ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫЕ И ЭМПИРИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

Сравнительный анализ представлений о болезни у женщин со злокачественными опухолями женской репродуктивной системы и без онкологического диагноза в семейном анамнезе

Миров Ю.А.[1], **Митина О.В.**[1]

[1] Московский государственный университет имени М.В. Ломоносова, Москва, Россия

Злокачественные опухоли женской репродуктивной системы представляют значимую проблему для женского здоровья и оказывают глубокое влияние на физическое, психологическое и социальное благополучие пациенток. Исследование восприятия болезни среди женщин с диагнозом рака и женщин без онкологического анамнеза важно для разработки эффективных стратегий профилактики, лечения и социальной поддержки. Целью исследования было сравнить восприятие злокачественных опухолей женской репродуктивной системы среди женщин с диагнозом и без онкологического опыта в семейном анамнезе, а также выявить основные связи между когнитивными и эмоциональными факторами и поведением представителей этих групп. В исследовании приняли участие 203 женщины, из которых 88 имели диагноз злокачественной опухоли женской репродуктивной системы, а 115 — не имели онкологических заболеваний в личной и семейной истории. Оценка представлений о болезни проводилась с использованием опросника IPQ-R в модифицированной версии. Было установлено, что женщины с диагнозом рака связывали заболевание с психоэмоциональными и неконтролируемыми причинами. Восприятие тяжести симптомов было завышенным у женщин без онкологического опыта, что связано с социокультурными стереотипами и недостаточной информированностью. Результаты свидетельствуют о значимости индивидуализированного подхода в оказании медицинской и психологической помощи женщинам с опухолями репродуктивной системы. Для женщин без онкологического опыта важно повышение уровня медицинской информированности, что может снизить иррациональные страхи и способствовать более адекватному восприятию болезни. Для пациенток с диагнозом приоритетом является доступ к достоверной информации о заболевании, укрепляющей их самоэффективность.

Ключевые слова: злокачественные опухоли женской репродуктивной системы, восприятие болезни, психоэмоциональные факторы, культурно-исторический подход, модель житейского смысла

Введение

Злокачественные опухоли женской репродуктивной системы, включающие в себя рак молочной железы, яичников, шейки матки, тела матки и вульвы, являются одной из значимых проблем здравоохранения в мире, каждый год затрагивая миллионы женщин [Torres-Lobatón et al., 2020]. Все эти заболевания имеют серьезные медицинские, психологические и социальные последствия [Uslu-Şahan et al., 2019; Schapira et al., 2019]. Понимание того, как больные и общество в целом воспринимают этот диагноз, играет важную роль для эффективности лечения — от момента диагностики до реабилитации и поддержки.

Рак не только негативно сказывается на физическом здоровье, но и значительно влияет на психологическое состояние и социальные связи женщин [Tekbaş et al., 2021; Yeh et al., 2021]. Особенно это касается восприятия собственного здоровья у женщин с гинекологическими видами рака, которое может радикально влиять на выбор методов лечения, способы преодоления болезни и качество жизни в целом. Уркмез и ее коллеги [2019] указывают, что восприятие болезни сильно различается в зависимости от культурного, социального и личного контекста женщины. Тревога и стигма, связанные с раком, могут привести к социальной изоляции и психологическим трудностям для больных. Важную роль в формировании этих восприятий играют СМИ [Fonnes, 2020].

Практика показывает, что существуют значительные различия в восприятии онкогинекологических заболеваний между женщинами с диагнозом и женщинами без онкологического опыта в личной или семейной истории. Ошибочные представления последних о рисках и симптомах могут серьезно повлиять на их здоровье и участие в программах профилактики и/или лечения онкологических заболеваний. [Овчинников и др., 2020].

К настоящему времени имеются обширные исследования субъективного восприятия рака [Uceda-Escobar et al., 2023]. Тем не менее, практически отсутствуют работы, посвященные сравнительному анализу восприятия и оценок риска у женщин с гинекологическими видами рака и лиц без онкологического диагноза в семейном анамнезе. Данная статья является одной из попыток восполнить этот пробел с целью содействия разработке эффективных коммуникативных и образовательных стратегий, которые могли бы помочь развенчать мифы о раке, улучшить поддержку пациентов, а также разрабатывать профилактические стратегии.

Цель исследования — сравнить представления об онкологических заболеваниях у женщин с диагнозом злокачественной опухоли женской репродуктивной системы и женщин без онкологического диагноза в семейном анамнезе, а также выявить связи между когнитивными и эмоциональными факторами и поведением представителей этих групп.

Задачи исследования:

— Сравнить восприятие симптомов и последствий заболевания у женщин с диагнозом и без онкологического опыта.

— Выделить основные группы воспринимаемых причин заболевания и их интерпретацию в обеих группах.

— Выявить связи между отдельными когнитивными и эмоциональными факторами и поведением женщин в контексте злокачественных опухолей женской репродуктивной системы.

— Сопоставить данные между группами для выявления различий в восприятии риска и факторов, определяющих отношение к заболеванию.

Гипотезы исследования:

Гипотеза 1. Женщины без онкологического диагноза в семейном анамнезе демонстрируют более выраженные негативные эмоции и преувеличенные представления о серьезных последствиях симптомов по сравнению с женщинами, имеющими диагноз.

Гипотеза 2: Женщины с диагнозом связывают болезнь преимущественно с психоэмоциональными и неконтролируемыми факторами, что снижает их чувство личной ответственности за заболевание.

Гипотеза 3: Представления о причинах заболевания и восприятие симптомов у женщин без опыта онкологических заболеваний обусловлены влиянием социокультурных факторов и информационного поля.

Субъективное восприятие болезни, будь то самим больным или человеком, не имеющим опыта этого заболевания, будет определять его поведение в связи с болезнью: лечение, профилактика, взаимоотношения с больными и др. Существует ряд теорий и моделей, описывающих связь представлений о болезни и поведением. Вот наиболее распространенные из них.

Модель убеждений о здоровье [Rosenstock, 1974] — это одна из самых распространенных теоретических рамок для анализа различных аспектов

здорового поведения, особенно в контексте использования медицинских услуг и выполнения рекомендаций в области здравоохранения. Эта модель учитывает, как индивидуумы воспринимают угрозу здоровью (например, рак), потенциальную эффективность профилактических мер и факторы, побуждающие к действию.

Теория запланированного поведения [Ajzen, 1991] дополняет модель здорового поведения, включая влияние личных установок, субъективных норм и контроля над поведением. Эта теория особенно полезна для понимания принятия решений в связи со здоровьем/болезнью, например, об операции или регулярном прохождении медицинских осмотров.

Трансакционная модель стресса [Lazarus, Folkman, 1984] применяется для изучения реакций людей на стрессовые медицинские ситуации, такие как диагностика рака. В ней основное внимание уделяется когнитивной оценке стрессовых событий и стратегиям совладания с ними.

Модель эмоциональной регуляции Джеймса Гросса [Gross, 2014] объясняет, как индивиды могут влиять на свои эмоции, в частности, в ситуации болезни. А именно, на то, какая выбирается эмоциональная реакция, как она переживается и выражается. Модель Гросса разделяет процессы регуляции эмоций на два основных типа: стратегии, направленные на изменение исходного восприятия и реакции на стимул, и стратегии, ориентированные на модификацию эмоциональных реакций после их полного формирования.

Социально-когнитивная теория [Bandura, 1989] акцентирует внимание на влиянии личного опыта, действий окружающих и общей среды на формирование представлений о болезни. В практическом плане она особенно ценна для анализа влияния социальной поддержки и обучения через примеры других людей.

Теория стигмы [Gofman, 1963] помогает исследовать социальную стигму, связанную с раком, и ее воздействие на психологическое состояние пациентов и их взаимодействие с окружающими.

В рамках отечественного культурно-исторического подхода модель «внутренней картины болезни» предполагает, что поведение человека в связи с болезнью регулируется взаимодействием сенсорного, интеллектуального, эмоционального и ценностно-мотивационного уровней, формирующихся под влиянием социокультурных факторов [Бурлакова, Олешевич, 2021; Костецкий, 2022; Кольцова и др., 1996; Коломогорова, 2016; Рубцов и др., 2019; Cole et al., 2011].

Вместе с тем, наиболее распространенной моделью для изучения представлений о болезни является модель житейского смысла / саморегуляции Левенталя [Leventhal et al., 1980; Leventhal, 2003], которая во многом пересекается со всеми этими теориями. Она предлагает систематизированный подход к изучению когнитивных и эмоциональных процессов, которые протекают у человека при столкновении с угрозами для здоровья, например, с хроническими заболеваниями или раком.

В основе модели находятся когнитивные схемы — индивидуальные представления о болезни, которые отражают личные убеждения человека и напрямую влияют на регуляцию его поведения в ситуации болезни. В модели выделяются пять основных аспектов убеждений: 1) идентичность: какие симптомы и характеристики болезни ассоциируются у индивида с болезнью; 2) причина: личные предположения о причинах заболевания; 3) временная перспектива: предположения относительно длительности болезни; 4) последствия: ожидаемые последствия заболевания для жизни человека; 5) контролируемость: убежденность в том, насколько болезнь может быть контролируемой или излечимой благодаря личным усилиям и/или медицинской помощи.

Человек формирует эти убеждения благодаря информации, полученной из открытых источников, под влиянием социального окружения и/или личного опыта. Столкнувшись с болезнью, либо непосредственно (заболев), либо косвенно (через контакт с заболевшим или в ситуации потенциальной угрозы), человек на основе этих убеждений перерабатывает ситуацию на двух взаимодействующих уровнях: когнитивном, переосмысливая ситуацию и вырабатывая оценочные суждения, которые затем определяют выбор поведенческих копинг-стратегий, и эмоциональном, формируя эмоциональную реакцию и стратегии регуляции эмоций [Leventhal, 2003].

Для анализа представлений индивида о болезни разработан целый ряд опросников, наиболее распространенным из которых является пересмотренный опросник восприятия болезни (IPQ-R), разработанный Р. Мосс-Моррис с коллегами [Moss-Morris et al., 2002]. Как отмечают авторы, этот опросник является базовым и может адаптироваться под каждое конкретное заболевание.

Из всего разнообразия подходов к анализу восприятия болезни в качестве методологической

базы для настоящего исследования выбраны культурно-исторический подход и модель житейского смысла Х. Левенталя.

Метод

Выборка

В онлайн-исследовании приняли участие 203 респондента. Все участники предоставили свое информированное согласие в письменном (электронном) виде. Участницам сообщалось, что исследование посвящено изучению особенностей восприятия болезни и связанных с ней эмоциональных реакций. В целевой группе было 88 женщин – членов онлайн-сообществ онкобольных, средний возраст составил 49,9 ± 8,6 лет. Респонденты были приглашены к участию через онлайн-сообщества, в которых автор исследования осуществлял добровольное консультирование; женщины знали исследователя лично и, получив пояснение о целях исследования и гарантии анонимности, согласились заполнить опросник. Среди них 44 (50,0 %) имели диагноз рак молочной железы, 31 (35,2 %) — рак яичников, 7 (8,0 %) — рак шейки матки, 5 (5,7 %) — рак тела матки, 1 (1,1 %) — рак вульвы. У 19 (21,6 %) была диагностирована 1-я стадия, у 16 (18,2 %) — 2-я, у 41 (46,6 %) — 3-я, у 12 (13,6 %) — 4-я. Все респонденты на момент исследования проходили противоопухолевое лечение. В группу сравнения вошли 115 женщин – членов другого онлайн-сообщества автора, не имевших на момент исследования онкологического диагноза и семейного анамнеза онкологических заболеваний, средний возраст — 45,7 ± 10 лет. Им также было предложено участие с аналогичным объяснением целей и условий исследования. Все участники были проинформированы о добровольности участия, конфиденциальности данных и возможности отказаться от участия на любом этапе.

Методики

Онлайн-исследование проводилось в форме квазиэксперемента. Респондентам предлагалось заполнить опросник IPQ-R в адаптации Е.И. Рассказовой [Moss-Morris, 2002; Рассказова, 2016] реализованный на платформе Google Forms. Опросник состоит из трех частей. В первой части респондентам предлагалось оценить по лайкертовой шкале, насколько предлагаемые утверждения соответствуют их представлениям о болезни. Во второй части опросника респондентам был предложен список из 22 возможных причин возникновения рака и предлагалось оценить по лайкертовой шкале, насколько, по их мнению, тот или иной фактор был причиной их заболевания. Список воспринимаемых причин для второй части опросника был построен на основе стандартного IPQ_R и дополнен на основе личного опыта общения с пациентками, больными гинекологическими видами рака. В третьей части опросника респондентам предлагалось оценить интенсивность симптомов, характерных для онкологических заболеваний. Для группы сравнения опросники были модифицированы, и респондентам предлагалось оценить, в какой степени, согласно их представлениям, те или иные утверждения, содержащиеся в опросниках, характерны для онкологических заболеваний. Например, пункт «Моя болезнь будет длиться совсем не долго» в изначальном опроснике был заменен на «Онкологические заболевания длятся совсем не долго».

Для анализа данных применялись методы описательной статистики, критерий Манна–Уитни и критерий Стьюдента, а также факторный анализ. Использование обоих критериев было обусловлено необходимостью проверки устойчивости результатов, что позволило подтвердить их надежность независимо от выбранного подхода. Обработка данных проводилась в программе IBM SPSS Statistics 26.0.

Результаты

Первая часть опросника: сравнение оценок восприятия болезни

Значения показателей альфа Кронбаха шкал первой части опросника IPQ-R для онкобольных находятся в интервале от удовлетворительных до хороших Для женщин без опыта болезни значения показателей альфа Кронбаха шкал «долговременность», «серьезные последствия», «контролируемость», «излечимость», «понимаемость», «негативные эмоции» болезни находятся в интервале от удовлетворительных до хороших (значение показателя альфа Кронбаха шкалы «цикличность» не является удовлетворительной, что, вероятно, связано с недостаточной осведомленностью о процессе протекания онкологических заболеваний, в частности, о возможности рецидивов (см. табл. 1)). Значения доверительных интервалов для средних шкал представлены на рисунке 1. Значения критериев Манна–Уитни и Стьюдента для сравнения групп оказались меньше 0,001, что свидетельствует о наличии статистически значимых различий.

Таблица 1

Значение показателей альфа Кронбаха и средних шкал первой части опросника

Шкала	Онкобольные			Условно здоровые		
	α Крон	Сред.	Ст. от.	α Крон	Сред.	Ст. от.
Долговременность	0,910	3,15	0,989	0,708	3,67	0,640
Серьез. послед.	0,711	3,88	0,656	0,686	4,34	0,480
Контролируемость	0,699	3,33	0,597	0,852	3,89	0,655
Излечимость	0,744	3,80	0,600	0,699	3,56	0,593
Понимаемость	0,850	3,44	0,872	0,862	2,84	0,890
Цикличность	0,681	3,06	0,697	0,441	3,38	0,445
Нег. эмоции	0,882	3,73	0,915	0,735	4,19	0,466

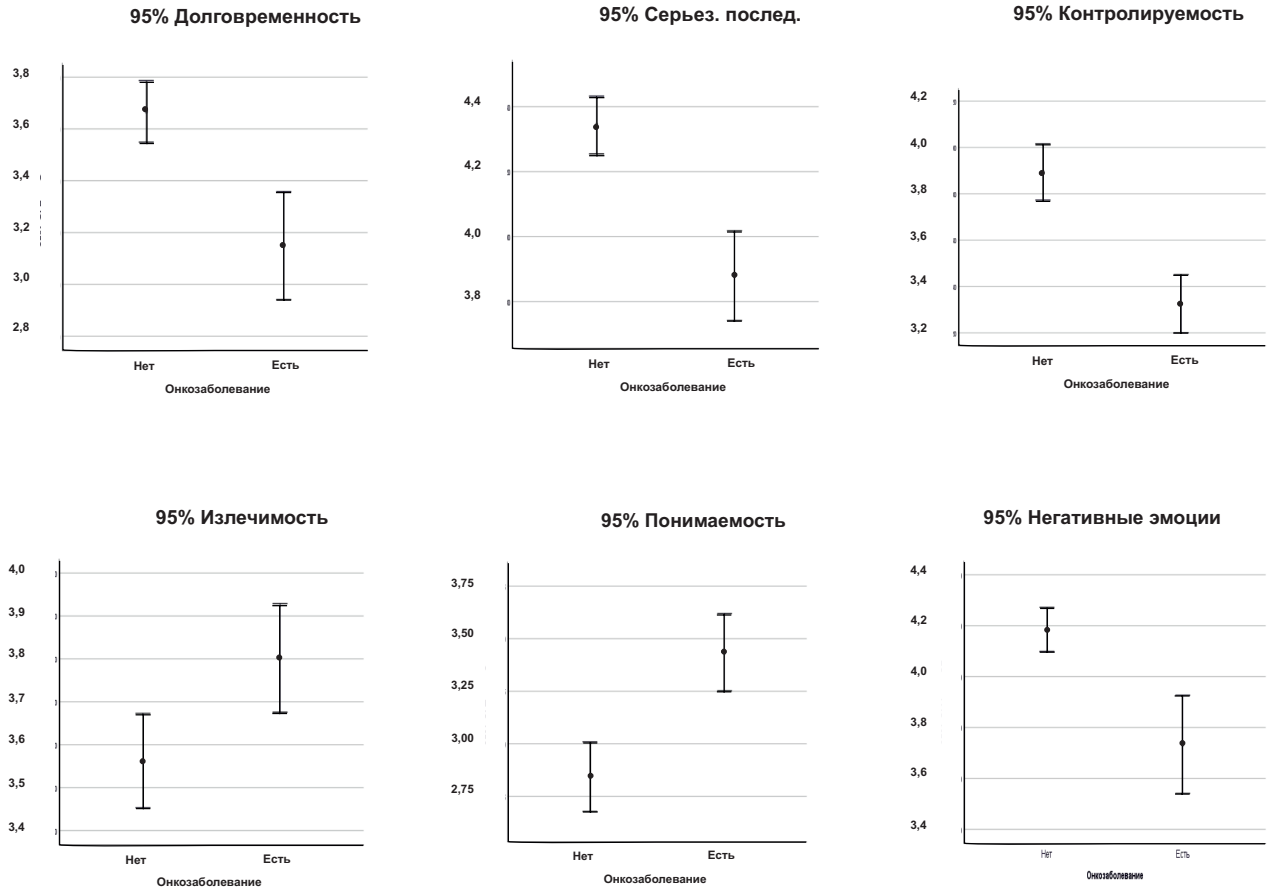

Рис. 1. *Доверительные интервалы выборочных средних различных аспектов восприятия онкологического заболевания для женщин с гинекологическими видами рака и женщин без опыта болезни*

Вторая часть опросника: сравнение оценок воспринимаемых причин

Для изучения воспринимаемых причин использовался факторный анализ методом главных компонент с косоугольным вращением (облимин). Факторный анализ проводился раздельно для выборки женщин с диагнозом и без него. В выборке женщин с гинекологическими видами рака показатели пригодности данных для факторизации оказались высокими (KMO = 0,776; критерий сферичности Бартлетта $\chi^2(df = 231) = 793{,}2$, $p < 0{,}001$). На основе метода каменистой осыпи были выделены четыре фактора с собственными значениями $\lambda = 6{,}4$; 2,4; 1,6 и 1,3, объясняющие 29,2 %, 10,1 %, 7,5 % и 6,0 % дисперсии соответственно, что в сумме составило 53,4 % совокупной дисперсии.

Полные таблицы факторных нагрузок до и после вращения приведены в Приложении 1. Корреляционная матрица выделенных факторов представлена в таблице 2.

Таблица 2

Корреляционная матрица выделенных факторов для воспринимаемых причин заболевания среди онкобольных

Фактор	1	2	3	4
1	1,000	0,097	0,266	0,205
2	0,097	1,000	0,051	0,267
3	0,266	0,051	1,000	0,035
4	0,205	0,267	0,035	1,000

Среди коэффициентов корреляции, представленных в таблице 2, есть несколько значимо отличных от нуля, поэтому мы в своем решении остановились на косоугольном вращении.

Факторные нагрузки первого фактора свидетельствуют о высоком вкладе ряда субъективных причин, воспринимаемых онкобольными. Наиболее значимой оказалась подавленность негативных эмоций (факторная нагрузка 0,878), за ней следуют переживание обиды (0,854) и общее эмоциональное состояние, включающее чувства подавленности, одиночества, тревоги и опустошенности (0,847). Существенный вклад также вносят личностные установки, например, склонность к негативному восприятию жизни (0,768), и собственное поведение респондентов (0,757). Далее по убыванию следуют депрессия и депрессивное состояние (0,714), стресс или тревога (0,706), а также семейные проблемы и конфликты (0,674). Меньшие, но все еще значимые нагрузки зафиксированы по таким компонентам, как проблемы с принятием себя как женщины (0,669) и потеря значимого объекта — человека или работы (0,617).

Семантика первого фактора позволяет назвать эту категорию воспринимаемых причин «психоэмоциональные», что соответствует компоненту «причины» в модели Левенталя, где личные интерпретации причин болезни влияют на эмоциональные реакции и поведение. Пациентки, связывающие свое заболевание с психоэмоциональными факторами, могут испытывать чувство вины или стыда, что может повлиять на их копинг-стратегии и готовность участвовать в психологической поддержке. В плане дезадаптивного поведения они могут искать «психологические методы лечения», расходуя на это средства и упуская время для научно обоснованных методов лечения, что особенно актуально при скоротечности онкологических процессов.

Второй фактор объединяет причины, воспринимаемые как внешние и относительно неконтролируемые. Наиболее значимыми среди них оказались загрязнение окружающей среды и возрастные особенности, обе с факторной нагрузкой 0,648. Далее следуют представления о случайности или невезении (0,640), а также опыт плохого качества медицинского обслуживания в прошлом (0,622).

Семантика второго фактора позволяет назвать эту категорию воспринимаемых причин «неконтролируемые», что отражает убеждение в том, что болезнь обусловлена факторами, неподвластными контролю индивида. Это связано с компонентом «контролируемость» модели Левенталя, влияющим на мотивацию пациента к активному участию в лечении. Если пациентки считают причину болезни неконтролируемой, это может привести к пассивности и снижению приверженности терапевтическим рекомендациям.

Третий фактор охватывает поведенческие причины, которые респонденты связывают с возникновением заболевания. Наибольшие факторные нагрузки наблюдаются у курения (0,737) и употребления алкоголя (0,727), что указывает на высокую значимость этих привычек в субъективных объяснениях болезни.

Семантика третьего фактора позволяет назвать эту категорию воспринимаемых причин «связаны с вредными привычками», что указывает на то, что женщины рассматривают личное поведение как существенный фактор риска. Это отражает восприятие риска, при котором курение ассоциируется с гинекологическими заболеваниями.

Четвертый фактор отражает биомедицинские представления о причинах заболевания. Наибольшую значимость респонденты придавали изменениям в иммунной системе, что подтверждается высокой факторной нагрузкой (0,767). Менее выраженной, но все же существенной, оказалась ассоциация с инфекциями — бактериями или вирусами (0,537).

Семантика четвертого фактора позволяет назвать его «связаны с работой иммунной системы», что указывает на недостаточную осведомленность о биологических механизмах заболевания. В рам-

Таблица 3

Корреляционная матрица выделенных факторов для воспринимаемых причин заболевания среди женщин без опыта болезни

Фактор	1	2	3	4
1	1,000	0,235	0,225	0,283
2	0,235	1,000	0,287	–0,100
3	0,225	0,287	1,000	–0,090
4	0,283	–0,100	–0,090	1,000

ках модели Левенталя это относится к компоненту «понимаемость», где недостаточное знание о болезни может затруднять процесс адаптации и принятие решений о лечении. В культурно-историческом контексте представления о болезни формируются под влиянием социальных факторов, средств массовой информации и культурных норм. Недостаточная осведомленность о роли иммунной системы и вредных привычек может отражать пробелы в образовательных программах и общественных дискуссиях о здоровье. Дополнительно, с точки зрения социально-когнитивной теории Бандуры, убеждения о неконтролируемости и внешних причинах болезни могут снижать уровень самоэффективности. Это влияет на способность пациенток активно участвовать в собственном лечении и придерживаться рекомендаций врачей.

Для женщин без опыта болезни показатели пригодности данных для факторизации подтвердили ее корректность (KMO = 0,820; критерий сферичности Бартлетта $\chi^2(df = 231) = 1332,94$, $p < 0,001$). На основе метода каменистой осыпи были выделены четыре фактора с собственными значениями $\lambda = 7,0; 3,2; 1,7$ и $1,3$, объясняющие 31,6 %, 14,6 %, 7,8 % и 6,0 % дисперсии соответственно, что в сумме составило 60,1 % совокупной дисперсии.

Полные таблицы факторных нагрузок до и после вращения приведены в Приложении 2. Корреляционная матрица выделенных факторов представлена в таблице 3.

Первый фактор, выделенный на выборке женщин без онкологического диагноза, отражает представления о психологических причинах заболевания. Наибольшую факторную нагрузку показали депрессия и депрессивное состояние (0,863), стресс или тревога (0,855), а также подавляемые негативные эмоции (0,845). Существенную роль также играют переживание обиды (0,823) и общее эмоциональное состояние, вклю чающее подавленность, одиночество, тревогу и ощущение опустошенности (0,803). Менее выраженными, но все еще значимыми, оказались такие причины, как потеря значимого объекта, например, человека или работы (0,684), и семейные проблемы или тревоги (0,641).

Семантика первого фактора позволяет назвать эту категорию воспринимаемых причин «психоэмоциональные», что соответствует компоненту «причины» в модели Левенталя, где личные интерпретации причин заболевания влияют на эмоциональные реакции и последующие действия. В контексте культурно-исторического подхода это отражает устоявшиеся в обществе стереотипы о «психосоматической природе» рака, сформировавшиеся под влиянием популярных психологов.

Второй фактор, выявленный в группе женщин без онкологического диагноза, отражает представления о внешних и неконтролируемых причинах болезни. Наибольшую факторную нагрузку получила категория «случайность или невезение» (0,904), что указывает на ее особую значимость в восприятии. Также существенными оказались такие причины, как плохое качество медицинского обслуживания в прошлом (0,735) и воздействие бактерий или вирусов (0,630).

Семантика второго фактора позволяет назвать его «неконтролируемые», что отражает убеждение в том, что развитие рака обусловлено факторами, неподвластными контролю индивида, такими как генетическая предрасположенность или экологические влияния. Это связано с компонентом «контролируемость» модели Левенталя. Если заболевание воспринимается как неконтролируемое, это может снизить мотивацию к участию в профилактических мерах или скрининговых программах, поскольку ощущается беспомощность перед неизбежностью болезни.

Третий фактор, выделенный в группе женщин без онкологического диагноза, четко отражает поведенческие представления о причинах заболевания. Наиболее выраженными компонентами здесь стали употребление алкоголя (факторная нагрузка 0,959) и курение (0,938), что указывает на высо-

Таблица 4

Коэффициенты корреляции Спирмена факторных нагрузок воспринимаемых причин онкологических заболеваний для онкобольных с женщинами без опыта онкологических заболеваний

	Без опыта болезни				
Онкобольные		Психоэмоц	Неконтр	Вред. привычки	Организм — сама
	Психоэмоц	0,780**	–0,625**	–0,459*	0,347
	Неконтр	–0,264	0,674**	0,062	–0,357
	Вред. привычки	–0,593**	0,219	0,505*	–0,208
	Иммун	–0,406	0,008	-0,042	0,368

*Примечание. * p > 0,05; ** p > 0,01*

кую степень осознания роли вредных привычек в формировании онкологического риска.

Семантика третьего фактора позволяет назвать его «вредные привычки», что, в соответствии с культурно-историческим подходом, отражает широко освещаемый в научных источниках и СМИ тезис о влияние курения и других вредных привычек на заболеваемость раком. Хотя этот фактор является специфическим для рака легких, он обобщается и на гинекологические виды рака.

Четвертый фактор в выборке женщин без онкологического диагноза отражает персонализированные причины, связанные с внутренними особенностями человека. Наибольшую факторную нагрузку показали индивидуальные особенности личности (0,717), за которыми следует собственное поведение человека (0,659). Это указывает на то, что респонденты склонны признавать влияние личностных черт и поведенческих моделей на риск заболевания.

Семантика четвертого фактора, поляризованного между «подвел организм» и «сама виновата», отражает сложную динамику внутренней атрибуции и восприятия ответственности за потенциальное заболевание. На отрицательном полюсе «подвел организм» женщины склонны считать, что их тело предрасположено к заболеванию независимо от их действий, что соответствует внешней локализации контроля для себя. На положительном полюсе «сама виновата» присутствует убеждение в личной ответственности за возникновение болезни, что соответствует внутренней локализации контроля для других. С точки зрения теории атрибуции Вайнера, такие различия в приписывании причинности могут объяснять социальную стигматизацию онкологических заболеваний. Теория стигмы Гоффмана может помочь объяснить поляризацию четвертого фактора. Убеждение «сама виновата» может, с одной стороны, усиливать автостигматизацию и чувство вины, что негативно влияет на психологическое благополучие и может препятствовать обращению за медицинской помощью, и с другой стороны — психологическое отторжение от больных раком. Также ощущение, что «подводит организм», может привести к отчуждению от собственного тела и снижению ответственности за собственное здоровье.

В целом, интерпретация результатов через призму указанных теорий подчеркивает многогранность убеждений о причинах рака среди женщин без опыта болезни. Эти убеждения влияют на их поведение в отношении здоровья, эмоциональное состояние и готовность участвовать в профилактических мероприятиях. Понимание этих представлений важно для разработки эффективных коммуникационных стратегий и образовательных программ, направленных на коррекцию неверных убеждений, повышение уровня медицинской грамотности и формирование ответственного отношения к собственному здоровью.

Представляет интерес сопоставить факторы, выделенные в обеих подвыборках, между собой. В качестве меры сходства мы считали коэффициенты корреляции между факторами, представленными наборами факторных нагрузок первичных переменных.

Данные корреляции между факторами воспринимаемых причин онкологических заболеваний для онкобольных с женщинами без опыта онкологических заболеваний представлены в таблице 4.

Анализ результатов показывает, что корреляции между первыми тремя одноименными факторами в двух группах: «психоэмоциональные», «неподконтрольные» и «связанные с вредными привычками» — выше, чем корреляции с другими факторами. Эти значения стоят на главной диагонали. Четвертые факторы («подвел организм — сама виновата» для женщин без опыта болезни и «связаны с иммунитетом» для онкобольных) похожи друг на друга существенно в меньшей степени, что, возможно, отражает специфику представле-

ний о причинах заболевания у тех, кто заболел, и у тех, кто такого опыта не имел.

Отметим также и дополнительные асимметричные корреляции. Фактор «психоэмоциональные» для онкобольных отрицательно коррелирует с фактором «неподконтрольные» для женщин без опыта болезни, но фактор «психоэмоциональные» для женщин без опыта болезни не коррелирует с фактором «неподконтрольные» для онкобольных.

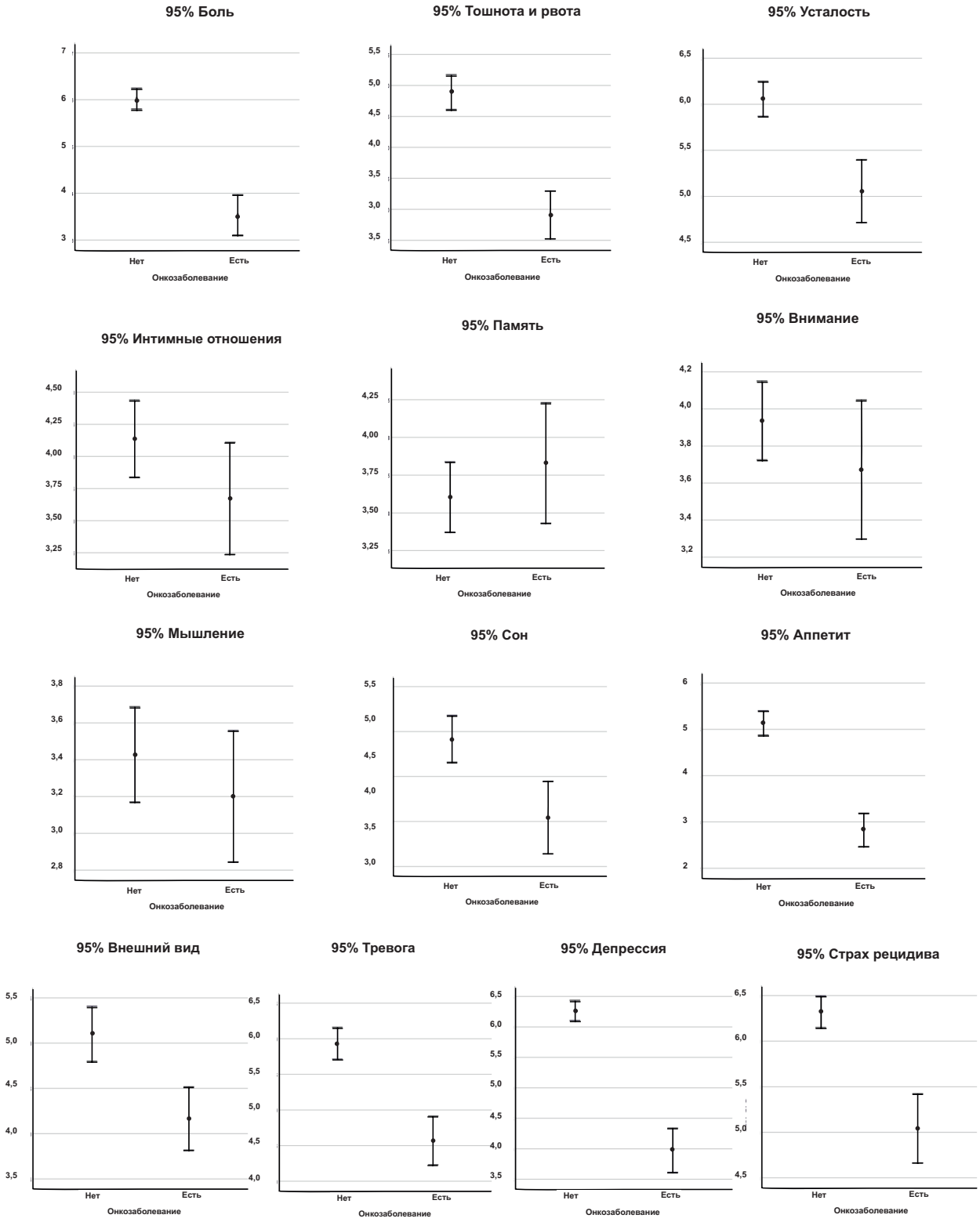

***Рис. 2**. Доверительные интервалы средних восприятия интенсивности симптомов онкологического заболевания для женщин с гинекологическими видами рака и женщин без опыта болезни*

Таблица 5

Сравнение средних восприятия интенсивности симптомов онкологического заболевания для женщин с гинекологическими видами рака и женщин без опыта болезни

	Больные		Условно здоровые		p Манна-Уитни	p Стьюдента
	Среднее (1-7)	Стд откл	Среднее (1-7)	Стд откл		
Боль	3,54	2,051	6,03	1,201	0,000	0,000
Тошнота и рвота	2,91	1,838	4,89	1,507	0,000	0,000
Усталость	5,06	1,626	6,06	1,024	0,000	0,000
Интимные отношения	3,67	2,071	4,14	1,618	0,081	0,073
Память	3,83	1,896	3,61	1,259	0,416	0,310
Внимание	3,67	1,782	3,94	1,147	0,180	0,202
Мышление	3,20	1,693	3,43	1,395	0,292	0,295
Сон	4,04	1,918	4,92	1,403	0,001	0,000
Аппетит	2,83	1,707	5,14	1,420	0,000	0,000
Внешний вид	4,17	1,660	5,11	1,637	0,000	0,000
Тревога	4,57	1,623	5,94	1,207	0,000	0,000
Депрессия	3,98	1,725	6,27	0,895	0,000	0,000
Страх рецидива	5,04	1,802	6,32	0,936	0,000	0,000

Третья часть опросника: сравнение оценок восприятия интенсивности симптомов онкологических заболеваний

Сравнение оценок восприятия интенсивности симптомов для онкобольных и женщин без опыта болезни на основе данных третьей части опросника представлены на рисунке 2 и в таблице 5.

Эти результаты показывают, что среди женщин без опыта болезни представления об интенсивности значимо выше по таким симптомам, как «боль», «тошнота и рвота», «усталость», «сон», «аппетит», «внешний вид», «тревога», «депрессия» и «страх рецидива». В то же время отсутствуют значимые различия в представлениях о таких симптомах, как «мышление», «внимание», «память», «интимные отношения».

Обсуждение

Результаты анализа восприятия интенсивности симптомов онкологических заболеваний указывают на то, что восприятие симптомов, связанных с физическим дискомфортом и эмоциональными переживаниями, более подвержено влиянию социальных и культурных факторов, когда отсутствует личный опыт. В соответствии с моделью житейского смысла Левенталя, отсутствие опыта заболевания у женщин может привести к формированию более тревожных представлений об интенсивности симптомов, которые часто ассоциируются с онкологическими заболеваниями в массовом сознании. Стереотипы и медийные образы усиливают негативные представления о раке, в результате чего женщины без опыта болезни ожидают более высокую интенсивность симптомов, таких как боль и тошнота, чем те, кто испытал их на себе и, вероятно, адаптировал свои восприятия через процесс когнитивного переосмысления.

Интересно, что различия в восприятии симптомов, связанных с когнитивными функциями и межличностными отношениями, не достигли статистической значимости. Такое совпадение может быть объяснено тем, что симптомы, связанные с «мышлением», «вниманием», «памятью» и «интимными отношениями», являются более специфичными и менее очевидными для восприятия в контексте онкологических заболеваний. В рамках культурно-исторического подхода такие симптомы не подчеркиваются в массовом представлении о раке, поскольку они менее драматичны и не так активно освещаются в общественном дискурсе [Выготский, 1960]. Это приводит к тому, что даже в отсутствие личного опыта люди не придают этим симптомам выраженной интенсивности.

С точки зрения теории когнитивного диссонанса [Festinger, 1957], женщины без опыта онкологического заболевания могут испытывать диссонанс,

связанный с восприятием своей уязвимости перед болезнью. Преувеличение интенсивности таких симптомов, как боль и тревога, может служить адаптационным механизмом для уменьшения внутреннего конфликта, связанного с осознанием потенциальной угрозы. Это, в свою очередь, снижает значимость когнитивных и межличностных симптомов в восприятии риска, так как такие симптомы менее связаны с физическими страданиями и социальным осуждением, характерными для онкологических заболеваний.

Таким образом, результаты указывают на то, что личный опыт болезни выступает фактором, модифицирующим восприятие симптомов, снижая влияние стереотипных и тревожных представлений, характерных для женщин без онкологического опыта.

Заключение

Проведенное исследование выявило значимые различия в восприятии рака между женщинами с диагнозом злокачественной опухоли женской репродуктивной системы и без онкологического опыта. Анализ факторов воспринимаемых причин заболевания показал, что обе группы выделяют «психоэмоциональные» и «неконтролируемые» причины, однако интерпретация этих факторов и их влияние на поведение различаются.

Проведенное исследование подтвердило выдвинутые гипотезы. Гипотеза 1 подтвердилась: женщины без онкологического опыта действительно демонстрировали более высокие оценки по шкалам интенсивности симптомов и тревожности, что указывает на влияние социальных стереотипов и недостаточную информированность. Гипотеза 2 также подтвердилась: женщины с диагнозом связывали болезнь преимущественно с психоэмоциональными и неконтролируемыми факторами, что отражает модель житейского смысла Левенталя и снижает чувство личной ответственности. Гипотеза 3 подтвердилась: восприятие симптомов и причин заболевания у женщин без опыта болезни связано с влиянием социокультурных факторов, что подчеркивает важность образовательных программ и информационной поддержки.

У пациенток с злокачественными опухолями женской репродуктивной системы доминируют убеждения, связывающие заболевание с психоэмоциональными факторами и неконтролируемыми обстоятельствами. Это соответствует компонентам «причины» и «контролируемость» в модели житейского смысла Левенталя, где личные интерпретации причин болезни влияют на эмоциональные реакции и поведение. Ассоциация болезни с психоэмоциональными причинами может приводить к чувству вины или стыда, что влияет на копинг-стратегии и готовность участвовать в психологической поддержке. Убежденность в неконтролируемости заболевания может снижать мотивацию к активному участию в лечении и уменьшать приверженность терапевтическим рекомендациям.

Женщины без опыта болезни продемонстрировали более высокие оценки по шкалам «серьезные последствия», «негативные эмоции», «смертельность», что отражает тенденцию воспринимать рак как крайне тяжелое и угрожающее заболевание. Такая установка может быть связана с отсутствием личного опыта и влиянием социальных стереотипов и медийных образов, которые нередко драматизируют онкологические заболевания. В рамках культурно-исторического подхода подобные представления рассматриваются как результат воздействия социокультурных факторов и могут способствовать избеганию профилактических мер и откладыванию медицинских обследований из-за страха перед возможным диагнозом.

Отсутствие значительных различий в восприятии симптомов, связанных с когнитивными функциями и интимными отношениями, указывает на недостаточную осведомленность женщин без опыта болезни об этих аспектах заболевания. Это подчеркивает необходимость улучшения образовательных и информационных программ, направленных на повышение медицинской грамотности и коррекцию неверных представлений о раке.

Женщины с диагнозом рака оценивают «излечимость» и «понимаемость» болезни выше, что может быть связано с непосредственным опытом лечения и взаимодействием с медицинской системой. Это повышает их чувство самоэффективности и оптимизма, способствуя лучшей адаптации и развитию эффективных копинг-стратегий.

ркивает важность индивидуализированного подхода в психологическом сопровождении и образовательной работе с женщинами как с диагнозом, так и без онкологического опыта. Для пациенток с злокачественными опухолями женской репродуктивной системы необходимо обеспечивать психологическую поддержку, направленную на повышение ощущения контролируемости и самоэффективности, а также предоставлять информацию о биологических механизмах заболевания.

Для женщин без опыта болезни важно предоставлять достоверную информацию о симптомах, факторах риска и возможностях профилактики, чтобы снизить иррациональные страхи и стимулировать участие в скрининговых программах.

Перспективы дальнейших исследований включают изучение влияния социокультурных и психологических факторов на формирование представлений о злокачественных опухолях женской репродуктивной системы, а также разработку и оценку эффективности интервенций, направленных на улучшение восприятия болезни и изменение поведения в отношении здоровья среди женщин различного онкологического статуса.

Выводы

— Женщины с онкологическим диагнозом чаще связывают заболевание с психоэмоциональными и неконтролируемыми причинами, что влияет на их поведение и стратегии совладания.

— Женщины без опыта болезни склонны к восприятию рака как фатального, что связано с социальными стереотипами и недостаточной информированностью.

— Подходы к психологической и информационной поддержке должны быть дифференцированы в зависимости от наличия онкологического опыта.

— Полученные результаты подтверждают актуальность образовательных программ, направленных на повышение медицинской грамотности и коррекцию искаженных представлений о раке.

— Перспективным направлением является разработка интервенций, учитывающих культурный и психологический контекст восприятия онкологических заболеваний

Ограничения и перспективы исследования

Настоящее исследование проводилось в полевом онлайн-формате, что накладывает естественные ограничения на его достоверность, размер выборки и возможность контроля дополнительных базисных побочных переменных. Видится перспективным проведение систематических исследований на данную тему в оффлайн-формате на больших выборках.

Литература

Бурлакова Н.С., Олешкевич В.И. Российская культурно-историческая клиническая психология и ее методологические и прикладные изобретения, направленные на анализ индивидуального случая. Клиническая и специальная психология, 2021, No. 4, 5–19. DOI: 10.17759/cpse.2021100401

Выготский Л.С. История развития высших психических функций. — Москва: Педагогика, 1960.

Костецкий В.В. Культурная картина российской истории. Вестник Российского университета дружбы народов. Серия: История России, 2022, No. 1, 7–18. DOI: 10.22363/2312-8674-2022-21-1-7-18

Кольцова В.А., Олейник Ю.Н., Гилген А.Р., Гилген К.Л. Постсоветские перспективы российской психологии. Психологический журнал, 1996, No. 5, 3–15.

Колмогорова А.Б. Значение культурно-исторической теории психологического развития Л.С. Выготского для развития современных моделей социальной когниции и психотерапии. Культурно-историческая психология, 2016, No. 3, 89–98. DOI: 10.17759/chp.2016120309

Овчинников А.А., Султанова А.Н., Сычева Т.Ю., Акимова С.В., Тагильцева Е.В., Савинкова Н.А. Образ собственного тела, чувство одиночества и качество жизни у онкогинекологических пациентов. Acta Biomedica Scientifica, 2020, No. 1, 54–59. DOI: 10.29413/ABS.2020-5.1.8

Рассказова Е.И. Русскоязычная версия опросника восприятия болезни Р. Мосс-Моррис и др.: апробация на выборке больных с непсихотическими депрессиями. Вестник Московского университета. Сер. 14: Психология, 2016, No. 1, 123–142. DOI: 10.11621/vsp.2016.01.123

Рубцов В.В., Марголис А.А., Шведовская А.А., Пономарева В.В. Наукометрический анализ научных публикаций в области культурно-исторической психологии. Культурно-историческая психология, 2019, No. 4, 4–15. DOI: 10.17759/chp.2019150401

Abramson L.Y., Seligman M.E., & Teasdale J.D. Learned helplessness in humans: Critique and reformulation. Journal of Abnormal Psychology, 1978, No. 87(1), 49–74. DOI: 10.1037/0021-843X.87.1.49

Ajzen I. The theory of planned behavior. Organizational Behavior and Human Decision Processes, 1991, No. 50(2), 179–211. DOI: 10.1016/0749-5978(91)90020-T

Bandura A. Human agency in social cognitive theory. American Psychologist, 1989, No. 44(9), 1175–1184. DOI: 10.1037/0003-066X.44.9.1175

Burger J.M., & Cooper H.M. The desirability of control. Motivation and Emotion, 1979, No. 3(4), 381–393. DOI: 10.1007/BF00994052

Cole M., Meshcheryakov B., & Ponomariov I. Cross-cultural research in the cultural-historical activity theory tradition. / In J. Valsiner (Ed.), The Oxford Handbook of Culture and Psychology. — Oxford University Press, 2011. — pp. 185–210. DOI: 10.1093/

oxfordhb/9780195396430.013.0008

Festinger L. A theory of cognitive dissonance. — Stanford University Press, 1957.

Fonnes T., Telle I.O., Forsse D., Falck R., Trovik J., Haldorsen I., & Krakstad C. Cancer awareness in the general population varies with sex, age, and media coverage. Journal of Cancer Education, 2020, No. 35(3), 473–479. DOI: 10.1007/s13187-019-01512-0

Folkman S. Personal control and stress and coping processes: A theoretical analysis. Journal of Personality and Social Psychology, 1984, No. 46(4), 839–852. DOI: 10.1037/0022-3514.46.4.839

Folkman S., & Moskowitz J.T. Positive affect and the other side of coping. American Psychologist, 2000, No. 55(6), 647–654. DOI: 10.1037/0003-066X.55.6.647

Gross J.J. Handbook of Emotion Regulation (2nd ed.). — The Guilford Press, 2014.

Hafer C.L., & Bègue L. Experimental research on just-world theory: Problems, developments, and future challenges. Psychological Bulletin, 2005, No. 131(1), 128–167. DOI: 10.1037/0033-2909.131.1.128

Heider F. The psychology of interpersonal relations. — Wiley, 1958.

Goffman E. Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity. — Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall, 1963.

Janoff-Bulman R. Shattered assumptions: Towards a new psychology of trauma. — Free Press, 1992.

Langer E.J. The illusion of control. Journal of Personality and Social Psychology, 1975, No. 32(2), 311–328. DOI: 10.1037/0022-3514.32.2.311

Lazarus R.S., & Folkman S. Stress, Appraisal, and Coping. — Springer Publishing Company, 1984.

Lerner M.J. The belief in a just world: A fundamental delusion. — Springer, 1980.

Leventhal H., Meyer D., & Nerenz D. The common-sense representation of illness danger. / In S. Rachman (Ed.), Medical psychology. — Pergamon Press, 1980. — Vol. 2, pp. 7–30.

Moss-Morris R., Weinman J., Petrie K., Horne R., Cameron L., & Buick D. The Revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R). Psychology and Health, 2002, No. 17(1), 1–16. DOI: 10.1080/08870440290001494

Obora M., Onsongo L., & Ogutu J. Determinants of sexual function among survivors of gynaecological cancers in a tertiary hospital. BMC Women's Health, 2022, No. 22(1), 1–8. DOI: 10.1186/s12905-022-01699-0

Reade C., & Elit L. Current quality of gynecologic cancer care in North America. International Journal of Gynecological Cancer, 2019, No. 29(5), 893–898. DOI: 10.1136/ijgc-2019-000285

Rosenstock I.M. Historical origins of the health belief model. Health Education Monographs, 1974, No. 2(4), 328–335. DOI: 10.1177/109019817400200403

Schapira L., Hofmeister E.N., Kurian A., Zion S., Shen H., Torres T., Berek J., & Palesh O. Differences among Asian/Asian American, and Caucasian breast and gynecologic cancer patient-reported survivorship needs, symptoms, and illness mindsets. Supportive Care in Cancer, 2019, No. 27(4), 1327–1334. DOI: 10.1007/s00520-018-4400-0

Taylor S.E., & Brown J.D. Illusion and well-being: A social psychological perspective on mental health. Psychological Bulletin, 1988, No. 103(2), 193–210. DOI: 10.1037/0033-2909.103.2.193

Tekbaş S., Şahin N., & Sayın N.C. The effect of treatment on quality of life, symptoms, and social life in gynecologic cancer patients. Clinical Nursing Research, 2021, No. 31(1), 3–10. DOI: 10.1177/10547738211052387

Thompson S.C., & Janigian A.S. Life schemes: A framework for understanding the search for meaning. Journal of Social and Clinical Psychology, 1988, No. 7(2–3), 260–280. DOI: 10.1521/jscp.1988.7.2-3.260

Torres-Lobatón A., Jiménez-Arroyo E.P., Oliva-Posada J.C., Suárez-Juárez C.A., & Morgan-Ortiz F. Gynecological cancer: Evolution of its relative frequency. Ginecología y Obstetricia de México, 2020, No. 88(1), 1–8. DOI: 10.24245/gom.v88i1.3543

Uceda-Escobar A., Guerra-Martín M., & Botello-Hermosa A. The perceptions of women with gynecological cancer after radiotherapy treatment: A gender-based qualitative study. Healthcare, 2023, No. 11(11), 1580. DOI: 10.3390/healthcare11111580

Urkmez E., Andac-Jones E., Cibula D., Querleu D., Halaska M., Driák D., Sehouli J., Grabowski J., Inci G., Zalewski K., Minig L., Zorrero C., Şancı M., Alan M., Ledermann J., Fotopoulou C., & Gultekin M. Perceptions, expectations, and experiences of gynecological cancer patients: A pan-European ESGO-ENG, 2019.

Uslu-Şahan F., Terzioğlu F., & Koç G. Hopelessness, death anxiety, and social support of hospitalized patients with gynecologic cancer and their caregivers. Cancer Nursing, 2019, No. 42(5), 373–380. DOI: 10.1097/NCC.0000000000000622

Vsiner J. Comparative-cultural research in Soviet psychology. / In U. Kim & J.W. Berry (Eds.), Indigenous psychologies: Research and experience in cultural context. — Sage Publications, 1993. — pp. 45–59

Weiner B. An attributional theory of achievement motivation and emotion. Psychological Review, 1985, No. 92(4), 548–573. DOI: 10.1037/0033-295X.92.4.548

Yeh Y.-C., Lu C.-H., Chen I., Kuo S., & Huang Y.-P. Quality of life and its predictors among women with gynaecological cancers. European Journal of Cancer Care, 2021, No. 30(1), e13377. DOI: 10.1111/ecc.13377

Приложение 1. Факторные нагрузки (женщины с диагнозом)

Таблица 1

Факторные нагрузки для воспринимаемых причин заболевания среди онкобольных (до вращения)

Воспринимаемая причина заболевания	Факторные нагрузки			
	1 фактор	2 фактор	3 фактор	4 фактор
Подавляемые негативные эмоции	0,816	–0,166	–0,136	–0,127
Мое эмоциональное состояние, например, чувства подавленности, одиночества, тревоги, опустошенности	0,76	–0,261	–0,008	0,186
Стресс или тревога	0,722	–0,116	–0,252	–0,17
Мое собственное поведение	0,719	–0,211	0,173	0,136
Обида	0,704	–0,243	–0,224	–0,132
Депрессия и депрессивное состояние	0,693	–0,045	0,059	–0,173
Мои собственные установки, например, склонность отрицательно думать о жизни	0,687	–0,324	0,12	0,267
Семейные проблемы или тревоги, вызванные моим заболеванием	0,668	0,113	–0,148	0,224
Проблемы с принятием себя как женщины	0,664	–0,034	0,084	0,048
Особенности моей личности	0,619	–0,112	0,289	0,374
Чрезмерная нагрузка на работе	0,579	0,2	–0,315	–0,09
Диета или особенности питания	0,563	0,366	–0,127	–0,249
Потеря значимого объекта (человека, работы)	0,536	–0,082	0,046	–0,518
Загрязнение окружающей среды	0,373	0,341	–0,341	0,005
Бактерии или вирусы (инфекция)	0,18	0,558	0,164	–0,296
Курение	0,356	0,548	0,51	–0,082
Случайность или невезение	–0,009	0,547	–0,324	0,101
Алкоголь	0,284	0,545	0,509	–0,125
Изменения в иммунной системе	0,037	0,393	–0,359	0,035
Плохое качество медицинского обслуживания в прошлом	0,025	0,344	–0,228	0,193
Предрасположенность — она в моей семье	0,156	–0,027	0,533	–0,041
Возрастные особенности	0,295	0,477	0,028	0,647

Таблица 2

Факторные нагрузки для воспринимаемых причин заболевания среди онкобольных (после вращения)

Воспринимаемая причина заболевания	Факторные нагрузки			
	1 фактор	2 фактор	3 фактор	4 фактор
Подавляемые негативные эмоции	0,843	0,023	–0,022	–0,15
Мое эмоциональное состояние, например, чувства подавленности, одиночества, тревоги, опустошенности	0,823	–0,078	–0,098	0,175
Обида	0,783	0,026	–0,155	–0,187
Мои собственные установки, например, склонность отрицательно думать о жизни	0,757	–0,202	–0,087	0,279
Стресс или тревога	0,756	0,125	–0,075	–0,219
Мое собственное поведение	0,724	–0,188	0,072	0,176
Депрессия и депрессивное состояние	0,639	–0,057	0,189	–0,138

Семейные проблемы или тревоги, вызванные моим заболеванием	0,631	0,275	0,024	0,204
Проблемы с принятием себя как женщины	0,62	–0,026	0,142	0,082
Особенности моей личности	0,589	–0,167	0,131	0,441
Чрезмерная нагрузка на работе	0,526	0,387	0,041	–0,136
Диета или особенности питания	0,399	0,328	0,33	–0,229
Случайность или невезение	–0,135	0,619	0,103	0,06
Изменения в иммунной системе	–0,033	0,533	0,004	–0,025
Загрязнение окружающей среды	0,294	0,503	0,051	–0,045
Плохое качество медицинского обслуживания в прошлом	–0,041	0,435	0,014	0,157
Предрасположенность — она в моей семье	0,044	–0,403	0,401	0,098
Курение	0,021	0,005	0,817	0,105
Алкоголь	–0,048	–0,01	0,814	0,06
Бактерии или вирусы (инфекция)	–0,093	0,208	0,61	–0,194
Возрастные особенности	0,146	0,446	0,199	0,678
Потеря значимого объекта (человека, работы)	0,482	–0,151	0,23	–0,482

Приложение 2. Факторные нагрузки (женщины без диагноза в семейном анамнезе)

Таблица 1

Факторные нагрузки для воспринимаемых причин заболевания среди женщин без диагноза в семейном анамнезе (до вращения)

Воспринимаемая причина заболевания	Факторные нагрузки			
	1 фактор	2 фактор	3 фактор	4 фактор
Мое эмоциональное состояние, например, чувства подавленности, одиночества, тревоги, опустошенности	0,827	–0,211	–0,05	–0,103
Депрессия и депрессивное состояние	0,763	0	–0,118	–0,328
Семейные проблемы или тревоги, вызванные моим заболеванием	0,756	–0,053	–0,218	0,034
Обида	0,755	–0,347	0,077	–0,197
Стресс или тревога	0,752	0,09	–0,113	–0,367
Подавляемые негативные эмоции	0,745	–0,242	–0,04	–0,251
Мои собственные установки, например, склонность отрицательно думать о жизни	0,728	–0,393	0,07	0,197
Потеря значимого объекта (человека, работы)	0,716	–0,012	–0,041	–0,14
Чрезмерная нагрузка на работе	0,693	0,178	0,083	0,09
Мое собственное поведение	0,65	–0,296	0,188	0,373
Проблемы с принятием себя как женщины	0,606	–0,298	–0,06	0,28
Диета или особенности питания	0,446	0,234	0,079	0,094
Возрастные особенности	–0,047	0,738	–0,126	0,07
Загрязнение окружающей среды	0,297	0,569	–0,008	0,048
Плохое качество медицинского обслуживания в прошлом	0,468	0,51	–0,335	0,208
Бактерии или вирусы (инфекция)	0,37	0,505	–0,257	0,151
Изменения в иммунной системе	0,309	0,474	–0,002	–0,349
Предрасположенность — она в моей семье	0,05	0,435	0,074	–0,215

Алкоголь	0,29	0,429	0,746	0,085
Курение	0,314	0,602	0,634	0,044
Случайность или невезение	0,179	0,412	–0,605	0,393
Особенности моей личности	0,396	–0,215	0,227	0,522

Таблица 2

Факторные нагрузки для воспринимаемых причин заболевания среди женщин без диагноза в семейном анамнезе (после вращения)

Воспринимаемая причина заболевания	Факторные нагрузки			
	1 фактор	2 фактор	3 фактор	4 фактор
Депрессия и депрессивное состояние	0,863	0,042	–0,019	–0,156
Стресс или тревога	0,855	0,071	0,024	–0,228
Подавляемые негативные эмоции	0,845	–0,121	–0,058	0,023
Обида	0,823	–0,233	0,007	0,142
Мое эмоциональное состояние, например, чувства подавленности, одиночества, тревоги, опустошенности	0,803	0	–0,025	0,168
Потеря значимого объекта (человека, работы)	0,684	0,075	0,057	0,032
Семейные проблемы или тревоги, вызванные моим заболеванием	0,641	0,27	–0,105	0,183
Мои собственные установки, например, склонность отрицательно думать о жизни	0,545	–0,05	0,012	0,524
Чрезмерная нагрузка на работе	0,434	0,226	0,283	0,197
Случайность или невезение	–0,123	0,904	–0,301	0,121
Плохое качество медицинского обслуживания в прошлом	0,161	0,735	0,028	0,036
Бактерии или вирусы (инфекция)	0,108	0,63	0,078	–0,021
Возрастные особенности	–0,259	0,565	0,237	–0,258
Загрязнение окружающей среды	0,057	0,432	0,319	–0,107
Алкоголь	–0,076	–0,145	0,959	0,145
Курение	–0,054	0,019	0,938	0,02
Диета или особенности питания	0,219	0,221	0,267	0,12
Особенности моей личности	–0,022	0,067	0,222	0,717
Мое собственное поведение	0,314	0,009	0,173	0,659
Проблемы с принятием себя как женщины	0,387	0,118	–0,076	0,508
Изменения в иммунной системе	0,362	0,159	0,243	–0,441
Предрасположенность — она в моей семье	0,058	0,109	0,266	–0,343

Поступила в редакцию: 18 мая 2025 г.
Дата публикации: 30 декабря 2025г.

Сведения об авторах

Миров Юрий Алексеевич. Аспирант факультета психологии. Московский государственный университет им. М.В. Ломоносова, Большая Никитская ул., 4, 125009 Москва, Россия.
E-mail: yasomati1970@gmail.com

Митина Ольга Валентиновна. Кандидат психологических наук, доцент, ведущий научный сотрудник факультета психологии. Московский государственный университет им. М.В. Ломоносова, Большая Никитская ул., 4, 125009 Москва, Россия.
E-mail: omitina@inbox.ru

Ссылка для цитирования

Миров Ю.А., Митина О.В. Сравнительный анализ представлений о болезни у женщин со злокачественными опухолями женской репродуктивной системы и без онкологического диагноза в семейном анамнезе. Психологические исследования. 2025. Т. 18, № 104. С. 5.
URL: https://psystudy.ru

Адрес статьи:

https://doi.org/10.54359/ps.v18i104.2014

A comparative analysis of illness perceptions among women with malignant neoplasms of the female reproductive system and those without a family history of cancer

Mirov Y.A.[1], **Mitina O.V.**[1]

[1] Lomonosov Moscow State University, Moscow, Russia

Malignant neoplasms of the female reproductive system represent a significant public health concern and have a profound impact on patients' physical, psychological, and social well-being. Investigating illness perceptions among women with a cancer diagnosis and women without an oncological history is essential for developing effective prevention, treatment, and support strategies. The aim of this study was to compare perceptions of malignant neoplasms of the female reproductive system among women with a diagnosis and women without personal or family oncological history, as well as to identify key associations between cognitive and emotional factors and the behavior of members of these groups. The study included 203 women, of whom 88 had been diagnosed with a malignant neoplasm of the female reproductive system, while 115 had no personal or family history of cancer. Illness perceptions were assessed using a modified version of the IPQ-R questionnaire. It was shown that women with a cancer diagnosis more often attributed the disease to psycho-emotional and uncontrollable causes. Women without oncological experience tended to overestimate the severity of symptoms, which may be related to sociocultural stereotypes and insufficient health literacy. The findings highlight the importance of an individualized approach to medical and psychological care for women with malignant neoplasms of the reproductive system. For women without oncological experience, increasing medical literacy may reduce irrational fears and promote more adequate illness perceptions. For patients with a diagnosis, access to accurate and reliable information is essential for strengthening illness-related self-efficacy.

Keywords: malignant neoplasms of the female reproductive system, illness perception, psychoemotional factors, cultural-historical approach, common-sense model

References

Abramson L.Y., Seligman M.E., & Teasdale J.D. Learned helplessness in humans: Critique and reformulation. Journal of Abnormal Psychology, 1978, No. 87(1), 49–74. DOI: 10.1037/0021-843X.87.1.49

Ajzen I. The theory of planned behavior. Organizational Behavior and Human Decision Processes, 1991, No. 50(2), 179–211. DOI: 10.1016/0749-5978(91)90020-T

Bandura A. Human agency in social cognitive theory. American Psychologist, 1989, No. 44(9), 1175–1184. DOI: 10.1037/0003-066X.44.9.1175

Burger J.M., & Cooper H.M. The desirability of control. Motivation and Emotion, 1979, No. 3(4), 381–393. DOI: 10.1007/BF00994052

Burlakova N.S., & Oleshkevich V.I. Russian Cultural-Historical Clinical Psychology and Its Methodological and Applied Innovations for Analyzing Individual Cases. Clinical and Special Psychology, 2021, No. 10(4), 5–19. (In Russian) DOI: 10.17759/cpse.2021100401

Cole M., Meshcheryakov B., & Ponomariov I. Cross-cultural research in the cultural-historical activity theory tradition. / In J. Valsiner (Ed.), The Oxford Handbook of Culture and Psychology. — Oxford University Press, 2011. — pp. 185–210. DOI: 10.1093/oxfordhb/9780195396430.013.0008

Festinger L. A theory of cognitive dissonance. — Stanford University Press, 1957.

Fonnes T., Telle I.O., Forsse D., Falck R., Trovik J., Haldorsen I., & Krakstad C. Cancer awareness in the general population varies with sex, age, and media coverage. Journal of Cancer Education, 2020, No. 35(3), 473–479. DOI: 10.1007/s13187-019-01512-0

Folkman S. Personal control and stress and coping processes: A theoretical analysis. Journal of Personality and Social Psychology, 1984, No. 46(4), 839–852. DOI: 10.1037/0022-3514.46.4.839

Folkman S., & Moskowitz J.T. Positive affect and the other side of coping. American Psychologist, 2000, No. 55(6), 647–654. DOI: 10.1037/0003-066X.55.6.647

Gross J.J. Handbook of Emotion Regulation (2nd ed.). — The Guilford Press, 2014.

Hafer C.L., & Bègue L. Experimental research on just-world theory: Problems, developments, and future challenges. Psychological Bulletin, 2005, No. 131(1), 128–167. DOI: 10.1037/0033-2909.131.1.128

Heider F. The psychology of interpersonal relations. — Wiley, 1958.

Goffman E. Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity. — Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall, 1963.

Janoff-Bulman R. Shattered assumptions: Towards a new psychology of trauma. — Free Press, 1992.

Kolomogorova A.B. The Significance of L.S. Vygotsky's Cultural-Historical Theory of Psychological Development for the Advancement of Modern Models of Social Cognition and Psychotherapy. Cultural-Historical Psychology, 2016, No. 12(3), 89–98. (In Russian) DOI: 10.17759/chp.2016120309

Koltsova V.A., Oleinik Yu.N., Gilgen A.R., & Gilgen K L. Post-Soviet Perspectives of Russian Psychology. Psychological Journal, 1996, No. 17(5), 3–15. (In Russian)

Kostetskii V.V. Cultural View of Russian History. RUDN Journal of Russian History, 2022, No. 21(1), 7–18. (In Russian) DOI: 10.22363/2312-8674-2022-21-1-7-18

Langer E.J. The illusion of control. Journal of Personality and Social Psychology, 1975, No. 32(2), 311–328. DOI: 10.1037/0022-3514.32.2.311

Lazarus R.S., & Folkman S. Stress, Appraisal, and Coping. — Springer Publishing Company, 1984.

Lerner M.J. The belief in a just world: A fundamental delusion. — Springer, 1980.

Leventhal H., Meyer D., & Nerenz D. The common sense representation of illness danger. / In S. Rachman (Ed.), Medical psychology. — Pergamon Press, 1980. — Vol. 2, pp. 7–30.

Moss-Morris R., Weinman J., Petrie K., Horne R., Cameron L., & Buick D. The Revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R). Psychology and Health, 2002, No. 17(1), 1–16. DOI: 10.1080/08870440290001494

Obora M., Onsongo L., & Ogutu J. Determinants of sexual function among survivors of gynaecological cancers in a tertiary hospital. BMC Women's Health, 2022, No. 22(1), 1–8. DOI: 10.1186/s12905-022-01699-0

Ovchinnikov A.A., Sultanova A.N., Sycheva T.Yu., Akimova S.V., Tagiltseva E.V., & Savinkova N.A. Body Image, Feelings of Loneliness, and Quality of Life in Gynecologic Cancer Patients. Acta Biomedica Scientifica, 2020, No. 5(1), 54–59. (In Russian) DOI: 10.29413/ABS.2020-5.1.8

Rasskazova E.I. Russian Version of the Illness Perception Questionnaire by R. Moss-Morris et al.: Testing on a Sample of Patients with Non-Psychotic Depression. Moscow University Psychology Bulletin, 2016, No. 1, 123–142. (In Russian) DOI: 10.11621/vsp.2016.01.123

Reade C., & Elit L. Current quality of gynecologic cancer care in North America. International Journal of Gynecological Cancer, 2019, No. 29(5), 893–898. DOI: 10.1136/ijgc-2019-000285

Rosenstock I.M. Historical origins of the health belief model. Health Education Monographs, 1974, No. 2(4), 328–335. DOI: 10.1177/109019817400200403

Rubtsov V.V., Margolis A.A., Shvedovskaia A.A., & Ponomareva V.V. Scientometric Analysis of Scientific Publications in the Field of Cultural-Historical Psychology. Cultural-Historical Psychology, 2019, No. 15(4), 4–15. (In Russian) DOI: 10.17759/chp.2019150401

Schapira L., Hofmeister E.N., Kurian A., Zion S., Shen H.,

Torres T., Berek J., & Palesh O. Differences among Asian/Asian American, and Caucasian breast and gynecologic cancer patient-reported survivorship needs, symptoms, and illness mindsets. Supportive Care in Cancer, 2019, No. 27(4), 1327–1334. DOI: 10.1007/s00520-018-4400-0

Taylor S.E., & Brown J.D. Illusion and well-being: A social psychological perspective on mental health. Psychological Bulletin, 1988, No. 103(2), 193–210. DOI: 10.1037/0033-2909.103.2.193

Tekbaş S., Şahin N., & Sayın N. C. The effect of treatment on quality of life, symptoms, and social life in gynecologic cancer patients. Clinical Nursing Research, 2021, No. 31(1), 3–10. DOI: 10.1177/10547738211052387

Thompson S.C., & Janigian A.S. Life schemes: A framework for understanding the search for meaning. Journal of Social and Clinical Psychology, 1988, No. 7(2–3), 260–280. DOI: 10.1521/jscp.1988.7.2-3.260

Torres-Lobatón A., Jiménez-Arroyo E.P., Oliva-Posada J.C., Suárez-Juárez C.A., & Morgan-Ortiz F. Gynecological cancer: Evolution of its relative frequency. Ginecología y Obstetricia de México, 2020, No. 88(1), 1–8. DOI: 10.24245/gom.v88i1.3543

Uceda-Escobar A., Guerra-Martín M., & Botello-Hermosa A. The perceptions of women with gynecological cancer after radiotherapy treatment: A gender-based qualitative study. Healthcare, 2023, No. 11(11), 1580. DOI: 10.3390/healthcare11111580

Urkmez E., Andac-Jones E., Cibula D., Querleu D., Halaska M., Driák D., Sehouli J., Grabowski J., Inci G., Zalewski K., Minig L., Zorrero C., Şancı M., Alan M., Ledermann J., Fotopoulou C., & Gultekin M. Perceptions, expectations, and experiences of gynecological cancer patients: A pan-European ESGO-ENG, 2019.

Uslu-Şahan F., Terzioğlu F., & Koç G. Hopelessness, death anxiety, and social support of hospitalized patients with gynecologic cancer and their caregivers. Cancer Nursing, 2019, No. 42(5), 373–380. DOI: 10.1097/NCC.0000000000000622

Valsiner J. Comparative-cultural research in Soviet psychology. / In U. Kim & J.W. Berry (Eds.), Indigenous psychologies: Research and experience in cultural context. — Sage Publications, 1993. — pp. 45–59.

Vygotsky L.S. The history of the development of higher mental functions. — Moscow: Pedagogika, 1960. (In Russian)

Weiner B. An attributional theory of achievement motivation and emotion. Psychological Review, 1985, No. 92(4), 548–573. DOI: 10.1037/0033-295X.92.4.548

Yeh Y.-C., Lu C.-H., Chen I., Kuo S., & Huang Y.-P. Quality of life and its predictors among women with gynaecological cancers. European Journal of Cancer Care, 2021, No. 30(1), e13377. DOI: 10.1111/ecc.13377

Information about authors

Mirov Yuri Alekseyevich. Postgraduate student, Faculty of Psychology, Lomonosov Moscow State University, Bolshaya Nikitskaya ul., 4, 125009 Moscow, Russia.
E-mail: yasomati1970@gmail.com

Mitina Olga Valentinovna. Candidate of Psychological Sciences, Associate Professor, Leading Researcher, Faculty of Psychology, Lomonosov Moscow State University, Bolshaya Nikitskaya ul., 4, 125009 Moscow, Russia.
E-mail: omitina@inbox.ru

For citation:

Mirov Y.A., Mitina O.V. A comparative analysis of illness perceptions among women with malignant neoplasms of the female reproductive system and those without a family history of cancer. Psikhologicheskie Issledovaniya, 2025, Vol. 18, No. 104, p. 5.
https://psystudy.ru