



УДК: 316.356.2

¹Гусева М.А., ²Антонов А.И., ²Лебедь О.Л., ³Филиппова Н.Е., ⁴Цейтлин Г.Я.

ОСОБЕННОСТИ РЕПРОДУКТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ СЕМЕЙ, ИМЕЮЩИХ РЕБЕНКА С ОНКОЛОГИЧЕСКИМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ

¹Автономная некоммерческая организация реабилитации детей с онкологическими и гематологическими заболеваниями «Дети»

Россия, 117036, Москва, 1-Черемушкинский пр., 5, офис 417

²МГУ им. М.Ю. Ломоносова, кафедра социологии семьи и демографии

Россия, 119991, Москва, Ленинские горы, МГУ, ГСП-1, учебный корпус 3

³ФГУ «Санаторий Русское поле» Минздравсоцразвития России

Россия, 142321 Московская область, Чеховский район, п/о «Гришенки», санаторий «Русское поле»

⁴ФГУ «Федеральный научно-клинический центр детской гематологии, онкологии и иммунологии» Минздравсоцразвития России

Россия, 117997, г. Москва, Ленинский проспект, 117

Россия 117036, г. Москва, 1-Черемушкинский пр., 5, офис 417. gusmarina@mail.ru, 8 917 579 84 79

Цель. Основной целью исследования является изучение поведения семей, имеющих детей-инвалидов с онкологическими заболеваниями, в стрессовой ситуации, выявление роли различных факторов, влияющих на репродуктивные стратегии этой группы семей.

Материалы и методы. Проведено анкетирование 798 матерей из разных регионов РФ, имеющих детей-инвалидов в возрасте от 5 до 18 лет с онкологическими заболеваниями в состоянии ремиссии.

Результаты. Онкологическое заболевание у ребенка меняет систему жизненных ценностей и приоритетов в сторону просемейной направленности – семья, дети, здоровье родных выходят на первое место. Анализ показал довольно высокий репродуктивный потенциал по показателям среднего идеального (коэффициент 2.5), среднего желаемого (2.6) и среднего ожидаемого (2.1) количества детей, что выше показателей, полученных в аналогичных отечественных социологических исследованиях. 40,8% женщин отметили, что онкологическое заболевание ребенка повлияло на их репродуктивные планы. В статье детально анализируется влияние на репродуктивное поведение социально-экономических, социально-психологических и социокультурных факторов, личностных особенностей респондентов, а также медицинских характеристик самого заболевания и методов его лечения.

Заключение. На основании проведенного исследования можно сделать основной вывод о том, что большинство семей, имеющих ребенка с онкологическим заболеванием, консолидируется для борьбы с болезнью, становится более патриархальными и крепкими; в них отмечается возрастание роли семейных ценностей, отцовства и материнства и, соответственно, потребность в детях. Эти семьи нуждаются в постоянной поддержке с учетом всего комплекса социально-психологических и медико-социальных проблем.

Ключевые слова: дети, семья, онкологические заболевания, репродуктивная стратегия.

¹Guseva M.A., ²Antonov A.I., ²Lebed O.L., ³Fillipova N.E., ⁴Tseitlin G.Ya.

SOME REPRODUCTION BEHAVIOUR FEATURES OF FAMILIES WITH CANCER CHILDREN

¹Autonomous non-profit organization for rehabilitation of children with cancer "Children"

5, I-Cherjomushkinsky pr., of. 417. Moscow, Russia, 117036

²Lomonosov Moscow State University, Sociology Department

3 corp. MSU, Leninskie gory, GSP-1, Moscow, Russia, 119991

³"Russkoe pole" sanatorium.

The Moscow region, Chekhov, «Grishenky», «Russkoe pole», Russia, 142321

⁴The Federal Center of Pediatric Hematology, Oncology and Immunology.

117 Leninsky prospect, Moscow, Russia, 117997

Purpose: The research studies behavior of families having children with cancer, in a stressful situation and the role of various factors influencing reproductive strategy of this group of families.



Materials and methods. Questioning of 798 mothers from the different regions of the Russian Federation having disabled children with cancer, ages from 5 till 18 years, in the remission.

Results. Child cancer changes the system of parents' vital values towards a pro-family orientation – family, children, health become their priorities. The analysis of average ideal (2.5), average desirable (2.6) and average expected (2.1) indicators showed high reproductive potential of respondents, which is more if compared with similar indicators in other domestic sociological researches. 40,8% of respondents proved the influence of child cancer on their family planning behavior. The article gives a detailed analysis of the factors determining these families reproduction strategy: socio-economic, socio-psychological and socio-cultural, personal features of respondents, medical characteristics of the disease and the therapy methods.

Summary. The research proves that the majority of the families with cancer children consolidates to overcome the difficulties connected with cancer treatment, becomes more patriarchal and close-knit. The role of family values, paternity, motherhood, and, accordingly, the need in more children increases in this group of families. The families need psychological and medico-social support taking into account the complex of their problems.

Keywords: Children, family, oncological diseases, reproductive strategy.

Введение

Семьи, воспитывающие детей-инвалидов с онкологическими заболеваниями, – категория немалочисленная в нашей стране, нуждающаяся в социальной и психологической поддержке.

Во время длительного лечения ребенка, страдающего одним из самых стигматизированных и мифологизированных в общественном сознании заболеваний, а затем, еще в течение многих лет, осложненных «дамокловым синдромом», семья переживает серию критических периодов, которые условно можно представить как разные этапы:

- постановка диагноза и определение прогноза и терапии;
- выход ребенка в ремиссию;
- окончание лечения и выход на поддерживающую терапию (для гемобластозов);
- проведение калечащей или органосохраняющей операции (для солидных опухолей и опухолей головного мозга);
- отмена химиотерапии;
- окончание 5-летнего срока ремиссии и снятие инвалидности.

На протяжении многих лет основным вектором сосредоточения усилий семьи становится лечение и реабилитация ребенка. Все ее члены и, в первую очередь, мать, находятся в состоянии эмоционального стресса, который, как показали психологические исследования, со временем не уменьшается, а, наоборот, нарастает, особенно в период отмены химиотерапии и в последующие 3–5 лет [1]. Нарушается нормальный цикл семейной жизни, изменяются супружеские взаимоотношения, приводя, в одних случаях, к консолидации семьи, а в других – к противостоянию вплоть до серьезных конфликтов и полного разрыва отношений.

Стрессогенная ситуация часто ведет к нарушениям сексуально-эротической функции семьи, особенно в период госпитального лечения, формируя проблемы репродуктивного здоровья родителей и оказывая впоследствии непосредственное влияние на семейную репродуктивную стратегию. Отказ супругов (прежде всего, матери) от близких отношений принадлежит к наиболее распространенным «искупительным» жертвам. Мама одной 6-летней девочки очень точно сформулировала причину своего отказа от супружеских отношений: «Я боюсь быть счастливой» [1]. Часто нарушаются взаимоотношения с другими членами семьи (другими детьми, старшим поколением, близкими и дальними родственниками), коллегами, знакомыми.

В результате, эти семьи характеризуются кардинальным изменением жизненных стратегий, утратой привычных ценностей и ориентиров, нарушением внутрисемейного равновесия и взаимоотношений, освоением новых социальных ролей, утратой сложившихся годами социальных связей и полным или частичным замыканием на себе [2].

Есть единичные работы отечественных авторов, посвященные исследованию проблем этой специфической когорты семей [3,4,5]. Практически не изучены вопросы репродуктивного поведения. Стремительные темпы увеличения численности этой категории при одновременно растущей депопуляции и углубляющемся кризисе семьи – девальвации семейных ценностей, элиминировании потребности в детях, непопулярности фамилизма, антиценности материнства и отцовства – делают необходимым углубленное изучение этой проблемы. Анализ полученных данных позволит выявить факторы, влияющие на снижение нормы детности в таких семьях, принять меры для активизации репродуктивного поведения этой малочисленной категории населения.

Основной целью исследования является изучение поведения семей, имеющих детей-инвалидов с онкологическими заболеваниями, в стрессовой ситуации, выявление роли различных факторов, влияющих на репродуктивные стратегии этой группы семей.

Материалы и методы исследования

Наше социологическое исследование выполнено в отделении реабилитации для детей с онкологическими заболеваниями, функционирующем с 1992 г. на базе подмосковного санатория «Русское поле» (Главный врач Б.В.Тесленко). Исследование проводилось с мая 2008 по октябрь 2010 г. Проведено анкетирование 798 матерей из разных регионов РФ, имеющих детей-инвалидов с онкологическими заболеваниями в возрасте от 5 до 18 лет. Изучен ряд характеристик, определяющих адаптивные возможности этих семей: социально-экономические, социально-демографические (состав семьи, брачный статус, возраст, образование, взаимоотношения с микро- и макроокружением).

В современных социологических исследованиях репродуктивное поведение россиян анализируется через призму базовых (желаемое, предпочитаемое число детей) и скорректированных репродуктивных установок (ожидаемое число детей), а также причин и факторов, влияющих на формирование репродуктивных предпочтений и ожиданий [6,7,8]. В ходе исследования нами были проанализированы социально-экономические и индивиду-



ально-психологические факторы. Мы также постарались учесть все характеристики онкологического заболевания ребенка: диагноз, срок ремиссии, возраст, в котором заболел ребенок, операции, прогноз и т.д., так как они могут оказывать влияние на изучаемый предмет.

По возрастному показателю респонденты распределились следующим образом: матери до 30 лет – 13,3%, от 31 до 45 лет – 75,1%, старше 46 лет – 11,6%. Средний возраст матерей составил 37 лет (от 24 до 57 лет). Средний возраст отцов составил 39 лет (от 25 до 63 лет). Полных семей было 76,0%, неполных – 23,9% (из них 17,8% находятся в разводе, 2,8% – матери-одиночки, 3,3% – вдовы). Таким образом, абсолютное большинство исследуемых семей находилось в активном репродуктивном возрасте, который предполагает высокий уровень социально-экономической адаптации, наличие сформировавшихся поведенческих установок, жизненных стратегий, прочных социальных связей, профессиональных навыков и ценностных ориентаций.

По количеству детей семьи распределились следующим образом: однодетные – 298 (37,4%), двухдетные – 396 (49,7%), многодетные – 102 (12,9%), из них 14 семей имеют четырех и более детей.

Взаимоотношения между супругами анализировались на основании их субъективных оценок. На изменения во взаимоотношениях с супругом указали 359 женщин – 45% от всех опрошенных. В большинстве из этих семей отношения улучшились, то есть произошла консолидация семьи – на это указали 202 из 359 женщин, что составило 56,2% «беда сблизила нас, все остальное ушло на задний план», «беда сплотила нас, меньше стали ссориться по пустякам», «мы стали больше разговаривать, обсуждать наши проблемы, жалеть друг друга», «мы поняли, что только вместе сможем все преодолеть». 85 семей (23,7%) констатировали ухудшение семейного климата, 16 (4,5%) перестали поддерживать отношения, а 56 женщин (15,6%) считают, что их развод напрямую связан с заболеванием. Проанализировав все случаи разводов, произошедших в течение первых пяти лет, а также 6 и более лет после постановки диагноза, мы пришли к выводу, что гораздо больше семей распалось по причине онкологического заболевания ребенка, чем было указано респондентками.

Приводим здесь некоторые цитаты из высказываний респонденток, указывающих на ухудшение отношений с мужем, но не отметивших, что это связано с онкологическим заболеванием ребенка: «горе стал заливать алкоголем, а теперь не может остановиться», «его нервная система не выдержала нагрузки, он запил», «сильно нервничал, в такие минуты поднимал на меня руку», «налаживал свою личную жизнь, пока мы с ребенком лежали в больнице», «испугался трудностей с больным ребенком, стал много пить, скандалить при детях, что вынуждало нас ночью уходить из дома», «часто был подавлен и обвинял в болезни ребенка меня и моих родных», «ушел в себя, перестал интересоваться здоровьем и жизнью ребенка».

Установлено, что 85 женщин, находившихся в первом браке (16% от всех, кто к моменту заболевания ребенка находился в первом браке), развелись в период после постановки диагноза ребенку, из них доминирующее большинство – 78 (91,8%) – в первые пять лет; 21 женщина (23,3%) развелась, находясь во втором браке, 19 из них – также в первые пять лет.

Анализируя семейные взаимоотношения на момент опроса, мы можем отметить, что абсолютное большинство семей оценивает свою семью как достаточно крепкую (есть конфликты, но мы любим друг друга) – 77,6% и

очень крепкую – «у нас все хорошо» – 13,5%, а 8,9% родительских пар находятся на грани развода. Таким образом, в большинстве случаев семьи консолидируются для борьбы с серьезным недугом.

У семей, имеющих в своем составе ребенка с онкологическим заболеванием, отмечается акцентирование просемейной направленности – семья, дети, здоровье родных находятся в системе приоритетов наших респондентов на первом месте. Респондентки отметили, что очень важно для них «быть здоровыми» – 98,1%, быть «хорошей матерью» – 97,3%, «заниматься воспитанием детей» – 94,5%, «заботиться о здоровье близких» – 91,3%, «проводить свободное время со своей семьей» – 90,5%. Для сравнения – «занимать достойное положение в обществе» – оказалось очень важным лишь для 35% женщин, а «иметь достойную зарплату» – для 72,1%.

Возрастание ценности семьи и детей у наших респондентов дает основание сделать предположение об увеличении потребности в детях. Детальный анализ базовых и скорректированных репродуктивных установок наших респондентов показал довольно высокий репродуктивный потенциал: показатели среднего идеального количества детей (коэффициент 2.5), среднего желаемого (2.6) и среднего ожидаемого (2.1) выше, чем в аналогичных современных отечественных социологических исследованиях [9,10,11]. Важно, что коэффициенты всех трех показателей достигают значения более или равного 2.1 – коэффициента, обеспечивающего простое воспроизводство населения.

Мы сравнили показатели желаемого количества детей в нашей группе с данными опроса, проведенного фондом «Общественное мнение» (2006 г.) в 100 населенных пунктах 44 субъектов РФ (1500 респондентов) [11]. Доля родителей, которые хотели бы иметь двух детей, если бы у них были для этого «идеальные условия» в нашей группе выше – 49,1% против 40%, в группе сравнения ($p < 0,01$), трех детей – выше почти в 2 раза – 37,9% против 22% ($p < 0,01$), а вот четырех и более детей – практически одинаково, соответственно 9,9% и 12% ($p > 0,05$).

Анализ скорректированных репродуктивных установок (см. табл. 1) показывает, что свою потребность в 3-х (37,9%) и более 3-х (9,9%) детях планируют реализовать лишь 19,6% и 2,3% соответственно, остальные намерены ограничиться одним ребенком (19,1%) или двумя (58,9%).

Таблица 1

**Распределение респонденток
соответственно желаемому и ожидаемому
количеству детей в семье**

Количество детей	1 ребенок	2 детей	3 детей	4 и более детей
Желаемое (базовые установки)	3%	49,1%	37,9%	9,9%
Ожидаемое (скорректированные)	19,1%↑	58,9%↑	19,6%↓	2,3%↓

Одним из наиболее значимых условий для рождения ребенка является репродуктивное здоровье родителей [12]. По оценке самих респонденток, хорошее репродуктивное здоровье имеют 20,9%, в целом удовлетворительное – 61,5%, плохое – 9,8%, вообще не могут зачать ребенка – 7,8%. Из 133 респонденток, жалующихся на плохое репродуктивное здоровье или не могущих зачать



ребенка, лишь 33 находятся в третьей (самой старшей – от 46 лет) возрастной группе. В результате дополнительных интервью выяснилось, что среди молодых респонденток, указавших на свою неспособность к зачатию и рождению ребенка (38 человек), немало женщин, добровольно решившихся на стерилизацию в связи со страхом рождения другого ребенка. В интервью некоторые из них признали это своей ошибкой, вызванной страхом неопределенности своего будущего в связи с онкологическим диагнозом ребенка.

Среди значимых для рождения детей мотивов абсолютное большинство респонденток указали на то, что «рождение и воспитание детей – самое главное в жизни» (97,9%), то есть занимает одну из ведущих позиций в системе их жизненных ценностей. Среди мотивов, которые могли бы повлиять на рождение нашими респондентками еще одного или нескольких детей, самыми популярными были: убежденность в том, что детям лучше с братьями и сестрами (36%), убежденность в том, что ребенок родится здоровым (28,2%), желание иметь малыша (29,1%).

Вопрос об изменении репродуктивных стратегий под влиянием онкологического заболевания ребенка был задан респонденткам напрямую: «Повлияла ли на Ваше желание иметь или не иметь еще детей болезнь Вашего ребенка? На него ответили утвердительно 348 женщин: 163 респондентки (46,8%) откладывают вопрос о возможном деторождении на неопределенный срок, 99 (28,5%) сильнее захотели родить еще одного ребенка, 86 (24,7%) решили никогда больше не иметь детей.

С целью выявления факторов, скорректировавших репродуктивные планы семей под влиянием онкологического заболевания ребенка, проанализированы социально-экономические и индивидуально-психологические характеристики группы семей, указавших на изменение их репродуктивных намерений под влиянием онкологического заболевания у ребенка: возраст, семейное положение, количество имеющихся детей, образование, отношение к религии и аборт, наличие в семье других тяжело больных детей, факт смерти других детей; а также диагноз и особенности течения заболевания (перенесенные операции, срок ремиссии).

Проанализирована связь репродуктивных намерений семей с социально-экономическими факторами – материальным положением и жилищными условиями: чем выше доход, тем больше доля женщин, реализующих стратегию рождения ребенка – с высоким, средним, низким доходом – 48,0%, 28,2%, 26,2%, соответственно. Стратегия никогда не иметь больше детей также имеет прямую связь с достатком семьи: высоким, средним, низким – 12%, 24,3% и 27,7%, соответственно. Такой же прямой связи с жилищными условиями семей не обнаружено: стратегию родить еще одного ребенка реализуют семьи, имеющие отдельное жилье (квартира, дом) и не имеющие (коммуналка, общежитие, съемное) – 28% и 30,5%, соответственно. Противоположную стратегию – 24,4% и 27,8%, соответственно.

Таблица 2

Распределение респонденток соответственно их репродуктивной стратегии и возрасту

Репродуктивная стратегия: желание родить ребенка	Возрастные группы		
	Младшая (20–30 лет)	Средняя (31–45 лет)	Старшая (старше 45)
«Сильное» (%)	23,5	30,5	17,9
«Пока нет» (%)	60,8	45,7	32,1
«Никогда» (%)	15,7	23,8	50,0

Как видно из данных таблицы 2, решение никогда не иметь ребенка имеет четкую связь с возрастом, что можно было ожидать априори: стратегию «никогда» выбрали в младшей, средней и старшей группах, соответственно, 15,7%, 23,8%, 50,0% женщин. Неопределенные планы «пока нет» в отношении деторождения имеют обратную зависимость и распределяются по группам от младшей к старшей, соответственно, 60,8%, 45,7%, 32,1%. В отношении стратегии «сильнее хочу родить ребенка» зависимость не такая последовательная, при этом, естественно, в старшей возрастной группе процент наименьший – 17,9%.

В нашем исследовании также изучалась связь репродуктивной стратегии с семейным положением респонденток. Оказалось, что репродуктивные планы родителей несущественно связаны с их семейным положением. Так, не получена достоверная разница между подгруппой находящихся в браке и в разводе по их репродуктивным планам: «обязательно родить еще одного ребенка» – 30,5% и 26,1%; «больше никогда не иметь детей» – 24,7% и 19,6%; «отложить рождение на неопределенный срок» – 44,8% и 54,3%, соответственно.

Между репродуктивными намерениями респонденток и количеством имеющихся детей связь такая: чем больше в семье детей, тем выше репродуктивные намерения (сильнее захотели ребенка 25,2% женщин из группы с одним ребенком, 30,3% – из группы с двумя детьми и 38,1% из группы с тремя). В группе тех, кто решил пока детей не иметь, связь обратная: чем меньше в семье детей, тем больше респондентов откладывают решение о рождении еще одного ребенка (в группе с 1 ребенком – 58%, с 2 детьми – 40%, с тремя детьми – 38,1%, с четырьмя – 25%). В группе женщин, кто решил никогда не иметь детей, это желание также напрямую связано с количеством имеющихся детей: чем больше в семье детей, тем больший процент респондентов считает свои репродуктивные планы выполненными: в семье с 1 ребенком – 16,8%, с двумя – 29,7%, с тремя – 23,8%, с четырьмя и более – 50%.

Проанализирована связь репродуктивных планов с уровнем образования обследованных женщин (табл. 3).

Таблица 3

Распределение респонденток соответственно их репродуктивной стратегии и уровню образования

Репродуктивная стратегия: желание родить ребенка	Уровень образования			
	не-полное среднее	среднее/среднее профессиональное	незаконченное высшее	высшее
«Родить» (%)	15,8	24,8	7,7	35,8
«Пока нет» (%)	52,6	46,7	76,9	43,9
«Никогда» (%)	31,6	28,5	15,4	20,3

Из данных табл. 3 видно, что стратегию «родить» поддерживает более чем вдвое большее количество респонденток с высшим образованием, по сравнению с таковыми, имеющими неполное среднее образование. Альтернативная стратегия «никогда» встречается в 1,5 – 2 раза чаще среди женщин с неполным средним образованием, по сравнению с респондентками, имеющими высшее или незаконченное высшее образование. Такая связь образования и репродуктивного поведения требует более детального анализа, так как хорошо известна обратная корреляция между детностью и уровнем образования



родителей [13]. Абсолютное большинство женщин с незаконченным высшим образованием (76,9%) откладывает решение вопроса о рождении детей, возможно, по причине необходимости закончить учебу.

Также проанализирована возможная связь репродуктивного поведения с вероисповеданием респондентов. В группах мусульман и православных христиан доля женщин, сильнее захотевших ребенка, меньше, чем в группе атеистов: 25%, 28,2% и 35,3%, соответственно. Среди тех, кто пока не определился – 57,1%, 47,1% и 38,2%, соответственно; доля женщин, решивших никогда не иметь детей: 17,9%, 24,6% и 26,5%, соответственно. Статистический анализ не выявил существенной разницы между репродуктивными стратегиями атеистов, приверженцев ислама и православных. Этот вывод нельзя считать окончательным в связи с небольшим количеством мусульман и атеистов среди наших респондентов: 28 и 34, соответственно, в сравнении с православными – 280. Мы считаем, что к приведенным выше данным следует относиться с большой осторожностью, так как углубленный анализ отношения наших респондентов к религии показывает, что среди тех, кто причисляет себя к православным христианам, очень маленький процент истинно верующих

людей. Об этом косвенно свидетельствует анализ ответов на следующий вопрос – отношение к аборту, так как решение этого вопроса связано, в первую очередь, с религиозной традицией.

Мы выделили 4 группы: атеисты, православные христиане, мусульмане, люди, исповедующие другие религии. Допускают аборт: атеисты – 84,6% православные – 74,2%, мусульмане – 66,7%, другие религии – 41,7%.

Мы считаем, что к ответам участников социологического исследования, на такие деликатные вопросы, как отношение к абортам, надо относиться с большой степенью осторожности.

В этой связи было интересно проанализировать наличие связи между этим вопросом и вопросом о незапланированной беременности: «Что бы Вы сделали, если бы сейчас забеременели?» (табл. 3). На оба эти вопроса ответило 290 респондентов.

Из данных табл. 4 видно, что среди респонденток, декларирующих репродуктивную установку «никогда», 27,1% будут рожать в случае незапланированной беременности. Среди женщин, отложивших на неопределенный срок решение иметь еще одного ребенка, в этой ситуации сохраняют беременность 68,4%.

Таблица 4

Отношение респонденток к аборту в зависимости от принятой ими репродуктивной стратегии

Репродуктивная стратегия: желание родить ребенка \ В случае незапланированной беременности	Родила бы	Сделала бы аборт	Не знаю	Всего
«родить»	68 (81%)	16 (19%)	0	84 (100%)
«пока нет»	93 (68,4%)	43 (31,6%)	0	136 (100%)
«никогда»	19 (27,1%)	50 (71,4%)	1 (1,5%)	70 (100%)
Итого	180 (62%)	109 (37,6%)	1 (0,4%)	290 (100%)

Таким образом, в связи со скорректированными данными, к группе женщин, завершивших свои репродуктивные планы, решив больше детей не иметь, следует отнести лишь 50 человек (17,2% от всех, изменивших свои репродуктивные намерения в связи с болезнью ребенка и ответивших на вопрос о незапланированной беременности).

Нами проведен анализ возможного влияния некоторых клинических характеристик онкологических заболеваний детей на репродуктивную стратегию родителей.

Самыми распространенными детскими опухолями являются: лейкозы и лимфомы и опухоли головного мозга (ОГМ), реже встречаются другие солидные опухоли. Лечение опухолей головного мозга и других солидных опухолей, как правило, требует оперативного вмешательства, часто калечащего характера. Операция у ребенка, особенно калечащая, часто приводит к пожизненной инвалидизации, полной или частичной потере ребенком трудоспособности, что является мощным дополнительным стрессогенным фактором для всей семьи. По степени стресса трансплантация костного мозга, которая требуется при лечении некоторых тяжелых форм лейкозов и других злокачественных опухолей, соизмерима с калечащими хирургическими вмешательствами.

В результате проведенного анализа оказалось, что доля родителей, твердо решивших родить еще одного ребенка, составила 30,1%, 26,5%, 20,4% и 30,8% в группе лейкозов, лимфом, солидных опухолей, ОГМ, соответственно. Видно, что данную стратегию поддерживает существенно меньшая доля родителей детей с солидными опухолями. Противоположную стратегию приняли: 22,7%, 30,6%, 28,6% и 23,1% родителей детей с лейкозами, лимфомами, солидными опухолями и ОГМ, соответственно. Этот анализ позволяет сделать предварительный вывод, во-первых, о том, что репродуктивные установки родителей детей с лейкозами и ОГМ аналогичны, также как в группах лимфом и солидных опухолей. Во-вторых, доля родителей, однозначно решивших родить ребенка, наименьшая в группе солидных опухолей.

Семь из восьми семей, имеющих кроме ребенка с онкологическим заболеванием других детей-инвалидов, планируют родить еще одного ребенка (как правило, третьего). Семьи, имеющие ребенка с онкологическим диагнозом и пережившие смерть другого ребенка, не связанную с онкологическим заболеванием, в 9 случаях из 10 больше рожать не хотят.

Мы установили, что репродуктивное планирование семей никак не зависит от срока ремиссии. Только в груп-



пе респонденток, чьи дети находятся в ремиссии 10 и более лет, значения отличаются от других групп: доля женщин, сильнее захотевших детей, в этой группе меньше, а тех, кто решил детей пока не иметь, больше, чем в группах с другим, более маленьким сроком ремиссии. Возможно, это связано с тем, что женщины, имеющие детей со сроком ремиссии от 10 лет и больше, скорее всего, находятся в третьей возрастной группе от 46 лет и старше, и поэтому их репродуктивные планы по большей мере завершены.

Заключение

В работе проанализированы социально-экономические и индивидуально-психологические факторы, влияющие на репродуктивные установки семей, имеющих в своем составе ребенка с онкологическим заболеванием. Детальный анализ базовых и скорректированных ре-

продуктивных установок наших респонденток показал довольно высокий репродуктивный потенциал, который оказался выше, чем в аналогичных современных отечественных социологических исследованиях. У обследованных семей отмечается выраженная просемейная направленность – семья, дети, здоровье родных находятся в системе приоритетов наших респонденток на первом месте. Возрастание ценности семьи и детей у наших респонденток дает основание сделать предположение об увеличении потребности в детях. Большинство семей, имеющих ребенка с онкологическим заболеванием, консолидируется в ситуации борьбы с тяжелой болезнью ребенка и необходимостью концентрации моральных, психологических и финансовых ресурсов. Эти семьи нуждаются в постоянной поддержке с учетом всего комплекса социально-психологических и медико-социальных проблем.

ЛИТЕРАТУРА

1. Н.А.Писаренко. Психологическая адаптация семьи ребенка с онкологическим заболеванием на этапе ремиссии // Российский вестник перинатологии и педиатрии. - 1998. - № 3. - С.39-41.
2. Е.В.Кулагина. Адаптация семей с детьми-инвалидами к современным экономическим условиям. Автореф. дисс. канд. эконом. наук. М. - 2004. - С. 24.
3. Силласте Г.Г. Социальная адаптация семей, имеющих детей с онкологическими заболеваниями //Материалы I Всероссийской конференции «Социальные и психологические проблемы детской онкологии». - М. - 1997. - С. 73-78.
4. Бялик М.А., Агапова Н.С., Моисеенко Е.И., Цейтлин Г.Я. Социальная реабилитация детей с онкологическими заболеваниями и их семей через проведение социально-правового консультирования // Материалы I Всероссийской конференции «Социальные и психологические проблемы детской онкологии». - М. - 1997. - С. 68-71.
5. Цейтлин Г.Я., Урядницкая Н.А., Писаренко Н.А., Николаева В.В., Моисеенко Е.И. Особенности родительского отношения к детям, перенесшим онкологическое заболевание // Журнал «Паллиативная медицина и реабилитация» №2-3. - 1998 г. - Москва. - С. 170.
6. Архангельский В.Н. Факторы рождаемости // М. ТЕЙС. - 2006. - С. 399.
7. Бодрова В.В. Репродуктивное поведение как фактор депопуляции в России // Социологические исследования. - 2002. - № 6. - С.96-102.
8. Антонов А.И. Современные особенности репродуктивного поведения: снижение репродуктивных установок и ориентаций // Мониторинг демографической ситуации в российской Федерации и тенденции ее изменения, М.- 2008. - С. 113-157.
9. Синельников А.Б. Влияние брачности и разводимости на динамику и территориальную дифференциацию рождаемости // Мониторинг демографической ситуации в российской Федерации и тенденции ее изменения, М.- 2008. - С. 35-65.
10. Антонов А.И., Медков В.М., Синельников А.Б., Лебедь О.Л., Новоселова Е.Н. Репродуктивное здоровье российских женщин в контексте целей демографической политики (по материалам всероссийского опроса, 2007г.) // Социальная функция государства, М.- 2007. - 444-455.
11. Вовк Е. Количество детей в семье: установки и репродуктивное поведение (На материале Общероссийского опроса населения от 20-21 мая 2006 года. // Социальная реальность. - № 1. - 2007. - С. 20-26.
12. Репродуктивное здоровье российских женщин в контексте целей демографической политики (по материалам всероссийского опроса, 2007г.) // Социальная функция государства, М.2007. С. 210.
13. Архангельский В.Н. «Факторы рождаемости» - М.ТЕИС, 2006. - С. 97-114.

ПОСТУПИЛА: 23.10.2010