

Статья поступила в редакцию 15.11.2017 г.

Виниченко С.Н., Перевощикова Н.К., Дракина С.А., Черных Н.С.  
Кемеровский Государственный Медицинский Университет  
г. Кемерово, Россия

## РОЛЬ СЕМЬИ В ФОРМИРОВАНИИ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОМ ВОЗРАСТЕ

Семья является важным звеном социализации личности ребенка, а процесс формирования здоровья зависит не только от материального благосостояния семьи, социального статуса и образования родителей, но и от их ценностных ориентаций, глубины отцовских и материнских чувств, понимания родительского долга, желания и стремления заниматься с детьми, воспитывать и обучать их.

**Цель** – оценка влияния семьи на формирование здорового образа жизни детей дошкольного возраста.

**Материалы и методы.** В исследовании приняли участие 116 детей, которые были разделены на три группы: первую группу составляли дети, посещающие занятия плаванием два раза в неделю ( $n = 54$ ); вторая группа – дети ( $n = 30$ ), занимающиеся другими видами спорта (танцы, борьба, футбол, хоккей); третья группа ( $n = 32$ ) – дети, не посещающие спортивные секции. Проводилась оценка состояния здоровья детей и психологических характеристик (тест тревожности Р. Тэмплла, В. Амена, М. Дорки «Выбери нужное лицо»), качества жизни по Цыбульской И.С., анализ семейных взаимоотношений по Э.Г. Эйдемиллер, В.В. Юстицкис.

**Результаты исследования.** Отношение родителей к спорту было во всех группах разным. Сами родители не занимались физической культурой регулярно (реже 1 раза в неделю) – 38 % матерей и 36 % отцов в первой группе, 43 % матерей и 46 % отцов второй группы и 90,5 % матерей ( $p = 0,0086$ ) и 76 % отцов ( $p = 0,0089$ ) в группе детей, не занимающихся спортом. При оценке физического развития было отмечено – значительно чаще избыток массы тела имели дети 3 группы (21,88 % против 7,4 % в первой и 7,67 % во второй,  $p = 0,0394$ ). В структуре заболеваемости статистически значимо чаще регистрировались болезни нервной системы и системы дыхания в группе детей с низкой физической активностью. При оценке психологического здоровья было выявлено, что среди детей, не занимающихся спортом, чаще диагностировался низкий уровень тревожности, качества жизни и патологический стиль детско-родительских отношений.

**Выводы.** Семейные взаимоотношения тесно переплетаются с социально-экономическими характеристиками семьи, и итогом оценки является здоровье ребенка.

**КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:** дети; семья; здоровье; здоровый образ жизни; родительско-детские отношения; оздоровительные мероприятия.

Vinichenko S.N., Perevoshchikova N.K., Drakina S.A., Chernich N.S.

Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia

### THE ROLE OF THE FAMILY IN FORMING HEALTHY LIFESTYLE OF CHILDREN OF PRESCHOOL AGE

Family is an important part of socialization of the child, and the process of formation of health depends not only on the family's financial situation, social status and parental education, but also on their value orientations, the depths of the paternal and maternal feelings, understanding parental duty, desire and the desire to work with children, educate and train them.

**Goal** – evaluation of the influence of family on forming of healthy lifestyle of children of preschool age.

**Materials and methods.** The study involved 116 children who were divided into three groups: one group comprised children attending swimming lessons twice a week ( $n = 54$ ); the second group of children ( $n = 30$ ) engaged in other sports (dancing, wrestling, football, hockey); the third group ( $n = 32$ ) children not attending sports clubs. There was evaluated the state of health of children and psychological characteristics (test anxiety Tamela R., Amen V., Dorcy M. «Select the desired entity»), the quality of life for Tsybul'skaya I.S., analysis of family relationships according to Eidemiller E.G., Justices V.V.

**The results of the study.** Parent's attitude to the sport was different in all groups. The parents were not engaged in physical culture regularly (at least 1 time per week) – 38 % of mothers and 36 % fathers in the first group, 43 % of mothers and 46 % of the fathers of the second group and 90.5 % of mothers ( $p = 0,0086$ ) and 76 % of fathers ( $p = 0,0089$ ) in the group of children not involved in sports. In the evaluation of physical development was noted significantly more excess body weight, children had 3 groups (21,88 % against 7.4 % in the first and 7.67 per cent in the second,  $p = 0,0394$ ). The incidence of statistically significantly more frequently recorded diseases of the nervous system and the respiratory system in the group of children with low physical activity. In the evaluation of mental health revealed that among children not involved in sports more often were diagnosed with low anxiety level, quality of life and pathological style of parent-child relationships.

**Conclusions.** Family relationships are closely intertwined with the socio-economic characteristics of the family, and the result of the assessment is the child's health.

**KEY WORDS:** children; family; health; healthy lifestyle; child-parent relationships; recreational activities.

Основной социальной средой, обеспечивающей духовное и физическое здоровье детей, является семья, и весьма актуальным является изучение характера и направленности влияния её на формирование здоровья детей [1]. На состояние здоровья и уровень развития детей оказывают влияние состав семьи, доход, питание ребенка, образова-

ние родителей, их образ жизни, общение и взаимодействие с детьми. Нестабильная экономическая ситуация становится причиной снижения уровня жизни семей, когда большинство родителей проводят значительную часть времени на работе, и, как следствие, – снижение воспитательных возможностей семьи, жизненного уровня, падение нравственных устоев семейного

воспитания [2]. К негативным воздействиям на семью относят ряд факторов: социально-экономические (низкий материальный уровень жизни семьи, нерегулярные доходы, плохие жилищные условия) [3]; медико-социальные (экологически неблагоприятные условия, инвалидность либо хронические заболевания родителей, других членов семьи, вредные условия работы родителей) [4]; социально-демографические (неполная или многодетная семья, семьи с несовершеннолетними либо с престарелыми родителями, семьи с повторным браком и сводными детьми) [5]; психолого-педагогические (семьи с деструктивными эмоционально-конфликтными отношениями супругов, родителей и детей, педагогической несостоятельностью родителей и их низким общеобразовательным уровнем) [6, 7]; криминальные (алкоголизм, наркомания, аморальный и паразитический образ жизни, семейные дебоши, проявления жестокости и садизма, наличие судимых членов семьи) [8]. Данные воздействия отрицательно сказываются на способности семьи воспитывать здоровых в физическом и психосоциальном плане детей.

Плохое питание детей и связанная с этим недостаточная обеспеченность их микроэлементами и витаминами, по данным ВОЗ, может приводить к снижению иммунитета, нарушению физического и психического развития [9], тогда как сбалансированное питание является залогом нормального физического развития детского организма. Образованные родители более грамотны в вопросах профилактики и лечения заболеваний детей, их воспитания, формирования у них определённых поведенческих и ценностных установок.

Психологический климат, взгляды и убеждения родителей относительно целей и методов семейного воспитания воплощаются в стиль родительско-детских отношений — сложный многофакторный феномен, который оказывает значительное влияние на формирование индивидуальных особенностей, психическое благополучие и социальное здоровье ребенка [1]. Неблагоприятные отношения в семье снижают уровень социально-психологической адаптации, тем самым провоцируя неуверенность ребенка в себе, в своих силах, интересах, способностях, отношении к людям, и, как следствие, — увеличение тревожности, снижение показателей качества жизни [3, 10]. Огромную роль в развитии психически и физически здорового ребенка играют ранние взаимоотношения с матерью, всевозможные нарушения которых приводят к различным отклонениям психосоматического здоровья ребенка.

**Цель исследования** — оценка влияния семьи на формирование здорового образа жизни детей дошкольного возраста.

**Корреспонденцию адресовать:**

ПЕРЕВОЩИКОВА Нина Константиновна,  
650029, г. Кемерово, ул. Ворошилова, 22а,  
ФГБОУ ВО КемГМУ Минздрава России.  
Тел.: +7-906-928-39-26.  
E-mail: nkp42@mail.ru

## МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Под наблюдением находились 116 детей, посещающих подготовительную группу в ДОУ № 240 г. Кемерово. Критерием отбора являлись возраст детей, отсутствие хронических заболеваний, информированное согласие родителей на проведение исследования. В основу деления на группы положено отношение родителей к физической нагрузке детей. Все дети были разделены на 3 группы. Первую группу составляли дети, посещающие занятия плаванием два раза в неделю ( $n = 54$ ); вторая группа — дети ( $n = 30$ ), занимающиеся другими видами спорта (танцы, борьба, футбол, хоккей); третья группа — дети ( $n = 32$ ), не посещающие спортивные секции. Основными причинами отказа от спорта стали отсутствие возможностей отдать ребенка в спортивную секцию (8 чел.), 14 родителей пытались отдать ребенка в спортивные кружки, но ребенок отказался заниматься и 5 родителей считают, что заниматься спортом рано до школы и достаточно занятий физкультуры (5 семей).

Работа проводилась в 3 этапа: сбор информации, ее обработка и анализ результатов. Основными источниками информации были разработанные нами анкеты для родителей, содержащие социально-бытовые, демографические, медицинские характеристики семьи. Анализ состояния здоровья детей изучался на основании данных, полученных при проведении обследования, изучение медицинской карты (форма № 026/у) и истории развития ребенка (форма № 125/у).

Для оценки психологической характеристики детей использовался тест тревожности Р. Тэмпла, В. Амена, М. Дорки «Выбери нужное лицо» [11]. На основании эмоционального выбора в ситуациях вычислялся индекс тревожности ребенка, который равен процентному отношению числа эмоционально негативных выборов (печальное лицо) к общему числу рисунков: выше 50 % — высокий уровень, от 20 до 50 % — средний и от 0 до 20 % — низкий уровень тревожности.

Уровень качества жизни оценивался при помощи опросника для детей возрастной группы 5-7 лет, модифицированный Цыбульской И.С. с соавторами [12]. Он включал четыре блока функционирования: физическое, психоэмоциональное, социальное, умственное. Каждый блок содержал по пять признаков и пять вариаций оценки (не встречался никогда — 0 баллов, почти никогда — 1 балл, иногда — 2 балла, часто — 3 балла, почти всегда — 4 балла). Комплексная оценка качества жизни ребенка складывалась из общей суммы баллов, получаемой за каждый отдельный блок. Чем ниже была суммарная оценка, тем выше качество жизни. По суммарным результатам тестирования дети разделялись на три группы, соответствующих качеству жизни (КЖ) ребёнка. Высокий уровень КЖ составляют дети, имеющие в указанных выше блоках оценки «0» и «1». Допускается наличие не более трёх оценок «2» («иногда»). Суммарный балл при этом не должен превышать 20. Средний уровень КЖ образуют дети, имеющие на-

личие 2-3-балльных оценок в вышеуказанных блоках. Допускается наличие одной-двух 4-балльных оценок. Сумма баллов при этом не должна превышать 45. Низкий уровень КЖ формируют дети, имеющие 4-балльные оценки в блоках, характеризующих качество жизни, или сумму баллов равную 46 и более.

Изучение семейных взаимоотношений проводилось путем тест-опросника Э.Г. Эйдемиллера, В.В. Юстицкого «Анализ семейных взаимоотношений», состоящего из 130 вопросов. В зависимости от нарушения, процесс воспитания делился на 11 шкал: гиперпротекция, гипопротекция, потворствование, игнорирование потребностей ребенка, чрезмерность требований-обязанностей ребенка, недостаточность требований-обязанностей, чрезмерность требований-запретов к ребенку, недостаточность требований-запретов к ребенку, строгость санкций, минимальность санкций, неустойчивость стиля воспитания и одиннадцати шкал нарушений процесса воспитания. Если при ответе опросника число баллов достигало или превышало диагностические значения, то у обследуемого родителя диагностировалась соответствующая особенность стиля воспитания [13].

Статистическая обработка и достоверность различий в выборках проводились при помощи программы обработки данных Statistica (версия 6.1 лицензионное соглашение ВХХR006В092218FAN11). Для проведения анализа различий между несколькими независимыми группами по количественным показателям, распределение которых отличалось от нормального, проводилось попарное сравнение между группами по U-критерию Манна-Уитни. Для количествен-

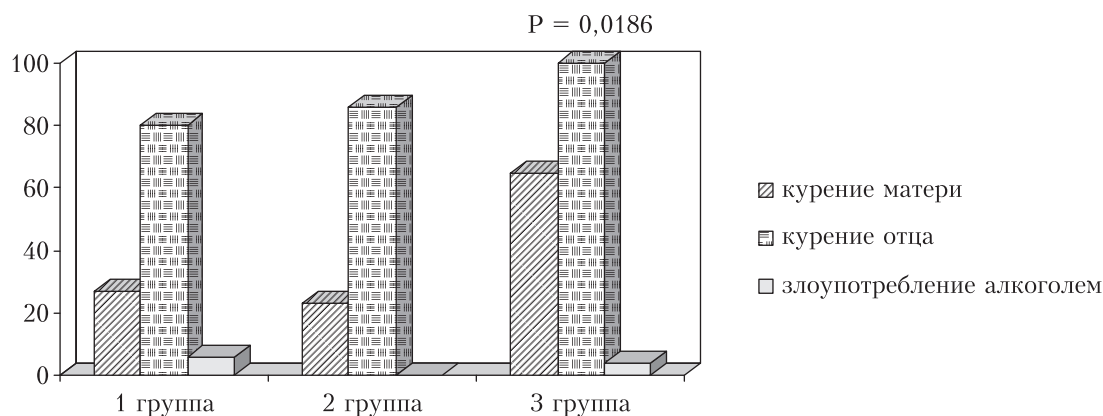
ных показателей определяли среднее арифметическое (M), стандартную ошибку среднего ( $\pm m$ ). Корреляционный анализ проводился с помощью коэффициента корреляции Спирмена. Уровень значимости, при котором данные различия принимались как статистически значимые, был принят на уровне 0,05.

## РЕЗУЛЬТАТЫ

При анализе социально-экономической характеристики семьи было выявлено, что во всех группах каждый третий ребенок воспитывался в неполной семье одной мамой (в 1й – 29,63 %,  $n = 16$ ; во 2й – 26,67 %,  $n = 8$ ; в 3й – 40,63 %,  $n = 13$ ). В первой и второй группах, где дети занимались каким-либо видом спорта, в семье родители воспитывали одного ( $n = 26$ ; 48 % и  $n = 19$ ; 63,33 %) или двух ( $n = 25$ ; 46,3 % и  $n = 11$ ; 36,67 %) детей. Статистически реже один ребенок был в группе, где дети не занимались спортом (6 семей – 18,75 %;  $p = 0,0153$ ) и 8 (25 %) семей были многодетными.

Средний возраст родителей на момент рождения ребенка составил  $27,43 \pm 0,68$  лет у матерей и  $29,37 \pm 0,84$  лет у отцов. В группе плавающих детей значительно чаще родители были до 30 лет (51 мама, 94 %,  $p = 0,0478$  и 48 отцов, 89 %,  $p = 0,0283$ ). Подавляющее большинство родителей детей 1-й и 2-й групп были с высшим образованием. Уровень образования матерей и отцов в третьей группе был статистически значимо ниже: 25 % матерей ( $p = 0,0452$ ) и 18,75 % отцов ( $p = 0,0306$ ). Уровень дохода выше прожиточного минимума отметили 48,15 % родителей I груп-

**Рисунок**  
**Курение в семьях дошкольников**  
**Figure**  
**Smoking in the families of preschool children**



### Сведения об авторах:

ВИНИЧЕНКО Светлана Николаевна, врач-педиатр, аспирант, кафедра поликлинической педиатрии, ФГБОУ ВО КемГМУ Минздрава России, г. Кемерово, Россия. E-mail: sveta\_day@mail.ru

ПЕРЕВОЩИКОВА Нина Константиновна, доктор мед. наук, профессор, зав. кафедрой поликлинической педиатрии, ФГБОУ ВО КемГМУ Минздрава России, г. Кемерово, Россия. E-mail: nkr42@mail.ru

ДРАКИНА Светлана Альбертовна, канд. мед. наук, ассистент, кафедра поликлинической педиатрии, ФГБОУ ВО КемГМУ Минздрава России, г. Кемерово, Россия. E-mail: sdrakina@yandex.ru

ЧЕРНЫХ Наталья Степановна, канд. мед. наук, доцент, кафедра поликлинической педиатрии, ФГБОУ ВО КемГМУ Минздрава России, г. Кемерово, Россия. E-mail: nastep@mail.ru

пы ( $p = 0,0377$ ), а ниже прожиточного – родители в неспортивной группе (22 %,  $p = 0,0245$ ).

В семьях детей всех групп выявлен высокий процент вредных привычек. Наиболее высокая, статистически значимая, частота курения отмечалась у матерей в 3-й группе (65,68 %,  $p = 0,0286$ ). Отцы курили в подавляющем большинстве – в 3-й группе – 100 % (рис.).

Отношение родителей к спорту было во всех группах разным. Сами родители не занимались физической культурой регулярно (реже 1 раза в неделю) – 38 % матерей и 36 % отцов в первой группе, 43 % матерей и 46 % отцов второй группы и 90,5 % матерей ( $p = 0,0086$ ) и 76 % отцов ( $p = 0,0089$ ) в группе детей, не занимающихся спортом.

Характеристика здоровья родителей выявила у каждого третьего, вне зависимости от группы, хронические заболевания: остеохондроз у 16 %, сердечно-сосудистой системы у 8 %, бронхо-легочной у 2 %, дерматиты у 4 %. Значительно больше встречалось хронических заболеваний желудочно-кишечного тракта у матерей, дети которых не занимались спортом (7 чел.; 21,88 %;  $p = 0,0378$ ).

Сравнительный анализ акушерско-гинекологического анамнеза показал: дети в плавающей группе в 46 % случаях были от 1-й беременности, у 17 % матерей предшествовали аборт. В спортивной группе у матерей только в 50 % случаев первая беременность заканчивалась родами, а в группе не занимающихся спортом первая беременность заканчивалась абортами в 2/3 случаев ( $p = 0,0186$ ). Ранние аборты стали причинами развития патологии беременности и перинатальной патологии новорожденных. Сравнительный анализ течения беременности выявил чаще встречаемую патологию в 3-й группе детей: гестоз 2-й половины беременности с фетоплацентарной недостаточностью (87 %,  $p = 0,1462$ ) и, как следствие, в 32 % случаев преждевременные роды ( $p = 0,0163$ ).

Сравнительный анализ периода новорожденности не имел статистически значимых различий. Детей с критически низкой массой тела не было. В каждой группе у детей диагностирована задержка внутриутробного развития (9,26 %, 13,33 % и 18,75 %), на первом году жизни они наблюдались по поводу перинатального поражения ЦНС. Это были дети от 2-3-й беременностей, которым предшествовали аборты, протекавшие на фоне ФПН, гестоза, кольпита.

На первых годах жизни различий между детьми в группах не было. Большинство детей были на грудном вскармливании до 6 месяцев (68,5 %, 60 % и 65,63 % соответственно). До года грудное молоко получали 9,26 %, 13,3 % и 6,25 % детей соответственно. Около 15 % детей перенесли рахит, каждый четвертый ребенок – анемию легкой степени. Значительно чаще болели ОРЗ на первом году жизни дети 3-й группы ( $p = 0,0370$ ).

Более 80 % случаев в каждой группе у детей нарушался режим дня, дети пребывали на свежем воздухе менее 3 часов, летние каникулы проводили в городе более 20 % детей. Среди продуктов питания ежедневно во всех семьях преобладали макаронные изделия, каши, молочные продукты, употребляли ежедневно овощи и фрукты 62 % детей, и только половина детей ели мясо или рыбу 7 раз в неделю.

Сравнительная оценка физического развития детей с разной степенью двигательной активности выявила значимые различия в гармоничном развитии детей – значительно чаще избыток массы тела имели дети 3-й группы (21,88 % против 7,4 % в первой и 7,67 % во второй,  $p = 0,0394$ ).

В структуре заболеваемости статистически значимо чаще регистрировались болезни нервной системы и системы дыхания в группе детей с низкой физической активностью. Значительно реже встречались болезни костно-мышечной системы в группе плавающих детей (табл. 1).

**Таблица 1**  
**Структура заболеваемости дошкольников**  
**Table 1**  
**The structure of sickness rate of preschool children**

Заболеваемость	Класс МКБ	Группы			P парные
		1 (n = 54) абс (отн)	2 (n = 30) абс (отн)	3 (n = 32) абс (отн)	
Нервной системы (ЗРР, СММД, СДВГ)	VI	19 (35,9)	16 (53,3)	25 (78,13)	P1-3 = 0,0359
Костно-мышечной системы (нарушение осанки, сколиоз, плоскостопие)	XIII	8 (14,82)	10 (40)	12 (37,5)	P1-2 = 0,0398
Дыхательной системы (риносинуситы, гипертрофия аденоидов, частые ОРЗ)	X	14 (25,92)	12 (40)	20 (62,5)	P1-3 = 0,0152 P2-3 = 0,0483

#### Information about authors:

VINICHENKO Svetlana Nikolaevna, a pediatrician, postgraduate student, department of polyclinic pediatrics, Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia. E-mail: sveta\_day@mail.ru

PEREVOSHCHIKOVA Nina Konstantinovna, doctor of medical sciences, professor, head of department of polyclinic pediatrics, Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia. E-mail: nkp89@mail.ru

DRAKINA Svetlana Albertovna, candidate of med. sciences, assistant of department of polyclinic pediatrics, Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia. E-mail: sdrakina@yandex.ru

CHERNICH Natalia Stepanovna, candidate of medical sciences, docent, department of polyclinic pediatrics, Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia. E-mail: nastep@mail.ru

Психологическая оценка статуса ребенка оценивается по уровню тревожности, как одной из важнейших характеристик эмоционального реагирования (табл. 2). Исследование уровня общей тревожности показало статистически значимые различия в группе не занимающихся спортом, среди которых значительно чаще встречался низкий уровень тревожности (25 % против 9,26 % в 1-й группе и 13,33 % во 2-й;  $p = 0,0315$  и  $p = 0,0186$ ), что говорит о недостаточной эмоциональной приспособляемости к различным социальным ситуациям. Высокий уровень тревожности диагностировался у каждого четвертого ребенка, свидетельствуя о высоком эмоциональном реагировании.

**Таблица 2**  
**Общий уровень тревожности детей дошкольного возраста**  
**Table 2**  
**General anxiety level of preschool age children**

Уровень тревожности (в баллах)	Группы детей			Р парные
	1 (n = 54) абс (отн)	2 (n = 30) абс (отн)	3 (n = 32) абс (отн)	
> 50 Высокий	14 (25,92)	11 (36,67)	9 (28,13)	p1-2 = 0,6474 p1-3 = 0,1588 p2-3 = 0,1491
50-20 Средний	35 (64,82)	15 (50)	15 (46,88)	p1-2 = 0,5128 p1-3 = 0,2147 p2-3 = 0,7086
< 20 Низкий	5 (9,26)	4 (13,33)	8 (25)	p1-2 = 0,2286 p1-3 = 0,0315 p2-3 = 0,0186

Качество жизни дошкольников характеризовалось соответствующим уровнем физического, психоэмоционального, социального и интеллектуального функционирования (табл. 3).

При суммарной балльной оценке выявлялся более низкий показатель качества жизни у детей, не занимавшихся спортом, в основном за счет интеллектуального функционирования ( $p = 0,0051$ ). Это дети из семей с неблагоприятной социально-экономической характеристикой. Наиболее высокое качество жизни зарегистрировано у дошкольников, занимающихся плаванием.

Критерием оценки нервно-психического развития дошкольников являлись родительско-детские отно-

**Таблица 3**  
**Качество жизни дошкольников**  
**Table 3**  
**The quality of life of preschool children**

Качество жизни (в баллах)	Группы детей			Р парные
	1 (n = 54) абс (отн)	2 (n = 30) абс (отн)	3 (n = 32) абс (отн)	
Высокое (до 20)	25 (46,3)	11 (36,67)	10 (31,25)	p1-2 = 0,0442 p1-3 = 0,0158 p2-3 = 0,0791
Среднее (21-45)	29 (53,75)	18 (60)	14 (43,75)	p1-2 = 0,2523 p1-3 = 0,1347 p2-3 = 0,2267
Низкое (46 и более)	1 (1,85)	1 (3,33)	8 (25)	p1-2 = 0,9586 p1-3 = 0,0051 p2-3 = 0,0186

**Таблица 4**  
**Корреляционные связи родительско-детских отношений**  
**Table 4**  
**Correlation of the parent-child relationship**

Корреляционные связи (r)	Гиперпротекция	Гипопротекция	Игнорирование потребностей	Недостаточность обязанностей	Черезмерность обязанностей	Недостаточность запретов	Черезмерность запретов	Минимальность санкций	Неустойчивость стиля воспитания
Возраст					0,72		0,56	0,64	
Образование		0,70	0,75				0,80		
Тип семьи (полная/неполная)		0,78			0,63				
Присутствие бабушки в семье	0,75			0,86		0,64			
Количество детей в семье	0,44						0,56		
Хронические заболевания матери				0,84				0,88	
Курение матери				0,66					0,48
Без занятий спортом			0,86						0,57
ЗРР		0,72	0,50						0,62
СДВГ						0,88		0,64	
Частые ОРЗ	0,68						0,78		0,52
Анемия	0,46						0,72		
Дерматиты	0,78						0,64		
Уровень тревожности	0,72		0,88		0,75		0,82		0,64
Качество жизни:									
- функционирование физическое	0,44		0,60						
- функционирование психоэмоциональное		0,46					0,78		0,75
- функционирование социальное	0,60								0,78

нения, в совокупности обеспечивающие психо-эмоциональное и социальное развитие ребенка.

Воспитание без отклонений встречалось только в каждой шестой семье в первых двух группах и исключительно редко в группе детей, не занимающихся спортом ( $p = 0,0089$ ). В группах, где дети не занимались спортом, значительное количество родителей (25 %) уделяли недостаточно внимания своим детям ( $p = 0,0067$ ). Игнорирование потребностей также продемонстрировали родители в третьей группе ( $p = 0,0157$ ). Недостаточность требований к обязанностям ребенка отмечал каждый десятый родитель и столько же, наоборот, проявляли чрезмерность обязанностей в каждой группе. Одинаковое количество родителей демонстрировали в воспитании игнорирование запретов (вседозволенность). В четыре раза чаще родители детей, занимающихся плаванием, предъявляли огромное количество требований, ограничивающих свободу и самостоятельность ребенка ( $p = 0,0452$ ).

Существует множество комбинаций нарушений типов воспитания, но наиболее значимые встречались в семьях, где дети не занимались спортом: потворствующая гиперпротекция (сочетание гиперпротекции,

потворствование, недостаточность обязанностей, недостаточность запретов, минимальность санкций) — 6,25 % ( $p = 0,0468$ ), доминирующая гиперпротекция (гиперпротекция, отклонения в удовлетворении потребностей, требовательности, жесткость санкций, чрезмерность запретов) — 6,25 % ( $p = 0,0468$ ).

Проведен анализ корреляционных связей социально-медицинских сфер и психофизиологических особенностей родительско-детских отношений (табл. 4).

Множество корреляционных зависимостей между отклонениями родительско-детских отношений и другими характеристиками семьи говорит о тесном сплетении всех составляющих.

Таким образом, семейные отношения тесно переплетаются с социально-экономическими характеристиками семьи и итогом оценки является здоровье ребенка. В наблюдаемой нами группе детей абсолютно здоровых, относящихся к 1 группе здоровья, не было. Отклонения в воспитании мешают родителям увидеть на ранних стадиях нарушения в здоровье детей и формировать для них здоровый образ жизни. Исключительно важное значение имеют образовательные программы для родителей.

## ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES:

1. Tyumaseva ZI, Orekhova IL, Sosnina EG. Improvement of children of Russia as innovative teaching (early childhood education). Chelyabinsk, 2012. 299 p. Russian (Тюмасева З.И., Орехова И.Л., Кушнина Е.Г. Оздоровление детей России как инновационная педагогическая деятельность (в сфере дошкольного образования). Челябинск, 2012. 299 с.)
2. Anisimova AV, Perevoshchikova NK. Modern problems of formation of health of children and adolescents. *Mother and Child in Kuzbass*. 2013; 2: 8-14. Russian (Анисимова А.В., Перевощикова Н.К. Современные проблемы формирования здоровья детей и подростков // Мать и Дитя в Кузбассе. 2013. № 2. С. 8-14.)
3. Shvedovskaya AA, ZagvozdkiinaTYu. The concept «socio-economic status of a family» (SES): A review of international research. *Psychological Science and Education*. 2013; 1: 65-76. Russian (Шведовская А.А., Загвоздкина Т.Ю. Социально-экономический статус семьи и психическое развитие ребенка: зарубежный опыт исследования // Психологическая наука и образование. 2013. № 1. С. 65-76.)
4. Romankova YN, Adzhigerimova GS, Yaroslavtsev AS. Characteristics of medical social factors, conditions and lifestyle as a risk factor for children's health. *Fundamental research*. 2013; 12-2: 314-318. Russian (Романкова Ю.Н., Аджигеримова Г.С., Ярославцев А.С. Характеристика медико-социальных факторов, условий и образа жизни как факторов риска для здоровья детей // Фундаментальные исследования. 2013. № 12-2. С. 314-318.)
5. Viatkina LB. Differences in psychological development of pre-school children depending on the one-parent and full family. *Fundamental research*. 2013; 10-2: 442-445. Russian (Вяткина Л.Б. Особенности психического развития детей старшего дошкольного возраста, воспитывающихся в неполной/полной семье // Фундаментальные исследования. 2013. № 10-2. С. 442-445.)
6. Solntseva AV. Importance of family education for child overweight development. *Healthcare (Minsk)*. 2015; 2: 56-61. Russian (Солнцева А.В. Значение факторов семейного воспитания в формировании избыточной массы тела у детей // Здоровоохранение (Минск). 2015. № 2. С. 56-61.)
7. Kuragina TV. Fundamentals of family education. Models of relations in the family. Components of the content of family education. Fundamental and applied researches: challenges and results. *Fundamental'nye i prikladnye issledovaniya: problemy i rezul'taty*. 2012; 1: 75-79. Russian (Курагина Т.В. Основы семейного воспитания. Модели отношений в семье. Составные компоненты содержания семейного воспитания // Фундаментальные и прикладные исследования: проблемы и результаты. 2012. № 1. С. 75-79.)
8. Veyts AE. The influence of family surroundings on the peculiarities of emotional disorders in children with neurosis-like disorders and neuroses. *Bulletin of the South Ural State University. Series: Psychology*. 2012; 31: 72-78. Russian (Вейц А.Е. Влияние семейного окружения на особенности эмоциональных нарушений у детей с неврозами и неврозоподобными расстройствами // Вестник Южно-Уральского государственного университета. Серия: Психология. 2012. № 31. С. 72-78.)
9. Byun W, Dowda M, Pate RR. Correlates of objectively measured sedentary behavior in US preschool children. *Pediatrics*. 2011; 128(5): 937-945.
10. Evgrafova N. [Influence of family on psychological health of the child. Pedagogical skills: the materials of VI intern. scient. conf. (Moscow, June 2015). М.: Буки-Веди, 2015. P. 51-52. Russian (Евграфова Н.Ю. Влияние семьи на психологическое здоровье ребенка // Педагогическое мастерство: матер. VI междунар. науч. конф. (г. Москва, июнь 2015 г.). М.: Буки-Веди, 2015. С. 51-52.)
11. Test anxiety R. Temml, M. Dorcas, V. Amen. The method of «Select face». Projective diagnostics of children. Source: <http://psycabi.net/testy/645-test-trevozhnosti-r-temml-m-dorki-v-amen-metodika-vyber-i-nuzhnoe-litso-proektivnaya-diagnostika-detej>. Russian (Тест тревожности Р. Тэммл, М. Дорки, В. Амен. Методика «Выбери нужное лицо». Проективная диагностика детей. Источник: <http://psycabi.net/testy/645-test-trevozhnosti-r-temml-m-dorki-v-amen-metodika-vyber-i-nuzhnoe-litso-proektivnaya-diagnostika-detej>)
12. Son IM, Tsybul'skaya IS, Baybarina EN et al. The methodology of evaluation of the health status of children of different age periods according to the criteria of their lives: method. Manual. М., 2005. 28 p. Russian (Сон И.М., Цыбульская И.С., Байбарина Е.Н. и др. Методология оценки состояния здоровья детей различных возрастных периодов по критериям их жизни: метод. пособие. М.: РИО ЦНИИОИЗ, 2005. 28 с.)
13. Eidemiller YuG, Dobrakov VI, Nikolskaya IM. Family diagnosis and family psychotherapy: a training manual for physicians and psychologists: A manual for physicians and psychologists. Spb: Rech', 2006. 352 p. Russian (Эйдемиллер Ю.Г., Добряков И.В., Никольская И.М. Семейный диагноз и семейная психотерапия: Учебное пособие для врачей и психологов. СПб.: Речь, 2006. 352 с.)

УУУ