

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования

«ПЕРМСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ГУМАНИТАРНО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ»

ФАКУЛЬТЕТ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ

Кафедра адаптивной и лечебной физической культуры

Выпускная квалификационная работа

**ВЛИЯНИЕ СУ ДЖОК акупунктуры в сочетании с занятиями
лечебной физической культуры на развитие мелкой моторики у
детей дошкольного возраста с ДЦП**

Работу выполнила:
студентка Z357 группы
направления подготовки
49.03.02. Физическая культура для
лиц с отклонениями в состоянии
здоровья (адаптивная физическая
культура),
профиль «Лечебная физическая
культура»
Валиева Олеся Юрьевна

(подпись)

«Допущен к защите в ГАК»

Зав. кафедрой

« ____ » _____ 2018 г.

Научный руководитель:
кандидат биол. наук,
доцент кафедры адаптивной и
лечебной физической культуры
Абызова Татьяна Васильевна

ПЕРМЬ
2018

Оглавление

Введение		3
Глава 1	Теоретическое обоснование понятия Детский Церебральный Паралич	7
	1.1. Характеристика детей с ДЦП	7
	1.2. Особенности развития мелкой моторики рук у детей	15
	1.3. Особенности развития мелкой моторики рук у детей при ДЦП	26
	1.4. Основные подходы к коррекции и развитию мелкой моторики рук у детей	28
	1.5. Метод Су Джок акупунктуры	35
	1.6. Применение Су Джок акупунктуры у детей	39
Глава 2	Организация исследования и общая характеристика работы по развитию мелкой моторики рук	43
	2.1. Методы исследования	44
	2.2. Выявление уровня сформированности мелкой моторики рук у детей	44
	2.3. Математическая статистика	47
	2.4. Организация и проведение занятий, направленных на развитие мелкой моторики рук	48
Глава 3	Результаты собственных исследований влияния Су Джок акупунктуры на развитие мелкой моторики рук	51
	3.1. Анализ результатов диагностики мелкой моторики рук	
	3.2. Эффективность воздействия Су Джок акупунктуры на уровень сформированности мелкой моторики рук	52
Заключение		56
Выводы		57
Библиографический список		58

Введение

Актуальность. Дети с нарушением функции опорно-двигательного аппарата уже несколько десятилетий являются объектом пристального внимания специальных педагогов. По данным Госкомитета Российской Федерации каждый 10-й ребенок-инвалид является инвалидом по причине заболеваний опорно-двигательного аппарата. Среди них значительную часть занимают дети, страдающие различными формами детского церебрального паралича. Статистика ДЦП демонстрирует постепенное увеличение численности больных детей. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), количество рожденных детей с диагнозом ДЦП составляет 3 - 4 случая на 1000. Среди больных имеются дети с различной степенью тяжести нарушений, вплоть до тяжелой, ведущей к пожизненной инвалидности. Статистика ДЦП в России демонстрирует повышенный процент больных детей. По сообщению, пресс-службы министерства в 2016 году в России насчитывалось почти 71 500 детей, которые страдают ДЦП [14]

Реабилитация детей с ДЦП требует продолжительного времени и помимо работы специалистов, необходимо активное и постоянное участие родителей. Универсального метода лечения не существуют. Каждому пациенту нужен индивидуальный подход. Это обосновано степенью развития болезни и формой ДЦП. Лучшими методами принято считать: медикаментозную терапию (препараты, стимулирующие мышечный тонус), массаж пораженных участков, ЛФК (лечебная физкультура). Дополнительные методы - мануальная терапия, физиотерапия, лазерная рефлексотерапия, коррекция движений с помощью электростимуляции мышц и центров движения в головном мозге, различные тренажеры и вспомогательные устройства (велосипеды, ходунки, вертикализаторы), сеансы логопеда (при нарушении речи), нагрузочные и пневмокостюмы, также применяется - анималотерапия. Реабилитологи занимаются планомерным развитием

двигательных возможностей ребенка. Лечение, начатое на первом году жизни ребенка, является более результативным, чем в старшем возрасте, когда начинают проявляться последствия ДЦП (сколиоз, вывихи суставов, общее ухудшение состояния). В настоящее время известно, что все функции центральной нервной системы лучше всего поддаются тренировке и воспитанию в период их естественного формирования, поэтому имеет значение ранний возраст детей для начала восстановительных занятий, когда интеллект еще можно развить. Если же в это время создаются неблагоприятные условия, то развитие функций задерживается, и в более позднем возрасте отставание. Чрезвычайно важна роль своевременной и качественной диагностики, профилактики и коррекции поведенческих, нервно-психических, двигательных и патохарактерологических расстройств успешной социальной интеграции детей с ДЦП [1,40]

Интеграция детей с отклонениями в развитии в массовые образовательные учреждения - это мировой процесс, в который вовлечены все высокоразвитые страны. Дошкольный возраст является наиболее благоприятным периодом для интеграции детей с отклонениями в развитии в коллектив здоровых сверстников. Важно подчеркнуть, что, если полная и комбинированная модели интеграции могут быть эффективны лишь для части детей с высоким уровнем психофизического и речевого развития, то частичная и особенно временная формы интеграции целесообразны для большинства дошкольников с отклонениями в развитии, в том числе и для детей с интеллектуальной недостаточностью. Такое объединение способствует гуманистическому воспитанию здоровых детей и ранней социализации дошкольников с отклонениями в развитии [2,28]

Цель исследования: изучить влияние метода Су Джок акупунктуры в сочетании с занятиями лечебной физической культурой на развитие мелкой моторики рук у детей дошкольного возраста при ДЦП в условиях стационара в период реабилитации.

Задачи:

1. Изучить научную и методическую литературу по проблеме проявления заболевания ДЦП и особенностей течения реабилитации. Провести теоретический анализ клинической, педагогической, психологической литературы по проблеме исследования.
2. Исследовать и оценить развития мелкой моторики рук у детей дошкольного возраста при ДЦП.
3. Оценить влияние метода Су Джок акупунктуры в сочетании с занятиями лечебной физической культурой на развитие мелкой моторики рук у детей дошкольного возраста при ДЦП в условиях стационара в период реабилитации.

Объект исследования: мелкая моторика у детей дошкольного возраста при ДЦП.

Предмет исследования: воздействие метода Су Джок акупунктуры в сочетании с занятиями лечебной физической культурой на развитие мелкой моторики рук у детей дошкольного возраста при ДЦП в условиях стационара в период реабилитации.

Гипотеза: Предполагается, что использование метода Су Джок акупунктуры в сочетании с занятиями лечебной физической культурой способствует развитию мелкой моторики рук у детей дошкольного возраста при ДЦП в условиях стационара в период реабилитации.

Научная новизна: применение метода Су Джок акупунктуры в сочетании с занятиями лечебной физической культурой на развитие мелкой моторики рук у детей дошкольного возраста при ДЦП в условиях стационара в период реабилитации ранее нигде не отмечено, в литературных источниках нигде не зафиксировано.

Теоретическая значимость. Полученные данные расширяют представления о возможностях применения Су Джок акупунктуры в сочетании с занятиями лечебной физической культурой в реабилитации детей дошкольного возраста при ДЦП для развития мелкой моторики рук в условиях стационара в период реабилитации.

Практическая значимость. Обоснованность и достоверность полученных результатов обеспечиваются комплексным характером поэтапного исследования и статистической значимостью полученных экспериментальных данных и являются основанием для проведения Су Джок акупунктуры в сочетании с занятиями лечебной физической культурой у детей дошкольного возраста при ДЦП в условиях стационара в период реабилитации.

Глава 1. Теоретическое обоснование понятия детский церебральный паралич

1.1. Характеристика детей с ДЦП

Особый вклад в изучение различных аспектов заболевания ДЦП внесен нашими отечественными учеными и, прежде всего, К.А. Семеновой, И.Ю. Левченко, Е.М. Мастюковой, М.В. Ипполитовой, Э.С. Калижнюк, О.Г. Приходько, Л.М. Шипицыной, И.И. Мамайчук, А.В. Кротковой, Л.А. Даниловой, И.Г. Синельниковой и др.

Детский церебральный паралич (ДЦП) - это название целой группы неврологических нарушений, которая характеризуется поражением двигательных зон и двигательных проводящих путей головного мозга, что приводит к недостатку или отсутствию контроля со стороны нервной системы за функциями мышц, нарушению мышечно-суставного чувства. Происходит стойкое расстройство моторики рук, которое характеризуется нарушением тонуса мышц, нарушением развития произвольных движений, наличием парезов, насильственных движений - гиперкинезов. У больных при сохранности правильного восприятия отдельных движений нет возможности синтезировать эти движения в единое целое. Происходит ограничение предметно-практической деятельности, недостаточное развитие предметного восприятия, затруднение манипуляции предметами и их восприятия на ощупь. Известно, что формирование представлений о своем теле находится в тесной связи с развитием двигательных функций, с развитием тактильных, зрительных и кинестетических ощущений и соответствия движений, в процессе которых осознается взаиморасположение частей тела - схемы тела. Подавление деятельности кинестетического анализатора исключает выработку тех условно рефлекторных связей, на основе которых строится чувство собственно тела, чувство позы и тонкая моторика. Все вышеизложенное подтверждает сложный и стойкий характер нарушения

двигательной функции у детей, страдающих различными формами ДЦП, и указывает на то, что эти нарушения специфичны для той или иной формы. Степень тяжести двигательных нарушений варьируются в большом диапазоне, где на одном полюсе находятся грубейшие нарушения, на другом - минимальные. Многие дети, страдающие ДЦП, как бы «забывают» пользоваться своими пораженными конечностями, они игнорируют свою пораженную руку даже в случае умеренного поражения. Достаточно сказать, что к двум годам большинство еще плохо удерживают голову и не умеют ее поворачивать и разглядывать окружающее, не умеют захватывать и удерживать игрушки. Кисти рук сжаты в кулачки, большой палец плотно приведен к ладони, и его участие в захвате игрушки невозможно. Кроме двигательных нарушений, зачастую имеются поведенческие и умственные расстройства, эпилептические припадки и нарушения эмоционально-волевой сферы, которые проявляются в виде повышенной эмоциональной возбудимости, чувствительности к обычным раздражителям окружающей среды, склонности к колебаниям настроения. Нередко возбудимость сопровождается страхами, который возникает даже при простых тактильных раздражениях, при изменении положения тела, окружающей обстановки. Некоторые дети боятся высоты, закрытых дверей, темноты, новых игрушек, новых людей. Так же часто присоединяются различной степени выраженности нарушения психики. Такие авторы, как М. Б. Эйдинова, К.А. Семенова, Е.И. Кириченко, И.Ю. Левченко, относят нарушения психического развития у детей с ДЦП к аномальному психическому развитию и утверждают, что эти нарушения в значительной степени зависят от локализации и времени поражения головного мозга. Нередко сопровождают нарушения речи, зрения, слуха, что в итоге отражается на социально значимых навыках, таких как способность самостоятельно принимать пищу, одеваться, обучаться, свободно общаться, получать профессию. Зачастую наблюдается диспропорциональный вариант развития личности. Это проявляется в том, что интеллектуальное достаточное развитие сочетается с отсутствием

уверенности в себе, самостоятельности, повышенной внушаемостью. У ребенка формируются иждивенческие установки, неспособность и нежелание к самостоятельной практической деятельности т.к. ребенок долго не осваивает навыки самообслуживания. Для большинства детей с церебральным параличом характерна повышенная утомляемость. Дети с трудом сосредотачиваются на задании, быстро становятся вялыми или раздражительными.

ДЦП не имеет прогрессирующего характера, однако его симптомы часто остаются с человеком на всю жизнь и становятся причиной инвалидности.

ДЦП не является заразным заболеванием и не передается от одного ребенка к другому. [35,32]

Заболевание также не наследуется в случае болезни родителей.

Т.В. Мошняга отмечает следующие нарушения у детей с ДЦП:

1. Нарушение координации движения глаз и рук.
2. Замедленное, недостаточное, недифференцированное зрительное восприятие, обусловленное невозможностью фиксации взора и прослеживание за предметами.
3. Нарушение координации движений, общая психомоторика, что приводит к патологии восприятия собственных ощущений и движений.
4. Ребёнок недостаточно узнаёт предметы на ощупь.
5. Двигательные нарушения усиливают нарушения артикуляции моторики и звукопроизношения.
6. Нарушается взаимодействие зрительно-моторных и оптико-пространственных систем, что затрудняет формирование автоматизированных движений руки.
7. Отмечаются пространственные нарушения и пространственная дезорганизация (дети часто не могут довести начатое дело до конца).
8. Трудности в воспроизведении движений по образцу.
9. Нарушается темп выполнения и воспроизведения.

10. Снижена двигательная память и замедленный, неуверенный темп при переносе двигательных поз пальцев с одной руки на другую.

11. Если движения пальцев рук отстаёт, то задерживается и речевое развитие. [9,10]

Разнообразие двигательных нарушений у детей с детским церебральным параличом обусловлено рядом факторов, связанных со спецификой заболевания.

1. Нарушение мышечного тонуса (по типу спастичности, ригидности, гипотонии, дистонии). Любой двигательный акт сопровождается мышечный тонус. Часто наблюдается повышение мышечного тонуса - спастичность, когда мышцы напряжены (характерно нарастание мышечного тонуса при попытках произвести то или иное движение, особенно при вертикальном положении тела).

2. Ограничение или невозможность произвольных движений (парезы и параличи). В зависимости от тяжести поражения мозга может наблюдаться полное или частичное отсутствие тех или иных движений. Полное отсутствие произвольных движений, обусловленное поражением двигательных зон коры головного мозга и проводящих двигательных путей, называется центральным параличом (ребенок затрудняется или не может поднять руки вверх, вытянуть их вперед, в стороны, согнуть или разогнуть ноги, затрудняется ходьба), а ограничение объема движений - центральным парезом (страдают в первую очередь наиболее тонкие и дифференцированные движения, например изолированные движения пальцев рук).

3. Наличие насильственных движений характерны для многих форм ДЦП. Они могут проявляться в виде гиперкинезов (непроизвольных насильственных движений, обусловленных переменным тонусом мышц, с наличием неестественных поз) и тремора (дрожание пальцев рук и языка).

4. Нарушение равновесия и координации движений (атаксия). Туловищная атаксия проявляется в неустойчивости при сидении, стоянии и ходьбе. В тяжелых случаях ребенок не может сидеть или стоять без

поддержки. Отмечается неустойчивость походки: дети ходят на широко расставленных ногах, пошатываясь, отклоняясь в сторону. Нарушения координации (ребенок не может точно захватить предмет и поместить его в заданное место; при выполнении этих движений он промахивается, у него наблюдается тремор).

5. Нарушение ощущений движений (кинестезий). Развитие двигательных функций тесно связано с ощущением движений. Ощущение движений осуществляется при помощи специальных чувствительных клеток, которые дают информацию о положении конечностей и туловища в пространстве, степени сокращения мышц (так как у детей с детским церебральным параличом бывает ослаблено чувство позы или искажено восприятие направления движения - движение пальцев рук по прямой ощущается как движение по окружности или в сторону).

6. Недостаточное развитие цепных установочных выпрямительных рефлексов (статокинетических рефлексов). Статокинетические рефлексы обеспечивают формирование вертикального положения тела ребенка и произвольной моторики, при их недоразвитии ребенку трудно удерживать в нужном положении голову и туловище. В результате он испытывает трудности в овладении навыками самообслуживания, трудовыми и учебными операциями.

7. Синкинезии - это непроизвольные содружественные движения, сопровождающие выполнение активных движений (например, при попытке взять предмет одной рукой происходит сгибание другой руки; ребенок не может разогнуть согнутые пальцы рук, а при выпрямлении всей руки пальцы разгибаются). [10,11]

В мировой литературе предложено более двадцати классификаций ДЦП. Они основаны на этиологических признаках, характере клинических проявлений, патогенетических особенностях. В нашей стране принята классификация детского церебрального паралича К.А. Семеновой (1974), которая очень удобна в практической работе врачей, логопедов, дефектологов,

психологов. В соответствии с современными представлениями о патогенезе заболевания эта классификация учитывает все проявления поражения мозга, характерные для каждой формы заболевания - двигательные, речевые и психические, а также позволяет прогнозировать дальнейшее течение заболевания [33]. Согласно этой классификации выделяются пять форм ДЦП:

1. спастическая диплегия,
2. двойная гемиплегия,
3. гемипаретическая форма,
4. гиперкинетическая форма,
5. атонически-астатическая форма.

1. Самой распространенной формой ДЦП, является спастическая диплегия, которая характеризуется тетрапарезом, руки поражены в меньшей степени, чем ноги. Дети, страдающие данной формой, при правильном и специализированном обучении могут овладевать навыками самообслуживания, письма и рядом других умений. При спастической диплегии возможно преодоление психических и речевых расстройств при условии систематической, направленной коррекционной работы.

2. Двойная гемиплегия - возникает при наиболее тяжелых поражениях незрелого мозга. Это тоже тетрапарез. Однако обе пары конечностей поражаются в одинаковой степени. Больные практически не могут двигаться, говорить и имеют глубокую степень умственного недоразвития. Их состояние усугубляется наличием сопутствующих синдромов, что приводит к невозможности их воспитания и обучения. При условии отсутствия глубокого интеллектуального недоразвития у этих больных двойная гемиплегия может трансформироваться в спастическую диплегию.

3. Гемипаретическая форма. При этой форме двигательные расстройства выражены в меньшей степени, чем при других формах ДЦП. Из-за трофических расстройств у детей отмечается замедление роста костей, а отсюда - укорочение длины паретичной конечности. При этом тяжелее поражаются руки - правая или левая. Эта категория больных ДЦП, как

правило, лучше, чем при других формах, общается, социально ориентируется и приучается к труду, но нуждается в коррекции нарушений таких корковых функций, как счет, письмо, пространственное восприятие.

4. Гиперкинетическая форма ДЦП характеризуется наличием насильственных движений. Гиперкинезы встречаются в сочетании и с параличами, и с парезами или без них. Широко распространены речевые нарушения (90%). Интеллект ребенка при этом часто остается удовлетворительным. Обучению ребенка мешают тяжелые речевые нарушения и тяжелые расстройства произвольных движений. Однако дети с этой формой ДЦП проявляют стремление к общению и обучению. Эта форма вполне благоприятна в отношении обучения и социальной адаптации.

5. Атонически-астатическая форма ДЦП отличается низким тонусом мышц, в отличие от других форм с высоким тонусом. Для этой формы характерно наличие парезов, атаксии и тремора. У 60% - 75% детей наблюдаются речевые расстройства. Довольно часто при этой форме наблюдается недоразвитие психики. [26]

При всех формах нарушений опорно-двигательного аппарата ведущим является двигательный дефект - нарушение статики, локомоции и произвольных движений туловища и конечностей. [1]

Также К.А. Семенова считает, что двигательные нарушения у детей с церебральным параличом имеют различную степень выраженности:

1. Тяжелая. Дети не овладевают навыками ходьбы и манипулятивной деятельностью. Они не могут себя обслуживать.
2. Средняя. Дети овладевают ходьбой, но передвигаются с помощью ортопедических приспособлений (костылей, канадских палочек и т. п.) Навыки самообслуживания у них развиты не полностью из-за нарушений манипулятивной функции.
3. Легкая. Дети ходят самостоятельно. Они могут себя обслуживать, у них достаточно развита манипулятивная деятельность. Однако у больных могут наблюдаться неправильные патологические позы и положения, нарушения

походки, движения недостаточно ловкие, замедленные. Снижена мышечная сила, имеются недостатки мелкой моторики. Одной из особенностей, выдающих детский церебральный паралич, является нарушение моторики рук. При некоторых формах заболевания в течение многих лет проявляются тонические рефлексy периода новорожденности, которые мешают развитию двигательной деятельности». [29]

Причины возникновения ДЦП. Согласно современным представлениям детский церебральный паралич возникает в результате воздействия на ЦНС ребенка различных повреждающих факторов, обуславливающих неправильное развитие или гибель отдельных участков головного мозга. Основное патогенетическое звено в формировании детского церебрального паралича - это гипоксия, к развитию которой и приводят различные причинные факторы ДЦП, причем действие этих факторов происходит в перинатальном периоде, т. е. до, вовремя и непосредственно после рождения ребенка (первые 4 недели жизни). В первую очередь при гипоксии страдают те участки головного мозга, которые отвечают за поддержание равновесия и обеспечение двигательных рефлекторных механизмов. В результате возникают типичные для ДЦП расстройства мышечного тонуса, парезы и параличи, патологические двигательные акты.

1. Причины возникновения ДЦП у ребёнка во внутриутробном периоде: хронические заболевания, острые инфекционные заболевания с различными интоксикациями, перенесенными будущей матерью во время беременности, несовместимость крови матери и плода по резус-фактору, по групповой принадлежности, токсикоз, несвоевременная отслойка «детского места» (плаценты), угроза выкидыша, нефропатия беременных, травматизация во время вынашивания ребёнка, гипоксия плода, фетоплацентарная недостаточность, к самым потенциально опасным патологиям относят токсоплазмоз, краснуху, сифилис.

2. Причины, провоцирующие ДЦП в процессе родовой деятельности: узкий таз (травма головы ребёнка во время прохождения его по родовым путям

матери), родовая травма, нарушение родовой активности, роды, ранее установленного срока, большой вес новорождённого, стремительные роды, ягодичное предлежание ребёнка.

3. Причины прогрессирования недуга в первые месяцы жизни новорождённого: дефекты развития элементов дыхательной системы, асфиксия новорождённых, аспирация околоплодными водами, гемолитическая болезнь. [12,19]

1.2. Особенности развития мелкой моторики рук у детей

В истории развития человечества часто роль рук подчеркивается особо. Именно руки дали возможность развивать с помощью жестов язык общения первобытных людей. Понятие «мелкая моторика» означает движение рук. В широком смысле слова мелкая моторика означает тонкие и точные движения пальцев. В более узком определении, под мелкой моторикой понимают 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. Под моторикой понимается вся сфера двигательных функций (т.е. функций двигательного аппарата) организма, объединяющая их биомеханические, физиологические и психологические аспекты. Область мелкой моторики включает большое количество разнообразных движений: от простых жестов (например, захват игрушки) до очень сложных движений (например, писать и рисовать). У мелкой моторики есть очень важная особенность. Она связана с нервной системой, зрением, вниманием, памятью и восприятием ребенка. Помимо вышеуказанной зависимости, мелкая моторика оказывает непосредственное влияние на формирование логики, мыслительных навыков, тренировку наблюдательности, воображения и координации. [17,44]

Согласно теориям, связанным с именами Л.С. Выготского, С.Л. Рубинштейна, А.И. Леонтьева, И.М. Сеченова, П.К. Анохина, А.Г. Лурия, А.В.

Запорожца и других авторов, на основе движения и определенных видов практической деятельности формируются процессы восприятия, которые имеют активный характер и являются познавательными. Постепенно с их развитием появляются психологические предпосылки для освоения более сложных видов практической деятельности, что, в свою очередь, способствует развитию более высокой ступени восприятия. [30]

Мелкая моторика не является безусловным рефлексом и требует специального развития. Исследования ученых показывают, что движения руки возникают только в результате воспитания и обучения. И.М. Сеченовым (1896), Scherrington (1935), а также современными учеными (Н.А. Бернштейн, И.С. Лопухина) и др. было замечено, что систематическая работа по тренировке тонких движений пальцев рук, наряду со стимулирующим влиянием на развитие речи является мощным средством повышения работоспособности коры головного мозга: у детей улучшаются внимание, память, мышление, слух и зрение. Это основное условие успешного обучения. Иначе говоря, чем лучше развиты пальцы, тем легче будет научить человека говорить, оперировать определенными понятиями. Координация движений способствует выработке гибкости, точности движений, развитию глазомера. Все это повышает работоспособность коры головного мозга, активизирует мыслительную деятельность. Дети, которые лучше владеют своими руками, проявляют усидчивость и медленнее утомляются. Мелкая моторика является одним из показателей хорошего физического и нервно-психического развития ребенка. [17]

Виды двигательной активности. Общая, или крупная, моторика отвечает за движения группы мышц. Пример подобной активности - бег или приседание.

Мелкая моторика - движения кисти рук или пальцев. К мелкой моторике относятся действия, в которых необходимо совмещать движения глаз и рук, как в рисовании, например.

Артикуляционная моторика - это умение координировать работу речевого аппарата, то есть говорить. [44]

Немного физиологии. Занимаясь исследованием вопросов детской психологии и педагогики, ученые пришли к ошеломляющим выводам. Они 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. Именно величина проекции кисти руки и ее близость к моторной зоне дают основание рассматривать кисть руки как «орган речи», такой же, как артикуляционный аппарат. В связи с этим, было выдвинуто предположение о существенном влиянии тонких движений пальцев на формирование и развитие речевой функции ребенка. Поэтому, чтобы научить малыша говорить, необходимо не только тренировать его артикуляционный аппарат, но и развивать движения. В связи с этим развитие мелкой моторики рук ребенка раннего возраста является одной из основополагающих задач при обучении речевым навыкам. Разумеется, наряду с совершенствованием артикуляционной активности. Результаты многолетнего опыта доказывают, что выводы ученых оказались верными. Известно, что мелкая моторика рук связана с развитием левой височной и левой лобной областей головного мозга, которые отвечают за формирование многих сложнейших психических функций. Развивая мелкую моторику рук, нужно помнить о распределении нагрузки. Развивая правую руку, стимулируем развитие левого полушария мозга. И наоборот, развивая левую руку, стимулируем развитие правого полушария. В настоящее время практически у 80% населения мира лучше развито левое полушарие мозга. Оно отвечает за логическое мышление, аналитико-синтетическую деятельность. Правое полушарие отвечает за интуицию, творчество, фантазию, восприятие искусства и музыки, т.е. за чувственное восприятие мира с помощью анализаторных систем. В недавнем прошлом вся система образования была направлена на развитие левого полушария - оно ориентировано на изучение языка, математики, анализа, логики, а искусству и

музыке уделялось крайне мало внимания как второстепенным дисциплинам. При таком подходе правое полушарие, образно говоря, затормаживается в своём развитии. Снижение силы образного мышления (функции правого полушария) приводит к тому, что действительность начинает восприниматься левым полушарием мозга без коррекции правым. В результате появляется реальная почва для развития неврозов и психозов (что бывает характерно для больных с ДЦП). [11]

Сущность развития моторики в онтогенезе заключается в биологически обусловленном дозревании морфологических структур, и в накоплении на их основе и с их помощью индивидуального двигательного опыта человека. В течении всей жизни индивид продолжает пополнять этот психомоторный опыт, приобретать новые навыки и координационные комбинации. Рука познаёт, а мозг фиксирует ощущение и восприятие, соединяя их со зрительными, слуховыми и обонятельными в сложные интегрированные образы и представления. Развитие мелкой моторики в дошкольном возрасте связано с анатомическим и функциональным дозреванием нервных волокон, их налаживанием работы координационных уровней. Сначала ребёнок учится хватать предмет, после появляются навыки перекладывания 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 возрасте моторные навыки становятся более разнообразными и сложными. Увеличивается доля действий, которые требуют согласованных действий обеих рук. Для того чтобы выполнить определенное упражнение по мелкой моторике, мозгу ребенка требуется произвести немало работы. Сначала ему нужно обратиться к памяти и вспомнить, как он делал такое или похожее задание. Как его выполняла мама или педагог. Затем, когда он вспомнил и принял решение, как именно будет действовать, его мозг отправляет руке импульс и получает в ответ зрительную и тактильную информацию. Эту информацию малыш опять складывает в свою память. Чем дольше малыш взаимодействует со своей памятью, чем больше нервных импульсов посылает

из одного участка мозга в другой, тем более способным он вырастет. Чем больше ребенок упражнялся в мелкой моторике, тем более развиты соединения в его мозгу. Чем лучше развиты эти соединения, тем быстрее по ним идет информация, тем быстрее принимаются верные решения. [11,35]

Календарь развития мелкой моторики. На первых этапах жизни ребенка в развитии психомоторики особую роль играет ее двигательный компонент. Любое движение, как бы случайно оно не возникло, является для ребенка живым опытом. Оно сопровождается ощущениями, которые исходят не только от внешних предметов, но и от собственных мышц, связок и сухожилий, снабженных чувствительными нервами и, с другой стороны, нет восприятий, нет ощущений и представлений без движений и, следовательно, без связанных с ними двигательных ощущений. Исследования О.А. Новиковской показали, что движения выпрямленных рук ребёнка над грудью развиваются и закрепляются в системе эмоционально-положительного комплекса оживления. Этот комплекс оживления возникает в первые месяцы жизни малыша, когда он останавливает взгляд на лице склонившегося над ним человека, улыбается ему, активно двигает ручками и ножками, издаёт тихие звуки. В возрасте от двух до трёх месяцев у ребёнка возникают ощупывающие движения. С этого времени и происходит включение центров тактильного анализатора коры больших полушарий. Овладение относительно тонкими действиями рук происходит в процессе развития кинестетического чувства – положения и перемещения тела в пространстве, то есть в процессе формирования зрительно-тактильно-кинестетических связей. После формирования этих связей движения руки начинают в большей степени выполняться под контролем зрения, теперь уже вид предмета – это стимул движения руки по направлению к нему. Таким образом, формирование движения рук начинается постепенно на протяжении уже первого полугодия жизни. [39,24]

И. Элленби очень подробно изучала онтогенез мелкомоторного развития ребенка 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). [24]

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. Для ребенка более трудно расслабить руку, чем сжать ее. Вначале ребенок очень сильно хватается за предмет и только позже он может научиться соразмерять силу хватки с предметом. Переходы между сгибательными и разгибательными движениями настолько трудны, что ребенок не может свободно отпустить предметы до возраста примерно 12 месяцев, да и то только после серьезного обучения [30,24]

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. [17]

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.

Радиально-ладонная хватка видна примерно в 6 месяцев. Когда рука находится в среднем положении, ребенок хватает прямо ладонью и сгибает пальцы вокруг предмета. Хватка с помощью пальцев происходит в 8 месяцев. Ребенок держит предмет четырьмя или пятью пальцами. Предметы не находятся больше внутри ладони.

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

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.

В период от 3 до 7 лет число миофибрилл в мышечном волокне увеличивается в 15-20 раз. Во всех мышцах интенсивно растут сухожилия, продолжает разрастаться соединительная ткань, расположение миофибрилл становится более плотным (к 6 годам).

Между 3 и 4 годами появляется хватка «щетка», она также называется верхняя хватка пальцами. Ребенок пользуется только пальцами для того,

чтобы удержать предмет. Рука всё ещё повернута наклонно внутрь, но уже начинается движение в запястье.

К 5 годам происходит более интенсивное развитие разгибателей и соответственно увеличение их тонуса. В этот период развивается хватка, использующая сгиб между большим и указательным пальцами. Движение теперь становится всё более ограниченным и включает только предплечье, запястье и пальцы. Вначале эта хватка достаточно высока, но по мере её развития движение опускается вниз и карандаш начинает удерживаться низко с помощью большого, указательного и среднего пальцев. [22]

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. К 6-7 годам после структурного оформления костной основы и под влиянием упражнения мышц кисти быстрыми темпами развивается координация мелких мышц руки, поэтому у ребенка появляется возможность хорошо овладеть письмом.

К 6-7 годам в основном заканчивается развитие мелких мышц кисти. В этом возрасте дети могут застегивать и расстегивать одежду, некоторые могут самостоятельно завязывать шнурки. В 6 лет мелкая моторика у детей развита уже настолько, что они начинают осваивать игру на музыкальных инструментах, учатся писать, рисуют, вырезают ножницами, лепят из пластилина. [16,22]

В каждом возрасте ребенок способен выполнять некоторые действия. Новые возможности появляются у него по мере созревания нервной системы.

Каждое новое достижение появляется благодаря тому, что был успешно освоен предыдущий навык, поэтому за уровнем формирования моторики необходимо следить. Мелкая моторика развивается постепенно, это индивидуальный процесс и у каждого ребенка он проходит своими темпами. В быту человеку ежеминутно требуется совершать какие-нибудь действия мелкой моторики: застегивание пуговиц, манипулирование мелкими предметами, письмо, рисование и т. д., поэтому от её развития напрямую зависит его качество жизни. Мелкая моторика непосредственно влияет на ловкость рук, на почерк, который сформируется в дальнейшем, на скорость реакции ребенка. По особенностям развития мелкой моторики ребенка в дальнейшем судят о готовности его к обучению в школьном учреждении. Если все в порядке, то ребенок подготовлен к обучению письму, умеет логически мыслить и рассуждать, имеет хорошую память, концентрацию, внимание и воображение, связную речь. Развитие навыков мелкой моторики важно потому, что вся дальнейшая жизнь ребенка потребует использования точных, координированных движений кистей и пальцев, которые необходимы, чтобы одеваться, рисовать и писать, а также выполнять множество разнообразных бытовых и учебных действий. Недоразвитие мелкой моторики рук влияет на развитие речи, на формирование навыков письма в период школьного обучения, поэтому коррекция нарушения мелкой моторики является важной задачей обучения и воспитания детей с ДЦП. Занятия и игры, направленные на развитие моторики кистей и пальцев рук, сейчас особенно популярны. У современных детей, особенно городских, отмечается как общее моторное отставание, так и слабое развитие моторики рук. Еще лет двадцать назад взрослым, а вместе с ними и детям, большую часть домашних дел приходилось выполнять руками: стирать и отжимать белье, перебирать крупу, вязать, вышивать, штопать, подметать и мыть полы, чистить и выбивать ковры, готовить еду и т.д. Сейчас не принято штопать одежду, мало кто занимается рукоделием, многие операции за человека выполняют машины - кухонные комбайны, стиральные машины, моющие пылесосы. Все эти тенденции самым

непосредственным образом отражаются на развитии детей, особенно на развитии моторики рук [23,17]

Когда и как начинать заниматься с малышом? Чтобы помочь малышу совершенствовать мелкую моторику, нужно играть с ним в развивающие игры. Надеяться, что само по себе развитие мелкой моторики подарит вашему ребенку высокий интеллект - нельзя, для развития интеллекта вашему ребенку нужны хорошие учителя, которые будут учить его думать. Однако помним: при прочих равных люди с развитой мелкой моторикой имеют преимущество перед теми, у кого она не развита. С этой точки зрения умение быстро печатать на клавиатуре - навык полезный, хотя игра на фортепьяно для развития дает больше. Проверьте: люди, жестикулирующие ладонями - лопатами, всегда менее развиты в плане эмоционального интеллекта в сравнении с теми, у кого во время выступления "играют" и выразительное лицо, и живые умные пальцы [16]. С другой стороны, "тупые" жесткие ладони могут быть у сильного волевого человека, который прет как танк и сметает всех этих тонко чувствующих интеллигентов.

С самого рождения можно начинать уделять внимание развитию малыша. Разумеется, новорожденного не заинтересовать сортером или игрушкой со шнуровкой. Но можно начинать вкладывать ему в ручку погремушки, давать прикоснуться пальчиками к тканям разных фактур, сделать малышу массаж ручек. Определен возраст, в котором важно активное развитие моторики пальцев рук, - 8 месяцев. Если до этого момента данному вопросу не уделялось внимания, то теперь самое время предпринимать какие-либо действия. Чтобы устраивать настоящие занятия с собственным малышом, маме не нужны профессиональные педагогические навыки. Для упражнений подойдут самые простые предметы, которые всегда найдутся в любом доме. Главный принцип, на котором построено развитие моторики рук, - «от большого к маленькому». В чем это выражается? Начните катать с ребенком шарики из пластилина. Пусть малыш слепит что-нибудь. Если ему это под силу - можно постепенно перейти к более мелким и сложным деталям. Можно

просто порвать бумагу. Сначала на крупные кусочки, затем на маленькие. Чем более мелкие детали в итоге получатся, тем более высокий уровень развития моторики у ребенка. Можно вместе с малышом нанизать бусины на нитку, завязать шнурки, застегнуть пуговицы. Пассивная гимнастика (массаж) Отличный помощник в развитии координации ребенка - грамотный массажист. Опытный специалист поможет и с моторными навыками ручек малыша. Начинать занятия можно уже в первые 3-4 месяца ребенка, при этом сеансы могут проводиться по 5 минут до нескольких раз в день. Сеансы массажа лучше доверить профессионалу, но при необходимости некоторые упражнения допустимо выполнять самостоятельно. Так, ручки малыша нужно погладить с минуту, после слегка растереть. Затем произвести вибрирующие постукивания пальцами по кистям и ладоням. Еще одно эффективное упражнение при массаже - сгибание и разгибание пальцев с последующим массированием каждого. Игрушки для моторики рук в огромном количестве продаются в магазинах детских товаров. К ним даже инструкция прилагается с указанием рекомендуемого возраста и описанием процесса игры. Но покупать что-либо вовсе не обязательно. Играть можно с любыми предметами - для развития моторики подойдет практически любая вещь в доме (безопасная для ребенка). Доска для развития моторики, своими руками сделанная, или бизиборд по методике Монтессори, - отличный подарок для малыша в возрасте от года до 3 лет. Такую игрушку сможет смастерить папа. Для этого понадобится лист фанеры и самые опасные предметы в доме: розетка с вилкой, мебельная фурнитура, выключатели, шпингалеты и прочие бытовые детали. Смысл игрушки заключается в познании ребенком подобных вещей в их безопасном виде. После знакомства с розеткой на стенде, малыш не станет интересоваться настоящей, а ощупывая эти предметы пальчиками, он разовьет моторику пальцев. Если любимому чаду уже стукнуло 3 года, то можно предложить игру в «Золушку». Для этого в мешочек высыпаются разные крупы или бобовые, а ребенку дается задание все перебрать. Почему бы не поиграть в «Угадайку»? Можно завязать малышу глаза и по очереди

вкладывать в его руки домашние предметы - пусть он их угадает. Помимо этого, ребенок одобрит игры в мозаику, пальчиковый театр, совместные аппликации. Помочь любимому чаду самосовершенствоваться совсем не сложно, главное - слегка применить собственную фантазию. [38]

1.3. Особенности развития мелкой моторики рук у детей при ДЦП

У детей, страдающих детским церебральным параличом, процесс развития мелкой моторики происходит иначе, чем у здоровых сверстников. Это обусловлено грубыми нарушениями функций опорно-двигательного аппарата и задержкой развития высших психических функций. Нарушения ряда корковых функций обуславливают неточность в движении рук, их координации. Степень нарушений моторики рук различна, но отмечается у всех детей данной категории без исключения. Исследование мелкой моторики у детей с церебральным параличом показало, что при всех формах заболевания встречаются стойкие или обратимые патологические установки верхних конечностей. Особенностью таких двигательных нарушений является то, что они существуют с рождения и тесно связаны с сенсорными расстройствами, особенно с недостаточностью ощущений детьми собственных движений. Двигательные нарушения у детей с церебральным параличом представляют собой своеобразное отклонение моторного развития, которое без соответствующей коррекции оказывает неблагоприятное влияние на формирование нервно-психических функций ребенка. Кроме того, для детей с церебральным параличом характерны нарушения точности, соразмерности, дифференцированности движений рук, а также недостаточность в разных суставах. Все это задерживает развитие опорной, указывающей, отталкивающей, хватательной функций кисти и пальцев, составляющих основу манипулятивной деятельности навыка письма. Дети с церебральным параличом затрудняются выполнять изолированные движения пальцев рук с дозированным усилием и заданной амплитудой; часто у них наблюдается

чрезмерное напряжение и малая подвижность пальцев при удержании карандаша или ручки, иногда, наоборот, их чрезмерная слабость. Нарушение центрального отдела двигательного анализатора приводит к сложным и стойким расстройствам моторики рук, которые характеризуются не только нарушением тонуса мышц, наличием парезов, наличием насильственных движений - гиперкинезов, но и неправильной установкой конечностей и контрактурами суставов. Нарушения ряда корковых функций обуславливают наличие атаксий и дизметрий, что проявляется в виде неточности движений рук. Все эти двигательные расстройства с возрастом имеют тенденцию к усилению. Особенно отчетливо они проявляются при выполнении произвольных движений, что препятствует правильному формированию и фиксации в памяти схемы этих движений [25,27]

Процесс обучения таких детей развитию мелкой моторики требует особого подхода и организации. Чтобы добиться оптимальных результатов, следует отдавать предпочтение таким видам работ, которые соответствуют возможностям детей и эффективны для формирования ладонного и щепотного и пинцетного захвата. Для этой цели была разработана коррекционная работа, направленная на развитие мелкой моторики рук у детей с ДЦП [13]

Наиболее часто у детей встречается приведение плеча к туловищу, сгибание руки в локтевом суставе, сгибание кисти и пальцев. Разгибание руки бывает затруднено; нельзя не отметить снижение силы в мышцах-разгибателях плеча, предплечья и кисти. Все это в значительной степени затрудняет формирование важнейшей функции кисти - захвата предмета. В силу двигательной недостаточности формирование всех видов восприятия может быть нарушено на самых ранних этапах его развития. Причиной являются такие факторы, как нарушение моторного аппарата глаз, недоразвитие статокинетических рефлексов, способствующее ограничению полей зрения у таких детей. Известно, что развитие полей зрения тесно связано с формированием произвольного внимания и всех видов восприятия, том числе и пространственного. У детей с ДЦП при недостаточности предметных

действий недостаточно развито предметное восприятие, а предметные действия невозможны без развития и совершенствования общей моторики. Кроме того, двигательная недостаточность препятствует не только нормальному зрительному и кинестетическому восприятию и их развитию, но и мешает формированию зрительно-моторных связей. Известно, что движение, а также практическая деятельность имеет огромное значение в развитии ряда высших корковых функций, особенно пространственных. Этим объясняются часто наблюдаемые пространственные нарушения у детей с ДЦП. Многие дети с церебральным параличом испытывают затруднения в восприятии формы, в соотношении в пространстве объемных и плоских величин, у них трудно формируются понятия «лево», «право», проявляются элементы пальцевой агнозии, трудности в усвоении письма, чтения, счета [13,31]

Типы нарушений мелкой моторики:

Нарушения подачи сигнала на выполнение действия (например, при органических поражениях головного мозга, инсульте, травмах головы).

Нарушения передачи сигнала (например, при болезни Паркинсона, в постинсультном состоянии).

Нарушения в приёме и выполнении сигнала (при ДЦП, травмах конечностей, недостаточной степени развития ловкости и т. д.). [17]

1.4. Основные подходы к коррекции и развитию мелкой моторики у детей

Особенности развития детей с двигательными нарушениями требуют тщательного и продуманного подхода к выбору методов, приемов и форм работы по развитию мелкой моторики.

Каждое занятие должно начинаться с нормализации тонуса рук. Для этой цели используется массаж, термальное воздействие, гимнастика.

Массаж является одним из видов пассивной гимнастики. Под его влиянием в рецепторах кожи и мышцах возникают импульсы, которые,

достигая коры головного мозга, оказывают тонизирующее воздействие ЦНС, в результате чего повышается её регулирующая роль в отношении работы всех систем и органов. Массаж улучшает крово- и лимфообращение, ускоряет обмен веществ в тканях, нормализует мышечный тонус, рефлекторно воздействует на нервную систему и внутренние органы. Дошкольникам с легкой формой ДЦП, с достаточно развитыми движениями и самоконтролем можно предложить сделать самомассаж кистей и пальцев рук. Качественный массажный эффект дает и работа с тестом, в которое подмешана крупная соль. Тесто раскатывается, сжимается руками, можно выдавливать на нем следы пальцев, отщипывать кусочки, лепить. Время работы примерно 15 минут. [31]

В последние годы для нормализации тонуса мышц все большее значение приобретает методика локальной гипотермии. Холодовое воздействие способствует расслаблению спастичных мышц, уменьшению гиперкинезов, увеличению силы и объема движений пораженных конечностей. Принцип действия методики основан на том, что от воздействия низких температур возникает реакция на воздействие раздражителей, сопровождающаяся обратимыми изменениями основных ее свойств – возбудимости и проводимости (К.А. Семенова). Возможно воздействие льдом, холодной водой, попеременное контрастное воздействие холодом и теплом.

Особенно важна пальчиковая гимнастика. Помимо основного эффекта она способствует также развитию речи, т.к. проекция кисти руки в двигательной зоне головного мозга расположена очень близко от речевой моторной зоны (М.М. Кольцова). Сначала рекомендуется выполнять упражнения более сохранной рукой, потом пораженной, а затем двумя руками вместе. При тяжелом поражении функции рук упражнения выполняются вначале пассивно. Пальчиковые игры – это упражнения для пальцев и рук, инсценировка с их помощью каких-либо стихотворений, историй, сказок. Пальчиковые игры являются важной частью работы по развитию мелкой моторики рук. Игры эти очень эмоциональны, увлекательны для детей, а также исключительно полезны для их общего развития. Особое внимание следует

обратить и на то, чтобы дети упражнялись в разных действиях (сжатие, расслабление, растяжение мышц рук), а также тренировались в выполнении изолированных движений каждым пальцем обеих рук. Использование пальчиковых игр и упражнений оказывает неспецифическое тонизирующее влияние на функциональное состояние мозга и развитие речи детей, вызывая у них эмоциональный подъем и разрядку нервно-психического напряжения. После проведения упражнений и процедур, направленных на нормализацию тонуса мышц кистей и пальцев и подготовки их к предстоящей работе, можно переходить к собственно упражнениям для развития мелкой моторики [31,33]

При выполнении ребенком задания используется не только наглядность, но и реальная помощь в выполнении движения, когда рука педагога удерживает руку ребенка, одновременно проговаривая последовательность выполнения движения и помогая выполнить движение более точно, целенаправленно. Чем тяжелее двигательное нарушение у ребенка, тем активнее помощь взрослого.

В коррекционной работе на используют комплекс мероприятий:

- пальчиковая и кистевая гимнастика;
- массаж и самомассаж кистей и пальцев рук;
- контрастные ванночки;
- коррекционные направленных игры;
- Использование в работе различных материалов (пластилин, глина, тесто, бумага разной плотности, бисер, ткани и т. д.).

О.А. Стрельцова отмечает, что очень важно, чтобы учителем были выбраны подходящие для детей объекты труда: доступные в исполнении, соответствующие их возможностям, используемые в реальной жизни, внешне привлекательные. Во время работы на уроке, а также проведении коррекционных мероприятий должен соблюдаться индивидуальный подход к учащимся, который выражается в разноуровневых заданиях, форме предъявления учебного материала, разной степени оказания помощи. При необходимости, должны проводиться дополнительные индивидуальные

занятия по коррекции нарушенных функций. Все мероприятия должны быть направлены на выработку приспособительных механизмов и развитие сохранных функций конкретного ребёнка [31]

Н.В. Вист доказана эффективность развития мелкой моторики детей с нарушениями ОДА, в частности – с ДЦП, в процессе развивающей лепки из глины. Во время работы с глиной у ребенка развивается моторика рук, сила и подвижность пальцев, он учится координировать движения обеих рук, приобретает сенсорный опыт. При создании своей поделки ребенок использует сразу обе руки, в этот момент задействованы все пальцы и внутренняя поверхность ладоней. Лепка из глины дает тот же эффект, что и тщательный массаж рук, ни одна точка на детских ладонях, ни одна мышца руки не останется незадействованной. Работа с пластическими материалами для ребенка с нарушенной манипулятивной деятельностью предъявляет свои сложности. Тем не менее, она весьма полезна и с точки зрения активной деятельности кистей рук, так как заставляет ребенка с ДЦП искать способы приспособления в связи с двигательным дефектом [37]

Отечественные специалисты в области художественной педагогики Н.А. Ветлугина, В.А. Езикеева, Г.С. Комарова, Н.И. Сакулина и другие утверждают, что развитие мелкой моторики осуществляется наиболее эффективно в процессе художественной деятельности.

На занятиях изобразительной деятельности, в процессе работы с различными инструментами и материалами развивается координация, дифференцированность, согласованность движений пальцев рук, регулируется сила мышечных усилий, рука приобретает уверенность, точность, а пальцы становятся гибкими и пластичными [21,37]

Наряду с традиционными методами развития мелкой моторики могут быть использованы и нетрадиционные методы, к которым относятся: игры и упражнения с использованием «сухого» бассейна, использование природного материала (шишки, орехи, крупы, семена растений, песок, камни), массаж с помощью мячика Су Джок, аппликатора Кузнецова или игольчатых ковриков

Ляпко, массаж и самомассаж сопровождаемый стихотворным текстом или выполняемый под музыку, применение различных бытовых предметов (прищепки, решетки, щетки, расчески, бигуди, карандаши, резинки для волос и многое другое). Нетрадиционный материал предоставляет широкие возможности для тренировки мелких мышц кисти в различных видах деятельности, носящих игровой характер. [21].

С.В. Иванищева отмечает, что для эффективности коррекционной работы необходимо соблюдать принципы [36]:

1. Принцип осознания совершаемых действий. Действия необходимо сопровождать проговариванием. Например: «Какой пальчик сейчас работает?», «Твои пальчики сейчас сгибаются или разгибаются?» и так далее.

2. Принцип развернутости освоения навыков. Темп и механизм освоения навыков у разных детей неодинаков в силу их индивидуальных особенностей. Каждая часть программы может быть освоена при разном количестве занятий. Поэтому необходимо отрабатывать навыки освоения движений ребенка в оптимальном именно для него режиме.

3. Принцип обратной связи. По ходу занятия нужно комментировать, помогать, подсказывать и оценивать действия ребенка для закрепления у него правильных двигательных действий. Применение данного принципа позволяет ребенку быстро корректировать свои двигательные действия, если он допускает ошибки.

Систематическая работа по формированию мелкой моторики детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата способствует развитию у них двигательных умений и навыков, тактильного восприятия; активизируются возможности осязания, узнавания предметов на ощупь, улучшается качество целенаправленных практических действий. [17]

Упражнения и игры, направленные на развитие мелких движений пальцами - вот что нужно ребенку с ДЦП для повышения внимания и работоспособности. Для легкости запоминания упражнения можно придумать

каждому из них своей название, понятное детям. Начинать урок письма можно с самомассажа: [39]

Упражнение, в котором детки сами себе будут разминать кисти рук. «Руки замерзли»;

Упражнение «одеваем перчатки» - натягиваем на каждый палец перчатку;

Каждый палец перетираем от основания к ногтю;

Сгибать каждый палец по очереди;

Большой палец дети втягивают вверх, а все остальные сжаты в кулак - «флажок». В этом упражнении одну руку следует согнуть в кулак, а второй рукой накрыть этот кулак горизонтально - «стол»;

Также, согнуть одну руку в кулак, а вторую прислонить ладошкой горизонтально - «стул»;

Предложите детям сильно прижать ладонь к столу или к другой ладони, и по очереди отнимать каждый пальчик - «пальчики приклеились». В этом упражнении нужно соединить большой, указательный, средний и безымянный пальцы, а мизинец вытянуть вверх - «собака».

Одним из наиболее популярных видов работ по развитию мелкой моторики пальцев рук являются речевые игры с пальчиками. Их можно использовать на уроке в качестве физминуток. Дом и ворота. На поляне дом стоит ("дом"), Ну а к дому путь закрыт ("ворота"). Мы ворота открываем (ладони разворачиваются параллельно друг другу), В этот домик приглашаем ("дом"). "Сидит белка..." Сидит белка на тележке, Продает она орешки: Лисичке-сестричке, Воробью, синичке, Мишке толстопятому, Заиньке усатому.

Взрослый и ребенок при помощи левой руки загибают по очереди пальцы правой руки, начиная с большого пальца.

"Дружба. Дружат в нашей группе девочки и мальчики (пальцы рук соединяются в "замок").

Мы с тобой подружим маленькие пальчики (ритмичное касание одноименных пальцев обеих рук).

Раз, два, три, четыре, пять (поочередное касание одноименных пальцев, начиная с мизинцев),

Начинай считать опять. Раз, два, три, четыре, пять. Мы закончили считать (руки вниз, встряхнуть кистями).

Игра №1 "Солнышко"

Вырежьте из желтого картона 2 круга, склейте их. Нарисуйте с одной стороны глазки, носик, улыбку (веселое личико); а с другой стороны - тоже глазки, носик и ротик, но с опущенными уголками (грустное личико). Поверните круг к ребенку той стороной, где нарисовано грустное лицо и расскажите малышу сказку о том, что на небе жило-было солнышко. И вот однажды оно потеряло свои лучики. С тех пор оно стало грустным-грустным. Чтобы развеселить солнышко нужно прицепить ему лучики.

Покажите, как с помощью прищепок можно сделать лучики. Затем, когда все лучики будут на месте, поверните солнышко другой стороной и посмотрите, какое оно стало веселое.

Игра №2 "Елочка"

Вырежьте из зеленого картона треугольник. Это будет елочка. Предложите ребенку прицепить на елочку с обеих сторон иголки (прищепки). Если у вас есть зеленые прищепки, предложите ребенку использовать только их, так вы еще и параллельно будете обучать малыша цветам. Потом елочку можно раздеть и снова одеть.

Игра №3 "Травушка-муравушка"

Вырежьте из зеленого картона длинный прямоугольник и предложите ребенку прицепить к нему сверху зеленые прищепки. Так у вас получится травка.

Очень любят дети играть в игры по методике Марии Монтенессори, особенно различные шнуровки. [20]

Любят играть в игры из бумаги. Обычную бумагу мы с ребятами превращаем в снежки, скатываем рулончики из бумажных полосок. Еще

одним полезным занятием является отщипывание – отрывание пальчиками от целого листа бумаги маленьких кусочков.

Одним из наиболее эффективных средств развития ручной умелости является оригами – японское искусство складывания бумаги. Совершенствуя и координируя движения пальцев и кистей рук, оригами влияет на общее интеллектуальное развитие ребёнка, в том числе и на развитие речи. Этот вид искусства благоприятно воздействует на развитие внимания и формирование памяти: дети запоминают термины, приёмы и способы складывания, по мере надобности воспроизводят сохранённые в памяти знания и умения [28]. Занятия оригами дисциплинируют, воспитывают усидчивость, ответственность, аккуратность, бережное отношение к предметам и материалу; позволяют детям испытать свои возможности и проявить конструктивные, изобразительные и творческие способности.

Очень любят дети разнообразные интересные раскраски. Особенно нравятся детям игры с пальчиковым кукольным театром. [15].

Игры с пальчиковым кукольным театром развивают у ребенка любознательность, воображение, коммуникабельность, интерес к творчеству, помогают справиться с застенчивостью, способствуют развитию речи, памяти, внимания, усидчивости, расширению кругозора [37].

Все эти упражнения, игры по мелкой моторике на начальном этапе даются детям с ДЦП, достаточно тяжело. Через некоторое время занятия становятся автоматизированными, а движения ускоряются [37].

1.5. Метод Су Джок акупунктуры

В переводе с корейского языка Су - кисть, Джок - стопа. Методика Су Джок диагностики заключается в поиске на кисти и стопе в определенных зонах, являющихся отраженными рефлексорными проекциями внутренних органов, мышц, позвоночника, болезненных точек соответствия (Су Джок точки соответствия), указывающих на ту или иную патологию. Метод Су

Джок - это современное направление акупунктуры, которое объединяет древние знания восточной и последние достижения европейской медицины. [18]

Это метод лечения воздействием на кисть и стопу пальпаторно и механическими прикосновениями на биологически активные точки. Основан на опыте многих народов мира. Метод безопасен, его способен освоить любой человек для поддержания здоровья и снятия боли, при хронических и при острых формах заболевания. [3]

Основными называются системы соответствия, в которых все тело целиком проецируется на кисть или стопу. При этом большой палец соответствует голове, ладонь и подошва туловищу, III и IV пальцы кистей и стоп соответствуют ногам, а II и V пальцы кистей и стоп - рукам (рис. 1).

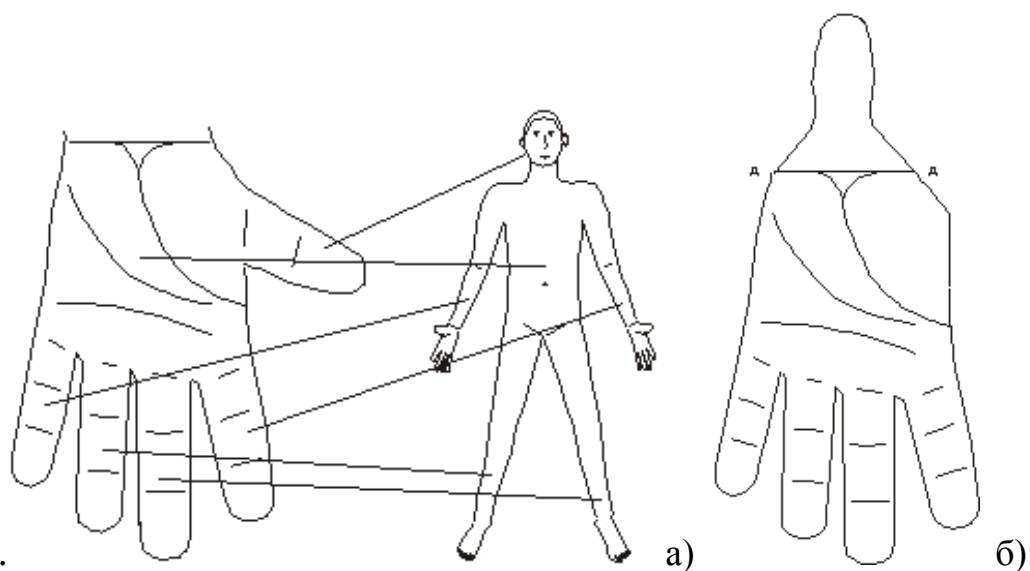


Рисунок 1.

Для стимуляции этих точек соответствия в бытовых условиях можно пользоваться как специальными инструментами, так и семенами, мелкими камушками, бусинками, или специальными массажерами или же выполнять простую точечную стимуляцию пальцем (рис. 2).



Валик для массажа



Эспандер для кисти



Коврик массажный



Шарик массажный

Рисунок 2. Средства СУ Джок акупунктуры для воздействия на зоны соответствия органов и функциональных систем организма находящиеся на стопах и кистях

Проекция органов человека на большой палец руки. Общие принципы проекции тела на кисти рук, описанные выше, дают только общее представление о такой проекции. Для практических целей необходимо рассмотреть более детально проекции отдельных частей тела и органов. [41]

Проекция головы на большой палец руки. Лицо в целом отображается на дистальную (конечную) фалангу большого пальца с ладонной стороны кисти (рис. 3).

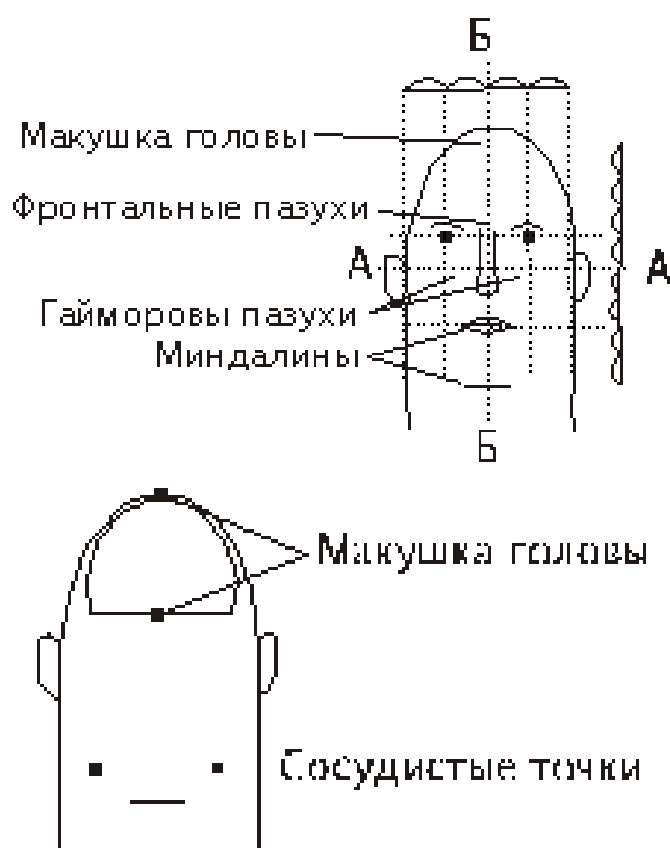


Рисунок 3. Соответствие лицу на дистальной фаланге большого пальца

Су Джок акупунктура имеет разнообразные методы лечения заболеваний. Самый простой метод, доступный даже детям дошкольного возраста, заключается в изображении на подушечке большого пальца кисти здорового улыбающегося лица. На кисти находим соответствие организма человека в основной системе на кисти, большой палец - голова. В этот момент кисть превращается в пульт управления организмом. Возьмите ручку или фломастер и нарисуйте лицо с улыбкой. Это нужно делать каждый день, чередуя кисти. [4,5]

В Су Джок акупунктуре существует множество систем соответствия организма (например, насекомого, жирафа, йога и др.), врач выбирает ту систему, которая наиболее удобна для лечения конкретного заболевания, где нужный орган наиболее ярко выражен и доступен; одновременно сочетать разные системы не рекомендуется, применяется какая-либо одна система. [41]

1.6. Применение Су Джок акупунктуры у детей

Су Джок акупунктура направлена на активизацию зон коры головного мозга с целью профилактики и коррекции нарушений мелкой моторики рук, поскольку стимуляция биоэнергетических точек способствует созреванию нервных клеток и их активному функционированию. [43]

Проявляя живой интерес к занятиям с тренажерами, ребенок развивает не только пальчиковую моторику, ловкость и координацию движений, но и активизирует словарь, развивает чувство ритма. Немаловажным является и настрой положительного эмоционального фона занятия. Данный вид работы может быть применен как элемент занятия (фронтального, подгруппового или индивидуального), как пальчиковая игра или в самостоятельной деятельности детей, например самомассаж, пальчиковые дорожки. [7]

Главные преимущества использования массажеров Су Джок для самомассажа рук следующие: безопасность использования; самомассаж можно проводить как индивидуально, так и с группой детей; можно использовать многократно в течение дня, включая самомассаж в различные режимные моменты в условиях ДОУ; обеспечивается тактильная стимуляция в определенном ритме, что способствует формированию чувства ритма. [7,8]

В коррекционно - логопедической работе приемы Су Джок активно используются в качестве массажа при дизартрических расстройствах, для развития мелкой моторики пальцев рук, а так же с целью общего укрепления организма.

Таким образом, Су Джок акупунктура является одним из эффективных приемов, обеспечивающих развитие познавательной, эмоционально-волевой сфер ребенка. [7]

Неоспоримыми достоинствами Су Джок акупунктуры являются:

Высокая эффективность - при правильном применении наступает выраженный эффект. Абсолютная безопасность - неправильное применение никогда не наносит вред - оно просто неэффективно.

Универсальность - Су Джок акупунктуру могут использовать и педагоги в своей работе, и родители в домашних условиях.

Простота применения - для получения результата проводить стимуляцию биологически активных точек с помощью Су Джок шариков (они свободно продаются в аптеках и не требуют больших затрат). [42]

Таким образом, Су Джок акупунктура - это высокоэффективный, универсальный, доступный и абсолютно безопасный метод самооздоровления и самоисцеления путем воздействия на активные точки, расположенные на кистях и стопах, специальными массажными шарами, использование которых в сочетании с упражнениями по коррекции мелкой моторики способствует повышению физической и умственной работоспособности детей, создает функциональную базу для сравнительно быстрого перехода на более высокий уровень двигательной активности мышц и возможность для оптимальной целенаправленной работы с ребенком, оказывая стимулирующее влияние на мелкую моторику рук. Во время коррекционной деятельности происходит стимулирование активных точек, расположенных на пальцах рук при помощи различных приспособлений (шарики, массажные мячики, грецкие орехи, колючие валики). [6]

Следовательно, использование Су Джок акупунктуры способствует коррекции нарушений мелкой моторики рук у детей.

Резюме. Условия воспитания больного ребенка играют важнейшую роль в патогенезе психических нарушений. При условии своевременного целенаправленного коррекционного воздействия возможна положительная динамика в развитии ребенка с ДЦП.

Детский церебральный паралич - тяжелое, врожденное заболевание, при котором поражается центральная нервная система. Это приводит к грубым

двигательным нарушениям, которые часто сопровождаются недоразвитием психики, речи, зрения, слуха. Одной из особенностей, характеризующих детский церебральный паралич, является нарушение мелкой моторики. При определенном коррекционном и педагогическом воздействии эти нарушения могут быть обратимыми, поэтому развитие мелкой моторики представляет широкую возможность для работы в этом направлении. Рассмотрев и проанализировав все понятия, связанные с понятием «мелкая моторика» мы можем определить, что мелкая моторика - это способность всех кинетически-двигательных элементов организма совершать целостные, четкие, координированные небольшие, незначительные по размеру движения. У детей, страдающих детским церебральным параличом, процесс развития мелкой моторики происходит иначе, чем у здоровых сверстников. Это обусловлено грубыми нарушениями функций опорно-двигательного аппарата и задержкой развития высших психических функций. Нарушения моторики рук проявляются в виде повышенного тонуса мышц, наличия насильственных движений - гиперкинезов, а также неправильной установкой конечностей и контрактурами суставов. Нарушения ряда корковых функций обуславливают неточность в движении рук, их координации.

Уровень развития мелкой моторики - один из показателей интеллектуальной готовности к школьному обучению. Поэтому важной задачей для родителей и педагогов является развитие мелкой моторики в раннем и дошкольном возрасте. Развитие мелкой моторики рук у человека тесно связано с уровнем развития речевой деятельности. Кроме того, совершенствование мелкой моторики способствует активизации различных зон головного мозга. Если будут развиваться пальцы рук, то будут развиваться мышление и речь. Работа по развитию движений рук должна проводиться регулярно, только тогда, будет достигнут наибольший эффект.

Процесс обучения таких детей развитию мелкой моторики требует особого подхода и организации. Чтобы добиться оптимальных результатов, следует отдавать предпочтение таким видам работ, которые соответствуют

возможностям детей и эффективны для формирования ладонного и щепотного и пинцетного захвата.

Очень важно с самого раннего возраста развивать у малышей мелкую моторику, т.е. гибкость и точность движений пальцами рук. Именно она является мощным стимулом развития у ребенка восприятия, памяти, внимания, мышления и речи, что так важно для детей, страдающих детским церебральным параличом.

Глава 2. Организация исследования и общая характеристика работы по развитию мелкой моторики рук у детей

Исследования проводились на базе ГБУЗ ПК ДКБ им. Пичугина неврологического стационара. В исследовании принимали участие дети, поступившие в отделение больницы с различными формами ДЦП различной степени тяжести (нижний парапарез, дизартрия, спастическая диплегия, нижний парапарез, левосторонний гемипарез, дизартрия, правосторонний гемипарез, спастическая диплегия, спастическая диплегия, левосторонний гемипарез, спастическая диплегия, правосторонний гемипарез)

Возраст детей - дошкольный (4-6 лет).

1-я группа (экспериментальная) - дети (6 человек), которые проходили реабилитацию в связи диагнозом ДЦП, им проводилось восстановительное лечение по диагнозу, включающим медикаментозное лечение, физиотерапевтические процедуры, массаж, ЛФК, а также метод Су Джок акупунктуры.

2-я группа (контроля) - дети (6 человек), которым проводились только плановые мероприятия (без Су Джок акупунктуры).

Исследования проводились в несколько этапов:

1 этап. Анализ литературных источников по теоретико-методологическим проблемам исследования, планирование и определение методов исследования и коррекции.

2 этап. Постановка целей и задач и выдвижение гипотезы настоящего исследования.

3 этап. Определение методов и средств для реализации поставленных задач.

4 этап. Проведение собственных исследований. Продолжительность исследования 12 месяцев.

5 этап. Выводы.

2.1. Методы исследования

Для достижения цели и решения поставленных задач применяются следующие методы выявления уровня сформированности мелкой моторики рук с помощью тестовых заданий:

- исследования статической и динамической координации движений пальцев рук;
- исследования предметных действий;
- определения способности противопоставления большого пальца руки остальным пальцам и исследование динамической координации движений больших пальцев рук;
- сформированности графомоторных навыков;
- математической статистики.

2.2. Выявление уровня сформированности мелкой моторики рук у детей

Прежде чем начинать работу по развитию мелкой моторики у детей с ДЦП, необходимо сначала выявить уровень или степень ее развития. Для этого было проведено исследование состояния мелкой моторики рук у детей дошкольного возраста с диагнозом ДЦП, с помощью методик, подобранных на подготовительном этапе. Диагностический комплекс был составлен в процессе анализа специальной, психолого-педагогической литературы, в условиях стационара и состоял из 5 блоков заданий, в которые входило по несколько заданий.

Задание No1. Цель: Исследование статической координации движений
Инструкция:

«Колечко» - сложи большой и указательный пальцы в кольцо на обеих руках поочередно, одновременно.

«Ушки у зайчика» - покажи указательный и средний пальцы на обеих руках поочередно, одновременно.

«Коза» - выставь второй и пятый пальцы на обеих руках поочередно, одновременно.

Задание No2. Цель: Исследование динамической координации движений пальцев рук

Инструкция: Выполни под счет: пальцы сжать в кулак - разжать. Менять положение рук одновременно: ладонь - кулак. Воспроизведи позу: кулак - ладонь - ребро

«Пальчики здороваются» - поочередно соедини все пальцы рук с большим пальцем, на одной руке.

Держа ладони на поверхности стола, разъедини и соедини пальцы.

Задание No3. Цель: исследование предметных действий

Оборудование: ленточка, обувь с шнурками, пуговичный тренажёр.

Инструкция: Завяжи бант из ленточки. Зашнуруй ботиночки. Расстегни и застегни пуговицы.

Задание No4. Цель: определение способности противопоставления большого пальца руки остальным пальцам и исследование динамической координации движений больших пальцев рук.

Инструкция: Сожми ручку в кулак и отведи как можно больше большой палец от остальных (отвести, так что бы он находился под углом 90 градусов к остальным).

Ритмично отводи и прижимай большой палец к другим пальцам (задание выполняется под счет до 10 раз).

Задание No5. Цель: исследование сформированности графомоторных навыков.

Оборудование: индивидуальные карточки для каждого ребенка со схемами заданий, цветные дорожки.

Инструкция:

«Дорожки» - проведи прямые линии посередине дорожки, не отрывая карандаша и не съезжая с дорожки.

«Дождик» - проведи прямые вертикальные линии от каждой капельки до земли.

«Соедини по точкам» - соедини точки одной линией, стараясь не отрывать карандаш от бумаги.

Критерии оценки. Система оценки разрабатывалась специально для констатирующего исследования. Выполнение ребенком заданий оценивается по следующей трехбалльной шкале:

3 балла - ребенок полностью выполняет, без помощи взрослого, либо частично не выполняет задание;

2 балла - ребенок выполняет задание частично с помощью взрослого;

1 балл - ребенок плохо выполняет задание даже с помощью, либо не выполняет вообще.

Шкала для определения уровня развития мелкой моторики у детей с ДЦП в зависимости от количества набранных баллов:

- от 0 до 1 балла - низкий уровень (выраженное нарушение мелкой моторики рук).

- от 1 до 2 баллов - средний уровень (незначительное нарушение мелкой моторики рук).

- от 2 до 3 баллов - высокий уровень (уровень развития мелкой моторики рук находится в пределах возрастной нормы).

Данные методики помогли определить уровень развития мелкой моторики на начале его развития и в процессе обучения ребенка. Необходимо отметить, что при проведении диагностической работы с детьми, страдающими ДЦП нужно пересматривать временные ограничения, предусмотренные методикой.

Учитывая повышенную истощаемость данного контингента детей, нужно внимательно относиться и к «дозированию» тестовых нагрузок. Как правило, до 5 - 7 лет длительность разового обследования не должна превышать 20 - 30 минут. Таким образом, при оценке двигательных возможностей ребенка

необходимо учитывать состояние моторики не только в момент обследования, но важно обратить внимание на время овладения ребенком теми или иными двигательными навыками.

2.3. Математическая статистика

Материалы исследования подвергнуты математической обработке с целью оценки достоверности полученных характеристик.

Все расчеты производятся согласно общепринятым требованиям математико-статистической обработки с помощью компьютерной программы Statistica, версия 6.0 для Windows.

В исследовании применяются и непараметрические методы, позволяющие обрабатывать данные из выборок малого объема.

Результаты в таблицах представлены в виде средней арифметической и ее стандартной ошибки ($M \pm m$). Величину уровня значимости различий (p) между значениями рассматриваемых показателей "до воздействия" и "после воздействия", в каждой группе обследуемых вычисляют с использованием непараметрических критериев Вилкоксона (Wilcoxon Matched Pairs Test). Различие считается значимым при $p < 0,05$.

Для сравнения количественных признаков в разных группах применяются критерии Манна-Уитни (Mann-Whitney UTest). Статистически значимыми считаются различия при уровне значимости этих критериев, меньшем 0,05.

2.4. Организация и проведение занятий, направленных на развитие мелкой моторики рук

Формы занятий в основном носят игровой характер, который наиболее доступен и близок детям. Это способствует обеспечению комфорта для развития личности учащегося.

Занятия, которые способствуют развитию мелкой моторики, проводятся каждый день и предназначены для индивидуальной и групповой коррекционной работы.

Элементы данной программы могут быть использованы детьми в процессе обычных ежедневных дел самостоятельно или под присмотром взрослых.

Проведение коррекционных занятий по данной программе требует соблюдения следующих правил:

- Находиться в состоянии сотрудничества с детьми: совместно ставить задачи данного занятия, дать оценку выполненной работе;
- Темп и скорость работы выбирают сами дети;
- В ходе занятий не следует торопить детей;
- Занятия строятся по принципу: от простого к сложному;
- В ходе занятий необходимо поощрять каждый правильный шаг, что дает ребенку свободу действия, стимулируя дальнейшую работу;
- При выполнении заданий важна не быстрота, а правильность выполнения каждого задания;
- Работу проводить регулярно;
- Занятия должны приносить ребенку радость;
- Не допускать скуки и переутомления;
- В игровой форме.

Перед проведением занятий непосредственно Су Джок акупунктуры выполнялся легкий массаж (поглаживание), а в последующем самомассаж рук в течении 5 минут. Массаж и самомассаж рук оказывает общеукрепляющее

действие на мышечную систему, повышает тонус, эластичность и сократительную способность мышц. Работоспособность утомленной мышцы под влиянием массажа восстанавливается быстрее. Массаж улучшает функцию рецепторов, проводящих путей, усиливает рефлекторные связи коры головного мозга с мышцами и сосудами.

Начинается и заканчивается самомассаж с расслабления кистей рук, поглаживания:

- самомассаж тыльной стороны кистей рук.
- самомассаж ладоней.
- самомассаж пальцев рук.

Занятия Су Джок акупунктуры проводились каждый день в течении 1 месяца по 20-30 минут.

1. Массаж специальным шариком. Поскольку на ладони находится множество биологически активных точек, эффективным способом их стимуляции является массаж специальным шариком. Прокатывая шарик между ладошками, дети массируют мышцы рук. В каждом шарике есть «волшебное» колечко.

2. Массаж эластичным кольцом, которое помогает стимулировать работу внутренних органов. Так как все тело человека проецируется на кисть и стопу, а также на каждый палец кисти и стопы, эффективным способом профилактики и лечения болезней является массаж пальцев, кистей и стоп эластичным кольцом. Кольцо нужно надеть на палец и провести массаж зоны соответствующей пораженной части тела, до ее покраснения и появлении ощущения тепла. Эту процедуру необходимо повторять несколько раз в день.

3. С помощью шаров - «ежиков» с колечками детям нравится массировать пальцы и ладошки, что оказывает благотворное влияние на весь организм, а также на развитие мелкой моторики пальцев рук.

4. Ручной массаж кистей и пальцев рук. Очень полезен и эффективен массаж пальцев и ногтевых пластин кистей. Эти участки соответствуют головному мозгу. Кроме того на них проецируется все тело человека в виде

мини-систем соответствия. Поэтому кончики пальцев необходимо массажировать до стойкого ощущения тепла. Это оказывает оздоравливающее воздействие на весь организм. Особенно важно воздействовать на большой палец, отвечающий за голову человека.

5. Массаж стоп. Воздействие на точки стоп осуществляется во время хождения по ребристым дорожкам, массажным коврикам, коврикам с пуговицами и т.д.

Глава 3. Результаты собственных исследований влияния Су Джок акупунктуры на уровень сформированности мелкой моторики рук

3.1. Анализ результатов диагностики мелкой моторики рук

Проведенное исследование мелкой моторики рук у детей дошкольного возраста, страдающих ДЦП показало, что 66,6% (n=8) имеют низкий уровень развития мелкой моторики, 33,4% (n=4) имеют средний уровень. Высокий уровень мелкой моторики не определялся. Как следствие, дети не могут самостоятельно одеться, причесаться, действовать с мелкими предметами.

По данным исследования статической координации движений установлено, что 83% (n=10) имеют «низкий уровень» развития мелкой моторики рук, 17% (n=2) имеют «средний уровень». Высокий уровень мелкой моторики не определялся, (рис.4).

Исследование динамической координации движений показало, что 75% (n=9) имеют «низкий уровень» развития мелкой моторики рук, 25% (n=3) имеют «средний уровень». Высокий уровень мелкой моторики не определялся.

По исследованию предметных действий установлено, что 92% (n=11) имеют «низкий уровень» развития мелкой моторики рук, 8% (n=1) имеют «средний уровень». Высокий уровень мелкой моторики не определялся.

Определение способности противопоставления большого пальца руки остальным и исследование динамической координации движений большого пальца установило, что 83% (n=10) имеют «низкий уровень» развития мелкой моторики рук, 17% (n=2) имеют «средний уровень». Высокий уровень мелкой моторики не определялся.

Сформированность графомоторных навыков показало, что 67% (n=8) имеют «низкий уровень» развития мелкой моторики рук, 33% (n=4) имеют

«средний уровень». Высокий уровень мелкой моторики не определялся, (рис. 4).

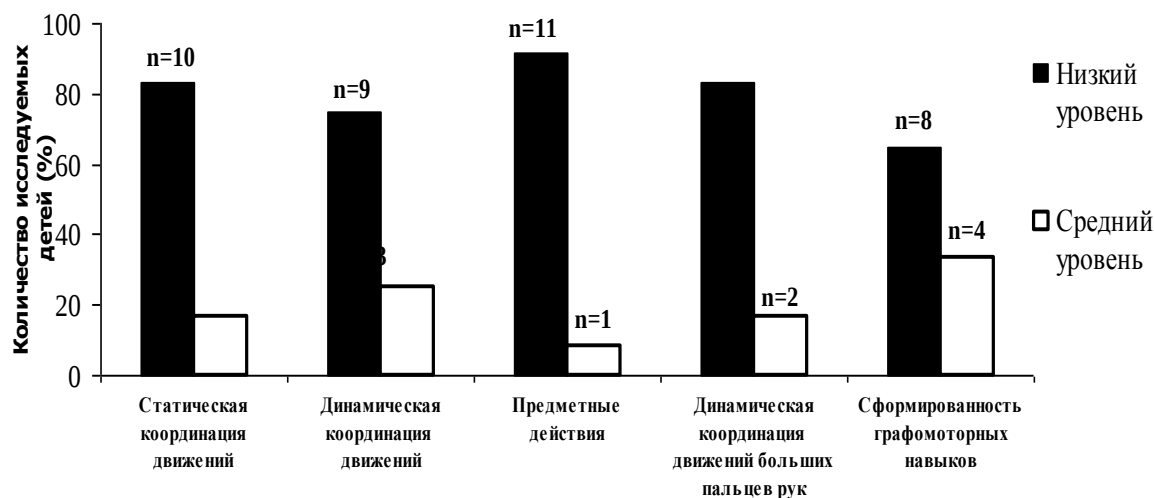


Рисунок 4. Результаты диагностики мелкой моторики рук у детей дошкольного возраста с ДЦП

3.2. Эффективность воздействия Су Джок акупунктуры на уровень сформированности мелкой моторики рук

После проведенного коррекционного воздействия по развитию мелкой моторики рук у детей при ДЦП дошкольного возраста **экспериментальной группы**, была проведена повторная диагностика уровня сформированности мелкой моторики, с целью оценки эффективности проведенной развивающей работы.

По данным проведенного исследования статической координации движений установлено, что 16,6% (n=1) имеют «низкий уровень» развития мелкой моторики рук, 66,8% (n=4) имеют «средний уровень». Высокий уровень мелкой моторики показал один исследуемый (16,6%), (рис 5).

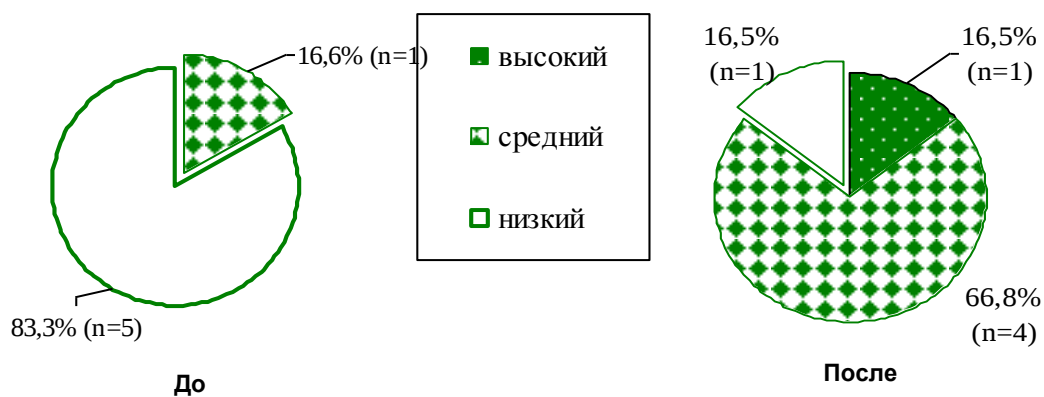


Рисунок 5. Результаты исследования статической координации движений у детей основной группы по окончании исследования

Исследование динамической координации движений показало, что у 25% исследуемых основной группы (n=2) определялся «низкий уровень» развития мелкой моторики рук, 50% (n=3) - «средний уровень». Высокий уровень мелкой моторики определялся у 16,6% детей (n=1), (рис.6).

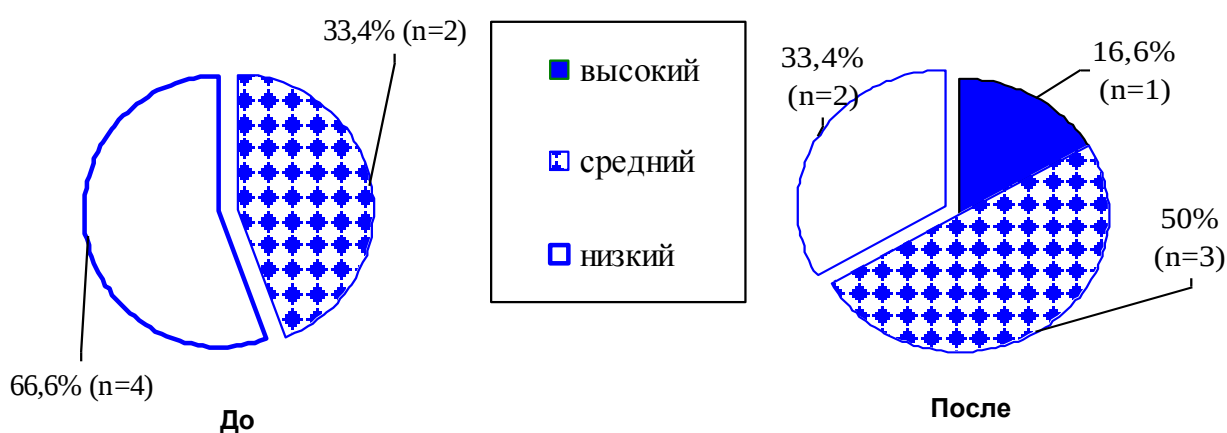


Рисунок 6. Результаты исследования динамической координации движений у детей основной группы по окончании исследования

По исследованию предметных действий установлено, что 50% (n=3) имеют «низкий уровень» развития мелкой моторики рук, 50% (n=3) имеют «средний уровень». Высокий уровень мелкой моторики не отмечался, (рис. 7).



Рисунок 7. Результаты исследования предметных действий у детей основной группы по окончании исследования

Определение способности противопоставления большого пальца руки остальным и исследование динамической координации движений большого пальца установило, что 33,3% (n=2) имеют «низкий уровень» развития мелкой моторики рук, 66,7% (n=4) имеют «средний уровень». Высокий уровень мелкой моторики не определялся, (рис. 8).

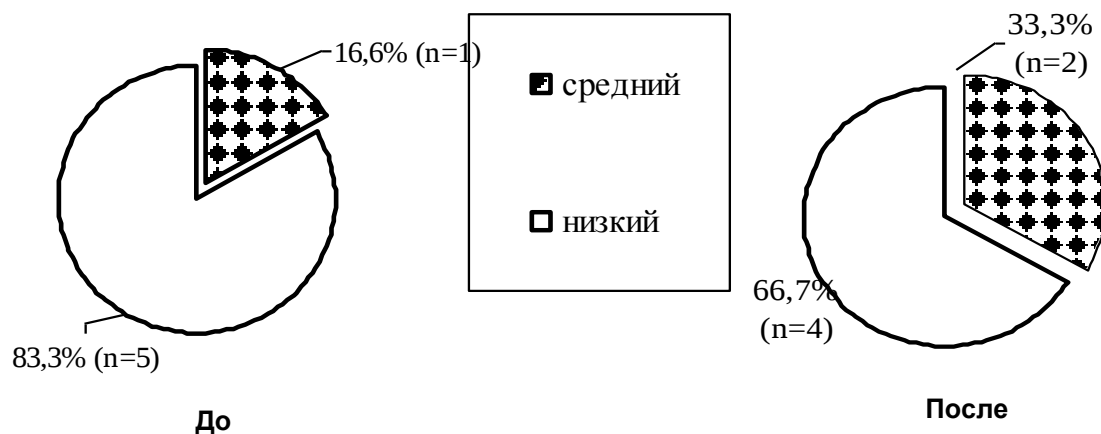


Рисунок 8. Результаты исследования динамической координации движений большого пальца у детей основной группы по окончании исследования

Сформированность графомоторных навыков показало, что 33,4% (n=2) имеют «низкий уровень» развития мелкой моторики рук, 66,6% (n=4) имеют «средний уровень». Высокий оценочный показатель не определялся, (рис. 9).

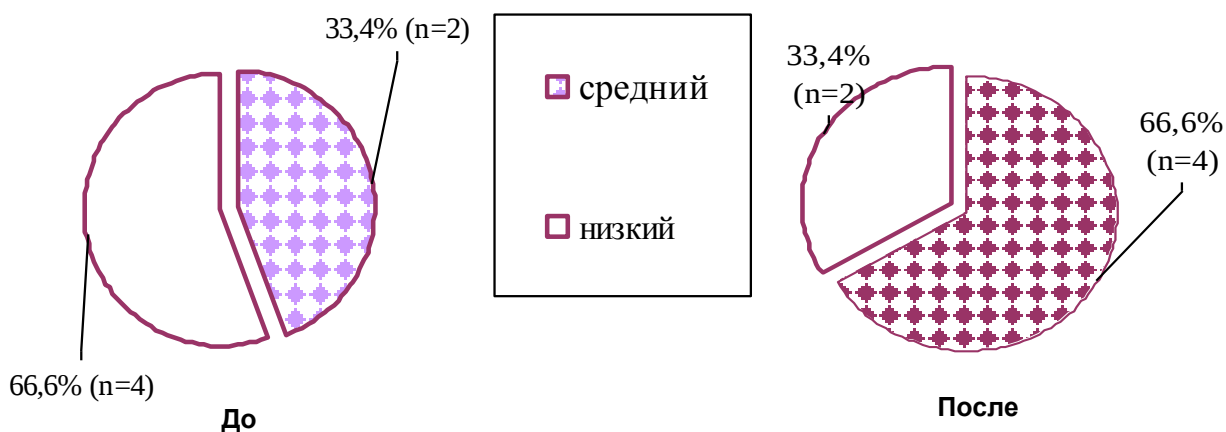


Рисунок 9. Результаты исследования сформированности графомоторных навыков у детей основной группы по окончании исследования

Проведенное исследование повторной диагностики мелкой моторики рук у детей **контрольной группы** показало, что 66,7% (n=4) имеют «низкий уровень» развития мелкой моторики, 33,3% (n=2) имеют «средний уровень». Высокий уровень мелкой моторики не определялся.

Таким образом, по результатам, зафиксированным на рисунках, можно сказать, что развитие мелкой моторики рук у детей с детским церебральным параличом после проведения цикла занятий по разработанной коррекционно-развивающей программе значительно улучшились.

Заключение

У детей при ДЦП процесс развития мелкой моторики происходит иначе, чем у здоровых детей. Это обусловлено сложным и стойким расстройством в сфере развития мелкой моторики: нарушением тонуса мышц, наличию насильственных движений - гиперкинезов, неправильной установке конечностей, неточности движений пальцев. Обучение таких детей имеет свою специфику, требует особого подхода.

Исследование проводилось на базе ГБУЗ ПК ДКБ им. Пичугина неврологического стационара, в ходе которого группе ребят было рекомендовано обучение по специальной, научно разработанной коррекционной работе, включающей упражнения для нормализации тонуса рук, массаж, упражнения для развития мышц кистей рук и пальцев.

Во время эксперимента были подобраны диагностические методики, необходимые для проведения экспериментального исследования, и сформулированы критерии, показатели и уровни развития мелкой моторики у детей дошкольного возраста с ДЦП. Диагностика состояния развития мелкой моторики позволила выявить особенности ее развития, что дало основу для рекомендаций по развитию мелкой моторики.

Проанализировав полученные результаты констатирующего этапа, можно сформулировать следующий вывод. У детей дошкольного возраста при ДЦП наблюдается значительное нарушение мелкой моторики рук. Ребенок не может самостоятельно обслуживать себя, выполнять простейшие бытовые действия, с трудом осваивает навыки рисования, письма и проч., и, как следствие, не имеет должную подготовку к школе. Такой ребенок соответственно испытывает стеснение в общении со сверстниками, может замыкаться в себе. Поэтому необходимо систематически проводить упражнения, способствующие формированию разнообразных движений мелкой моторики.

Выводы

В процессе моего исследования была изучена специальная литература, включающая в себя наглядные пособия применения Су Джок акупунктуры, особенности ее действия. Изучены особенности течения заболевания ДЦП, осложнения, методы реабилитации. Также изучены особенности развития мелкой моторики рук у здоровых детей и детей при поражении опорно-двигательного аппарата. Выявлена актуальность коррекционной работы по развитию мелкой моторики рук у детей дошкольного возраста с детским церебральным параличом. Для достижения поставленной цели были подобраны задания, игры, упражнения, массаж, направленные на развитие мелкой моторики. Было оценено положительное влияние метода Су Джок акупунктуры на развитие мелкой моторики рук у дошкольников при ДЦП.

По результатам констатирующего эксперимента были рекомендовали задания, игры и упражнения для развития мелкой моторики, снятия напряженности и скованности кистей рук детей при ДЦП. Данные игры и упражнения были рекомендованы для использования в условиях стационара на занятиях ЛФК, в свободной деятельности, а также рекомендовались родителям.

Следовательно, благодаря проведенной работе, поставленные задачи решены, цель работы достигнута.

Библиографический список

1. Финни Н.Р. Ребенок с церебральным параличом: помощь, уход, развитие: кн. Для родителей / Нэнси Р. Финни; под ред. Е.Ф. Ключковой; перю с англ. Ю.В. Липес, А.В. Снеговой. – 4е изд. – М.: Теревинф, 2014. – 336с..
2. Богуш Д.А. Корейский метод Су Джок / Д.А. Богуш. – М.: Ника - Центр. 2008. – 64 с.
3. <http://tibet-medicine.ru/polza/su-dzhok-terapiya> - Су Джок терапия. Инденбаум Е.Л. Психология детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата. Конспекты лекций DOC
4. <http://videouroki.net/filecom.php?fileid=98713991> - Статья на тему «Использование Су-Джок терапии в работе логопеда».
5. <http://vsyo-tut.ru/zdorovye/582-sudjok-skoraya-pomos> - Су Джок - скорая помощь в любых ситуациях.
6. <http://www.liveinternet.ru/users/4387736/post297718725> - Су-Джок вместо домашней аптечки.
7. <http://www.osteodoc.ru/sujok.htm> - СуДжок терапия.
8. <http://www.sujok.ru> – официальный сайт Су-Джок академии.
9. Бадалян, Л.О. Детская неврология [Текст] / Л.О. Бадалян. - М.: Просвещение, 1993. – 230 с.
10. Бадалян, Л.О. Детские церебральные параличи [Текст] / Л.О. Бадалян, Л.Т. Журба, О.В. Тимошина. – М.: Просвещение, 2004. – 196 с.
11. Бернштейн, И.А. О построении движения [Текст] / И.А. Бернштейн. - М.: Просвещение, 2005. – 213 с.: ил.
12. Ботта, Н. и П. Лечебное воспитание детей с двигательными расстройствами церебрального происхождения [Текст] / Н. и П. Ботта; пер. с французского; под ред. проф. М.Н.Гончаровой. - М.: Просвещение, 2003. – 246 с.
13. Бронников, В.А. Детский церебральный паралич [Текст]: справочное издание / В.А. Бронников, А.В. Одинцова, Н.А. Абрамова, А.А. Наумов,

- О.К. Малышева; под ред А. Зебзеевой. - Пермь: Здравствуй, 2000. - 256 с. : ил.
14. Государственный доклад «О положении инвалидов в Российской Федерации» [Текст]. - М.: Приор, 2000. – 16 с.
 15. Диагностика и коррекция психического развития дошкольника [Текст] / Под ред. Я.Л. Коломинского, Е.А. Панько. - Минск, Попурри, 1997. – 93 с.
 16. Жукова, И.С., Если ваш ребенок отстает в развитии [Текст] / И.С. Жукова, Е.М. Масткова. - М.: Просвещение, 1993. – 119 с.
 17. Заяц О. В., Козлова Л. В., Любащенко И. А., Фадеева Е. В. Оценка степени влияния развития мелкой моторики на детей с детским церебральным параличом [Текст] // Аспекты и тенденции педагогической науки: материалы III Междунар. науч. конф. (г Санкт-Петербург, декабрь 2017 г.). — СПб.: Свое издательство, 2017. — С. 88-91. — URL <https://moluch.ru/conf/ped/archive/273/13263>
 18. Ивчатова Л.А. Су-джок терапия в коррекционно-педагогической работе с детьми // Логопед - 2010. №1. – 321с.
 19. Ипполитова, М.В. Воспитание детей с церебральным параличом в семье [Текст] / М.В. Ипполитова, Р.Д. Бабенкова, Е.М. Мастюкова. - М.: Педагогика, 1993. – 320 с.: ил.
 20. Ключева, Н.В. Учим детей общению [Текст] / Н.В. Ключева, Н.В. Касаткина. -Ярославль, 2003. – 297 с.
 21. Ковалев, В.В., Психиатрия детского возраста [Текст] / В.В. Ковалев. - М.: Педагогика, 1995. – 328 с.
 22. Кольцова, М.М., Рузина М.С., Ребенок учится говорить [Текст]: Пальчиковый игротренинг / М.М. Кольцова, М.С. Рузина. - СПб., 2004. – 132
 23. Коноваленно, В.В. Артикуляционная и пальчиковая гимнастика. [Текст]: Комплекс упражнений / В.В. Коноваленко, С.В. Коноваленко -М.,2005. – 132 с.

24. Кузьменко, Л.В. Малыш. Рост и развитие [Текст] / Л.В. Кузьменко. - М.: Педагогика, 1993. – 244 с.
25. Левченко, И.Ю. Основные принципы и методы коррекционно-педагогической работы с детьми, страдающими детским церебральным параличом [Текст] / И.Ю. Левченко, Г.В. Кузнецова. - М.: Просвещение, 1991. – 232 с.
26. Левченко, И.Ю. Особенности психического развития больных ДЦП в детском и подростковом возрасте [Текст] / И.Ю. Левченко. - М.: Педагогика, 1991. – 321 с.
27. Левченко, И.Ю. Технологии обучения и воспитания детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата [Текст] / И.Ю. Левченко, О.Г. Приходько. – М.: 2001. – 216 с.
28. Малер, А.Р. Социальное воспитание и обучение детей с отклонениями в развитии [Текст]: практическое пособие / А.Р. Малер. – М.: АРКТИ, 2000. – 124 с.
29. Мастюкова, Е.М. Физическое воспитание детей с церебральным параличом [Текст]: практическое пособие / Е.М. Мастюкова. – М.: Просвещение, 1991. – 198 с.
30. Привес М.Г., Лысенков Н.К., Бушкович В.И, «Анатомия человека», СПб, 2005,- 512с.
31. Рогачева, Е.И. Лечебная физкультура и массаж при детских церебральных параличах [Текст] / Е.И. Рогачева, М.С. Лаврова. – М.: Просвещение, 2003. – 94 с. : ил.
32. Самсонова, Л.Н. Особенности комплексной коррекции нарушения функции рук у учащихся с церебральным параличом [Текст] / Л.Н. Самсонова. – СПб.: Детство – пресс, 2001. – 118 с.
33. Семенова, К.А. Детский церебральный паралич (патогенез, клиника, лечение) [Текст]: В сб. Медико-социальная реабилитация больных и инвалидов вследствие детского церебрального паралича. / К.А. Семенова. – Минск: Поппури, 2002. - 282 с.

34. Сенсорное воспитание в детском саду [Текст] / под. ред. Поддьякова Н. Н., Аванесовой В. Н. - 2-е изд., испр.и доп.– М.: Просвещение, 2001. – 192 с.
35. Серганова, Т.И. Как победить детский церебральный паралич [Текст] / Т.И. Серганова. - СПб.: Детство – пресс, 1995. – 189 с.
36. Сеницына, Е. Умные занятия [Текст] / Е.А. Сеницына. -М.: Педагогика, 1993. – 192 с
37. Филиппова, С.О. Подготовка дошкольников к обучению письму [Текст]: Методическое пособие / С.О. Филиппова. - СПб.: Детство – пресс, 1999. – 184
38. Цвынтарный, В.В. Играем пальчиками и развиваем речь [Текст] / В.В. Цвынтарный. - СПб.: Лань, 1996. – 32 с.
39. Черединова, Г.В. Тесты для подготовки и отбора детей в школе [Текст] / Г.В. Черединова. – СПб.: Лань, 1996. – 132 с.
40. Шипицына, Л.М., Детский церебральный паралич [Текст] / Л.М. Шипицына, И.И. Мамайчук. - М.: Гуманит. изд. Центр ВЛАДОС, 2001. – 232 с.
41. Пак Чжэ Ву. Су Джок-семянотерапия / Ву Чжэ Пак. – М.: Су Джок Академия, 2002. – 140 с.
42. Пак Чжэ Ву. Су Джок-терапия в экстренных ситуациях / Ву Чжэ Пак. – М.: Су Джок Академия, 2006. – 212 с.
43. Су джок терапия [Электронный ресурс]. – Режим доступа: sujokisrael.com
44. Сапин М.Р., Билич Г.Л., «Анатомия человека» Москва, 2011,-193с.