

5. *Заборовец И. А.* Экспериментальное обоснование применения гингивопрепарирования в комплексе методов повышения эффективности протезирования металллокерамическими протезами // Новое в теории и практике стоматологии: Сб. науч. работ. – Ставрополь, 2003. – С. 184–187.
6. *Заборовец И. А.* Экспериментально-морфологическое сравнение коррекции уровня зубодесневого прикрепления способом гингивопрепарирования и с применением скальпеля // Материалы 35-й науч.-практ. конф. стоматологов Ставропольского кр. «Актуальные проблемы стоматологии». – Ставрополь, 2004. – С. 96–100.
7. *Кузин М. И.* Раны и раневая инфекция: Руководство для врачей / М. И. Кузин, Б. М. Костюченко. – М.: Медицина, 1990. – 591 с.
8. *Пальцев М. А.* Межклеточные взаимодействия / М. А. Пальцев, А. А. Иванов, С. Е. Северин. – М., 2003. – 128 с.
9. *Пауков В. С.* Роль макрофагов в патогенезе ограниченного воспаления / В. С. Пауков, С. А. Даабуль, Н. Ю. Беляев // Арх. патологии. – 2005. – № 4. – С. 3–10.
10. *Перова М. Д.* Биологические механизмы репаративной регенерации тканей пародонта (Аналитический обзор) // Новое в стоматологии. – 2001. – № 8. – С. 62–70.
11. *Перова М. Д.* Клинико-морфологическая оценка регенеративного лечения рецессий тканей пародонта / М. Д. Перова, Е. А. Фомичева // Сб. науч. тр. общероссийской науч.-практ. конф. «Актуальные вопросы стоматологии». – Краснодар, 2005. – С. 39–46.
12. *Перова М. Д.* Рецессия тканей пародонта. Современное состояние вопроса / М. Д. Перова, Е. А. Фомичева, А. В. Фомичева // Новое в стоматологии. – 2005. – № 5. – С. 38–45.
13. *Рунова Г. С.* Ликвидация рецессий, современный подход к пластической периодонтальной хирургии / Г. С. Рунова, З. Д. Гугкаева // Российская стоматология. – 2011. – Т. 4. № 6. – С. 51–54.
14. *Серов В. В.* Воспаление / В. В. Серов, В. С. Пауков. – М., 1995. – 640 с.
15. *Смирнова С. С.* Оптимизация лечения рецессии десны пациентов с тонким биотипом десны на фоне воспалительных заболеваний пародонта // Проблемы стоматологии. – 2010. – № 4. – С. 4–11.
16. *Февралева А. Ю.* Устранение рецессии десны / А. Ю. Февралева, А. Л. Давидян. – М.: Полимедия пресс, 2007. – 152 с.
17. *Хаитов В. А.* Иммунология локального и системного воспаления / В. А. Хаитов, Е. Ю. Гусев // Аллергология и иммунология. – 2001. – № 5. – С. 6–9.
18. *Da Silva R. C.* Root coverage using the coronally positioned Flap with or without a subepithelial connective tissue graft / R. C. Silva da, J. C. Joly, A. F. Cima // J. periodontol. – 2004. – Vol. 75. № 3. – P. 413–419.
19. *Moawia M.* The etiology and prevalence of gingival recession / M. Moawia, Rfssab and Robert E. Cohen // J. of American dental association. – 2003. – № 134. – P. 220–225.
20. *Oates T. W.* Surgical therapies for the treatment of gingival recession. A systematic review / T. W. Oates, M. Rolinson, J. C. Gunsolley // An. periodontol. – 2003. – Vol. 8. № 1. – P. 303–320.
21. *Susin C.* Gingival recession: Epidemiology and risk indicators in a representative urban brazilian population // J. periodontol. – 2004. – Vol. 75. № 10. – P. 1377.

Поступила 15.12.2014

А. В. ГОРДИЕЦ¹, М. Ю. ГАЛАКТИОНОВА¹, В. А. КОВАЛЕВСКИЙ², О. В. ГРУЗДЕВА²

ОСОБЕННОСТИ СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

¹ *Кафедра поликлинической педиатрии и прпедевтики детских болезней с курсом ПО ГБОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого» Минздрава России, Россия, 660022, г. Красноярск, ул. П. Железняка, 1; тел. +79069153985. E-mail: tyugal@mail.ru;*

² *кафедра психологии детства ФГБОУ ВПО «Красноярский государственный педагогический университет им. В. П. Астафьева» Минобрнауки России, Россия, 660049, г. Красноярск, пр. Мира, 83; тел. +73912581262. E-mail: kovalevsky@kspu.ru*

Изучены особенности состояния здоровья дошкольников 3–7 лет за период с 2005 г. по 2012 г. Выявлено увеличение числа детей, имеющих хроническую патологию в стадии декомпенсации, и детей с функциональными отклонениями в состоянии здоровья. Были выделены специфика социальной ситуации развития, особенности развития личности, межличностного взаимодействия, познавательного развития и речевого онтогенеза детей дошкольного возраста с нарушениями здоровья.

Ключевые слова: дети дошкольного возраста, психологическое развитие, состояние здоровья.

A. V. GORDIETS¹, M. Yu. GALAKTIONOVA¹, V. A. KOVALEVSKIY², O. V. GRUZDEVA²

FEATURES OF SOCIAL AND PSYCHOLOGICAL DEVELOPMENT OF CHILDREN OF PRESCHOOL AGE

¹Krasnoyarsk state medical university named after
prof. V. F. Vojno-Yasenetsky Ministry of public health development of Russia;
Russia, 660022, Krasnoyarsk, street Partizana Zheleznyaka, 1; tel. +79069153985. E-mail: myugal@mail.ru;
²federal state pedagogical university named after V. P. Astafyev,
Ministry of education and science of Russia,
Russia, 660049, Krasnoyarsk, pr. Mira, 83; tel. +7 (391) 2581262. E-mail: kovalevsky@kspu.ru

Features of a state of health of preschool children 3–7 years of age have been studied for the period from 2005 to 2012. Increase of number of children having chronic pathology in a stage of a decompensation and children with functional health deviations is revealed. Features of the personality, interpersonal interaction, cognitive development and speech ontogenesis of somatic sick preschool children were outlined.

Key words: preschool children, psychological development, state of health.

Одним из важнейших направлений государственной политики РФ являются улучшение здоровья детей и создание условий, благоприятствующих их воспитанию и образованию. По данным академика РАН А. А. Баранова с соавторами (2012, 2013, 2014), за период с 2003 г., когда отмечался пик показателя общей смертности, по 2010 г. этот показатель снизился с 16,5 до 14,2 на 1000 населения. При этом отмечается повышение рождаемости: с 10,3% в 2003 г. до 12,6% в 2010 г. Численность детей в РФ возрасте 5–9 лет также снизилась на 2,2 млн. (-4,2%). В то же время численность детского населения в возрасте 0–4 лет увеличилась на 1,4 млн (+21,2%), что объясняется увеличением рождаемости и снижением младенческой смерти. В силу описанных демографических процессов суммарная доля детского населения в структуре всего населения России уменьшилась с 25% в 1999 г. до 17,9% в 2010 г. В этой ситуации укрепление здоровья детей является приоритетной государственной задачей.

Изучение психологических особенностей детей с нарушениями здоровья остается одним из актуальных направлений отечественной психологии. Оно связано с отсутствием положительной динамики в здоровье детей дошкольного возраста. Условия как система отношений между индивидом и средой могут быть благоприятными или неблагоприятными для процесса индивидуального развития. Доказано, что субъективно соматическое заболевание качественно меняет социальную ситуацию развития человека: меняются объективное место, занимаемое им в жизни (в силу изменения его возможностей и ограничения контактов с другими людьми), внутренняя позиция по отношению к себе и окружающей действительности, что влечет за собой изменение личности. Отмечено также, что зачастую процесс обучения и воспитания происходит без учета индивидуальных особенностей детей. Это приводит к различным стрессовым ситуациям, обостряет противоречия между генетико-биологическими задатками

и способствует росту заболеваемости детей [1, 2, 4, 5, 10, 13].

Внедрение при проведении профилактических осмотров дошкольников автоматизированной экспертно-скрининговой технологии диспансерного осмотра (АКДО) в рамках целевой программы Красноярского края «Дети» позволяет на ранних этапах выявить отклонения в состоянии здоровья по 24 профилям патологии. Во всех исследованиях, проводимых профессорско-преподавательским составом кафедр поликлинической педиатрии и пропедевтики детских болезней с курсом ПО КрасГМУ им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого и психологии детства КГПУ им. В. П. Астафьева, подчеркиваются качественно иной характер психического развития соматически больных детей, а также необходимость адаптации медицинского и психолого-педагогического процессов к детям с нарушениями здоровья (независимо от вида их соматического заболевания) [3, 5, 7, 8, 9, 11, 12, 14].

Целью нашего исследования было изучение особенностей социально-психологического развития соматически больных детей дошкольного возраста, посещающих дошкольные образовательные учреждения (ДОУ).

Материалы и методы

Для оценки поставленной цели прежде всего мы решили изучить состояние официальной статистики по заболеваемости детей дошкольного возраста, посещающих ДОУ, по данным отчетов Главного управления городского здравоохранения г. Красноярска за период с 2005 г. по 2012 г. Для этого нами был проведен ретроспективный анализ интенсивных показателей заболеваемости 12 348 дошкольников, посещающих детские дошкольные образовательные учреждения г. Красноярска (ДОУ № 139, 211, 204, 207), г. Ачинска (НДОУ № 190), г. Зеленогорска (ДОУ № 21, 22, 13) Красноярского края. А также был проведен анализ отчетов профилактических осмотров дошкольников г. Красноярска в 2010 г. с использованием технологии АКДО у 998 дошкольников.

Кроме этого методом случайной выборки для изучения особенностей социально-психологического развития в данных ДООУ были отобраны 10 126 учащихся 3–7 лет (5590 девочек и 4536 мальчиков). Критериями включения при формировании группы выступали 2-я, 3-я, 4-я и 5-я группы здоровья ребенка, информированное согласие родителей. Критериями исключения выступали 1-я группа здоровья и несогласие родителей ребенка. Контрольная группа детей из данных ДООУ составила 785 здоровых детей того же возраста и пола, относящихся к 1-й группе здоровья, отобранных методом случайной выборки на основании медицинской документации и информированного согласия родителей. Группы здоровья детей оценивались согласно приказу Минздрава России от 30.12.2003 г. № 621 «О комплексной оценке состояния здоровья детей».

Диагностика речевого развития дошкольников проводилась по методике О. С. Ушаковой (1999) и О. В. Груздевой (2010) [3, 6]. Гендерные особенности проявления тревожности и эмоционального восприятия у детей изучались согласно разработкам Е. Ю. Дубовик (2006), Ж. Г. Дусказиевой (2009), В. С. Кагана (когнитивные и эмоциональные аспекты гендерных установок у детей дошкольного возраста) [8, 9]. Оценка детско-родительских отношений в семье проводилась Е. В. Котовой (2004), Л. В. Доманецкой (2009) по методикам Е. О. Смирновой, А. Г. Рузской, Х. Т. Бедельбаевой (1978) (исследование форм общения дошкольников со взрослыми); Е. О. Смирновой (2000) (наблюдение за активностью ребенка в общении со взрослым при совместной деятельности); Р. С. Бернс, С. Х. Кауфман, (1986) («Кинетический рисунок семьи» для оценивания эмоционального благополучия ребенка в семье); А. Я. Варга, В. В. Столина (1988) (тест-опросник родительского отношения); опроснику детско-родительского эмоционального взаимодействия (Е. И. Захарова, 1996) [7, 11]. Особенности развития самосознания рассматри-

вались Н. А. Мосиной (2007) согласно рекомендациям В. Г. Щур («Лестница» для изучения самооценки), А. С. Спиваковской (2000) (изучение самосознания посредством проективных рисунков «Какой я?») [12]. Особенности понимания обмана детьми оценивались по критериям, предлагаемым В. О. Штумф и В. А. Ковалевским (2009) по методике А. С. Герасимовой («Склонность к обману», «Опросник», «Распознавание обмана в разных областях» – изучение детского обмана как компонента когнитивной способности, фиксировались как вербализуемые детьми представления, так и поведенческие проявления отдельных аспектов понимания обмана) [14].

Статистический анализ осуществляли в пакете программ «Statistica 7.0» («StatSoft Inc.», 2004). Описательная статистика результатов исследования представлена для качественных признаков в виде процентных долей и их стандартных ошибок. Проверку гипотезы о статистической значимости различий двух выборок проводили с помощью критерия χ^2 Пирсона с поправкой на непрерывность. Различия оценивали как статистически значимые при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение

Нами было выявлено, что общая заболеваемость на 1000 организованных дошкольников в динамике за период с 2005 г. по 2010 г. увеличилась более чем на треть (с 1574,3 до 2544,7 на 1000 детей) (рис. 1).

По данным академика А. А. Баранова с соавторами (2012), рост общей заболеваемости у детей в РФ в возрасте от 0 до 14 лет за период с 2002 г. по 2010 г. увеличился на 21,5%. Неблагоприятные тенденции в состоянии здоровья детей данного возраста связаны с накоплением хронической патологии по тем же классам болезней, что и при первичной заболеваемости.

В структуре общей заболеваемости лидирующее место занимает класс болезней органов

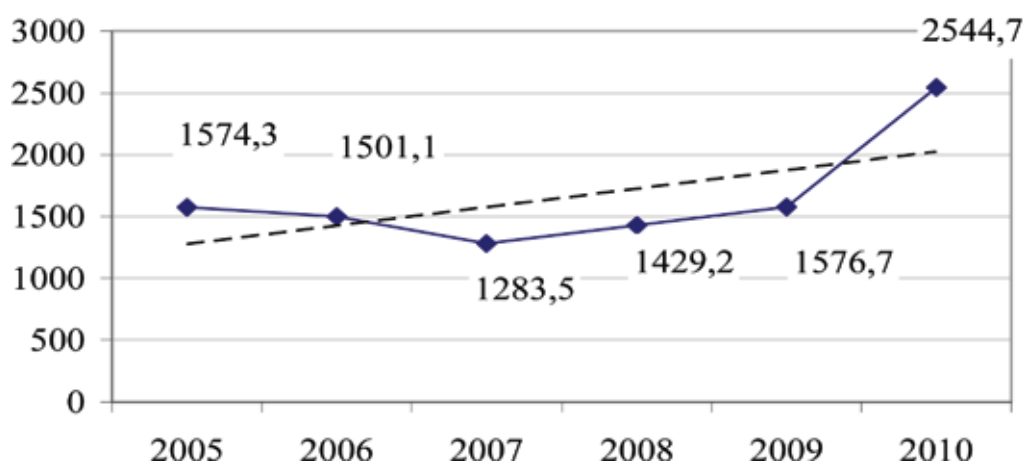


Рис. 1. Динамика общей заболеваемости организованных дошкольников (на 1000 детей)

дыхания. Второе место занимает класс болезней нервной системы, на третьем месте – болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани (табл. 1).

По данным А. А. Баранова с соавторами (2012), за анализируемый период времени заболеваемость органов дыхания увеличилась на 36,0%, нервной системы – на 31,5%. При анализе данных за 6 лет (2005–2010) выявлено существенное снижение показателя травм, отравлений и заболеваний, связанных с внешними воздействиями (с $16,2\% \pm 0,20$ до $7,5\% \pm 0,15$), тогда как, по данным, в РФ отмечается рост данного показателя на 11,8% [2, 3]. Полученные нами результаты указывают на соблюдение в ДОО санитарно-гигиенических норм, правил в организации образовательного процесса и хороший контроль со стороны администрации охраны жизни и здоровья воспитанников.

Нами проведен анализ профилактического осмотра дошкольников в 2010 г. с использованием технологии АКДО у 998 дошкольников. Наибольшее число подростков, прошедших АКДО, имели от двух до пяти профилей хронически значимых патологий. Один профиль хронически значимой патологии был зафиксирован всего у 362 человек

(36,27%±1,52). Выявлено преобладание 2–3 профилей хронически значимой патологии, в структуре преобладали ортопедический, неврологический профили и ЛОР (табл. 2).

За восемь лет наблюдений (2005–2012) среди организованных дошкольников повысилось число детей, имеющих хроническую патологию в стадии декомпенсации, и число детей с функциональными отклонениями в состоянии здоровья (табл. 3).

По данным НЦЗД РАМН, в настоящее время не более 2–15% детей можно признать здоровыми [1]. Динамическое наблюдение за дошкольниками г. Красноярска в течение 2005–2012 гг. показало, что удельный вес практически здоровых детей (I группа здоровья) оставался относительно стабильным (в пределах $7,3\% \pm 0,11$ и $7,4\% \pm 0,07$).

Самой многочисленной группой являлась II группа здоровья, в которую были отнесены 83,8%±0,77 детей, имевших морфофункциональные отклонения, общую задержку физического развития без эндокринной патологии, дефицит или избыток массы тела, последствия травм или операций при сохранении соответствующих функций органов, часто и/или длительно

Таблица 1

Ранговое распределение лидирующих классов болезней организованных дошкольников за период 2008–2010 гг. (%±m)

Ранговое место	2008 г.	2009 г.	2010 г.	Прирост/убыль к 2005 г. (%)
1. Болезни органов дыхания	71,4±0,25	74,1±0,24	68,4±0,30	-3,0
2. Болезни нервной системы	25,8±0,20	16,4±0,20	18,5±0,21	-7,3
3. Болезни костно-мышечного аппарата и соединительной ткани	13,5±0,20	17,6±0,21	16,4±0,20	+2,9

Таблица 2

Ранговая структура лидирующей десятки значимых хронических отклонений в состоянии здоровья дошкольников, выявленных с помощью технологии АКДО в 2010 г. (%±m)

№ профиля	Название профиля	Всего n=998		Ранг
		Абс.	%±m	
4	Ортопедия	415	41,58±1,60	1
6	Офтальмология	185	18,54±1,20	7
7	ЛОР	362	36,27±1,50	3
8	Невропатология	384	38,48±1,50	2
9	Кардиология	317	31,76±1,50	4
12	Дерматология	144	14,43±1,10	8
16	Стоматология	268	26,85±1,40	6
17	Эндокринология	110	11,02±1,00	10
18	Аллергология	134	13,43±1,10	9
23	Физическое развитие	294	29,46±1,40	5

Распределение детей в ДОО по группам здоровья (в %±m)

Группа здоровья	I	II	III	IV	V
2005 г.	7,3±0,11	82,4±0,20	9,6±0,24	0,6±0,04	0,1±0,02
2006 г.	7,3±0,11	83,9±0,21	8,3±0,23	0,3±0,03	0,2±0,02
2007 г.	7,6±0,14	83,0±0,21	8,7±0,16	0,4±0,03	0,3±0,03
2008 г.	7,3±0,07	82,4±0,76	9,6±0,09	0,6±0,01	0,1±0,01
2009 г.	7,3±0,07	83,9±0,77	8,3±0,08	0,3±0,01	0,2±0,01
2010 г.	7,6±0,07	83,0±0,76	8,7±0,08	0,4±0,01	0,3±0,01
2011 г.	7,1±0,07	84,1±0,76	8,2±0,08	0,3±0,01	0,3±0,01
2012 г.	7,4±0,07	83,8±0,77	8,0±0,07	0,4±0,01	0,4±0,01
Прирост/убыль к 2005 г. (%)	+0,1	+1,4	-1,6	-0,2	+0,3

болеющих ОРЗ. Отмечен рост числа детей с функциональными отклонениями в состоянии здоровья (+1,4%).

В III группу здоровья были включены дети с наличием хронических заболеваний или с врожденной патологией в стадии компенсации, редкими обострениями, сохраненными или компенсированными функциональными возможностями, физическими недостатками, последствиями травм или операций при условии компенсации соответствующих функций органов. Наметилась тенденция к уменьшению числа детей с третьей группой здоровья (-1,6%), что связано с улучшением условий содержания и питания, качества медико-психолого-педагогического сопровождения, повышением медицинской активности родителей, оздоровлением детей в условиях ДОО.

Согласно методическому письму Минобразования России от 15.01.2002 г. № 03-51-5ин/23-03 «Об интегрировании воспитания и обучения детей с отклонениями в развитии в дошкольных образовательных учреждениях» в отдельные ДОО г. Красноярска с 2009 г. были интегрированы дети-инвалиды, что привело к некоторому увеличению удельного веса детей V группы здоровья (+0,3%).

Анализ факторов и условий психического развития современных дошкольников показывает, что внешний, социальный фактор является наиболее значимым в возникновении и прогрессировании заболеваний. В результате суммарного анализа психологических исследований были выделены особенности социальной ситуации развития соматически больного ребенка и особенности его личности [2]. Развитие ребенка, происходящее в условиях заболеваний, влияет на формирование его личности. Понятию «Я» у таких детей соответствует отрицательный образ, за ним скрываются неприятие себя, недовольство своей внешностью, низкая самооценка, характерно амбивалентное отношение к болезни. Дети

дошкольного возраста, как правило, не понимают причин болезни, часто рассматривают свое заболевание как наказание за плохое поведение. Для дошкольников осознание своей болезни, ее тяжести и последствий недоступно, так как у него из-за возрастных особенностей развития самосознания еще нет ясного отношения к ситуации и к самому себе. Вследствие этого болезнь воспринимается ребенком как ограничение привычной жизни. По мнению В. А. Ковалевского и В. А. Урываева (2006, 2012), собственно психологические средства совладания с болезнью у дошкольников еще не сформированы [3].

Другие суммарно выделенные особенности личности больных детей:

у детей среднего и старшего дошкольного возраста преобладает заниженная самооценка по сравнению со здоровыми сверстниками ($p < 0,05$), и во многом она зависит от типа родительского отношения (преобладают симбиотический, симбиотически-авторитарный, привязывающе-подавляющий). При этом выявлено общее неустойчивое эмоционально-ценностное отношение детей к себе [7, 11];

у ребенка дошкольного возраста слабо сформированы механизмы личностно-смысловой регуляции [12];

присутствует стремление к компенсации дефекта (у 84±0,83% опрошенных дошкольников направленность желаний на предотвращение болезненных симптомов и избегание страданий) [2];

нет развернутого жизненного плана, то есть нарушено осознание себя во времени, главным измерением времени является настоящее [12];

основная направленность желаний детей старшего дошкольного возраста (5–6 лет) обращена на предотвращение болезненных симптомов и избегание страдания (87±0,86% детей). В то время как у их здоровых сверстников преобладают желания, направленные на преобразование

окружающей среды ($63 \pm 0,62\%$) и взаимодействие с другими людьми ($70 \pm 0,69\%$) [2];

уровень тревожности у детей дошкольного возраста выше, чем у их здоровых сверстников (особенно у мальчиков) ($p < 0,05$). Статус болеющего ребенка мальчиком переживается более болезненно, чем девочкой, и это негативно отражается на его межличностных отношениях, оценке себя, собственных возможностей, что и провоцирует развитие высокой тревожности ($p < 0,001$) [8, 9];

дети с нарушениями здоровья испытывают больше затруднений и реже используют синонимы обмана при его объяснении как общего и абстрактного понятия; хуже распознают обман в области знаний; чаще проявляют стратегии принятия обмана за правду и стратегию отрицания правдивой информации в области знаний, смешанную стратегию распознавания обмана в области эмоций; чаще опираются на признак контекста ситуации в ситуации собственного обмана; реже опираются на поведенческие проявления, контекст ситуации и индивидуальные особенности в ситуации обмана со стороны другого; менее склонны к обману в области намерений [14].

Были выявлены особенности межличностного взаимодействия и деятельности соматически больных детей:

* круг общения ребенка дошкольного возраста с нарушениями здоровья ограничен до минимума [2];

* присутствуют объективная зависимость от взрослых (родителей, педагогов), стремление получить от них помощь, преобладают симбиотический, симбиотически-авторитарный, привязывающе-подавляющий, т. е. неэффективные, стили родительского отношения к ребенку (рис. 2) [7, 11];

* родители фиксируют внимание ребенка на болезненных проявлениях, вводя различные запреты и ограничения [11];

* психологическая структура семьи с больным ребенком имеет следующий вид: активная, доминантная мама с привязанным к ней ребенком и отгороженный от них отец [11];

* в семьях часто не соблюдаются режимы питания, сна, физической активности и нет серьезного отношения к здоровью [3];

* ограничены игровая деятельность (ее возможности и проявления) и, как следствие, двигательная потребность ребенка [2, 3];

* больные дети являются «принятыми» в среде своих сверстников, при этом во взаимоотношениях со сверстниками дети неконфликтны, не проявляют лидерских качеств, не являются членами устойчивых детских объединений [3].

Познавательное развитие. Речевой онтогенез ребенка дошкольного возраста с нарушениями здоровья. Были выявлены:

* общая истощаемость психической деятельности;

* колебания работоспособности, инертность психической деятельности;

* снижение продуктивности воспроизведения (у больных детей дошкольного возраста меньшие показатели объема, точности и устойчивости внимания, но преобладают более развитые уровни переключения внимания) ($p < 0,05$);

* в силу специфической направленности познавательной активности и ограниченности воспринимаемого пространства отмечается меньший объем памяти ($p < 0,05$);

* моделирующие перцептивные действия складываются позже (снижена сила побуждений) [2].

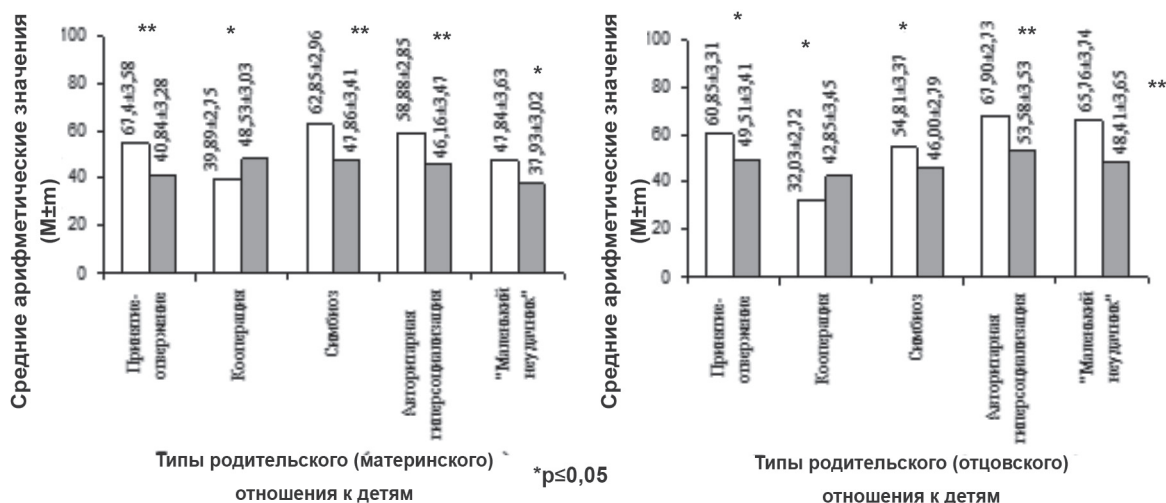


Рис. 2. Статистическое сравнение средних значений показателей выраженности типов родительского отношения к детям старшего дошкольного возраста (группы сравнения: □ – здоровые дети, ■ – дети с нарушениями здоровья) (в % ± m)

Уже в младшем дошкольном возрасте фиксируются отставания в речевом развитии у соматически больных детей по сравнению с их здоровыми сверстниками ($p < 0,001$). Выявленные изменения наблюдаются в лексическом, грамматическом строе речи, а также в звуковой культуре и связной речи. В среднем дошкольном возрасте у соматически больных детей продолжают наблюдаться сложности в развитии словаря и грамматического строя речи (дети опираются в основном на лексическое, а не на грамматическое значение слова, активный словарь бедный, внимание неустойчиво, работоспособность низкая). В старшем дошкольном возрасте зафиксировано снижение показателей речевого развития детей с нарушениями здоровья, при рассказывании они более эмоциональны, чем их здоровые сверстники ($p < 0,05$). У детей именно на этом возрастном этапе отсутствует высокий уровень развития речи (речь имеет грамматические ошибки, менее связная, лишена логической последовательности, в ней редко используются выразительные средства, активный словарь по-прежнему недостаточно богат, отмечены трудности и в обучении грамоте) [3].

Таким образом, проведенные исследования позволили установить определенные тенденции в состоянии здоровья дошкольников г. Красноярска и Красноярского края, посещающих ДОУ. Исследования развития психики, межличностных отношений дошкольников с нарушениями здоровья убедительно показывают их специфические особенности. Качественно иная социальная ситуация развития больного ребенка дошкольного возраста не обеспечивает условий успешного развития и сказывается на темпах и показателях развития детей. В связи с этим общая стратегия коррекционных воздействий на процесс психического и психологического развития больных детей должна осуществляться через оптимальные воздействия на всю социальную ситуацию развития ребенка в условиях индивидуально-личностной парадигмы современного образования. Полученные данные динамических наблюдений позволяют определить приоритетные направления по укреплению здоровья детей, посещающих ДОУ, с целью их лучшей адаптации.

ЛИТЕРАТУРА

1. Баранов А. А., Кучма В. Р., Сухарева Л. М. Оценка состояния здоровья детей. Новые подходы к профилактической и оздоровительной работе в образовательных учреждениях: Руководство для врачей. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 432 с.

2. Груздева О. В., Ковалевский В. А. Проблема психолого-медико-социально-педагогического сопровождения соматически больных детей дошкольного возраста // Психология обучения. – 2011. – № 1. – С. 53–56.

3. Груздева О. В. Методология и направления развития соматически больных детей дошкольного возраста в процессе становления их характера. – Красноярск: КГПУ им. В. П. Астафьева, 2013. – 164 с.

4. Груздева О. В., Гордиец А. В., Петрова Г. В. Концептуальные подходы к коррекции развития соматически больных детей дошкольного возраста // Материалы Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Воспитание детей-сирот и детей с ограниченными возможностями здоровья: опыт, проблемы, решения». – Самара, 2011. – С. 297–299.

5. Гордиец А. В., Груздева О. В. Медико-психологическая готовность детей к школе. Проблемы, пути решения. – Saarbrücken: LAP LAMBERT Academic Publishing GmbH & Co, 2012. – 120 с.

6. Груздева О. В., Вербианова О. М. Практическая психодиагностика: практикум. – Красноярск: КГПУ им. В. П. Астафьева, 2012. – 140 с.

7. Доманецкая Л. В. Родительское отношение к ребенку с ограниченными возможностями здоровья как фактор развития форм его общения со взрослыми // Сибирский психологический журнал. – 2009. – № 34. – С. 65–69.

8. Дубовик Е. Ю. Тревожность у детей дошкольного возраста: Учебное пособие. – Красноярск: КГПУ им. В. П. Астафьева, 2006. – 100 с.

9. Дусказиева Ж. Г. Особенности эмоционального восприятия собственной и противоположной половой роли часто болеющими детьми 5–7 лет // Сибирский психологический журнал. – 2009. – № 32. – С. 65–67.

10. Зайцева Е. С., Жданова Л. А., Молькова Л. К., Ланина Е. А. Оценка состояния здоровья первоклассников к началу школьного обучения // Материалы XVI Конгресса педиатров России с международным участием «Актуальные проблемы педиатрии». – М., 2012. – Ч. 1. – С. 265.

11. Котова Е. В. Детско-родительские отношения в различных типах семей. – Красноярск: КГПУ им. В. П. Астафьева, 2004. – 152 с.

12. Мосина Н. А. Особенности развития самосознания часто болеющего дошкольника. – Красноярск: КГПУ им. В. П. Астафьева, 2007. – 144 с.

13. Раппопорт И. К., Храмцов П. И., Звездина И. В., Сотникова Е. Н. Состояние здоровья воспитанников детских дошкольных учреждений Москвы // Российский педиатрический журнал. – 2009. – № 2. – С. 49–52.

14. Штумф В. О., Ковалевский В. А. Особенности понимания обмана часто болеющими детьми старшего дошкольного и младшего дошкольного возраста // Сибирский педагогический журнал. – 2009. – № 4. – С. 370–381.

Поступила 19.01.2015