

УДК 616-006-055.2

<https://doi.org/10.34710/Chel.2019.19.33.004>

АНАЛИЗ МЕХАНИЗМОВ СЕМЕЙНОГО ПОВЕДЕНИЯ В СИТУАЦИИ СТРЕССА, СВЯЗАННОГО С ОНКОЛОГИЧЕСКИМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ У РЕБЕНКА

Гусева М. А. ¹, Цейтлин Г. Я. ¹, Коптева Е. С. ¹, Антонов А. И. ², Румянцев А. Г. ¹

¹ ФГБУ «НМИЦ ДГОИ им. Дмитрия Рогачева» Минздрава России, г. Москва, Россия

² ФГБОУ ВО «МГУ имени М. В. Ломоносова», г. Москва, Россия

Аннотация. По данным отечественных и зарубежных исследований, члены семьи в период противоопухолевого лечения ребенка переживают хронический эмоциональный стресс, последствиями которого могут быть существенные трансформации семейного поведения.

Цель исследования — изучение специфики семейного поведения родителей в стрессогенной ситуации лечения онкологического заболевания у ребенка и анализ факторов, изменяющих структуру диспозиционной регуляции жизнедеятельности семьи.

Методом анкетного опроса обследованы 1298 родителей с ребенком, страдающим онкологическим заболеванием в состоянии ремиссии, из 78 регионов РФ. Группа сравнения — из исследования Росстата «Семья и рождаемость» 2009 г.

В исследуемой генеральной совокупности отмечены существенные отличия: повышение доли неработающих матерей и доли семей с низким доходом, снижение доли семей, состоящих в незарегистрированном браке. Выявлены особенности репродуктивного поведения: повышенные репродуктивные установки, более высокая детность, трансформация системы ценностей с доминированием ценностей семьи и брака. В статье представлено социолого-демографическое объяснение полученным данным, раскрыт поведенческий механизм, повышающий репродуктивные установки и тем самым увеличивающий число рождений в семье.

Ключевые слова: дети, онкология, семейное поведение, самосохранительное поведение, родительское поведение, репродуктивное поведение, система потребностей, семейный стресс, диспозиционная регуляция

THE ANALYSIS OF THE MECHANISMS OF FAMILY BEHAVIOR UNDER FAMILY STRESS CONNECTED WITH A CANCER IN A CHILD

Guseva M. A. ¹, Zeitlin G. Ya. ¹, Kopteva E. S. ¹, Antonov A. I. ², Rumyantsev A. G. ¹

¹ FSBI «National Medical Research Center of Pediatric Hematology, Oncology and Immunology named after Dmitry Rogachev» of the Ministry of Health of the Russian Federation, Moscow, Russia

² FSBEI HE «Lomonosov MSU», Moscow, Russia

Abstract. According to domestic and foreign studies, family members during the period of antitumor treatment of a child experience chronic emotional stress, the consequences of which can be significant transformations of family behavior.

The purpose of the study is to study the specifics of the family behavior of parents in a stressful situation of cancer treatment in a child and to analyze factors that change the structure of dispositional regulation of family activity.

The method of the questionnaire survey examined 1298 parents with a child suffering from an oncological disease in remission from 78 regions of the Russian Federation. The comparison group is from the Rosstat «Family and Fertility» study in 2009.

In the studied population, there were significant differences: an increase in the proportion of non-working mothers and the proportion of low-income families, a decrease in the proportion of families in an unregistered marriage. The features of reproductive behavior are revealed: increased reproductive attitudes, higher level of detail, transformation of the value system with the dominance

of family and marriage values. The article presents a sociological and demographic explanation of the data obtained, discloses a behavioral mechanism that enhances reproductive attitudes, and thus increases the number of births in a family.

Keywords: *children, oncology, family behavior, self-preservation behavior, parental behavior, reproductive behavior, the system of the needs, family stress, dispositional regulation*

Актуальность исследования определяется большой когортой семей с детьми, имеющими тяжелые инвалидизирующие заболевания, а также недостаточностью исследований семейного поведения этой когорты. Ни в России, ни за рубежом нет ни одного крупного когортного социолого-демографического исследования в области детской онкологии.

Злокачественными новообразованиями в России ежегодно первично болеет около 5 тысяч детей, стандартизированный показатель заболеваемости злокачественными опухолями в 2016 г. на 100 тыс. населения в возрасте 0–14 лет составил 13,8 (мальчики) и 12,2 (девочки); 15–19 лет — 16,5 (юноши), 16,1 (девушки) [1, с. 38]. Использование современных стандартов лечения привело к 75–90% выживаемости детей [11]. В результате в нашей стране уже сейчас живут десятки тысяч лиц, в детстве излеченных от онкологических заболеваний, и вместе с членами их семей и социальным окружением образуют большую группу населения, вовлеченную в сферу детской онкологии, что делает чрезвычайно актуальными исследования этой когорты населения.

По данным отечественных и зарубежных исследований, члены семьи в период противоопухолевого лечения ребенка переживают сильный хронический эмоциональный стресс, последствием которого при сниженных адаптационных возможностях может быть существенное ухудшение отношений в семье или даже ее распад, а также отказ от рождения других детей [2, 7, 13, 15]. Эти исследования малочисленны, проведены на малых группах (не более 100 семей) и в строгом смысле не являются социологическими.

Необходим эмпирический и теоретический анализ семейного (репродуктивного, самосохранительного и родительского) поведения, его смысломотивационных процессов и регуляции в ситуации хронического стресса.

Цель исследования: изучить специфику семейного поведения родителей в стрессогенной ситуации лечения онкологического заболевания у ребенка в контексте факторов, изменяющих структуру диспозиционной регуляции жизнедеятельности семьи.

Материалы и методы. Применен метод анкетного опроса 1298 родителей, имеющих ребенка с онкологическим заболеванием, закончившего противоопухолевое лечение в 2008–2013 гг. В качестве группы сравнения использованы данные всероссийского исследования «Семья и рождаемость» 2009 г. [9]. Для статистической обработки применялись непараметрические методы.

Результаты исследования и обсуждение. Исследуемая генеральная совокупность в целом сопоставима с группой сравнения по ряду социо-демографических характеристик: возрастному составу, семейному положению, уровню образования, трудовой деятельности, сфере занятости, жилищным условиям. При этом выявлены особенности исследуемой когорты, характеризующейся существенно меньшим удельным весом сельских жителей по сравнению с общероссийской выборкой — 15,1 и 27,8%, $p < 0,01$; существенным повышением в структуре занятости доли неработающих матерей (34,6 и 16,5%, $p < 0,01$) и доли семей с низким доходом (41,8 и 31,4%, $p < 0,01$); существенным снижением доли семей, состоящих в незарегистрированном браке (10,4 и 14,4%, $p < 0,01$).

Сравнительный анализ репродуктивных установок в обеих когортах выявил сдвиг в нашей когорте в сторону среднететности. Существенно более высокими в обследованных семьях оказались средние значения желаемого — 2,58 и 2,29 и ожидаемого числа детей — 2,05 и 1,72, $p < 0,01$.

Для корректного сравнения анализ репродуктивных установок проведен в разных возрастных группах. В исследуемой когорте (исследование в детской онкологии — ИДО)

среднее желаемое число детей было больше во всех возрастных группах (рис. 1).

Аналогичная картина отмечена и для среднего ожидаемого числа детей (рис. 2).

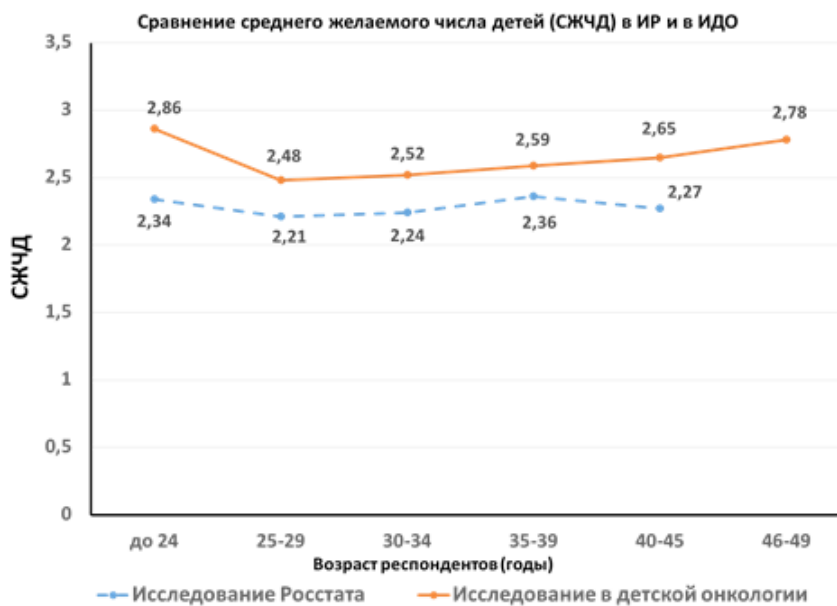


Рис. 1. Сравнительная оценка среднего желаемого числа детей в когортах семей из исследования Росстата (ИР) и из исследования в детской онкологии (ИДО)

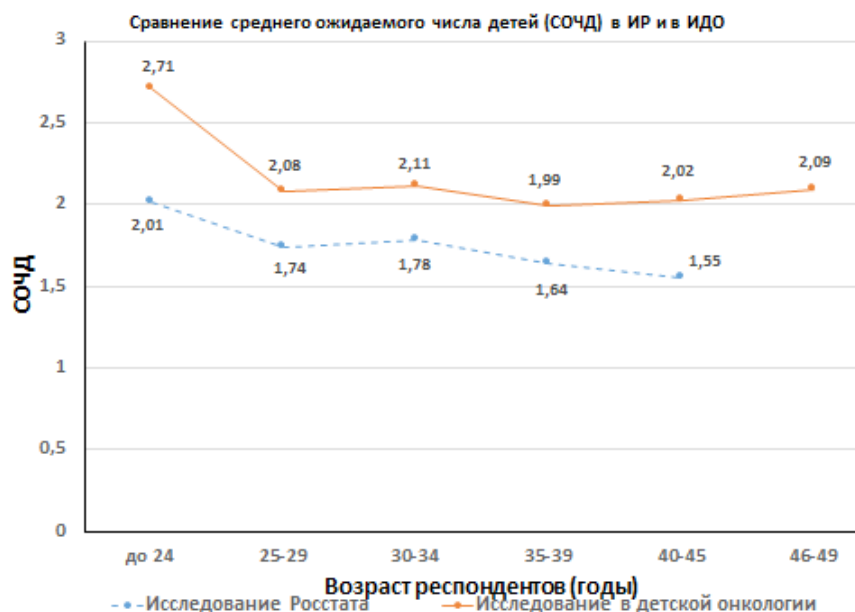


Рис. 2. Сравнительная оценка среднего ожидаемого числа детей в когортах семей из исследования Росстата и из исследования в детской онкологии

Число рожденных детей в обследованных семьях существенно выше, чем в семьях из исследования Росстата, что определяется, по нашему мнению, повышенными установками на деторождение. Двухдетных семей было в полтора раза больше — 48,7 и 30,7%; а среднететных — в 2,5 раза больше, чем в группе сравнения: 11,2 и 4,8%, $p < 0,01$.

Важно, что в среднем количество рожден-

ных детей на одну семью в ИДО было значительно выше именно в старших возрастных группах — 30–34, 35–39 и 40–45 лет и к концу репродуктивного периода (49 лет) достигло уровня простого воспроизводства — 2,1 (рис. 3). В исследовании Росстата участвовали женщины в возрасте до 45 лет, поэтому данные по группе 46–49 лет приведены только для нашей когорты.

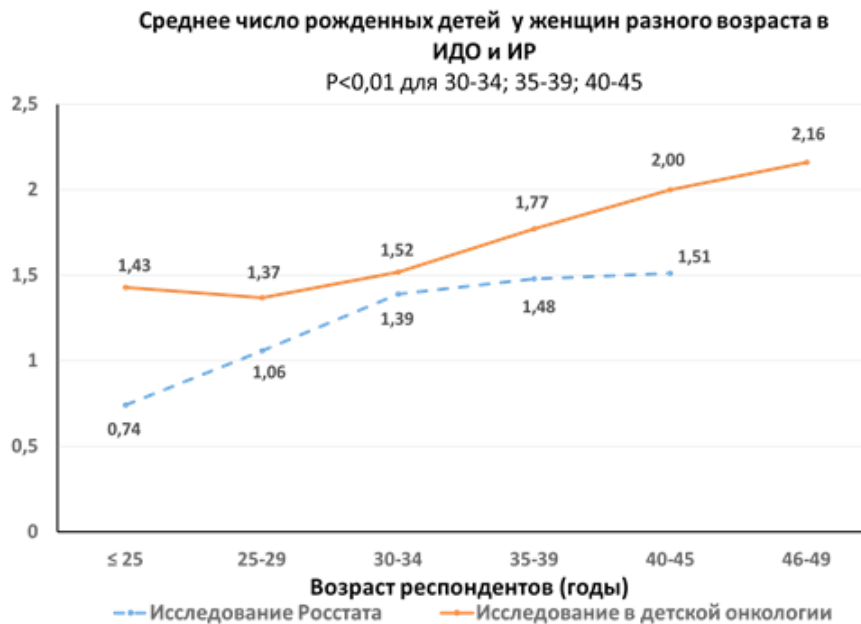


Рис. 3. Сравнительная оценка среднего числа рожденных детей в когортах семей из исследования Росстата и из исследования в детской онкологии

Анализ показал, что ценностно-смысловая система у наших респондентов претерпела трансформацию с перемещением на первые места семейных жизненных ценностей: материнства, воспитания детей, заботы о близких и т. д. В то же время «Материальное благосостояние» и «Карьера, социальный статус» заняли в ответах наших респондентов 8-е и 19-е места, а в исследовании Росстата — 2-е и 6-е соответственно [6].

Таким образом, в когорте семей с ребенком, перенесшим онкологическое заболевание, существенно повысились репродуктивные установки и детность, изменилась система жизненных ценностей. В то же время в качестве факторов, негативно влияющих на осуществление репродуктивных планов семьи, родители отметили следующие риски: «рецидива у больного ребенка» — 18,2% и «развития опухоли у новорожденного» — 27,2%.

Опираясь на данные исследования, мы предприняли социолого-демографический анализ диспозиций семейного (репродуктивного, самосохранительного и родительского) поведения, регуляция которых в ситуации семейного стресса, связанного с высокой витальной угрозой ребенку, влияет на увеличенную потребность в детях.

Рассмотрим последовательно, как взаимодействуют диспозиции семейного поведения в ситуации, когда у ребенка диагности-

руется онкологическое заболевание (рис. 4). Семейный стресс, возникший в связи с развитием у ребенка тяжелого заболевания с высокой витальной угрозой, «расшатывает» диспозиционную систему таким образом, при котором меняется соотношение ее эмоциональных, когнитивных и поведенческих составляющих. Больной ребенок с его проблемами и потребностями становится сосредоточением жизни семьи, определяющим жизненные смыслы, цели, семейные интересы, ценности; мобилизуются все ресурсы семьи для решения главной задачи — вылечить ребенка. В этой ситуации актуализируется родительское (заботливое) поведение, связанное с настоятельной потребностью в уходе за ребенком, его защите, лечении, сохранении его здоровья, при этом осознаются новые смысло-жизненные цели: здоровье и счастье детей и всех близких, благополучие семьи; другие, ранее значимые, цели и ценности (материальное благосостояние, карьера и пр.) обесмысливаются и девальвируются.

На рисунке 4 представлена схема родительского поведения в ситуации стресса. Ожидаемым позитивным результатом и доминирующим мотивом родительского поведения становится выздоровление ребенка, что еще более укрепляет потребность родителей в дальнейшей заботе о нем, о других членах семьи и друг о друге.

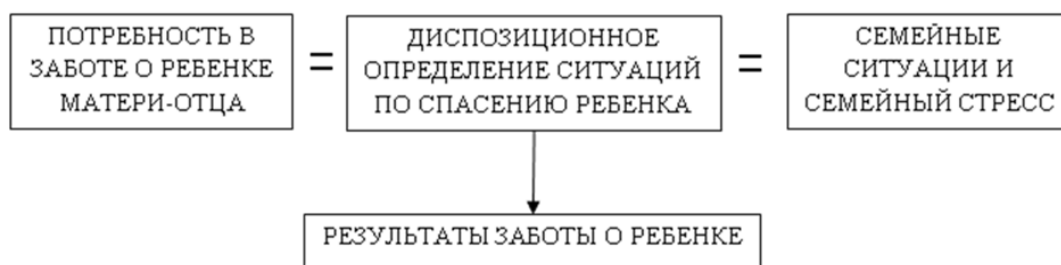


Рис. 4. Родительское поведение в стрессогенной ситуации

Стоит отметить, что понятие заботы, изначально связанное с базовой потребностью индивида в эмоционально значимых отношениях с Другими, кардинально девальвировано в современном мире прагматических ценностей и связано в сознании с тяжелым бременем, лишаящим индивида стремления к личной свободе, порожденного крайним индивидуализмом эгоистически ориентированного современного человека [8].

Именно опыт внутренне обязующей, истинной заботы, порожденный экзистенциальной ситуацией, возникающей на грани «жизнь-смерть» в этих семьях, обеспечивает восприятие ими обыденных житейских ситуаций, таких как семейный отдых, совместные игры с ребенком и пр., как смыслозначимых, формируя новые смысложизненные фамилистические ценности и положительную мотивацию к деторождению.

В этот период семья сталкивается с противоречием между новыми смыслами и сложившимися привычными ценностями современного общества. Способность к рациональной переработке возникшего в ситуации высокой тревоги диссонанса через трансформацию ценностно-смысловой системы и является настоящим «двигателем», обеспечивающим преодоление семьей кризиса.

В функциональной адаптивной семье (сплоченной, гибкой, с высоким уровнем дифференциации Я у родителей) начинается активизация внутренних ресурсов на основе эмоциональной сопричастности с ребенком и эмоционального единения супругов в общесемейное «МЫ». Одна респондентка употребила абсолютно точную метафору: «капельница была словно пуповина, вновь соединившая нас». В этом высказывании явно выражена актуальная для родителей смертельно больного ребенка тема важности тесной связи с ним для его защиты

и дальнейшей жизни. В этой фразе не в таком явном виде присутствует и другая важная тема — тема репродуктивного процесса, ведь пуповина — это то, что связывает мать и ребенка именно во время внутриутробного развития.

Таким образом, система потребностей и ценностей родительского поведения требует переосмысления и трансформации. Ценности заботы о ребенке, общения с ним, сплочение супругов в их общей цели вытеснить ребенка постепенно начинают «вытеснять» индивидуалистические потребности Я, укрепляя эмоциональные связи между всеми членами семьи, увеличивая ценностно-ориентационное единство супругов. Происходит такая эволюция диспозиций репродуктивного поведения, когда любые жизненные условия рассматриваются как способствующие рождению детей, а моральные и материальные ресурсы семьи направляются на осуществление увеличившихся репродуктивных потребностей (рис. 5).

Напротив, в дисфункциональной малоадаптивной семье, образовавшейся в результате разрушения старых ценностей, вакуум ничем конструктивным не заполняется, что приводит к углублению кризиса с высоким риском развития защитных форм поведения супругов (агрессивного, избегающего, проецирующего собственные негативные аффекты на членов семьи, депрессивного, отрицающего, зависимого и пр.) и деструкции семейной системы. Это подтверждается приведенными выше данными: более четверти семей (25,7%) консолидировались, в то же время примерно такое же количество семей (24,2%) распалось в трехлетний период установления диагноза и специального лечения [5].

Схема регуляции репродуктивного поведения семьи представлена на рисунке 5.

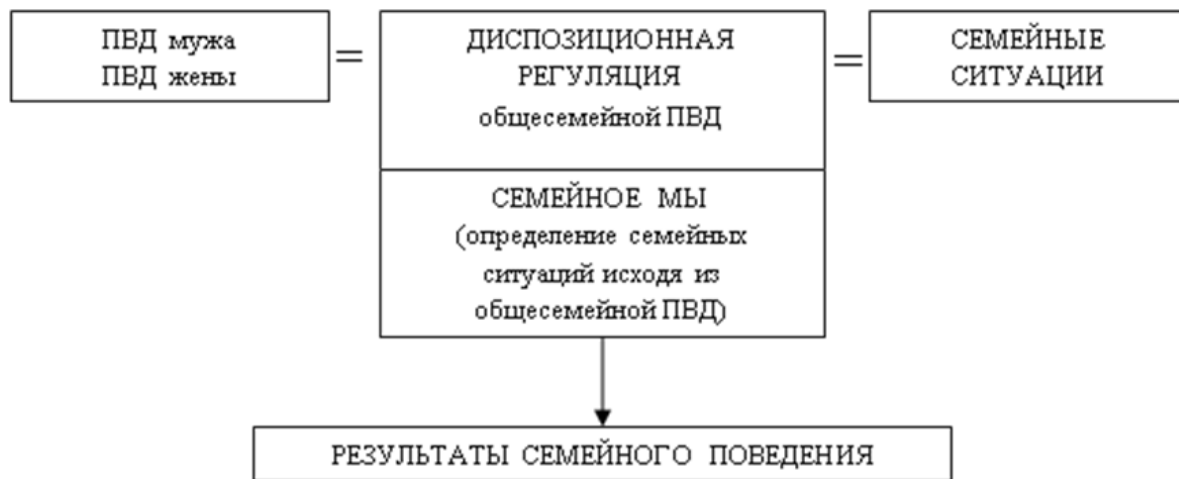


Рис. 5. Регуляция репродуктивного поведения семьи

Важно, что формирование семейного «МЫ» не аннигилирует «Я» каждого из супругов, а, наоборот, содействует повышению суверенности и индивидуальности родителей при высокой дифференциации Я, способствуя дальнейшей консолидации семьи [3, с. 87–89]. Как показывает наше исследование, семья, нашедшая выход из глубокого кризиса по описанному механизму, не останавливается в своем движении после выздоровления ребенка, а развивается в со-

ответствии с новыми целями и задачами; индикатором этой обновленной жизни семьи являются повышенные и реализованные репродуктивные потребности.

В условиях стресса происходит трансформация диспозиций самосохранительного поведения (рис. 6) супругов с повышением потребности в личном самосохранении своей Я-концепции как ответственного отца или матери или как части общесемейного «МЫ».

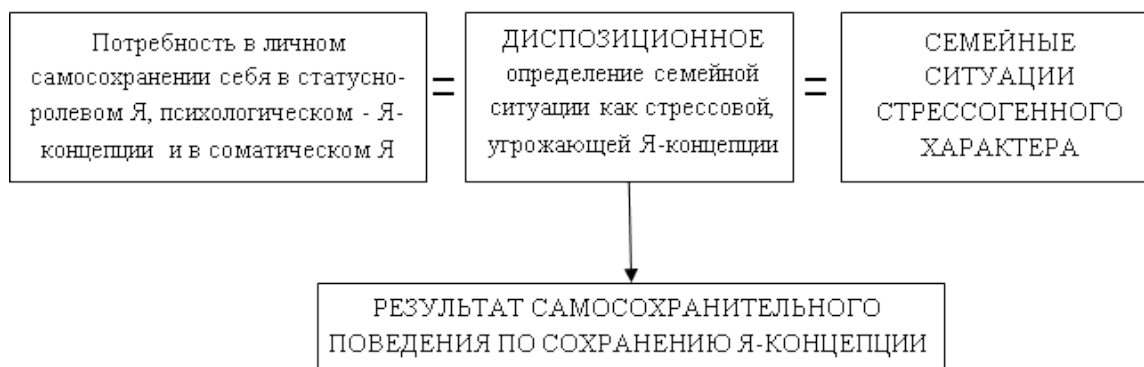


Рис. 6. Самосохранительное поведение супругов

Таким образом, семейный стресс под влиянием жизнеугрожающей ситуации может развиваться по двум линиям: активной, способствующей адаптации — активизации внешних и внутренних ресурсов семьи в условиях истинной заботы о значимом Другом, трансценденции за пределы эгоистического «Я» и консолидации семейного «МЫ», что ведет к повышению семейных ценностей, репродуктивных потребностей и социально-репродуктивного потенциала семьи [4]; и пассивной, при-

водящей к дезадаптации — несовпадению потребностей у супругов, ухудшению отношений и разводу (рис. 7). Ключевую роль при адаптации к стрессу играет социальная поддержка, которая является важным внешним ресурсом семьи и препятствует перерастанию семейного стресса в кризис [12, 14].

На рисунке 7 представлена общая схема, отражающая механизмы семейного поведения в условиях работы семьи по преодолению стресса.



Рис. 7. Механизм семейного поведения по преодолению стресса

Заключение. Дана социолого-демографическая интерпретация полученных данных, описан механизм повышения репродуктивных установок и мотивации к деторождению в семьях с ребенком, страдающим онкологическим заболеванием. В условиях глобального кризиса института семьи из поколения в поколение происходит неуклонное ослабление потребности в детях. [10] При этом экономическое стимулирование рождаемости, являющееся до сих пор основной мерой демографической политики, «работает» только в пределах имеющейся у семьи потребности в детях, но не может повлиять на саму потребность [1, с. 160–170]. Установленная в данном исследовании возможность увеличения потребности в детях в условиях тяжелого заболевания у ребенка и обсуждение механизмов этого феномена имеют не только теоретическое, но и безусловное практическое значение. Мы показали, что совместная эмоционально насыщенная деятельность родителей и детей может детерминировать изменение соотношения эмоционального и рационального в структуре диспозиций семейного поведения в сторону рационального и такую трансформацию их ценностно-смысловой системы, при которой семья и дети занимают приоритетные пози-

ции, формируется положительная мотивация к рождению детей, определяющая повышенные потребности в детях, а все условия жизни оцениваются как приемлемые для рождения еще одного ребенка.

Учитывая вышеизложенное, основой демографической политики должно быть создание всех условий, в том числе формирование общественного мнения, для поддержания гармоничного семейного стиля жизни и повышения потребности в детях.

Литература

1. Антонов А. И. *Социология рождаемости*. – М.: Статистика, 1980. – 271 с.
2. Бородина И. Д. *Принципы реабилитации детей в ремиссии острого лимфобластного лейкоза: автореф. дис. ... канд. мед. наук*. – М., 2002. – 30 с.
3. Боуэн М. *Теория семейных систем Мюррея Боуэна: основные понятия, методы и клиническая практика / пер. с англ.; под ред. К. Бейкер, А. Я. Варги*. – М.: Когито-Центр, 2012. – 496 с.
4. Гусева М. А. *Особенности репродуктивного поведения семей, воспитывающих ребенка с онкологическим заболеванием: автореф. дис. ... канд. социол. наук*. – М., 2018. – 27 с.
5. Гусева М. А. *Семейный стресс и возможности психолого-социальной адапта-*

ции семьи в детской онкологии // Социология медицины. – 2017. – Т. 16, № 1. – С. 18–22.

6. *Здравоохранение в России. 2017: стат. сб. / Росстат.* – М., 2017. – 38 с.

7. Моисеенко Е. И. *Медико-социальные аспекты помощи детям с онкологическими заболеваниями: автореф. дис. ... д-ра мед. наук.* – М., 1997. – 46 с.

8. Мортари Л. *Практика заботы / пер. с итал. Ю. С. Ошемкова.* – СПб.: Алетейя, 2016. – 250 с.

9. *Семья и рождаемость: основные результаты выборочного обследования. 2009 год: стат. сб. / Росстат.* – М.: ИИЦ «Статистика России», 2010. – 112 с.

10. Синельников А. Б. *Историческая трансформация типа семьи // Семья в России.* – 2003. – № 1. – С. 100–110.

11. Цейтлин Г. Я., Сидоренко Л. В., Володин Н. Н. и др. *Организация медицинской и психолого-социальной реабилитации де-*

тей и подростков с онкологическими и гематологическими заболеваниями // Рос. журн. детской гематологии и онкологии. – 2014. – № 3. – С. 59–65.

12. Boss P. *Family Stress Management: A Contextual Approach.* – 2nd ed. – USA: SAGE Publications, Inc, 2002. – 217 p.

13. Dommering C. J., Garvelink M. M., Moll A. C. et al. *Reproductive behavior of individuals with increased risk of having a child with retinoblastoma // Clinical Genetics.* – 2012. – № 8. – P. 216–223.

14. Hill R. *Families under Stress: Adjustment to the Crises of War Separation and Reunion.* – 2nd ed. – USA: Westport United States, Greenwood Press; ABC-CLIO, 1971. – 443 p.

15. Pai Ahna L. H., Greenley R. N., Lewandowski A. et al. *A meta-analytic review of the influence of pediatric cancer on parent and family functioning // J. of Family Psychology.* – 2007. – Vol. 21, № 3. – P. 407–415.

Контакты: мл. науч. сотр., канд. социол. наук Гусева Марина Александровна, e-mail: gusmarina@mail.ru

УДК 331.108

<https://doi.org/10.34710/Chel.2019.53.88.005>

РАЗРАБОТКА И ВНЕДРЕНИЕ ВНУТРЕННЕЙ ОЦЕНКИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПЕРСОНАЛА В МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

Комиссаров Е. Е.

ГБУЗ ЧОДКБ, г. Челябинск, Россия

Аннотация. В работе руководителя важно проводить объективную оценку результатов деятельности подчиненных, оценивать уровень их профессиональных знаний и навыков, понимать соответствие работников ожиданиям руководителя и вектору развития организации. В статье рассмотрены преимущества использования внутренней оценки персонала на основе компетенций, описано поэтапное формирование и внедрение этой системы в ГБУЗ «Челябинская областная детская клиническая больница».

Ключевые слова: персонал, внутренняя оценка, компетенции, управление, организация

ELABORATION AND IMPLEMENTATION OF INTERNAL APPRAISAL OF EMPLOYEE PERFORMANCE IN HEALTHCARE

Komissarov E. E.

CRCCH, Chelyabinsk, Russia

Abstract. An important manager's task in working with subordinates is an objective assessment of their productivity, level of professional knowledge and skills, as well as compliance of employees