все задания выполняются правильно;

3 балла (ВС) – все задания выполняются правильно, но в замедленном темпе;

2 балла (С) – правильно выполняются задания, ошибки замечаются и исправляются самостоятельно;

1 балл (НС) – эхопраксия возникает при выполнении первого задания и удерживается при выполнении последующих, ошибки замечает самостоятельно;

0 баллов (Н) – стойкие эхопраксии, ошибок самостоятельно не замечает.

Экспериментатор и ребенок сидят напротив друг друга.

2) Инструкция: «То, что я буду делать правой рукой, ты будешь делать своей (прикоснуться) правой рукой, то, что я буду делать левой рукой, ты будешь делать своей (прикоснуться) левой рукой».

Предлагается выполнение сначала одноручных проб (экспериментатор постоянно меняет руки), затем двуручных проб.

После выполнения каждой пробы принимается свободная поза.

При эхопраксиях для исключения зрительных образов то же задание предлагается выполнить по словесной инструкции: «Подними правую руку», «Возьми правой рукой левое ухо» и т.д.

Критерии оценки:

4 балла (В) – задание выполняется правильно, в предложенном темпе;

3 балла (BC) – задание выполняется правильно, но в замедленном темпе;

2 балла (C) – правильно выполняются 5-7 заданий, после чего возникают эхопраксии, ошибки замечаются и исправляются самостоятельно;

1 балл (HC) – эхопраксии возникают после первого задания и удерживаются при выполнении последующих;

0 баллов (H) – стойкие эхопраксии, ошибок самостоятельно не замечает.

2. Исследование статической координации движений:

а) распрямить ладонь со сближенными пальцами на правой руке и удерживать в вертикальном положении под счет от 1 до 15;

б) аналогично выполнить левой рукой;

в) выполнить – эту позу на обеих руках одновременно;

г) распрямить ладонь, развести все пальцы в стороны и удерживать в этом положении под счет (1-15) на правой руке, затем на левой и на обеих руках одновременно;

д) выставить первый и пятый пальцы и удерживать эту позу под счет (1-15) в той же последовательности;

е) показать второй и третий пальцы, остальные пальцы собрать в щепоть – поза «зайчик», удерживать по счет (1-15); выполнение осуществляется в той же последовательности;

ж) второй и пятый пальцы выпрямлены, остальные собраны в кулак, удерживать позу под счет 1-15 на правой, левой и обеих руках;

з) сложить первый и второй пальцы в кольцо, остальные выпрямить, удерживать под счет (1-5) в той последовательности;

и) положить третий палец на второй, остальные собрать в кулак, удерживать подсчет (1-5) в той же последовательности.

3. Исследование динамической координации движений:

а) выполнить под счет: пальцы сжать в кулак – разжать (5-8 раз на правой руке, левой, обеих руках);

б) держа ладонь на поверхности стола, разъединить пальцы, соединить вместе (5-8 раз) на правой, левой, обеих руках;

в) сложить пальцы в кольцо – раскрыть ладонь (5-3 раз) в той же последовательности;

г) попеременно соединять все пальцы руки с большим, пальцем (первым), начиная со второго пальца правой руки, затем левой, обеих рук одновременно;

д) менять положение обеих рук одновременно: одна кисть в позе «ладони», другая сжата в кулак (5-8 раз);

е) положить вторые пальцы на третьи на обеих руках (5-8 раз).

Отмечаются: плавное, точное и одновременное выполнение проб; напряженность скованность движений, нарушение темпа выполнения, движения; нарушение переключения от одного движения к другому; наличие синкинезий, гиперкинезов, невозможность удержания созданной позы, невыполнение движения.

Выводы: характеризуются нарушенные и сохранные стороны моторики пальцев рук.

За основу мы взяли критерии оценки, предложенные Е.Ф. Архиповой:

4 балла (В) – задания выполняются правильно;

3 балла (ВС) – задания выполняются правильно, но в замедленном темпе;

2 балла (С) – задания выполняются с минимальной помощью взрослого;

1 балл (НС) – для выполнения задания требуется помощь со стороны взрослого;

0 баллов (Н) – задания не выполняются.

4. Выявление синкинезий

При выявлении синкинезий используются пробы Заззо из методики И.Ю. Левченко. Кисти ребенка помещаются на чистый лист бумаги и обводятся карандашом. Затем, поочередно прикасаясь к каждому пальцу

ребенка, кроме четвертого (движение которого и у здоровых детей в опыте сопровождается синкинезиями), даем инструкцию: «Подними только этот палец!» На контурном изображении помечаются произвольные движения других пальцев: односторонние, перекрестные (на второй руке) и двусторонние (на обеих руках).

Критерии оценки:

4 балла (В) – задания выполняются без синкинезий;

3 балла (ВС) – односторонние синкинезии в части заданий;

2 балла (С) – односторонние синкинезии при выполнении каждого задания;

1 балл (НС) – перекрестные синкинезии;

0 баллов (Н) – двусторонние синкинезии.

5. Исследование оптико-кинестетической организации движений («праксис позы»)

а) праксис по словесной инструкции:

Инструкция: «Сложи первый и второй пальцы в кольцо (по подражанию). Вытяни второй и третий пальцы («Сделай зайчика»). Вытяни второй и пятый пальцы («Сделай козу рогатую»).

Критерии оценки:

4 балла (В) – все задания выполняются правильно;

3 балла (ВС) – все задания выполняются правильно, но в замедленном темпе;

2 балла (С) – задания, выполняются правильно, наблюдаются синкинезии;

1 балл (НС) – выполняет задания только с помощью другой руки (разгибает пальцы другой рукой, удерживает их при возникновении синкинезии);

0 баллов (Н) – задания не выполняются.

б) праксис поз по зрительному образцу:

Инструкция: «Делай, как я».

Ребенку последовательно предлагается каждая из изображенных на рис. 6 поз пальцев, которую он должен воспроизвести. Поочередно обследуются две руки. После выполнения каждой позы ребенок свободно кладет руку на стол.

в) праксис поз по кинестетическому образцу:

Инструкция: «Закрой глаза. Ты чувствуешь, как я сложила тебе пальцы?» Затем рука ребенка «разглаживается» и его просят воспроизвести заданную позу. Образцы поз и условия те же, что и в пункте 1.

Критерии оценки:

4 балла (В) – задание выполняется правильно без помощи взрослого;

3 балла (ВС) – все задания выполняются правильно, но в замедленном темпе;

2 балла (С) – выполнение задания в замедленном темпе с появлением синкинезий;

1 балл (НС) – выполнить задание удастся только с помощью другой руки (разгибает пальцы другой рукой, удерживает их при возникновении синкинезий);

0 баллов (Н) – задание не выполняется.

Общий результат изучения уровня развития мелкой моторики у детей старшего дошкольного возраста с дизартрией определялся по среднему баллу и пяти уровням в соответствии с таблицей (таблица 1).

Таблица 1 – Шкала балльно-уровневой оценки уровня сформированности мелкой моторики у детей старшего дошкольного возраста с дизартрией

Баллы	Уровни	Условное обозначение
0-0,5	Низкий	Н
0,6-1,5	Ниже среднего	НС
1,6-2,5	Средний	С
2,6-3,5	Выше среднего	ВС
3,6-4	Высокий	В

Далее представим результаты диагностического обследования мелкой моторики у детей старшего дошкольного возраста со стертой дизартрией по описанной методике.

В первую очередь представим результаты исследования зрительно-пространственной организации движений (проба Хэда) у детей старшего дошкольного возраста со стертой дизартрией (таблица 2).

Таблица 2 – Результаты исследования зрительно-пространственной организации движений

№ п/п	Имя ребенка	Задания		Средний балл	Уровень
		«Когда я подниму правую руку, ты тоже поднимешь правую руку»	«То, что я буду делать правой рукой, ты будешь делать своей правой рукой»		
1	Алиса Б.	1	1	1	НС
2	Давид И.	1	1	1	НС
3	Кирилл К.	2	2	2	С
4	Рустам Л.	1	1	1	НС
5	Саша Н.	2	3	2,5	С
6	Максим П.	1	1	1	НС
7	Софья Р.	2	2	2	С
8	Макар У.	1	1	1	НС
9	Варя Х.	1	1	1	НС
10	Аня Я.	1	1	1	НС

При выполнении пробы Хэда большинство детей показали низкий уровень развития зрительно-пространственной организации движений (70 % от общего количества детей – Алиса Б., Давид И., Рустам Л., Максим П., Макар У., Варя Х., Аня Я.) – эхопраксия возникает при выполнении первого задания и удерживается при выполнении последующих, ошибки замечает самостоятельно. Также у детей отмечаются трудности в ориентировке левой – правой сторон. Только три ребенка со стертой дизартрией показали средний уровень развития зрительно-моторной организации движений при

выполнении данного диагностического задания (30 % от общего количества детей – Кирилл К., Саша Н., Софья Р).

Наглядно полученные результаты диагностики представим с помощью диаграммы (рисунок 1).

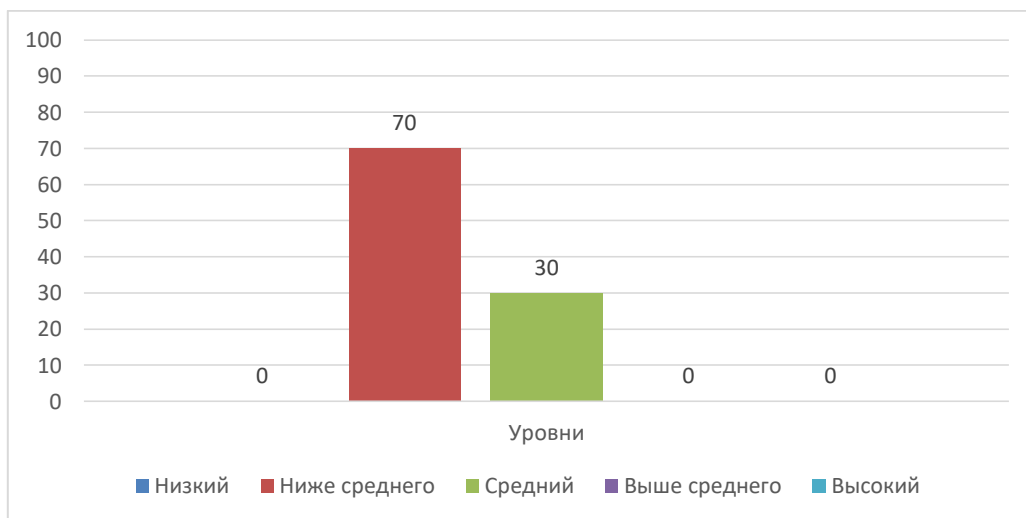


Рисунок 1 – Уровни развития зрительно-моторной организации движений у детей со стертой дизартрией

Далее представим результаты исследования статической координации движений детей старшего дошкольного возраста со стертой дизартрией (таблица 3).

Таблица 3 – Результаты исследования статической координации движений

№ п/п	Имя ребенка	Задания									Баллы	Уровень
		Распр. ладонь со сближ. пальца ми на прав. руке	Ана лог. лев. рук.	Ана лог. обе ими руками	Распр. ладонь , развест и пальцы в стор.	Выст . 1-ый и 5-ый пальцы	Поз а «за йчи к»	2-ой и 5-ый пальцы выпря мл., ост. в кулаке	Сложи ть 1-ый и 2-ой пальцы в кольцо , ост. выпр.	Полож ить 3-ий палец на 2-ой, ост. в кулаке		
1	Алиса Б.	1	1	1	0	1	1	1	0	1	0,8	НС
2	Давид И.	2	2	2	1	1	1	1	2	2	1,6	С
3	Кирилл К.	1	1	0	0	0	1	0	1	1	0,5	Н
4	Рустам Л.	2	3	2	1	3	1	1	2	2	1,9	С
5	Саша Н.	1	1	0	1	1	0	1	1	1	0,8	НС

6	Макс им П.	3	2	2	2	2	1	1	2	2	1,9	С
7	Софья Р.	0	1	1	1	0	0	1	0	0	0,4	Н
8	Макар У.	1	0	1	0	1	1	0	0	1	0,5	Н
9	Варя Х.	2	2	2	2	1	1	1	2	2	1,7	С
10	Аня Я.	1	1	1	2	1	1	1	2	2	1,3	НС

В результате диагностики статистической координации движений мы выяснили, что большинство детей показали недостаточный уровень развития мелкой моторики: 30 % от общего количества детей (Кирилл К., Софья Р., Макар У.) показали низкий уровень развития мелкой моторики, такое же количество детей (Алиса Б., Саша Н., Аня Я.) показало уровень ниже среднего. 40 % от общего количества детей (Давид И., Рустам Л., Максим П., Варя Х.) показали средний уровень развития мелкой моторики.

Мы можем сделать вывод о том, что у всех детей старшего дошкольного возраста со стертой дизартрией нарушена статистическая координация движений у детей отмечались сложности при выполнении первых трех заданий на распрямление ладони со сближенными пальцами на правой и левой руках, и одновременно, и удержать в вертикальном положении под счет от I до 15 (60 % от общего количества детей – Алиса Б., Кирилл К., Саша Н., Софья Р., Макар У., Аня Я.). Большинство детей не справились с выполнением четвертого задания (70 % от общего количества детей – Алиса Б., Давид И., Кирилл К., Рустам Л., Саша Н., Софья Р., Макар У.). Выставить первый и пятый пальцы и удержать эту позу под счет в той же последовательности не смогли практически все дети (80 % от общего количества детей – Алиса Б., Давид И., Кирилл К., Саша Н., Софья Р., Макар У., Варя Х., Аня Я.). Все дети не смогли выполнить шестое и седьмое задания. Половина детей не смогли сложить первый и второй пальцы в кольцо, выпрямить, удержать под счет в той последовательности. положить третий палец на второй (Алиса Б., Кирилл К., Саша Н., Софья Р., Макар У.), эти же дети не смогли собрать в кулак, удержать подсчет в той же последовательности.

Наглядно полученные результаты диагностики представим с помощью диаграммы (рисунок 2).

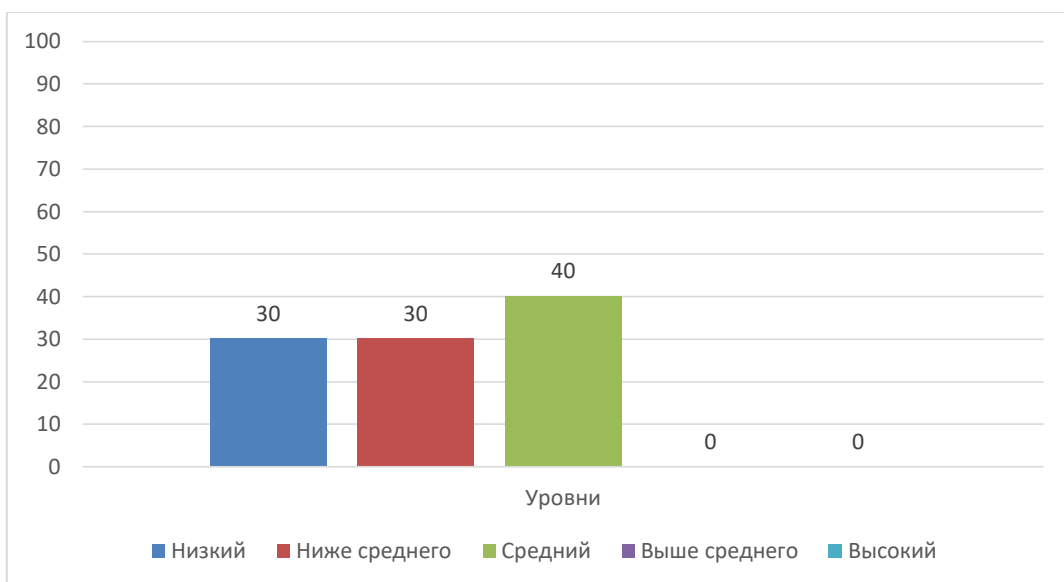


Рисунок 2 – Уровни развития статистической координации движений у детей со стертой дизартрией

Далее представим результаты исследования динамической координации движений у детей старшего дошкольного возраста со стертой дизартрией (таблица 4).

Таблица 4 – Результаты исследования динамической координации движений

№ п/п	Имя ребенка	Задания						Средний балл	Уровень
		Пальцы сжать в кулак и разжать	Ладонь на столе, развед. пальцы, соед. вместе	Сложить пальцы в кольцо – раскрыть ладонь	Пооч. соед. все пальцы руки с большим, пальцем рук	Менять положение обеих рук одновр.: одна кисть в позе «ладони», другая в кулаке	Положить вторые пальцы на третьи на обеих руках		
1	Алиса Б.	1	1	1	1	1	1	1	НС
2	Давид И.	2	2	2	2	2	1	1,8	С
3	Кирилл К.	1	1	1	1	0	1	0,8	НС
4	Рустам Л.	1	1	0	0	1	1	0,7	НС
5	Саша Н.	1	1	1	0	0	0	0,5	Н
6	Максим П.	1	1	0	1	0	0	0,5	Н
7	Софья Р.	1	1	1	1	0	1	0,8	НС

8	Макар У.	1	0	0	1	1	1	0,7	НС
9	Варя Х.	1	1	1	1	1	1	1	НС
10	Аня Я.	1	1	1	0	0	0	0,5	Н

В результате диагностики динамической координации движений мы выяснили, что большинство детей показали недостаточный уровень развития мелкой моторики: 30 % от общего количества детей (Саша Н., Максим П., Аня Я.) показали низкий уровень развития мелкой моторики, 60 % от общего количества детей (Алиса Б., Кирилл К., Рустам Л., Софья Р., Макар У., Варя Х.) показало уровень ниже среднего. Всего 10 % от общего количества детей (Давид И.) показали средний уровень развития мелкой моторики.

Как мы видим, у всех детей старшего дошкольного возраста со стертой дизартрией нарушена динамическая координация движений. У детей отмечается напряженность скованность движений, нарушение темпа выполнения, движения, нарушение переключения от одного движения к другому, наличие синкинезий, гиперкинезов, невозможность удержания созданной позы. С данными диагностическими заданиями не справились 90 % от общего количества детей (Алиса Б., Кирилл К., Рустам Л., Саша Н., Максим П., Софья Р., Макар У., Варя Х., Аня Я.).

Дети не справлялись с выполнением последовательности движений, повторяли одну и ту же позу по несколько раз не меняя ее, путались в смене движений пальцев рук. Наглядно полученные результаты диагностики представим с помощью диаграммы (рисунок 3).

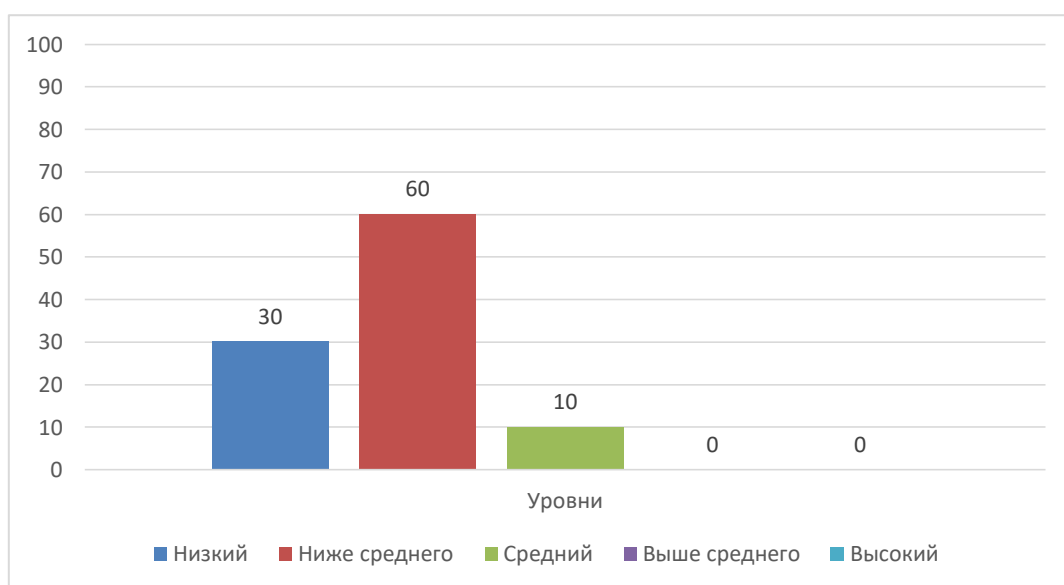


Рисунок 3 – Уровни развития динамической координации движений у детей со стертой дизартрией

Перейдем к результатам исследования выявления синкнезий у детей старшего дошкольного возраста со стертой дизартрией (таблица 5).

Таблица 5 – Результаты исследования выявления синкнезий

№ п/п	Имя ребенка	Проба «Заззо»	Уровень
1	Алиса Б.	2	С
2	Давид И.	3	ВС
3	Кирилл К.	2	С
4	Рустам Л.	1	НС
5	Саша Н.	1	НС
6	Максим П.	3	ВС
7	Софья Р.	2	С
8	Макар У.	3	ВС
9	Варя Х.	2	С
10	Аня Я.	1	НС

Проба «Заззо», направленная на выявление синкинезий показала, что у трех детей (30 % от общего количества детей – Давид И., Максим П., Макар У.) при выполнении задания – обвести карандашом контурное изображение отмечались односторонние произвольные движения в части заданий. Для

четырёх детей (40 % от общего количества детей – Алиса Б., Кирилл К., Софья Р., Варя Х.) были характерны односторонние стойкие синкнезии при выполнении данного задания. У трех испытуемых (30 % от общего количества детей – Рустам Л., Саша Н., Аня Я.) наблюдались перекрестные синкнезии при контурном изображении предмета.

Наглядно полученные результаты диагностики представим с помощью диаграммы (рисунок 4).

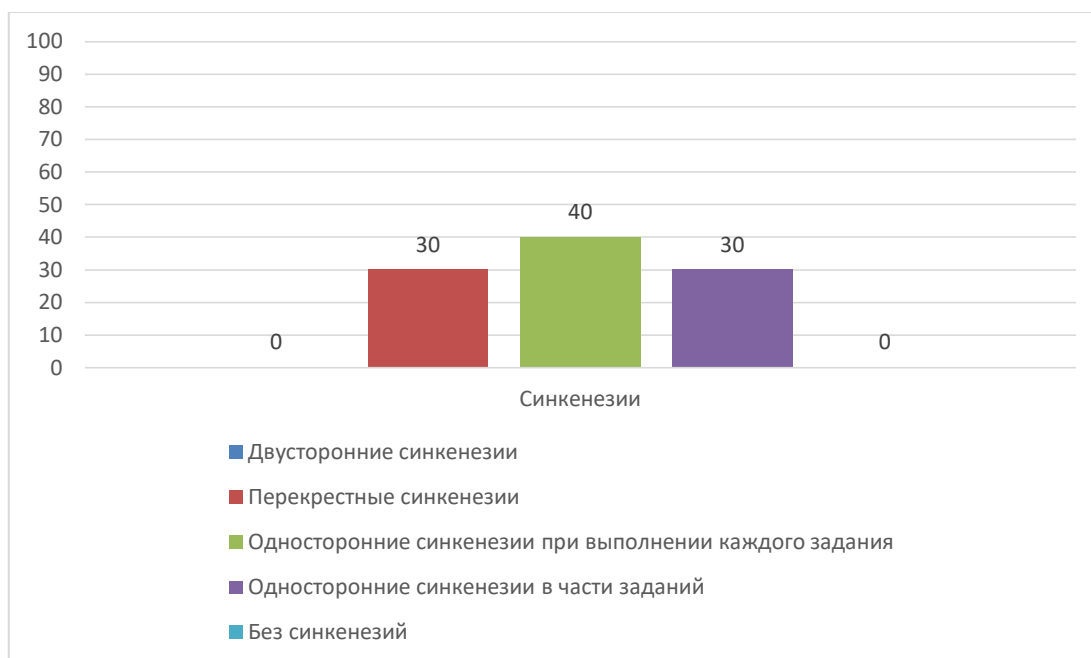


Рисунок 4 – Синкнезии у детей со стертой дизартрией

Рассмотрим результаты исследования оптико-кинестетической организации движений у детей старшего дошкольного возраста со стертой дизартрией (таблица 6).

Таблица 6 – Результаты исследования оптико-кинестетической координации движений

№ п/п	Имя ребенка	Задания			Средний балл	Уровень
		Практика по словесной инструкции	Практика поз по зрительному образцу	Практика поз по кинестетическому		
1	Алиса Б.	2	2	2	2	С
2	Давид И.	3	3	3	3	ВС
3	Кирилл К.	1	1	0	0,7	НС

4	Рустам Л.	2	2	2	2	С
5	Саша Н.	2	2	2	2	С
6	Максим П.	1	1	1	1	НС
7	Софья Р.	2	2	2	2	С
8	Макар У.	1	0	1	0,7	НС
9	Варя Х.	2	2	2	2	С
10	Аня Я.	2	2	1	1,7	С

При исследовании оптико-кинестетической координации движений или праксис «позы» один ребенок (10 % от общего количества детей – Давид И.) выполнили задание на организацию движения верно в замедленном темпе, с предварительным поиском. Шесть детей (60 % от общего количества детей – Алиса Б., Рустам Л., Саша Н., Софья Р., Варя Х., Аня Я.) выполнили предлагаемое задание верно при наличии синкинезий. У трех детей (30 % от общего количества детей – Кирилл К., Максим П., Макар У.) данное задание вызвало значительные трудности, так как у детей формирование позы с загибанием и удержанием пальцев происходило при помощи второй руки.

Наглядно полученные результаты диагностики представим с помощью диаграммы (рисунок 5).

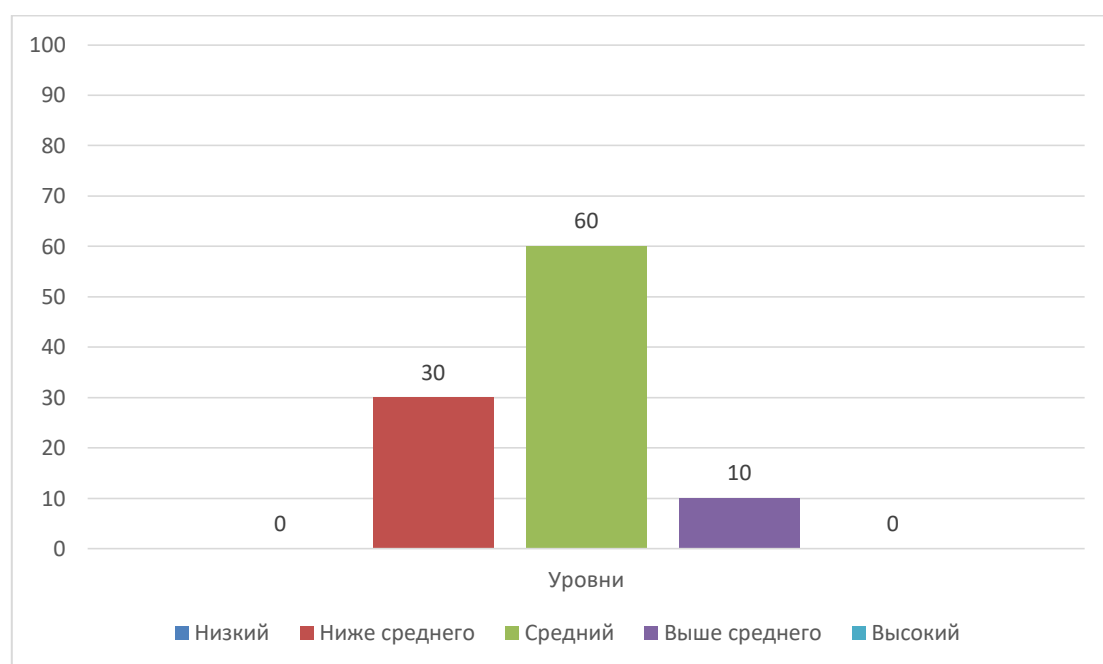


Рисунок 5 – Уровни развития оптико-кинестетической координации движений у детей со стертой дизартрией

Обобщим полученные данные констатирующего этапа исследования с помощью сводной таблицы (таблица 7).

Таблица 7 – Обобщенные результаты исследования мелкой моторики детей экспериментальной группы на констатирующем этапе исследования

№ п/п	Имя ребенка	Зрительно-прос. орган. движ.	Статистич. коорд. движений	Динамич. коорд. движ.	Синкинезии	Оптико-кинестетич. орган. движ.	Средний балл	Общий уровень развития мелкой моторики
1	Алиса Б.	1/НС	0,8/НС	1/НС	2/С	2/С	1,4	НС
2	Давид И.	1/НС	1,6/С	1,8/С	3/ВС	3/ВС	2,1	С
3	Кирилл К.	2/С	0,5/Н	0,8/НС	2/С	0,7/НС	1,1	НС
4	Рустам Л.	1/НС	1,9/С	0,7/НС	1/НС	2/С	1,3	НС
5	Саша Н.	2,5/С	0,8/НС	0,5/Н	1/НС	2/С	1,3	НС
6	Максим П.	1/НС	1,9/С	0,5/Н	3/ВС	1/НС	1,5	НС
7	Софья Р.	2/С	0,4/Н	0,8/НС	2/С	2/С	1,4	НС
8	Макар У.	1/НС	0,5/Н	0,7/НС	3/ВС	0,7/НС	1,2	НС
9	Варя Х.	1/НС	1,7/С	1/НС	2/С	2/С	1,5	НС
10	Аня Я.	1/НС	1,3/НС	0,5/Н	1/НС	1,7/С	1,1	НС
Средний балл		1,4/НС	1,1/НС	0,8/НС	2/С	1,5/НС		

Как мы видим, большинство детей показало уровень развития мелкой моторики ниже среднего (90 % от общего количества детей – Алиса Б., Кирилл К., Рустам Л., Саша Н., Максим П., Софья Р., Варя Х., Макар У., Аня Я.). Остальные дети показали средний уровень развития мелкой моторики (10 % от общего количества детей – Давид И.).

Наглядно полученные результаты констатирующего этапа исследования представим с помощью диаграммы (рисунок 6).

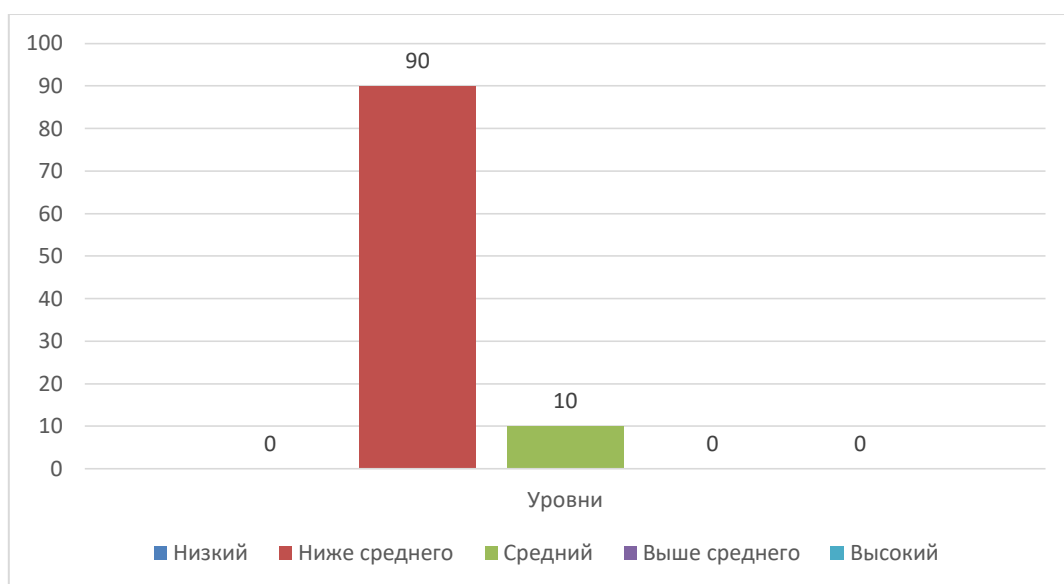


Рисунок 6 – Уровни развития мелкой моторики у детей со стертой дизартрией

Таким образом, по результатам констатирующего этапа экспериментальной работы мы выяснили, что у детей старшего дошкольного возраста со стертой дизартрией отмечается недостаточный уровень развития мелкой моторики и следующие ее особенности:

- 1) недостаточно развита кинестетическая и кинетическая основа движений;
- 2) не сформированы тонкие дифференцированные движения пальцев рук, нарушена статистическая и динамическая координация движений;
- 3) выявлено наличие насильственных движений и оральных синкинезий;
- 4) отмечаются замедленные, скованные движения пальцев рук.

2.2 Реализация модели коррекции мелкой моторики у детей старшего дошкольного возраста со стертой дизартрией в условиях психолого-педагогического сопровождения

Цель формирующего этапа исследования – повышение уровня развития мелкой моторики у детей старшего дошкольного возраста со стертой дизартрией.

Экспериментальная работа осуществлялась в рамках реализации модели коррекции мелкой моторики у детей старшего дошкольного возраста со стертой дизартрией в условиях психолого-педагогического сопровождения.

Работа осуществлялась поэтапно. Реализация первого – диагностического компонента модели представлена в параграфе 2.1. В данном параграфе представлена реализация прогностического и коррекционного этапов реализации модели.

На прогностическом этапе реализации модели на основе результатов констатирующего этапа исследования нами были определены следующие задачи коррекционной работы:

1. Развитие содружественности мелкомоторных движений, ловкости, силы.
2. Развитие действий с предметами (захват предметов, отработка формообразующих движений, амплитуда движений и т.д.).
3. Развитие кинестетической и кинетической основы движений.

Организационно-методический компонент модели направлен на организацию взаимодействия участников психолого-педагогического сопровождения и их методическую поддержку.

Комплексное психолого-педагогическое сопровождение коррекции мелкой моторики у детей старшего дошкольного возраста со стертой дизартрией осуществлялось в тесном взаимодействии учителя-логопеда с воспитателями группы, педагогом дополнительного образования, психологом и родителями воспитанников.

Учитель-логопед выступал как координатор и организатор коррекционных воздействий, направленных на коррекцию мелкой моторики у детей старшего дошкольного возраста со стертой дизартрией, а именно он

предоставляет максимальную логопедическую помощь детям в этом процессе.

В качестве основного средства развития мелкой моторики в рамках нашего исследования мы взяли прикладное творчество.

Учитель-логопед включал в фронтальные логопедические занятия специальные упражнения с использованием прикладного творчества (аппликация/лепка по теме логопедического занятия) с целью развития мелкой моторики, а также логопедический массаж с помощью аппликатора Кузнецова и шариков «Су-джок».

Воспитатели группы при реализации образовательной области «Художественно-эстетическое развитие» для развития мелкой моторики в свободную деятельность включал создание «пластилиновых картинок», вырезание фигур/изображений/силуэтов, пальчиковую гимнастику.

Педагог дополнительного образования на кружке «Умелые ручки» развивает моторику с детьми посредством бисероплетения, обучения шитью и вязанию.

Родителям также даются рекомендации для развития мелкой моторики в домашних условиях, а именно, посещения кружков по прикладному творчеству в ДОУ и в центре дополнительного образования, систематическое проведение пальчиковой гимнастики и массажа колечками «Суджок», игры-шнуровки, мозаика.

Взаимодействие с родителями организуется посредством:

- 1) групповых и индивидуальных консультации, открытых совместных занятий с детьми;
- 2) выполнения с детьми домашних заданий.

Психолог для развития мелкой моторики включал в занятие игры с водой, песком, крупами, бусинами, камнями, пуговицами, а также нейроупражнения.

Все занятия были подчинены календарно-тематическому планированию группы.

На коррекционном этапе реализации модели нами было отобрано содержание коррекционной работы по развитию мелкой моторики у детей старшего дошкольного возраста со стертой дизартрией средствами прикладного творчества в условиях психолого-педагогического сопровождения.

В соответствии с регламентом НОД (непосредственной образовательной деятельности) ведется планирование образовательной деятельности, организуемой в рамках освоения образовательных областей в группе компенсирующей направленности, в соответствии с которой, в группе детей с нарушениями речи проводится «Художественно-эстетическое развитие» (прикладная деятельность) воспитателем ДОО, в рамках которой мы выбрали, разработали и структурировали упражнения и задания по формированию мелкой моторики через декоративно-прикладное творчество.

В логопедическое занятие включаются специальные упражнения с использованием прикладного творчества (аппликация по теме логопедического занятия).

Логопедическое занятие имело следующую структуру:

1. Организационный момент.
2. Работа с массажёрами (валики, скалочки, Су-Джок массажеры, аппликатор Кузнецова).
3. Пальчиковая гимнастика (по теме недели).
4. Речевые упражнения по развитию лексико-грамматической стороны речи (по теме недели).
5. Прикладное творчество (аппликация/лепка).
6. Итог занятия.

В качестве нетрадиционной техники по коррекции нарушений мелкой моторики мы использовали технику Су (кисть) – Джок (стопа). Су-Джок терапия – это метод лечения при помощи кистей и стоп. Приёмы данной нетрадиционной техники активно применяются для развития мелкой

моторики, концентрации внимания, увеличения работоспособности. Также приёмы могут быть использованы в качестве массажа при дизартрии.

Су-Джок массажёры – это специальные пластмассовые шарики, внутри которых находятся два кольца, сделанные из металлической проволоки, которые можно легко растягивать и свободно проходить ими по пальцу вниз и вверх.

Работа с Су-Джок состоит из трёх этапов:

1. Знакомство с Су-Джок массажёром и правилами его использования.
2. Закрепление приёмов работы в упражнениях по развитию речи.
3. Самостоятельное использование детьми массажёра в упражнениях.

Преимущество вышеуказанной техники состоит в том, что её можно включить в разные этапы коррекционной работы, а именно на этап автоматизации звуков, совершенствования лексико-грамматических категорий, совершенствование навыков употребления предлогов, звуковой анализ слов. При выполнении пальчиковой гимнастики также целесообразно использовать Су-Джок.

Также нами использовался аппликатор Кузнецова, оказывающий широкое воздействие: Рефлекторно-механическое воздействие аппликатора заключается в поверхностном множественном иглоукалывании определенных зон, биологически активных точек, микро массаж кожи, подкожных тканей с наибольшей активизацией центральных отделов. Определенные участки кожи, через рецепторы и нервные волокна связаны с соответствующими внутренними органами. Улучшающие процессы кровоснабжения, усиливающие обменные и восстановительные процессы. Осуществляется естественное оздоровление организма.

Дети совершают легкое постукивание по аппликатору, с медленным проговариванием звуков, слогов, слов, предложений. Использование аппликатора эффективно развивает познавательную активность, внимание, память, образное мышление, что крайне важно в работе с детьми с речевой патологией.

С помощью таблицы представим содержание коррекционной работы по развитию мелкой моторики детей старшего дошкольного возраста со стертой дизартрией (таблица 8).

Таблица 8 – Содержание коррекционной работы по развитию мелкой моторики детей старшего дошкольного возраста со стертой дизартрией

№ п/п	Тема недели	Цель коррекционной работы	Дидактический материал	Виды работы по прикладному творчеству	Домашнее задание
1	2	3	4	5	6
1	«Осень»	Уточнить и закрепить знания детей об осени, её характерных признаках, закрепить словарь по теме, развивать мелкую моторику	Стеки, пластилин, дощечки, матерчатые салфетки, картонные кленовые листья на каждого ребенка	Лепка осеннего кленового листа техникой размазывания («пластилиновая картинка»)	Повторить приметы осени, пальчиковая гимнастика «Клен», сделать аппликацию на тему «Осенний лес»
2	«Домашние животные»	Закрепить представления детей о домашних животных, активизировать словарь по теме, развивать мелкомоторные движения	Фигурки и фотографии кошек и собак, листы бумаги и карандаши, тканевые салфетки, клеенки, глина, стеки, стаканчики с водой, кисти	Лепка «Кот», «Собака» (лепка из куса глины)	Слепить из пластилина любимого домашнего питомца, составить рассказ о нем по плану-схеме
3	«Дикие животные»	Закрепить представления детей о диких животных, активизировать словарь по теме, развивать мелкомоторные движения	Фигурки и фотографии белки, листы бумаги и карандаши, тканевые салфетки, клеенки, глина, стеки, стаканчики с водой, кисти	Лепка «Белка» (лепка из куса глины)	Слепить из пластилина понравившегося дикого животного, составить рассказ о нем по плану-схеме
4	«Овощи. Огород»	Закрепить представления детей об овощах, совершенствовать лексико-грамматический	Альбомы, комплекты форм овощей цветная бумага, ребристые	Аппликация «Овощи» (вырезание по формам: картофель, морковь,	Изготовить с детьми поделку из овощей на тему «Дары осени», выучить

		строй речи, развивать мелкую моторику	карандаши (для массажа), салфетки, клей	помидор, лук)	понравившуюся загадку об овоще
--	--	---------------------------------------	-----------------------------------------	---------------	--------------------------------

Продолжение таблицы 8

1	2	3	4	5	6
5	«Фрукты. Сад»	Закрепить представления детей о фруктах, совершенствовать лексико-грамматический строй речи, развивать мелкую моторику	Дощечки, пластилин, стеки, салфетки для рук, набор муляжей фруктов и посуды	Лепка «Тарелка с фруктами» (лепка из пластилина: яблоко, груша, банан, виноград)	Изготовить с детьми поделку из фруктов на тему «Дары осени», выучить понравившуюся загадку о фрукте
6	«Зима»	Активизировать словарь по теме, развивать у детей содружественность в мелкомоторных движениях	Плакат по теме зимний пейзаж, заготовки круглой основы под пластилиновые картины, набор пластилина, стеки, салфетки для рук	Лепка «Зимний лес» техникой размазывания («пластилиновая картинка»)	Сделать с детьми совместно аппликацию из клея и соли по теме «Зимний пейзаж» на основе отправленного мастер-класса в видео-формате
7	«Рыбы»	Активизировать словарь по теме, совершенствовать тонкие движения рук	Шаблон с водоемом, гуашевые и акварельные краски, трубочки, соль, шаблон рыбы, цветной картон, цветная бумага	Рисование «Под водой» ладошками (рыбы) + кляксография, выдувание трубочкой (водоросли) + рисование солью (рыбки), аппликация «Рыбка»	Выучить стихотворение о рыбах, нарисовать рисунок на тему «Мой аквариум»
8	«Цветы. Насекомые»	Активизировать словарь по теме, совершенствовать тонкие движения рук, развивать кинестетическую и кинетическую основу движений	Шаблон туловища бабочки, картон, кисти, стаканчики с водой, салфетки, акварельные и гуашевые краски, листы бумаги	Аппликация «Бабочка» с использованием нетрадиционных техник рисования (монотипия + рисование мятой бумагой)	Пересказать картинку «Сороконожка» по опорным картинкам, вырезать из картона понравившегося насекомого

Также в детском саду был организован кружок «Умелые ручки», посредством которого развивается моторика с детьми посредством бисероплетения, обучения шитью и вязанию. Данный кружок ведет педагог дополнительного образования во второй половине дня один раз в неделю в соответствии с рекомендациями учителя-логопеда и включением специальных упражнений по развитию мелкой моторики.

Каждое занятие кружка составляет по продолжительности 30 минут состоит из нескольких частей.

Вводная часть.

Цель вводной части занятия – настроить группу на совместную работу, установить эмоциональный контакт между детьми.

Основная часть.

Цель основной части занятия – развивать мелкую моторику пальцев, согласованность движений рук и формировать художественные навыки и эстетический вкус у детей дошкольного возраста к декоративно-прикладному искусству

Завершающая часть.

Целью этой части занятия является создание у каждого воспитанника чувства принадлежности в группе и закрепление положительных эмоций от работы на занятиях.

Таким образом, мы разработали и апробировали модель коррекции мелкой моторики у детей старшего дошкольного возраста со стертой дизартрией в условиях психолого-педагогического сопровождения. Модель коррекции мелкой моторики характеризуется трехкомпонентным построением, направленностью на взаимодействие всех участников воспитательно-образовательного процесса, имеет специфическую цель, задачи, содержание, методы и формы. В следующем параграфе представим реализацию оценочно-результативного этапа модели коррекционной работы.

2.3 Результаты экспериментальной работы

На контрольном этапе исследования с целью проверки эффективности разработанной нами модели коррекции мелкой моторики у детей старшего дошкольного возраста со стертой дизартрией в условиях психолого-педагогического сопровождения проводилась повторное диагностическое обследование по тем же диагностическим методикам, что и на констатирующем этапе исследования.

В первую очередь представим результаты повторного исследования зрительно-пространственной организации движений (проба Хэда) у детей старшего дошкольного возраста со стертой дизартрией с помощью таблицы (таблица 9).

Таблица 9 – Сравнительные результаты исследования зрительно-пространственной организации движений (контрольный этап)

№ п/п	Имя ребенка	Задания		Средний балл		Уровень	
		«Когда я подниму правую руку, ты тоже поднимешь правую руку»	«То, что я буду делать правой рукой, ты будешь делать своей правой рукой»	До	По сле	До	По сле
1	Алиса Б.	2	2	1	2	НС	С
2	Давид И.	2	2	1	2	НС	С
3	Кирилл К.	3	2	2	2,5	С	С
4	Рустам Л.	2	2	1	2	НС	С
5	Саша Н.	3	3	2,5	3	С	ВС
6	Максим П.	2	2	1	2	НС	С
7	Софья Р.	3	3	2	3	С	ВС
8	Макар У.	2	2	1	2	НС	С
9	Варя Х.	3	2	1	2,5	НС	С
10	Аня Я.	2	2	1	2	НС	С

При повторном выполнении пробы Хэда большинство детей показали средний уровень развития зрительно-пространственной организации

движений (80 % от общего количества детей – Алиса Б., Давид И., Кирилл К., Рустам Л., Максим П., Макар У., Варя Х., Аня Я.), что на 50 % выше результатов констатирующего этапа исследования. Два ребенка (20 % от общего количества детей – Саша Н., Софья Р.) показали уровень развития зрительно-пространственной организации движений выше среднего, что на 20 % выше результатов констатирующего этапа исследования. Низкий, ниже среднего и высокий уровни развития зрительно-пространственной организации движений выявлен не был.

Наглядно полученные результаты повторной диагностики зрительно-моторной организации движений и положительную динамику представим с помощью диаграммы (рисунок 7).

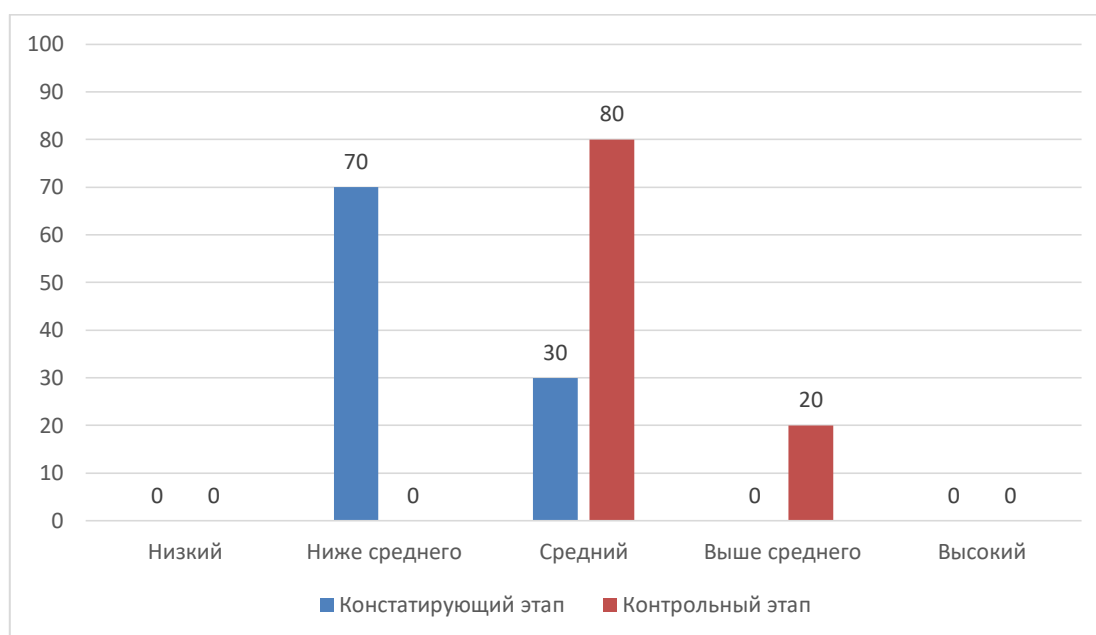


Рисунок 7 – Уровни развития зрительно-моторной организации движений у детей со стертой дизартрией на констатирующем и контрольном этапах исследования

Далее представим результаты повторного исследования статической координации движений детей старшего дошкольного возраста со стертой дизартрией (таблица 10).

Таблица 10 – Сравнительные результаты исследования статистической координации движений (контрольный этап)

№ п/п	Имя ребенка	Задания									Баллы		Уровень	
		Распр. ладонь со сближ. пальцами на прав. руке	Аналог. лог. обе руки	Аналог. обе руки	Распр. ладонь, развести пальцы в стор.	Выст. 1-ый и 5-ый пальцы	Поза «защипчик»	2-ой и 5-ый пальцы выпрямл., ост. в кулаке	Сложить 1-ый и 2-ой пальцы в кольцо, ост. выпр.	Положить 3-ий палец на 2-ой, ост. в кулаке	До	После	До	После
1	Алиса Б.	2	2	2	1	2	2	2	1	1	0,8	1,7	НС	С
2	Давид И.	3	2	2	2	2	2	2	3	2	1,6	2,2	С	С
3	Кирилл К.	2	1	1	1	1	1	1	1	1	0,5	1,1	Н	НС
4	Рустам Л.	3	3	2	2	3	2	2	3	3	1,9	2,6	С	ВС
5	Саша Н.	2	2	1	2	1	1	2	2	2	0,8	1,7	НС	С
6	Максим П.	3	3	3	2	3	2	2	3	3	1,9	2,6	С	ВС
7	Софья Р.	1	2	2	2	1	1	1	1	1	0,4	1,3	Н	НС
8	Марк У.	2	1	1	1	1	1	1	1	2	0,5	1,2	Н	НС
9	Варя Х.	3	3	2	2	2	2	2	2	3	1,7	2,6	С	ВС
10	Аня Я.	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1,3	2	НС	С

В результате повторной диагностики статистической координации движений мы выяснили, что большинство детей старшего дошкольного возраста со стертой дизартрией показали средний уровень развития мелкой моторики (40 % от общего количества детей – Алиса Б., Давид И., Саша Н., Аня Я.), также, как и на констатирующем этапе исследования. Уровень выше

среднего показали три ребенка (30 % от общего количества детей – Рустам Л., Максим П., Варя Х.), что на 30 % выше результатов констатирующего этапа исследования. Два ребенка показали уровень развития мелкой моторики ниже среднего (20 % от общего количества детей – Софья Р., Макар У.), что на 10 % ниже результатов констатирующего этапа исследования. Высокий и низкий уровень развития мелкой моторики выявлен не был.

Наглядно полученные результаты повторной диагностики статистической координации движений у детей старшего дошкольного возраста со стертой дизартрией и положительную динамику представим с помощью диаграммы (рисунок 8).

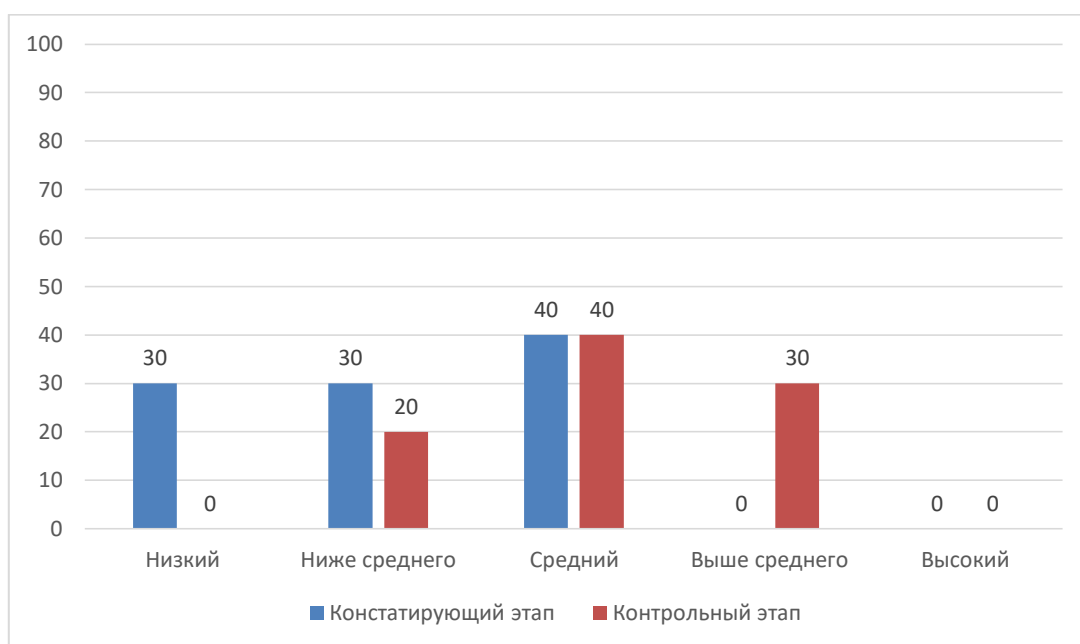


Рисунок 8 – Уровни развития статистической координации движений у детей со стертой дизартрией на констатирующем и контрольном этапах исследования

Далее представим результаты повторного исследования динамической координации движений у детей старшего дошкольного возраста со стертой дизартрией (таблица 11).

Таблица 11 – Сравнительные результаты исследования динамической координации движений (контрольный этап)

№ п/п	Имя ребенка	Задания						Средний балл		Уровень	
		Пальцы сжатые в кулак и разжать	Ладонь на столе, развед. пальцы, соед. вместе	Сложить пальцы в кольцо – раскрыть ладонь	Пооч. соед. все пальцы руки с большим, пальцем рук	Менять положение обеих рук однор.: одна кисть в позе «ладони», другая в кулаке	Положить вторые пальцы на третьи на обеих руках	До	После	До	После
1	Алиса Б.	2	2	2	2	1	1	1	1,7	НС	С
2	Давид И.	3	3	2	3	2	2	1,8	2,5	С	С
3	Кирилл К.	2	2	2	1	1	2	0,8	1,7	НС	С
4	Рустам Л.	2	2	1	1	2	1	0,7	1,7	НС	С
5	Саша Н.	1	2	2	1	1	1	0,5	1,3	Н	НС
6	Максим П.	2	1	1	1	1	1	0,5	1,2	Н	НС
7	Софья Р.	2	1	1	2	2	2	0,8	1,7	НС	С
8	Макар У.	2	1	1	2	2	2	0,7	1,7	НС	С
9	Варя Х.	2	2	2	2	2	2	1	2	НС	С
10	Аня Я.	2	2	2	2	1	1	0,5	1,7	Н	С

В результате повторной диагностики динамической координации движений мы выяснили, что большинство детей показали средний уровень развития мелкой моторики (80 % от общего количества детей – Алиса Б., Давид И., Кирилл К., Рустам Л., Софья Р., Макар У., Варя Х., Аня Я.), что на 70 % выше результатов констатирующего этапа исследования. Два ребенка показали уровень развития мелкой моторики ниже среднего (20 % от общего количества детей – Саша Н., Максим П.), что на 40 % ниже результатов констатирующего этапа исследования. Высокого, выше среднего и низкого уровня развития мелкой моторики не было выявлено.

Наглядно полученные результаты диагностики и положительную динамику представим с помощью диаграммы (рисунок 9).

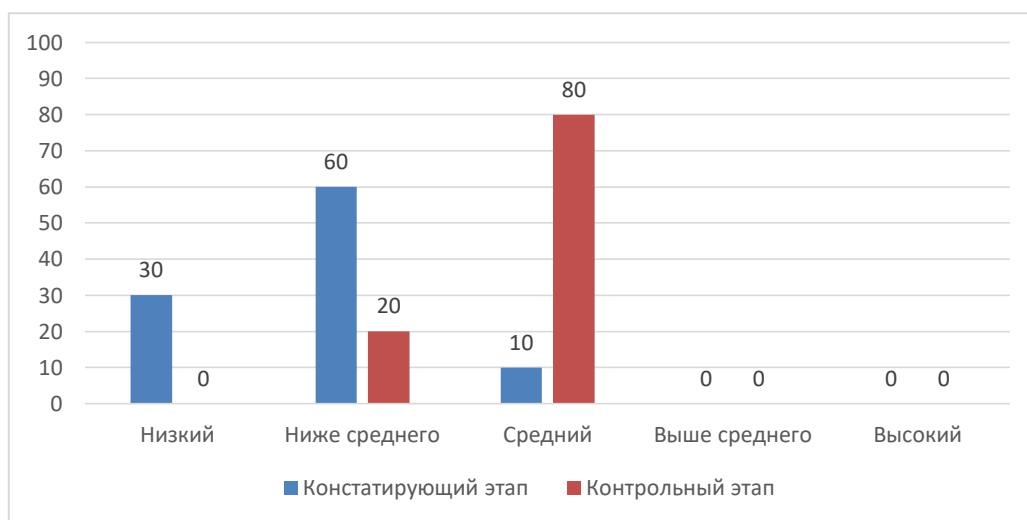


Рисунок 9 – Уровни развития динамической координации движений у детей со стертой дизартрией на констатирующем и контрольном этапах исследования

Перейдем к результатам повторного исследования выявления синкнезий у детей старшего дошкольного возраста со стертой дизартрией (таблица 12).

Таблица 12 – Сравнительные результаты повторного исследования выявления синкнезий (контрольный этап)

№ п/п	Имя ребенка	Проба «Заззо»		Уровень	
		До	После	До	После
1	Алиса Б.	2	3	С	ВС
2	Давид И.	3	3	ВС	ВС
3	Кирилл К.	2	3	С	ВС
4	Рустам Л.	1	2	НС	С
5	Саша Н.	1	2	НС	С
6	Максим П.	3	4	ВС	В
7	Софья Р.	2	3	С	ВС
8	Макар У.	3	4	ВС	В
9	Варя Х.	2	3	С	ВС
10	Аня Я.	1	2	НС	С

Проба «Заззо», направленная на выявление синкинезий показала, что у трех детей (30 % от общего количества детей – Рустам Л., Саша Н., Аня Я.)

были характерны односторонние стойкие синкинезии при выполнении данного задания. У трех испытуемых (30 % от общего количества детей – Рустам Л., Саша Н., Аня Я.) наблюдались перекрестные синкинезии при контурном изображении предмета, что на 10 % ниже результатов констатирующего этапа исследования. Пять детей (50 % от общего количества детей – Алиса Б., Давид И., Кирилл К., Софья Р., Варя Х.) выполнили задания с односторонними синкинезиями в части заданий, что на 50 % выше результатов констатирующего этапа исследования. Два ребенка (20 % от общего количества детей – Максим П., Макар У.) выполнили задания без синкинезий, что на 20 % выше результатов констатирующего этапа исследования.

Наглядно полученные результаты диагностики и положительную динамику представим с помощью диаграммы (рисунок 10).

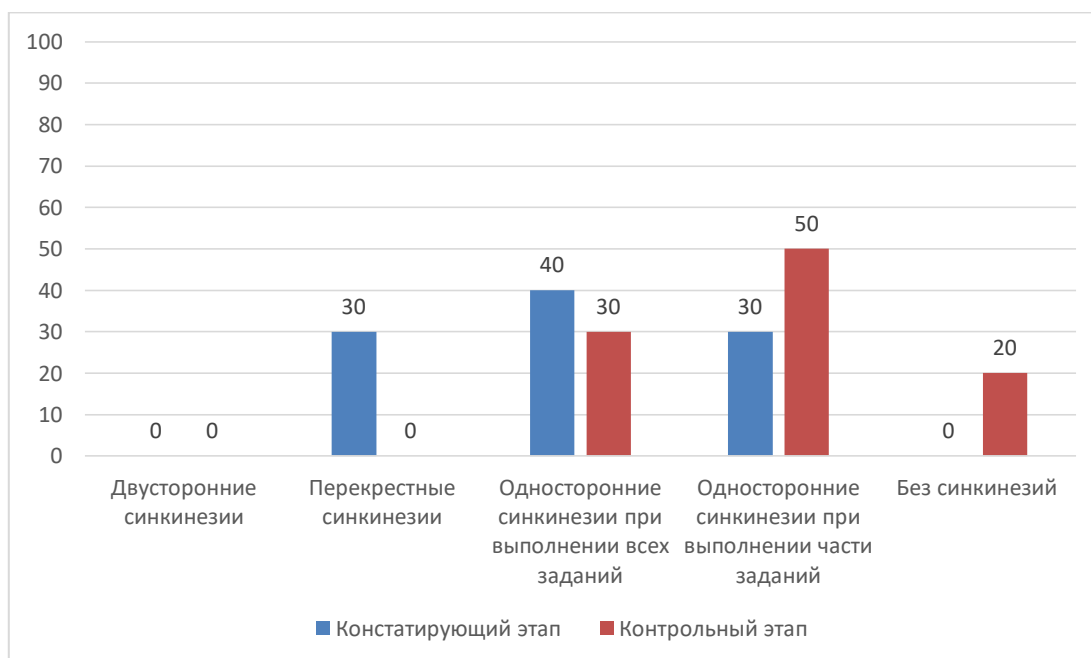


Рисунок 10 – Синкинезии у детей со стертой дизартрией на констатирующем и контрольном этапах исследования

Рассмотрим результаты повторного исследования оптико-кинестетической организации движений у детей старшего дошкольного возраста со стертой дизартрией (таблица 13).

Таблица 13 – Сравнительные результаты исследования оптико-кинестетической координации движений (контрольный этап)

№ п/п	Имя ребенка	Задания			Средний балл		Уровень	
		Практис по словесной инструкции	Практис поз по зрительному образцу	Практис поз по кинестетическому	До	После	До	После
1	Алиса Б.	3	3	2	2	2,7	С	ВС
2	Давид И.	4	3	3	3	3,3	ВС	ВС
3	Кирилл К.	2	1	2	0,7	1,7	НС	С
4	Рустам Л.	3	3	2	2	2,7	С	ВС
5	Саша Н.	2	3	2	2	2,3	С	С
6	Максим П.	2	2	2	1	2	НС	С
7	Софья Р.	3	2	3	2	2,7	С	ВС
8	Макар У.	2	2	1	0,7	1,7	НС	С
9	Варя Х.	3	2	2	2	2,3	С	С
10	Аня Я.	3	3	2	1,7	2,7	С	ВС

При повторном исследовании оптико-кинестетической координации движений или праксис «позы» большинство детей (50 % от общего количества детей – Алиса Б., Давид И., Рустам Л., Софья Р., Аня Я.) выполнили задание на организацию движения верно в замедленном темпе, с предварительным поиском, что на 40 % выше результатов констатирующего этапа исследования. Такое же количество детей (50 % от общего количества детей – Кирилл К., Саша Н., Максим П., Макар У., Варя Х.) выполнили предлагаемое задание верно при наличии синкинезий, что на 10 % ниже результатов констатирующего этапа исследования.

Наглядно полученные результаты диагностики представим с помощью диаграммы (рисунок 11).

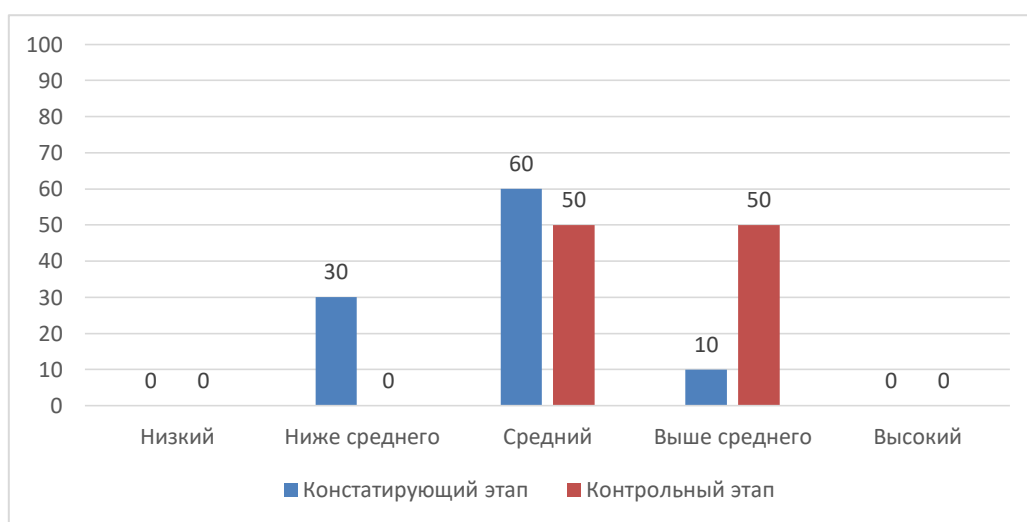


Рисунок 11 – Уровни развития оптико-кинестетической координации движений у детей со стертой дизартрией на констатирующем и контрольном этапах исследования

Обобщим полученные данные контрольного этапа исследования с помощью сводной таблицы (таблица 14).

Таблица 14 – Обобщенные результаты исследования мелкой моторики детей экспериментальной группы на констатирующем и контрольном этапах исследования

№ п/п	Имя ребенка	Зрительно-прос. орган. движ.		Статист. коорд. движений		Динамич. коорд. движ.		Синкинезии		Оптико-кинест. орган. движ.		Средний балл		Общий уровень р-ия мелкой моторики	
		До	После	До	После	До	После	До	После	До	После	До	После	До	После
1	Алиса Б.	1/НС	2/С	0,8/НС	1,7/С	1/Н	1,7/С	2/С	3/В	2/С	2,7/ВС	1,4	2,2	НС	С
2	Давид И.	1/НС	2/С	1,6/С	2,2/С	1,8/С	2,5/С	3/В	3/В	3/ВС	3,3/ВС	2,1	2,6	С	ВС
3	Кирилл К.	2/С	2,5/С	0,5/Н	1,1/НС	0,8/НС	1,7/С	2/С	3/В	0,7/Н	1,7/С	1,1	1,7	НС	С
4	Рустам Л.	1/НС	2/С	1,9/С	2,6/ВС	0,7/НС	1,7/С	1/Н	2/С	2/С	2,7/С	1,3	2,2	НС	С
5	Саша Н.	2,5/С	3/В	0,8/НС	1,7/С	0,5/Н	1,3/НС	1/Н	2/С	2/С	2,3/С	1,3	2,1	НС	С
6	Максим П.	1/НС	2/С	1,9/С	2,6/ВС	0,5/Н	1,2/НС	3/В	4/В	1/НС	2/С	1,5	2,4	НС	С
7	Софья Р.	2/С	3/В	0,4/Н	1,3/НС	0,8/НС	1,7/С	2/С	3/В	2/С	2,7/ВС	1,4	2,3	НС	С
8	Макар У.	1/НС	2/С	0,5/Н	1,2/НС	0,7/НС	1,7/С	3/В	4/В	0,7/Н	1,7/С	1,2	2,1	НС	С
9	Варя Х.	1/НС	2,5/С	1,7/С	2,6/ВС	1/Н	2/С	2/С	3/В	2/С	2,3/С	1,5	2,5	НС	С
10	Аня Я.	1/НС	2/С	1,3/НС	2/С	0,5/Н	1,7/С	1/Н	2/С	1,7/С	2,7/ВС	1,1	2,1	НС	С
Средний балл		1,4/НС	2,2/С	1,1/НС	1,9/С	0,8/НС	1,7/С	2/С	2,9/ВС	1,5/НС	2,4/С				

Как мы видим, большинство детей показало средний уровень развития мелкой моторики (90 % от общего количества детей – Алиса Б., Кирилл К., Рустам Л., Саша Н., Максим П., Софья Р., Макар У., Варя Х., Аня Я.), что на 80 % выше результатов констатирующего этапа исследования. Один ребенок показал уровень развития мелкой моторики выше среднего (10 % от общего количества детей – Давид И.), что на 10 % выше результатов констатирующего этапа исследования. Высокий, ниже среднего и низкий уровни развития мелкой моторики на контрольном этапе исследования выявлены не были.

Наглядно положительную динамику контрольного этапа исследования представим с помощью диаграммы (рисунок 12).

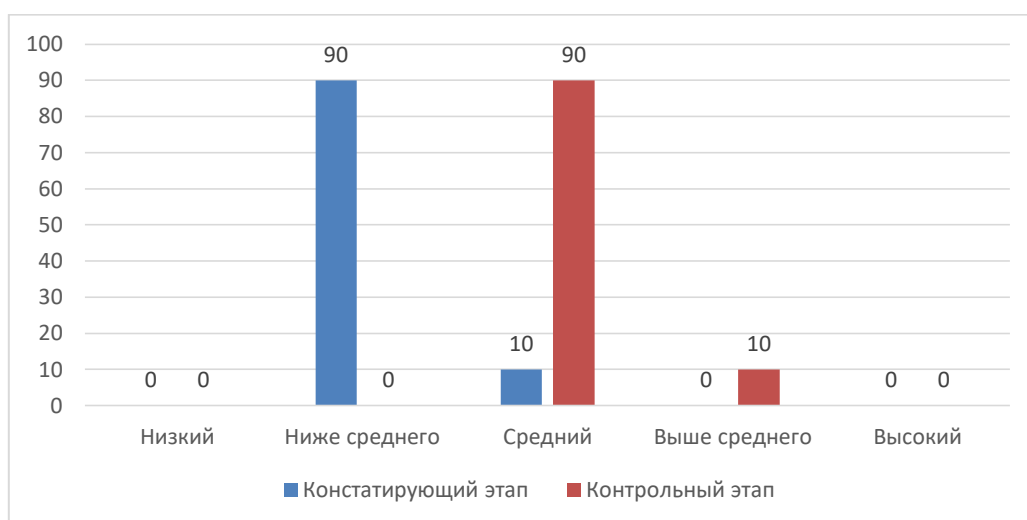


Рисунок 12 – Уровни развития мелкой моторики у детей со стертой дизартрией на констатирующем и контрольном этапах исследования

Таким образом, по результатам контрольного этапа исследования мы выяснили, что у детей старшего дошкольного возраста со стертой дизартрией улучшился уровень развития мелкой моторики, а именно:

- 1) улучшились кинестетическая и кинетическая основа мелкомоторных движений;
- 2) улучшились показатели динамической и статистической координации движений мелкой моторики рук

3) уменьшилось количество насильственных движений и оральных синкинезий. Вышесказанное подтверждает нашу гипотезу.

Выводы по второй главе

В результате проведения экспериментальной работы по коррекции мелкой моторики у детей старшего дошкольного возраста со стертой дизартрией в условиях психолого-педагогического сопровождения мы пришли к ряду выводов.

Во-первых, большинство детей показало уровень развития мелкой моторики ниже среднего (90 % от общего количества детей). Остальные дети показали средний уровень развития мелкой моторики (10 % от общего количества детей). По результатам констатирующего этапа экспериментальной работы мы выяснили, что у детей старшего дошкольного возраста со стертой дизартрией отмечается недостаточный уровень развития мелкой моторики и следующие ее особенности:

- 1) недостаточно развита кинестетическая и кинетическая основа движений;
- 2) не сформированы тонкие дифференцированные движения пальцев рук, нарушена статистическая и динамическая координация движений;
- 3) выявлено наличие насильственных движений и оральных синкинезий;
- 4) отмечаются замедленные, скованные движения пальцев рук.

Во-вторых, развитие мелкой моторики у детей старшего дошкольного возраста со стертой дизартрией эффективно может осуществляться в рамках психолого-педагогического сопровождения и с использованием средств прикладного творчества. Модель развития мелкой моторики характеризуется трехкомпонентным построением, направленностью на взаимодействие всех участников воспитательно-образовательного процесса, имеет специфическую цель, задачи, содержание, методы и формы.

В-третьих, по результатам контрольного этапа исследования мы выяснили, что у детей старшего дошкольного возраста со стертой дизартией улучшился уровень развития мелкой моторики, а именно:

1) улучшились кинестетическая и кинетическая основа мелкомоторных движений;

2) улучшились показатели динамической и статистической координации движений мелкой моторики рук;

3) уменьшилось количество насильственных движений и оральных синкинезий. Вышесказанное подтверждает нашу гипотезу.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Теоретическое и экспериментальное изучение проблемы коррекции мелкой моторики у детей старшего дошкольного возраста со стёртой дизартрией в условиях психолого-педагогического сопровождения позволили нам заключить следующее.

Во-первых, мы проанализировали психолого-педагогическую и специальную литературу по проблеме исследования и пришли к выводу, что мелкая моторика – это совокупность скоординированных действий нервной, мышечной и костной систем, часто в сочетании со зрительной системой в выполнении мелких и точных движений кистями и пальцами рук и ног.

Во-вторых, мы выявили актуальное состояние особенностей развития мелкой моторики у детей старшего дошкольного возраста со стертой дизартрией. Большинство детей показало уровень развития мелкой моторики ниже среднего (90 % от общего количества детей). Остальные дети показали средний уровень развития мелкой моторики (10 % от общего количества детей). По результатам констатирующего этапа экспериментальной работы мы выяснили, что у детей старшего дошкольного возраста со стертой дизартрией отмечается недостаточный уровень развития мелкой моторики и следующие ее особенности:

- 1) недостаточно развита кинестетическая и кинетическая основа движений;
- 2) не сформированы тонкие дифференцированные движения пальцев рук, нарушена статистическая и динамическая координация движений;
- 3) выявлено наличие насильственных движений и оральных синкинезий;
- 4) отмечаются замедленные, скованные движения пальцев рук.

В-третьих, мы разработали модель психолого-педагогического сопровождения развития мелкой моторики у детей старшего дошкольного

возраста со стертой дизартрией. Развитие мелкой моторики у детей старшего дошкольного возраста со стертой дизартрией эффективно может осуществляться в рамках психолого-педагогического сопровождения и с использованием средств прикладного творчества. Модель развития мелкой моторики характеризуется трехкомпонентным построением, направленностью на взаимодействие всех участников воспитательно-образовательного процесса, имеет специфическую цель, задачи, содержание, методы и формы.

В-третьих, по результатам контрольного этапа исследования мы выяснили, что у детей старшего дошкольного возраста со стертой дизартрией улучшился уровень развития мелкой моторики, а именно:

- 1) улучшились кинестетическая и кинетическая основа мелкомоторных движений;
- 2) улучшились показатели динамической и статистической координации движений мелкой моторики рук;
- 3) уменьшилось количество насильственных движений и оральных синкинезий. Вышесказанное подтверждает нашу гипотезу.

В-четвертых, мы экспериментально проверили эффективность модели психолого-педагогического сопровождения развития мелкой моторики у детей старшего дошкольного возраста со стертой дизартрией. По результатам контрольного этапа исследования мы выяснили, что у детей старшего дошкольного возраста со стертой дизартрией улучшился уровень развития мелкой моторики, а именно:

- 1) улучшились кинестетическая и кинетическая основа мелкомоторных движений;
- 2) улучшились показатели динамической и статистической координации движений мелкой моторики рук;
- 3) уменьшилось количество насильственных движений и оральных синкинезий.

Таким образом, задачи нашего исследования решены, цель достигнута, гипотеза подтверждена.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Аксенова Л. И. Специальная педагогика / Л. И. Аксенова, Б.А. Архипова. – Москва : Издательский центр «Академия», 2001. – 400 с. – ISBN 5-7695-1725-5.
2. Александровская Э. М. Психологическое сопровождение школьников : учеб. пособие для студентов высш. пед. учеб. заведений / Э. М. Александровская, Н. И. Кокуркина, Н. В. Куренкова. – Москва : Академия, 2002 (ГУП Сарат. полигр. комб.). – 206 с. – ISBN 5-7695-0980-5.
3. Архипова Е. Ф. Стертая дизартрия у детей / Е. Ф. Архипова. – Москва : АСТ: Астрель, 2008. – 319 с. – ISBN 5-17-038373-8.
4. Архипова Е. Ф. Коррекционно-логопедическая работа по преодолению стертой дизартрии у детей / Е. Ф. Архипова. – Москва : АСТ: Астрель, 2008. – 288 с. – ISBN 5-17-048373-7.
5. Афонькина Ю. А. Технологии комплексного сопровождения детей / Ю. А. Афонькина, И. И. Усанова, О. В. Филатова. – Волгоград : Учитель, 2013. – 67 с. – ISBN 5-7695-0408-0.
6. Безруких М. М. Возрастная физиология: (Физиология развития ребенка) : учеб. пособие для студ. высш. пед. учеб. заведений / М. М. Безруких, В. Д. Сонькин, Д. А. Фарбер. – Москва, 2003. – 416 с. – ISBN 5-4655-0408-2.
7. Бернштейн Н. А. О построении движения / Н. А. Бернштейн. – Москва : Просвещение, 2005 – 213 с. – ISBN 5-94033-033-9.
8. Бернштейн Н. А. Очерки о физиологии движений и физиологии активности / Н. А. Бернштейн. – Москва, 2006. – 342 с. – ISBN 978-5-691-00871-9.
9. Быстрова Г. А. Логопедические игры и задания / Г. А. Быстрова, З. А. Сизова, Т. А. Шуйская. – Санкт-Петербург : КАРО, 2001. – 112 с. – ISBN 5-7695-2393-2.

10. Бельтюков В. И. Об усвоении детьми звуков речи / В. И. Бельтюков. – Москва, 2004. – 234 с. – ISBN 5-7155-0247-0.
11. Бельтюков В. И. Системный анализ онтогенеза фонемного строя языка / В. И. Бельтюков // Теоретические и прикладные исследования психологии речи. – Москва, 2008. – С. 72–91.
12. Беккер, К. П. Логопедия : пер. с нем. / К. П. Беккер, М. Совак – Москва : Медицина, 2001. – 288 с. – ISBN 5-7695-0559-1.
13. Булыкина Е. А. Развитие звукопроизношения у детей дошкольного возраста с дизартрией при помощи дидактических игр / Е. А. Будыкина // Молодой ученый. – 2016. – № 9. – С. 1076-1078.
14. Белякова Л. И. Логопедия. Дизартрия / Л. И. Белякова, Н. Н. Волоскова. – Москва : Гуманитар, изд. центр ВЛАДОС, 2009. – 287 с. – ISBN 5-87604-109-2.
15. Винарская Е. Н. Возрастная фонетика : учеб. пособие для студентов [дефектол. и психол. фак. вузов] / Е. Н. Винарская, Г. М. Богомолова. – Москва : АСТ : Астрель, 2005. – 206 с. – ISBN 978-5-94666-657-2.
16. Винарская Е. Н. Дизартрия / Е. Н. Винарская. – Москва : АСТ, 2006. – 141 с. – ISBN 978-5-9710-7777-0.
17. Волкова Л. С. Логопедия : учебник для вузов / Л. С. Волкова, С. Н. Шаховская. – Москва, 2009. – 345 с. – ISBN 978-5-91872-037-0.
18. Волкова Л. С. Нарушение голоса и произносительной стороны речи II часть. Ринолалия, Дизартрия / Л. С. Волкова. – Москва, 2008. – 223 с. – ISBN 5-94033-033-9.
19. Волосовец Т. В. Основы логопедии с практикумом по звукопроизношению : учеб. пособие для студ. сред. пед. учеб. заведений / Т. В. Волосовец, Е. Н. Кутепова – Москва : Издательский центр «Академия», 2002. – 200 с. – ISBN 5-7695-0559-1.
20. Гвоздев А. Н. Вопросы детской речи / А. Н. Гвоздев. – Москва : Детство-Пресс, 2007. – 472 с. – ISBN 5-87604-109-2.

21. Гвоздев А. Н. Усвоение детьми звуковой стороны русского языка / А. Н. Гвоздев. – Москва : Акцидент, 2005. – 64 с. – ISBN 5-7155-0247-0.
22. Гризик Т. И. Развитие мелкой моторики руки у детей 5-6 лет / Т. И. Гризик // Развитие речи детей 5-6 лет / Т. И. Гризик, Л. Е. Тимощук. – Москва : Просвещение, 2007. – 68 с. – ISBN 978-5-9780-0422-9.
23. Гуровец Г. В. К вопросу диагностики стертых форм псевдобульбарной дизартрии / Г. В. Гуровец, С. И. Маевская // Вопросы логопедии. – Москва, 2002. – С. 64–70.
24. Ермакова И. И. Коррекция речи и голоса у детей и подростков : книга для логопеда / И. И. Ермакова. – 2-е изд., перераб. – Москва : Просвещение, 2006. – 141 с. – ISBN 978-5-00106-468-8.
25. Ефименкова Л. Н. Коррекция звуков речи у детей / Л. Н. Ефименкова. – Москва : Просвещение, 2000. – 234 с. – ISBN 5-17-027239-1.
26. Ефремова Т. Ф. Новый словарь русского языка. Толково-словообразовательный / Т. Ф. Ефремова – Москва : Русский язык, 2000. – 1209 с. – ISBN 5-200-02802-7.
27. Зайцева Л. А. Нарушения произносительной стороны речи и их коррекция : учеб. метод. пособие / Л. А. Зайцева, И. С. Зайцев. – Минск : БГПУ им. М. Танка, 2011. – 74 с. – ISBN 5-7695-0106-5.
28. Зенков Г. С. Введение в языкознание : учеб. пособие для студентов дистанционного обучения КГНУ / Г. С. Зенков, И. А. Сапожникова. – Балашов : ИИМОП КГНУ, 1998. – 218 с. – ISBN 5-8112-0394-2.
29. Ивановская О. Г. Логопедические занятия с детьми 6-7 лет : методические рекомендации / О. Г. Ивановская, Л. Я. Гадасина. – Санкт-Петербург : КАРО, 2007. – 167 с. – ISBN 978-5-91180-846-4.
30. Казакова Е. И. Педагогическое сопровождение. Опыт международного сотрудничества / Е. И. Казакова. – Санкт-Петербург, 1995. – 27 с. – ISBN 978-5-4473-0125-5.

31. Левина Р. Е. Основы теории и практики логопедии / Р. Е. Левина. – Москва, 2008. – 132 с. – ISBN 5-7695-0408-0.
32. Лопатина Л. В. Преодоление речевых нарушений у дошкольников коррекция стертой дизартрии : учебное пособие / Л. В. Лопатина, Н. В. Серебрякова. – Санкт-Петербург, 2000. – 234 с. – ISBN 5-89939-101-4.
33. Лопатина, Л. В. Характеристики и структура речевого дефекта у дошкольников со стертой дизартрией. Особенности механизмов, структуры нарушений речи и их коррекции у детей с интеллектуальной, сенсорной и двигательной недостаточностью / Л. В. Лопатина. – Санкт-Петербург, 2006. – 248 с. – ISBN 978-5-9268-0953-1.
34. Лурия А. Р. Основы нейропсихологии : учеб. пособие для студ. учреждений высш. проф. образования / А. Р. Лурия. – Москва : Издательский центр «Академия», 2013. – 384 с. – ISBN 978-5-9780-0422-9.
35. Мартынова Р. И. Сравнительная характеристика детей, страдающих легкими формами дизартрии и функциональной дислалией: хрестоматия по логопедии : учебное пособие для студентов высших и средних специальных педагогических учебных заведений: в 2 т. Т. I / Л. С. Волкова, В. И. Селиверстов. – Москва : Гуманит. издат. центр ВЛАДОС, 2011. – С. 214-218. – ISBN 5-8064-351-3.
36. Мастюкова Е. М. Клинические симптомы дизартрии и общие принципы речевой терапии : логопедия пособие для логопедов и студ. дефектол. факультетов пед. вузов / Л. С. Волкова, Е. М. Мастюкова. – Москва : Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 2003. – 304 с. – ISBN 5-8064-351-3.
37. Монгуш О. О. Психолого-педагогическое сопровождение детей дошкольного возраста / О. О. Монгуш // Педагогическое мастерство : материалы VI Междунар. науч. конф. (г. Москва, июнь 2015 г.). – Москва : Буки-Веди, 2015. – С. 59–62.

38. Мухина В. С. Возрастная психология: феноменология развития, детство, отрочество : учебник для студ. вузов / В. С. Мухина. – Москва : Издательский центр «Академия», 2015. – 428 с. – ISBN 5-8064-351-3.
39. Назарова Н. М. Специальная педагогика : уч. пособие для студ. высш. пед. учеб. заведений / Н. М. Назарова, Л. И. Аксенова. – Москва : Издат. центр Академия, 2010 – 277 с. – ISBN 5-7695-2393-2.
40. Осипова Л. Б. Психолого-педагогическое обследование дошкольников с нарушениями зрения : методическое пособие / Л. Б. Осипова. – Челябинск, 2005. – 59 с. – ISBN 5-5685-3393-1.
41. Парамонова Л. Г. Логопедия для всех / Л. Г. Парамонова. – Санкт-Петербург : Питер, 2009. – 370 с. – ISBN 5-8064-351-3.
42. Поваляева М. А. Справочник логопеда / М. А. Поваляева. – Ростов-на-Дону : «Феникс», 2002 – 448 с. – ISBN 5-7695-2393-2.
43. Правдина О. В. Логопедия : учеб. пособие для студентов дефектолог. фак-тов пед. ин-тов / О. В. Правдина – Москва : Просвещение, 2013. – 272 с. – ISBN 978-5-9780-0422-9.
44. Приходько О. Р. Дизартрические нарушения речи у детей раннего и дошкольного возраста / О. Р. Приходько // Специальное образование. – № 2. – 2002. – С. 68–81.
45. Российская Е. Н. Произносительная сторона речи : Практический курс / Е. Н. Российская, Л. А. Гаранина. – Москва : АРКТИ, 2003. – 104 с. – ISBN 978-5-9268-0953-1.
46. Светлова И. Е. Развиваем мелкую моторику / И. Е. Светкло – Москва : Эксмо-Пресс, 2001. – 72 с. – ISBN 5-89939-101-4.
47. Селиверстов В. И. Понятийно-терминологический словарь логопеда / В. И. Селиверстов. – Москва : Гуманитарный издательский центр ВЛАДОС, 2007. – 400 с. – ISBN 5-8112-0394-2.
48. Семаго Н. Я. Технология определения образовательного маршрута для ребенка с ОВЗ / Н. Я. Семаго. – Москва : Центр «Школьная

книга», 2010. Серия «Инклюзивное образование». Вып. 2. – 158 с. – ISBN 978-5-8291-1481-7.

49. Стребелева Е. А. Специальная дошкольная педагогика : учебное пособие / Е. А. Стребелева, А. Л. Венгер, Е. А. Екжанова. – Москва : Издательский центр Академия, 2012. – 312 с. – ISBN 5-7695-2393-2.

50. Тищенко Л. И. Развитие мелкой моторики детей дошкольного возраста / Л. И. Тищенко // Образовательные проекты «Совёнок» для дошкольников. – 2014. – № 12. – С. 56–59.

51. Трубайчук Л. В. Психолого-педагогическое сопровождение развития ребенка дошкольного возраста в образовательном процессе : коллективная монография / Л. В. Трубайчук. – Челябинск: изд-во ЧИПКРО, 2014. – 204 с. – ISBN 978-5-9780-0422-9.

52. Трубникова Н. М. Логопедические технологии обследования речи : учебно-методическое пособие / Н. М. Трубникова. – Урал. гос. пед. ун-т. – Екатеринбург, 2005. – 167 с. – ISBN 5-89939-101-4.

53. Фадина Г. В. Специальная дошкольная педагогика : учебно-методическое пособие для студентов педагогических факультетов / Г. В. Фадина. – Балашов: Николаев, 2004. – 80 с. – ISBN 5-7695-2393-2.

54. Федосова О. Ю. Коррекция звукопроизношения у дошкольников с легкой степенью дизартрии с учетом фонетического контекста / О. Ю. Федосова. – Самара, 2005. – 228 с. – ISBN 5-7695-2393-2.

55. Федеральный Государственный образовательный стандарт дошкольного образования : утвержден приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 17 октября 2013г., №1155 / Министерство образования и науки Российской Федерации. – Москва : Перспектива, 2014.

56. Филичева Т. Б. Логопедическая работа в специальном детском саду / Т. Б. Филичева, Н. А. Чевелева. – Москва : Просвещение, 2009. – 344 с. – ISBN 5-691-00871-4.

57. Филичева Т. Б. Основы логопедии / Т. Б. Филичева, Н. А. Чевелева, Г. В. Чиркина. – Москва, «Просвещение» 2009. – 345 с. – ISBN 5-7695-2393-2.

58. Хватцев М. Е. Логопедия. Работа с дошкольниками : книга для родителей / М. Е. Хватцев. – Москва : АСТ, 2002. – 266 с. – ISBN 5-94033-033-9.

59. Черкасова Е. Л. Нарушение речи при минимальных расстройствах слуховой функции (диагностика и коррекция) : учеб. пособие для студентов пед. университетов по специальности «Дефектология» / Е. Л. Черкасова. – Москва : АРКТИ, 2003. – 192 с. – ISBN 978-5-91872-037-0.

60. Чиркина Г. В. Методы обследования речи детей : пособие по диагностике речевых нарушений / Г. В. Чиркина. – Москва : Владос, 2003. – 345 с. – ISBN 978-5-458-38909-9.

61. Щеголь В. И. Психолого-педагогическое сопровождение образовательного процесса гимназии / В. И. Щеголь // Фундаментальные исследования. – 2008. – № 9. – С. 89–91.

62. Эльконин Д. Б. Психическое развитие в детских возрастах / Д. Б. Эльконин. – Москва : ИПП, 2007. – 416 с. – ISBN 5-89395-027-5.

ПРИЛОЖЕНИЕ 1

Работы по декоративно-прикладному творчеству детей на логопедических занятиях

Лексическая тема «Осень»



Лексическая тема «Домашние животные»



Лексическая тема «Дикие животные»



Лексическая тема «Овощи»



Лексическая тема «Фрукты»



Лексическая тема «Зима»



Лексическая тема «Рыбы»



Лексическая тема «Насекомые»



ПРИЛОЖЕНИЕ 2

Работы декоративно-прикладного творчества детей старшего дошкольного возраста со стертой дизартрией на кружке «Умелые ручки»

«Бисероплетение»



«Лепка из глины»





«Акваромозаика»

