

На правах рукописи

Ерицяи Ксения Юрьевна

**СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ ПРИНЯТИЯ
РЕШЕНИЯ О ВАКЦИНАЦИИ**

19.00.05 – Социальная психология (психологические науки)

Диссертация на соискание ученой степени
кандидата психологических наук

Научный руководитель:
Цветкова Л.А.
Член-корр. РАО,
доктор психологических наук

Санкт-Петербург

2017 г.

Оглавление

ВВЕДЕНИЕ.....	5
ГЛАВА 1. СОВРЕМЕННЫЕ НАУЧНЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРАХ ПРИНЯТИЯ РЕШЕНИЙ О ВАКЦИНАЦИИ	14
1.1. Теоретические подходы к изучению принятия решений	14
1.1.1. Принятие решения как предмет психологического исследования.....	14
1.1.2. Основные дескриптивные модели принятия решений	17
1.1.3. Социально-психологические аспекты принятия медицинских решений и решений в сфере здоровья.....	28
1.2. Возможности использования теорий поведения в сфере здоровья для изучения феномена принятия решения о вакцинации	35
1.2.1. Общетеоретический контекст изучения поведения в сфере здоровья....	35
1.2.2. Теории поведения в сфере здоровья на уровне личности	38
1.2.3. Теории поведения в сфере здоровья на уровне диады или группы.....	45
1.2.4. Теории поведения в сфере здоровья на уровне общности	46
1.3. Эмпирические исследования принятия решения о вакцинации	51
1.3.1. Концептуализация подхода к изучению социальных установок и поведения в отношении вакцинации	51
1.3.2. Исследования распространенности различных видов социальных установок и поведения в отношении вакцинации и их факторов.....	52
1.3.3. Исследования методов противодействия негативным социальным установкам в отношении вакцинации.....	58
1.4. Выводы по Главе 1	59
ГЛАВА 2. ЭТАПЫ И МЕТОДЫ ЭМПИРИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ	63
2.1. Краткая характеристика этапов исследования.....	63
2.2. Систематический обзор методических подходов и результатов эмпирических исследований принятия решения относительно вакцинации как превентивного метода.....	64
2.1.1. Задачи этапа исследования	64
2.1.2. Методы исследования	64

2.1.3. Анализ данных	65
2.3. Теоретическая модель исследования	67
2.4. Эмпирическое исследование.....	72
2.4.1. Пилотажное исследование	73
2.4.2. Основное исследование.....	75
ГЛАВА 3. СИСТЕМАТИЧЕСКИЙ ОБЗОР ЭМПИРИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ ПРИНЯТИЯ РЕШЕНИЯ О ВАКЦИНАЦИИ	81
3.1. Методические характеристики эмпирических исследований принятия решения о вакцинации.....	81
3.1.1. Характеристики публикаций	81
3.1.2. Дизайн исследования.....	81
3.1.3. Теоретические основания.....	85
3.1.4. Эмпирические критерии отказа от вакцинации.....	86
3.2. Подтвержденные в эмпирических исследованиях факторы принятия решения о вакцинации.....	87
3.2.1. Социально-демографические и социально-статусные характеристики..	87
3.2.2. Когнитивные факторы.....	89
3.2.3. Поведенческие факторы.....	92
3.2.4. Иные факторы	93
3.3. Выводы по Главе 3	96
ГЛАВА 4. РЕЗУЛЬТАТЫ СОБСТВЕННОГО ЭМПИРИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИНЯТИЯ РЕШЕНИЯ О ВАКЦИНАЦИИ.....	98
4.1. Условия принятия решения о вакцинации и его поведенческая реализация	98
4.2. Мотивировка решения родителей о вакцинации.....	100
4.2.1. Мотивировка решения родителей о вакцинации детей в реальном опыте	100
4.2.2. Мотивировка решения о вакцинации детей в условиях вымышленного сценария	103
4.3. Различия в принятии решения о собственной вакцинации и вакцинации детей	111
4. 4. Оценка применимости модели убеждений о здоровье к объяснению принятия решения о вакцинации.....	113

4.4.1. Применимость модели убеждений о здоровье к объяснению сложившегося паттерна вакцинации	113
4.4.2. Применимость модели убеждений о здоровье к принятию решения о вакцинации в условиях вымышленного сценария	117
4. 5. Оценка применимости модели диффузии инноваций к объяснению принятия решения о вакцинации.....	121
4.5.1. Характеристики «инноваторов»	121
4.5.2. Оценка влияния «видимости» отказа от вакцинации как поведенческой инновации на принятие решения о вакцинации	123
4. 6. Влияние дескриптивной социальной нормативности на принятие решения о вакцинации.....	128
4.6.1. Оценка влияния дескриптивной социальной нормы на решение (согласие или отказ) о вакцинации	128
4.6.2. Оценка влияния дескриптивной социальной нормы на эмоциональный фон принятия решения о вакцинации.....	131
4.6.3. Оценка влияния дескриптивной социальной нормы на мотивировку решения о вакцинации.....	131
4.6.4. Оценка эффекта фрейминга предъявляемой информации о дескриптивной социальной норме	133
4.7. Обобщающая модель факторов принятия решения о вакцинации.....	135
4.8. Выводы по Главе 4.....	140
ВЫВОДЫ	144
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	148
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ	152
ПРИЛОЖЕНИЯ	173
Приложение 1. Характеристика публикаций, вошедших в систематический обзор литературы	173
Приложение 2. Путеводитель качественного интервью.....	189
Приложение 3. Анкета основного исследования.....	194
Приложение 4. Выборочные статистические таблицы основного исследования	206

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность исследования. Иммунизация является одним из наиболее значимых достижений общественного здравоохранения за последнее столетие. Однако в последнее время в мире отмечается тенденция к осознанному отказу от вакцинации, которая обусловлена не недостатком ресурсов, а снижением доверия к данной мере профилактики (см., например, Daniels, 2001; Omer et al., 2006;). Таким образом, формируется существенная угроза общественному здоровью, ведущую роль в которой играют именно психологические и социальные факторы. В ответ на данную угрозу под эгидой Всемирной организации здравоохранения в 2012 году была создана специальная рабочая группа, направленная на выявление факторов негативных социальных установок, недостаточной приверженности вакцинации и формирование рекомендаций по их профилактике (WHO, 2016). Недавнее сравнительное исследование, проведенное в 67 странах мира, показало, что негативные установки к вакцинации особенно распространены в Европейском регионе, и Россия входит в число стран с наивысшими значениями данного показателя (Larson, 2016). Немногочисленные опубликованные российские эмпирические исследования дают основания предполагать, что данные социальные установки могут приводить и к увеличению случаев отказа от вакцинации. Так, анализ официальных случаев отказов родителей от вакцинации детей в г. Пенза показал увеличение данного показателя с 0,08% до 1,01% за период 2005-2013 гг. (Купрюшин, 2015). Результаты опросного исследования, проведенного в г. Северодвинске, показали, что доля лиц, отказывающихся от вакцинации детей, может быть еще выше (3,7%) (Кригер, 2016).

Степень научной разработанности. Решение о вакцинации достаточно часто использовалось в психологической науке в качестве примера принятия решения в ситуации риска и неопределенности, например, в теориях обоснования решения ("Decision Justification Theory") (Connolly, Zeelenberg, 2002) и проспективной теории (Канеман, 2013). Другим источником теоретических

представлений о принятии решения о вакцинации служат теории поведения в сфере здоровья. В частности, считающаяся одной из ведущих теорий, объясняющих поведение, связанное со здоровьем, модель убеждений в отношении здоровья, свою эмпирическую проверку получила, в том числе по результатам исследований согласия на вакцинацию (Janz, Becker, 1984). Однако до настоящего момента специализированные теоретические модели принятия решения в сфере вакцинации фактически отсутствовали. Первым и единственным на данный момент исключением является процессная модель решений о вакцинации Валери Рейна, разработанная на базе ее же более общей Теории нечеткого следа (Fuzzy-trace Theory) (Reyna, 1998; 2012).

В последнее время сама проблематика недостаточной приверженности вакцинации концептуализирована в форме понятия «нерешительности» (hesitancy) (MacDonald, 2015). Данный термин уточняет более простое, ранее доминирующее представление о разделении населения на сторонников и противников вакцинации и включает в фокус анализа как иные виды поведения (например, неполная вакцинация, откладывание вакцинации), так общие и частные социальные установки к вакцинации. Понятие «нерешительности» отвечает тому разнообразию эмпирических исследований данной проблематики, которое есть на сегодняшний день. Только за пятилетний период с 2007 по 2012 годы число публикаций на тему социальных установок и поведения в сфере вакцинации и их детерминант среди различных групп составляло около 1100 наименований (Larson, 2014). Однако, такое количество исследований, проведенных по разным основаниям, не дает возможности в полной мере оценить состояние научного знания по указанной проблематике. Предпринимаемые попытки систематических обзоров научных публикаций демонстрируют, что сегодня отсутствует четкая модель детерминации недостаточной приверженности вакцинации, в том числе, ввиду культуральной специфики данного феномена, а результаты различных исследований, даже проведенных в одной стране, часто противоречат друг другу (там же).

Следует также отметить, что проведенные на территории России исследования феномена отказа от вакцинации начали появляться лишь в последние несколько лет (Елукова, 2015; Купрюшин, 2015; Солондаев, 2015; Кригер, 2016; Солондаев, 2016; Черная, 2016а; Черная, 2016b; Larson, 2016).

Недостаточная научная разработанность данной проблематики проявляется также и в отсутствии эффективных методов противодействия негативным социальным установкам к вакцинации или отказам от данного профилактического вмешательства. Два независимых систематических обзора литературы, проведенных в течение последних нескольких лет, заключили, что в настоящее время отсутствуют успешные профилактические вмешательства в данной области, которые можно рекомендовать к внедрению (Sadaf, 2013; Dubé, 2015).

Таким образом, **теоретическая актуальность** исследования определяется отсутствием признанных социально-психологических моделей принятия решения о вакцинации и недостаточной представленностью социально-психологических исследований данной проблематики, проведенных в российских социо-культурных условиях. **Практическая актуальность** обусловлена необходимостью социально-психологических исследований феномена принятия решения о вакцинации, которые могли бы послужить основой разработки целевых вмешательств в сфере здравоохранения, направленных на первичную и вторичную профилактику недостаточной приверженности вакцинации на уровне социальных установок и поведения.

Цель исследования – разработка и эмпирическая верификация теоретической модели социально-психологических факторов принятия решения о вакцинации.

Для достижения поставленной цели решались следующие **задачи**:

1. Анализ и систематизация психологических теорий, применимых для описания феномена принятия решения о вакцинации.
2. Выявление методологических подходов к эмпирическому изучению факторов недостаточной приверженности вакцинации.
3. Систематизация факторов недостаточной приверженности

вакцинации, выявленных в эмпирических исследованиях.

4. Разработка теоретической модели социально-психологических факторов принятия решения о вакцинации на основе синтеза теоретических подходов и имеющихся эмпирических данных.

5. Эмпирическая проверка разработанной модели принятия решения о вакцинации на материале исследования репрезентативной выборки жителей Санкт-Петербурга.

6. Разработка на основании эмпирических данных типологии принятия решения о вакцинации.

7. Разработка рекомендаций по первичной и вторичной профилактике недостаточной приверженности вакцинации в российских условиях.

Объектом исследования является решение о вакцинации, принимаемое взрослыми жителями российского мегаполиса в отношении собственной вакцинации или вакцинации детей.

Предмет исследования – социально-психологические факторы принятия решения о вакцинации.

Основные научные гипотезы исследования

1. Принятие решения о вакцинации имеет многофакторную детерминацию и определяется как специфическими в отношении вакцинации представлениями и социальными установками, так и социальными факторами, условиями принятия решения, предыдущим опытом и принадлежностью к большим социальным группам.

2. Дескриптивные социальные нормы в отношении вакцинации оказывают влияние на принятие решения о вакцинации.

3. Форма представления (фрейминг) информации о дескриптивной социальной нормативности решения относительно вакцинации в терминах доли согласившихся или отказавшихся влияет на принятие решения о вакцинации.

4. Конфигурация факторов, процесс и результат принятия решения о вакцинации будет различаться в зависимости от объекта, относительно которого принимается решения о вакцинации (себя или ребенка).

Теоретико-методологическая основа

В качестве теоретико-методологических оснований в диссертационном исследовании использованы положения следующих моделей: проспективная теория принятия решения (Kahneman, Tversky, 1979), временная теория саморегуляции (Hall, Fong, 2007), теории конформизма (Cialdini, 1998), классификации видов принятия решения (March, 1994), теория разумного действия (Ajzen, Fishbein, 1970), социально-когнитивная теория (Bandura, 1986), теория диффузии инновации (Rogers, 1995) и модель убеждений в отношении здоровья (Rosenstock, 1974). Методически исследование опирается на лучшие практики эмпирических исследований принятия решения о вакцинации, выявленные в ходе систематического обзора релевантных публикаций.

Методы исследования включают:

- 1) систематический обзор публикаций на основе данных эмпирических исследований факторов недостаточной приверженности вакцинации;
- 2) качественные интервью (N=26) с лицами, имеющими опыт принятия решения о собственной вакцинации и/или вакцинации детей;
- 3) опрос совершеннолетних жителей Санкт-Петербурга: 1) интернет-опрос родителей несовершеннолетних детей (N=266); 2) телефонный опрос репрезентативной выборки жителей Санкт-Петербурга (N=1175). Структурированный опрос включал преимущественно закрытые вопросы относительно опыта, социальных установок и поведения в отношении вакцинации, а также предполагаемых факториальных переменных. Индикаторы опросника разработаны на основе анализа существующего массива исследований данной проблематики, а также данных качественных интервью. На данном этапе исследования был также применен экспериментальный исследовательский дизайн для оценки влияния фактора социальной нормативности и его фрейминга на принятие решения в условиях вымышленного сценария.

Анализ данных проводился с помощью методов тематического анализа (данные интервью), контент-анализа (открытые вопросы онлайн-опроса), и статистического анализа. Статистический анализ осуществлялся с

использованием дескриптивных статистик, метода сравнения средних (t-критерий Стьюдента, дисперсионный анализ (ANOVA)), U-тест по методу Манна-Уитни, Теста Уилкоксона (Wilcoxon) для сравнения двух зависимых выборок, таблиц сопряженности (χ^2 Пирсона), корреляционного анализа по Спирмену, а также бинарного регрессионного анализа и множественного логистического регрессионного анализа.

Научная новизна исследования заключается в следующем:

1. Впервые проведен систематический обзор научных публикаций факторов недостаточной приверженности вакцинации, выявленных на основе исследований социальных установок и поведения в отношении вакцинации в целом, а не конкретных вакцин.

2. Впервые в России проведено комплексное исследование принятия решения о вакцинации, позволившее выявить факторы принятия данного решения и количественно оценить их вклад.

3. Впервые получены данные о сходстве и различии в решении о вакцинации в зависимости от его объекта (решение о собственной вакцинации или о вакцинации детей).

4. Впервые теория диффузии инновации применена и эмпирически верифицирована для концептуализации феномена отказа от вакцинации как поведенческой инновации на уровне социальной группы.

5. Впервые с использованием экспериментального дизайна проверено влияние на принятие решения фактора дескриптивной социальной нормативности и способа ее представления (фрейминга).

Теоретическая значимость работы заключается в разработке и эмпирической верификации модели принятия решения о вакцинации на основе синтеза конструкторов различных теоретических моделей и факторов, выявленных в эмпирических исследованиях. Решение о вакцинации и его поведенческая реализация при этом рассматриваются в контексте их социальной обусловленности. Также исследование позволило углубить научные представления о влиянии социальной нормативности на поведение в сфере

здоровья за счет получения эмпирического подтверждения влияния фрейминга информации о социальной нормативности на принятие решения.

Практическая значимость исследования связана с возможностью использования его материалов и выводов для разработки социально-психологических вмешательств в сфере здравоохранения, направленных на противодействие недостаточной приверженности вакцинации на уровне социальных установок и поведения. Ряд конкретных приложений полученных результатов представлен в работе в виде рекомендаций.

Основные положения, выносимые на защиту

1. На индивидуальном уровне принятие решения о вакцинации и его поведенческая реализация имеют многофакторную детерминацию и определяются как специфическими в отношении вакцинации представлениями и социальными установками, так и доверием к связанным с вакцинацией социальным институтам, предыдущим опытом вакцинации и опытом принятия решения о вакцинации детей в реальной ситуации. Степень влияния и конфигурация указанных факторов различаются в зависимости от объекта, в отношении которого принимается решение о вакцинации: решение о собственной вакцинации или о вакцинации ребенка.

2. Дескриптивная социальная норма оказывает влияние на принятие решения о вакцинации детей: положительное в случаях, когда данное решение разделяет большинство и отрицательное в случаях, когда согласие на вакцинацию выражает меньшинство или когда данная социальная норма размыта. Предъявление информации о социальной нормативности затрудняет принятие решения и заставляет привлекать дополнительные объяснения для принятия того или иного решения.

3. Представление информации о социальной нормативности в терминах согласия на вакцинацию (позитивный фрейминг) повышает долю лиц, согласных на собственную вакцинацию, тогда так та же информация, представленная в терминах отказа от вакцинации (негативный фрейминг) снижает вероятность согласия на вакцинацию. 4. Обобщенные виды принятия решения о вакцинации и

его мотивировки включают: а) собственно принятие решения на основании условий проблемной ситуации; б) принятие решения на основании социальной установки - применение уже существующего решения, действующего как «правило» в каждой конкретной ситуации; в) передача функций принятия решения эксперту. Данные подвиды принятия решения не являются взаимоисключающими и могут быть использованы совместно.

4. Обобщенные виды принятия решения о вакцинации и его мотивировки включают: а) принятие решения на основании условий проблемной ситуации; б) принятие решения на основании социальной установки к вакцинации - использование уже существующего решения, действующего как «правило» в каждой конкретной ситуации; в) делегирование функций принятия решения эксперту. Данные типы принятия решения не являются взаимоисключающими и могут быть использованы совместно.

5. На социально-групповом уровне отказ от вакцинации может распространяться как некая инновационная поведенческая модель, которая оказывает влияние на принятие решения о вакцинации через личное знакомство с лицами, практикующими данную «инновацию».

6. Сущностной особенностью решения о вакцинации является его социальный характер – принятие решения под воздействием других людей или в непосредственном взаимодействии с ними. Другими психологическими особенностями решения о вакцинации являются сопряженность с риском и неопределенностью относительно последствий и критериев принятия решения и асинхронность предполагаемых затрат и выгод.

Достоверность результатов исследования

Достоверность результатов исследования обеспечивается: 1) включением в теоретическую модель исследования факторов, представленных как в теоретических моделях принятия решений и поведения в сфере здоровья, так и обнаруженных в результате систематического обзора эмпирических исследований; 2) использованием качественно-количественного подхода к сбору и анализу данных и экспериментального дизайна для проверки гипотез; 3)

адекватностью объема выборки (1175 человек) поставленным задачам и ее репрезентативностью; 4) корректным применением статистических методов, в том числе использованием многомерных методов анализа данных.

Апробация результатов исследования

Основные результаты работы представлены в девяти публикациях, в том числе в четырех публикациях в рецензируемых журналах из списка Scopus. Результаты исследования представлены на 14-м Европейском конгрессе по психологии (Милан, Италия, 2015), а также 31-м международном конгрессе по психологии (Йокогама, Япония, 2016) и 31-й конференции Европейского общества психологии здоровья (Падуа, Италия, 2017). Результаты исследования использованы в разработке и преподавании учебных курсов «Современные превентивные технологии в области здоровья (с практикумом)» и «Современные превентивные технологии в психологической практике» (Санкт-Петербургский государственный университет, факультет психологии), опубликованы в учебном пособии «Методология разработки профилактических проектов в сфере здоровья» (Цветкова, Антонова, Ерицяи, 2013).

Структура и объем работы. Диссертация состоит из введения, четырех глав, выводов, заключения, списка литературы и приложений. Общий объем работы – 215 страниц. В тексте диссертации содержится 10 таблиц и 6 рисунков. Список литературы включает 201 наименование, из них 156 – на иностранном языке.

ГЛАВА 1. СОВРЕМЕННЫЕ НАУЧНЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРАХ ПРИНЯТИЯ РЕШЕНИЙ О ВАКЦИНАЦИИ

1.1. Теоретические подходы к изучению принятия решений

1.1.1. Принятие решения как предмет психологического исследования

Факторы, процесс и эффективность принятия решения – предметы изучения многих научных направлений, от экономики и маркетинга до политологии и менеджмента. Понятие принятия решения в значительной степени сходно с понятием выбора. Зачастую авторы либо определяют эти понятия друг через друга, либо используют их как синонимичные. Принято разделять понятия принятия решения (выбора) (decision making / choice) и решения проблем (problem solving) – первые в большей степени описывают ситуации, где набор возможных альтернатив заранее более-менее определен, тогда как последние относятся к так называемым «открытым» задачам (Корнилова, 2014 а; Корнилова, 2014 b).

Когда последствия принятия альтернатив заранее определены, говорят о задаче в условиях определенности ("decision-making under certainty"), в иных случаях - неопределенности (uncertainty) или риска. Понятие риска (risk) относится к тем случаям, когда каждое действие приводит к одному или нескольким возможным результатам, и вероятность возникновения каждого из результатов известна человеку, принимающему решение. В случае неопределенности, вероятности последствий действия (или бездействия) являются в той или иной степени неизвестными для принимающего решение. Еще менее определенная ситуация (ignorance – термин, не имеющий адекватного перевода на русский язык, в буквальном переводе – невежество) характеризуется наличием последствий, неизвестных для принимающего решение (Wynne, 1992).

Многие авторы говорят о теориях принятия решения и оценки (суждения) как о некоей единой области научного знания (Judgment and Decision Making, JDM) (Blanchette, Richards, 2010). Оценка (суждение) при этом определяется как процесс, с помощью которого человек рассматривает и оценивает различную

информацию и вероятность возникновения каких-либо последствий. И в эмпирических исследованиях он представлен чаще всего как оценка испытуемыми вероятности возникновения тех или иных событий в будущем. Принятие решений определяется как процесс выбора между «альтернативами, заданными предметами, идеями или действиями» (Корнилова, 2014b. с. 9). В психологических исследованиях чаще всего акцент делается на изучении процесса выбора, сопровождающегося определенным уровнем риска (Blanchette, Richards 2010), или шире – неопределенности. При этом неопределенность может касаться не только собственно условий задачи (последствий выбора и вероятности их наступления), но и критериев предпочтения альтернатив (Корнилова, 2014 b). Оценка и принятие решения тесно связаны и в ряде случаев могут не разделяться авторами как отдельные процессы (Baron, 2004); в том числе потому, что принятие решений часто базируется именно на оценке вероятностей тех или иных последствий (Blanchette, Richards 2010).

Существует множество различных оснований классификаций принятия решения. Т.В. Корнилова и О.К. Тихомиров (1990) выделяют в качестве такого основания ведущий тип психических процессов регуляции принятия решения, разделяя решения на интеллектуальные, эмоциональные, волевые и пр.

Для целей настоящей работы представляется важным выделение принятия социальных и не социальных решений. Следует отметить, что, несмотря на широкое использование в зарубежной литературе термина «социальное решение» (social decision), оно четко не операционализируется. Зачастую говорят о решении, происходящем в социальном контексте (напр., Utevsky, Huettel, 2015), либо ограничиваются примерами задач, имеющих значительный социальный компонент, например – решения (суждения) в отношении других людей, решения, принимаемые под воздействием других людей или в непосредственном взаимодействии с ними (Lee, Harris, 2015). Более узко социальный контекст определяется как наличие актуального, воображаемого или подразумеваемого другого, обладающего собственными намерениями и поведение которого не может быть точно предсказано (там же).

Классификации собственно социальных решений на данный момент не достаточно разработаны. В своей недавней работе Аманда Утевски и Скотт Хеттел (Utevsky, Huettel, 2015) выделяют две разновидности социальных решений. Не-интерактивные [non-interactive] решения принимаются в одиночку, но каким-либо образом затрагивают других людей (например, «моральные решения»). Интерактивные решения принимаются либо совместно с другими людьми, либо с необходимостью учета мнений, настроений и возможного поведения других людей. Данное разделение предполагается достаточно релевантным для лабораторных экспериментов, однако не всегда очевидным для реальных жизненных ситуаций, поскольку то, будет или нет, человек ориентироваться в своем решении на психологическое состояние некоего важного социального «другого» не всегда может быть определено условиями задачи.

Классификация Джонатана Бэрона (Baron, 1995) имеет более отчетливое дескриптивное приложение к изучаемому феномену. Автор выделяет три ключевые переменные социальных решений: а) кто будет затронут решением (сам человек или кто-то другой); б) кто принимает решение (человек, группа или часть группы) и в) что является результатом данного решения. Под результатом подразумевается, будет ли это решение в дальнейшем использоваться как правило (например, решение о согласии или отвержении вакцинации в целом или согласие с рекомендованным календарем вакцинации), или оно было сделано исключительно для данного конкретного случая (например, конкретной вакцины). В контексте вакцинации затронутыми решением обычно могут быть либо сами лица, принимающие решение (решение в отношении себя), либо зависимые лица, чаще всего дети (решение в отношении другого). Субъектом решения, вероятно, также может быть либо сам человек, либо диада или малая группа, состоящая из его ближайшего окружения. Предполагается, что различные комбинации данных трех переменных могут формировать особые с точки зрения психологической составляющей типы социальных решений.

В целом авторы склонны считать, что именно социальный контекст принятия решений является недостаточно исследованным в данной области

знания (Ajzen, 1996; Utevsky, 2015). Специфика логики развития исследований в данном русле привела к доминированию лабораторных экспериментов, в которых социальный аспект принятия решения либо полностью исключен, либо представлен в базовом виде. Исключением являются распространенные исследования группового принятия решений (Kugler, 2012; Марарица, 2007), однако и там группы в основном формируются непосредственно для целей эксперимента, что вносит существенное ограничение в возможность генерализации полученных данных с точки зрения экологической валидности (Карпов, 2013).

Некоторая терминологическая неоднозначность, тем не менее, не мешает данной области знаний активно развиваться. Существует как множество теоретических подходов к изучению принятия решения, так и значительное число их классификаций (напр., Реуна, 2015). Наиболее общепринятым признано деление указанных теорий на *нормативные*, описывающие наилучший способ принятия решений, и *дескриптивные*, сфокусированные на описании процесса и результата принятия решений в таком виде, в котором он действительно реализуется в жизни (Over, 2004). Относительно недавно стали предприниматься попытки синтеза вышеописанных подходов и разработка так называемых *прескриптивных* теорий (Dillon, 1998). В контексте данной работы наибольший интерес представляют именно дескриптивные теории принятия решений, как наилучшим образом описывающие реальные выборы, в том числе в сфере здоровья и, одновременно, как наиболее психологические по своему содержанию.

1.1.2. Основные дескриптивные модели принятия решений

Исторически одной из первых постклассических, не нормативных теорий к изучению процесса принятия решения относят теорию ограниченной рациональности или теорию удовлетворенности Герберта Саймона (Simon, 1972), опубликованную в 50-х годах прошлого века. Основные ее послышки состоят в том, что в реальном мире зачастую принимающие решения лица не имеют достаточного понимания проблемы, с которой столкнулись, и при этом имеют

объективные ограничения для принятия решения, в том числе когнитивные и временные. И если какая-либо альтернатива представляется удовлетворительной (соответствующей уровню стремлений), она, скорее всего, и будет выбрана. Эти положения являлись революционными в отношении господствующего на тот момент представления о стремлении человека к максимизации полезности.

Иное теоретическое измерение в принятии решений связано с понятием сожаления или раскаяния (regret). Сразу несколько исследователей (Д. Белл, Лумс и Р. Сагден), работающих в русле экономической теории в сходный временной промежуток, отметили влияние антиципируемого сожаления в случае принятия неверного решения на процесс и результат самого решения (Плаус, 1998). Результаты эмпирических исследований, выполненных в рамках данной идеи, показали неконсистентные результаты и были подвергнуты критике. Однако изучение феномена раскаяния получило свое дальнейшее развитие. Основное положение теории обоснования решения (“Decision Justification Theory” - DJT) Терри Коннолли и Марсея Зиленберга (Connolly, Zeelenberg, 2002) заключается в том, что сожаление (раскаяние) возникнет или будет более сильным в случае, когда решение может быть недостаточно обоснованным, по мнению актора. То есть, когда решение, процесс его принятия и его посылки могут быть подвергнуты критике (Connolly, Reb, 2005). Интересно, что еще на этапе теоретического осмысления авторы в качестве одного из примеров приводили принятие решения о вакцинации, а в дальнейшем провели ряд исследований именно в области принятия решений в сфере здоровья.

Идеи о важности эмоций и возможности обосновать свое решение также включены в качестве центральных в теории целей выбора (choice goals framework), выдвинутой группой американских исследователей в первую очередь для описания потребительского поведения (Bettman, 1998). Согласно данной широко используемой модели у принимающего решение человека есть ряд мета-целей. К ним относятся: максимизация точности выбора, минимизация когнитивных усилий, избегание негативных эмоций в процессе и после принятия решения, стремление сделать максимально легким обоснование своего решения,

как для себя, так и для других людей. Последнее может приводить к использованию стратегий принятия решения, основанных на наиболее очевидных и легких для обобщения отношений между альтернативами (так называемых эвристик отношения – relational heuristics)¹. Если первые две цели напоминают последовательно классические нормативные теории принятия решения и теорию удовлетворенности, то последние в определенной мере соответствуют теории обоснования решения. Предполагается, что значимость данных целей может быть различной в зависимости от условий задачи, а также от ее субъективной значимости для лица принимающего решения и обратимости последствий принятого решения.

Современные исследования показывают, что эмоции играют важную роль в процессе принятия решения. Недавний интегративный обзор исследований в этой области (Lerner, 2015) позволил заключить, что влияние эмоций на принятие решений не является случайным, а, напротив, имеет предсказуемый характер, хотя и различается в зависимости от типа проблемной ситуации. Основным механизмом влияния эмоций на принятие решений является изменение под их влиянием: а) содержания мыслительного процесса, б) его глубины и в) содержания имплицитных целей принятия решения. Авторы предлагают достаточно обобщенную интегративную модель, в которой эмоциональное состояние человека во время принятия решения будет зависеть от его личностных особенностей, типа задачи и внешних воздействий и, в свою очередь, оказывать влияние на осознанные и бессознательные процессы принятия решения и ожидаемые результаты решения.

Рассмотренная выше теория целей выбора может быть в целом охарактеризована как условно мотивационная, поскольку рассматривает мотивационный компонент как центральный в процессе принятия решения. Однако традиционно к данному классу моделей принятия решения исследователи относят (Larrick, 1993; Корнилова, 2002) модель выбора риска Джона Аткинсона (Atkinson, 1957) и теорию когнитивного диссонанса Леона Фестингера (2000). В

¹¹ Более подробно понятие эвристик будет рассмотрено ниже.

силу широкой представленности данных моделей в литературе, опустим их подробное описание. Отдельно заметим, что теория когнитивного диссонанса пригодна не только для описания процесса и факторов принятия того или иного решения, но и для предсказания его последствий. Принятие решения как процесс выбора между альтернативами практически всегда, по мнению Л. Фестингера, будет сопровождаться когнитивным диссонансом, поскольку отвергнутые альтернативы могут иметь какие-либо положительные стороны или преимущества по сравнению с принятым вариантом, а это диссонирует их отвержению. Когнитивный диссонанс будет тем более выражен, чем более велика важность для человека данных конкретных убеждений (когнитивных компонентов социальных установок) и их систем и чем более выражены различия между этими двумя системами когнитивных элементов. Также когнитивный диссонанс будет возрастать с увеличением относительной привлекательности отвергнутых альтернатив. Когнитивный диссонанс может быть разрешен либо с помощью изменения решения, либо через установление совпадения когнитивных элементов альтернатив, либо с помощью снижения важности принятого решения, либо через изменение воспринимаемой привлекательности представленных альтернатив. Предполагается, что эффективность последнего способа напрямую связана с возможностью найти поддержку принятому решению среди социального окружения. Теория когнитивного диссонанса пока крайне ограничено применялась к проблеме вакцинации: в одном из исследований она была использована для интерпретации негативного результата интервенции, направленной на формирование позитивных установок к вакцинации (Wilson, 2005).

По сравнению с другими моделями принятия решения, наиболее широкий интерес и общественное признание в настоящее время получила перспективная теория² (Prospect Theory), которая была разработана в рамках когнитивного подхода в качестве альтернативы нормативным моделям (в первую очередь теории ожидаемой полезности), и направлена на описание принятия решений в

² В некоторых переводах упоминается как «Теория перспектив(ы)» (напр. (Канеман, 2015)).

ситуациях риска (Kahneman, Tversky 1979). Ключевые положения данной теории могут быть сформулированы следующим образом. Во-первых, предполагается, что на оценку субъектом альтернатив будет оказывать status quo субъекта – каковы его ресурсы на момент принятия решения. Следует отметить, что значительная часть эмпирической проверки теории была реализована на примере лотереи – субъектам указывалась вероятность и сумма возможного выигрыша, status quo при этом упрощенно оценивался как имеющиеся у индивида денежные средства. Сходный эффект, основанный на относительной, а не абсолютной разнице между альтернативами также проявляется и при сравнении двух альтернатив. Различие между девянностью и ста представляется существенно менее значимым, чем между 10 и 20 – при переходе к большим величинам наблюдается «снижение чувствительности».

Во-вторых, делается заключение о важности формата представления (framing) задачи, для принятия индивидом решения, в частности в терминах возможных выгод или возможных потерь. Исследования показали, что функция ценности для приобретений и потерь существенно различается. Так, потери воспринимаются большими, чем приобретения и люди готовы идти на больший риск, чтобы избежать потерь, чем, чтобы получить выгоду. При этом в действительности предложенные данные опции могут быть абсолютно идентичными, однако, будучи по-разному сформулированными, приводят к различающимся решениям.

Еще одно важное нововведение данной модели заключается в понятии «вес решения» - в реальности люди совсем по иному оценивают представленные им процентные вероятности наступления какого-либо события. Низкие вероятности переоцениваются, поскольку будучи отличны от нуля они воспринимаются как принципиально возможные («эффект возможности»). Напротив, высокие вероятности, приближающиеся, но не достигающие 100%, - недооцениваются («эффект неопределенности»). Действие данных эффектов приводит к тому, что при высокой вероятности выигрыша и низкой вероятности проигрыша происходит неприятие риска в связи со страхом разочарования и крупной потери.

Напротив, люди будут более склонны принимать рискованные альтернативы при низкой вероятности выигрыша и высокой вероятности проигрыша из-за надежды на крупную прибыль и возможность избежать потери. Все эти варианты развития событий противоречат стремлению к рациональности, однако достаточно легко объяснимы, исходя из удовлетворяемых ими психологических потребностей личности.

Другим важным источником появления решений, не всегда отвечающих строгим критериям рациональности, является использование эвристик – стратегий, упрощающих принятие решения за счет того, что конкретный вариант решения быстрее и проще приходит в голову. Было выявлено множество различных видов эвристик, например, доступности, репрезентативности, настроения и пр. Следует отметить, что принятое с помощью эвристик решение вполне может быть как верным, так и ошибочным (Канеман, 2013).

Кроме того, успех проспективной теории способствовал популяризации идеи о существовании и взаимодействии двух когнитивных систем. Система 1 – быстрая, интуитивная и в большей степени бессознательная система обработки информации и принятия решения, часто опирающаяся на прошлый опыт. Система 2 – напротив, рефлексивная, отвечает за более медленную, осознанную, последовательную обработку информации, качество которой напрямую связано с когнитивными способностями индивида (Evans, Stanovich, 2013). В тоже время каждой системе присущи свои источники искажений.

Как сами Д. Канеман и А. Тверски, так и другие ученые, работающие в русле проспективной теории, использовали пример вакцинации для проверки различных частных гипотез. Действительно, вакцинация работает именно с вероятностями, создавая высокую (но всё же не 100%) вероятность защиты от инфекционных заболеваний и при этом, как и иное медицинское профилактическое вмешательство, имеющее минимальные риски негативных последствий (но отличающиеся от 0%). Поэтому принятие решений в данной области должно быть связано с воздействием эффектов возможности, определенности и фрейминга, а также таких описанных авторами феноменов, как

феномен «запретной сделки» (психологический запрет на повышение риска в определенных случаях, например, когда дело касается здоровья и/или детей), и «неприятя потерь», характерных в таких релевантных данной работе случаях, как выбор, связанный с риском для здоровья своего или детей.

Еще одна важная классификация типов решений принадлежит Джеймсу Марчу (March, 1994). Он ввел представление о двух принципиально различных типах решений. Первый сходен с пониманием процесса принятия решения в нормативных теориях - ориентация на логику последствий и соответствия их предпочтениям актора. Однако роль предпочтений понимается не в терминах простого соответствия (провести инвентаризацию предпочтений и выбрать наиболее соответствующую им альтернативу), а выражена скорее в терминах конструирования – люди конструируют свои предпочтения в процессе принятия решения. В действительности зачастую предпочтения бывают неопределенными, непоследовательными и изменчивыми – то есть недостаточно сильным основанием для принятия решений (Slovic, 1995).

Второй тип принятия решений в терминах автора (March, 1994) основан на логике не последствий, но соответствия/уместности (“appropriateness”). Фактически когнитивный процесс данного типа принятия решения выглядит следующим образом: «Что такой человек как я делал бы в аналогичной ситуации?». Таким образом, ключевыми понятиями в данном случае будут не «вероятность», «предпочтение» и «последствие», а «идентичность», «правила» и отнесение социальной ситуации к какому-либо классу, то есть преимущественно социально-психологические феномены. Предполагается, что именно такой подход может быть более уместен для понимания процесса принятия социальных решений, что было показано, на примере материала социальных дилемм (Weber, 2004). Фактически в основу второго подхода ложится идея нормативности – социальной нормы либо выработанной внутренней нормы относительно конкретного типа ситуаций. Имплицитно подразумевается, что социальная норма, как и иные социально-психологические феномены, такие как конформизм, социальная фасилитация, социальное сравнение могут играть существенную роль

в процессе принятия решения. Однако следует отметить, что в целом социально-психологические феномены в процессе принятия решений редко являлись объектом специального рассмотрения (Плаус, 1998).

Среди социально-психологических феноменов, пожалуй, наибольшее распространение получило изучение конформизма как фактора принятия решений. Конформизм в узком смысле может быть определен как «... реализация отчетливо приспособленческой реакции на групповое давление (точнее, на давление большинства членов группы) с целью избежать негативных санкций...» (Ильин, Кондратьев, 2012). В тоже время известный исследователь социального влияния Р. Чайдини (Cialdini, 1998) определяет его значительно более широко, включая случаи, когда воздействие общества не соответствует критериям социального давления, и даже те, конкретный вид поведения практикует меньшинство либо вообще отдельные люди. В данном более широком контексте конформизм (или конформная мотивация) определяется как изменение поведения, направленное на то, чтобы соответствовать убеждениям, ожиданиям, поведению реальных или воображаемых других или имитировать это соответствие. Исследования показывают, что данное поведение широко распространено, а тенденция к имитации чужого поведения настолько быстрая и бессознательная, что может быть определена как практически автоматическая (Griskevicius, 2006). Исследователи отмечают, конформное поведение зачастую носит адаптивный характер и в зависимости от обуславливающей его мотивации можно выделять несколько его видов, которые, однако, могут существовать одновременно. Конформное поведение, особенно в ситуации неопределенности, может быть использовано с целью принятия более правильных решений. Данный тип социального воздействия может быть охарактеризован как информационный. Другая мотивация, которую может удовлетворить конформное поведение, это стремление к аффилиации. Именно этот тип поведения, к примеру, упоминается в вышеприведенном определении В.А. Ильина. Данный тип социального воздействия на поведение определяется как нормативный, именно здесь велика роль потенциальных негативных санкций в отношении лица, отступившего от

групповых норм (Griskevicius, 2006). По Р. Чайддини оба типа конформизма также позволяют удовлетворить третий вид имплицитного мотива – становления Я-концепции (через защиту собственной самооценки или через процесс самокатегоризации) (Cialdini, Goldstein, 2004).

Другим потенциально релевантным целям настоящей работы направлением теоретического и эмпирического изучения социального влияния является изучение влияния на принятие решений совета эксперта. Эмпирические исследования показывают, что совет экспертов в конкретной области воспринимается как более ценный по сравнению с советами «обычных людей» и чаще оказывает влияние на поведение (Meshi, 2012). Воспринимаемая степень экспертизы в конкретной области оказывает влияние и в том случае, если совет дают знаменитости (Klucharev, 2008). Можно предположить, что механизм действия совета также сходен с механизмом конформного поведения и определяться не только целью выбрать лучшую из имеющихся альтернатив, но и мотивом аффилиации. Эмпирически выведенная модель принятия совета может состоять из трех нейрокогнитивных процессов: оценки самого совета, оценки степени различия между собственным мнением и советом и процессом совмещения первых двух факторов. Чем выше оценка данной совету и чем меньше различие между собственным мнением и предложенным советом, тем более велика вероятность, что совет будет принят (Meshi, 2012).

Среди российских моделей принятия решения следует отметить подходы Т.В. Корниловой и А.В. Карпова, разработанных в рамках деятельностного подхода. Концепция Т.В. Корниловой опирается на понимание принятия решения как деятельности, направленной на снижение неопределенности (Корнилова, 2003). При этом автор настаивает на том, что данная деятельность имеет интеллектуально-личностное опосредование. Интеллектуальная или личностная составляющая не являются априори ведущей. В выдвинутой автором модели множественной регуляции принятия решений (она же – мультипликативная концепция психологической регуляции выбора) постулируется, что принятие решения следует рассматривать как динамический процесс, в котором происходит

иерархизация регулирующих выбор процессов (Корнилова, 2014). Автором было выдвинуто положение о существовании динамических регулятивных систем, понимаемых как некое открытое новообразование, возникающее в процессе принятия решения, в рамках которого и возникают указанные иерархии.

В работах А.В. Карпова (2003) также делается акцент на процессном характере принятия решений. Процессы принятия решения, по мнению автора, относятся к синтетическим и интегральным. Следует упомянуть, что к настоящему моменту сформировался целый класс теоретических моделей, основанных на процессном подходе к пониманию и эмпирическому изучению принятия решений (Beach, Mitchell, 1987; Reyna, Brainerd, 1998; Козелецкий, 2000; Hansson, 2005; Svenson, 2003; Glöckner, Betsch, 2012; Pieterse, 2013). Можно выделить три основные характеристики подобных моделей: стадийность, представление об изменении ментальной репрезентации проблемы в процессе принятия решения и представление о существовании различных стратегий принятия решения (Crozier, Ranyard, 1997). При этом в последнее время происходит переосмысление понимания стадийности как заранее определенной последовательности к пониманию скорее цикличности процесса принятия решения и возможности пропуска отдельных его элементов (Mintzberg, 1976).

Любопытным с методической и содержательной точек зрения является вопрос о критериях факта выбора (Корнилова, 2014). В эмпирических исследованиях чаще всего данными критериями служат либо поведение (собственно поведенческое воплощение решения), либо «легализация» решения (вербальное сообщение о нем). В тоже время, несмотря на достаточную практичность и очевидную валидность данных критериев, они могут не всегда соответствовать психологическому содержанию принятия решения (например, принятие решения далеко не всегда приводит к его поведенческой реализации).

В настоящее время известна лишь одна модель принятия решения, разработанная специально применительно к вакцинации - процессная модель решений о вакцинации Валери Рейна на основе собственной Теории нечеткого следа (Fuzzy-trace Theory) (Reyna, 1998; 2012). Согласно теории нечеткого следа,

любые значимые стимулы кодируются в памяти в двух формах: в форме дословного вербального представления (объективный стимул – что произошло на самом деле) и смыслового представления (gist representation) (субъективная интерпретация произошедшего или полученной информации). Смысловое представление при этом не является производным от дословного вербального, напротив, оба представления кодируются фактически параллельно непосредственному восприятию стимула. При этом один человек может хранить в памяти несколько смысловых представлений одной и той же информации. К примеру, стандартное описание исследования эффективности вакцинации (распространенность реакции на вакцинацию в форме высокой температуры в различных возрастных группах в процентной форме) может совершенно по-разному фиксироваться в качестве смыслового представления. Одно и то же процентное значение у разных людей может быть сохранено в виде информации о высоком и низком риске поствакцинальных реакций, а высокая температура одним человеком может быть проинтерпретирована как недостаточно серьезный побочный эффект, другим же – как крайне серьезный. Дословные вербальные представления чаще являются основой аналитических осознанных решений. Однако в целом именно смысловые, а не дословные вербальные представления, существенно чаще являются основой суждений и принятия решения и поддерживают интуитивные, часто неосознаваемые процессы принятия решения.

Процессная модель принятия решения о вакцинации на основе Теории нечеткого следа включает в себя четыре элемента: знание (информация или опыт для формирования смысловых представлений), сами представления (смысл имеющихся альтернатив), извлечение значений (наиболее релевантных контексту принятия решений ценностей или когний) и обработка информации (как конкретные ценности соотносятся с имеющимися альтернативами). Каждый из этих четырех элементов представляет угрозу для принятия наиболее верного решения. В первую очередь, недостаток базовой информации затрудняет понимание стандартных сообщений о вакцинации и способствует формированию неверных смысловых представлений.

Одним из ключевых факторов отказа от вакцинации (на примере гриппа) автор считает изначально неблагоприятный баланс возможных альтернатив вакцинации. Поскольку вакцинация – это превентивное вмешательство, то по умолчанию базовое состояние (статус кво) человека, принимающего решение о вакцинации, достаточно хорошее. В случае же вакцинации хорошее состояние либо останется таким же, либо, напротив, ухудшится в связи с побочными эффектами вакцинации. А если учитывать, что вакцинация может сопровождаться страхом перед медицинскими манипуляциями (например, уколами), то решение о вакцинации представляет собой дилемму «чувствовать себя хорошо» против «чувствовать себе плохо, но быть защищенным от заболевания, которым, однако, ты и так можешь не заболеть».

Автор не объясняет причину существования, несмотря на указанные когнитивные ловушки, достаточно высокого уровня вакцинации в современном обществе и не анализирует ситуации, когда решение о вакцинации человек принимает не относительно себя, а относительно другого. Главным теоретическим (и практическим) приложением данной теории к вопросам вакцинации является мысль о том, что ключевым фактором принятия решения в данной сфере являются именно присваиваемые человеком смысловые интерпретации, а не собственно информированность по какому-либо вопросу. Смысловые интерпретации, в свою очередь, в высокой степени зависят от базовых знаний, опыта и социальных установок конкретного индивида.

1.1.3. Социально-психологические аспекты принятия медицинских решений и решений в сфере здоровья

Ключевым социально-психологическим аспектом принятия решений в сфере здоровья или, более узко, в сфере медицинских услуг, является то, что они часто принимаются в процессе или в результате общения с другими людьми, то есть являются социальным решением. Пользуясь классификацией Джонатана Бэрона (Baron, 1995) определим два потенциально важных направления изучения принятия медицинского решения как социального. Во-первых, это принятие решения во взаимодействии с каким-либо другим человеком (людьми) – на

примере взаимодействия с медицинским работником. Во-вторых, – когда принятое решение непосредственно затрагивает не актора, а другое лицо (например, ребенка). Изучение принятия медицинских решений (medical decision making) является одной из динамично развивающихся областей научного знания. Значительная часть исследований данной тематики касается процесса принятия решений самими медицинскими работниками.

Другая часть эмпирических исследований сфокусирована на совместном принятии решений врачом и пациентом, то есть проблематики межличностной и социальной коммуникации, активно изучаемой в современной отечественной науке (Гулевич, 2008; Болотова, Жуков, 2015; Социальная психология общения, 2017). В рамках данного направления постулируется, что принятие решений относительно здоровья является из основных функций коммуникации врача и пациента (Street, Epstein, 1990). Интерес к данной тематике возрос в связи с произошедшей относительно недавно реконцептуализацией взаимоотношений врача и пациента. Если ранее врач полностью определял ход и стратегию лечения (или, в интересующем нас случае – медицинской профилактики), то на сегодняшний момент расстановка сил несколько изменилась. Существует несколько классификаций моделей принятия решения врачом и пациентом. В наиболее известной классификации выделяется три типа принятия медицинских решений: патерналистский, коллегиальный (разделенный – shared) и информированный (Charles, 1999). Основанием этой классификации служат три процесса или стадии принятия решения – информационный обмен, обсуждение предпочтений в лечении (профилактике) и принятие решения о лечении (профилактике).

В рамках патерналистской модели информирование происходит односторонне (от медицинского работника к пациенту), решение принимается самим медицинским работником. В рамках информированной модели – информирование также происходит одностороннее, но в большем объеме, а решения принимаются самим пациентом. В рамках коллегиальной модели – информирование рассматривается как двусторонний процесс (врач и пациент как

равноправные партнеры по общению), конечное решение о медицинском вмешательстве принимаются совместно врачом и пациентом.

Авторы модели справедливо полагают, что данная типология достаточно условна, поскольку в реальности процесс принятия решения, связанного с медицинскими вмешательствами, может быть, значительно растянут во времени и включать многих заинтересованных лиц.

В интегративной модели принятия решения (Makoul, Clayman, 2006) выделяется девять видов медицинских решений в зависимости от степени коллегиальности при их принятии: 1) решение принимает медицинский работник; 2) врач принимает решение, и пациенту оно разъясняется (он понимает решение); 3) врач принимает решение, а пациент с ним соглашается; 4) врач вносит предложение на основе собственного выбора, а пациент его рассматривает и выражает свое мнение; 5) решение принимается совместно врачом и пациентом; 6) пациент принимает решение на основе собственного выбора, а врач его рассматривает и выражает свое мнение; 7) пациент принимает решение, а врач с ним соглашается; 8) пациент принимает решение и информирует о нем врача и 8) пациент принимает решение самостоятельно. Данная модель имеет серьезное отличие от предыдущей – в ней рассматривается принципиальная способность пациента самостоятельно принимать решения в сфере медицинской помощи или, по меньшей мере, быть максимально активными в данной сфере.

Традиционно выделяют четыре основных модели, описывающие контекст взаимоотношений врача и пациента. Изначально представленные в работе Роберта Ветча (Veatch, 1972) и затем переработанные Эзекил и Линдой Эмануэль (Emanuel, Emanuel, 1992) они включают в себя: 1) инженерную модель – врач является проводником объективной информации о возможностях и приоритетах без учета потребностей или предпочтений конкретного больного (больной рассматривается как сломанный механизм, требующий починки, а врач – как технический эксперт), 2) патерналистская модель, более похожая на отношения священника и прихожанина (или наставника и подопечного) – межличностные отношения выражены сильнее, однако решение остается за медицинским

работником; 3) коллегиальная модель похожа на отношения друзей или приятелей, решение принимается совместно, и, наконец, 4) контрактная модель, напоминающая деловые отношения, где каждая из сторон стремится добиться максимальной выгоды и удовлетворяющего обоих результата. Врач в таком случае играет роль консультанта или советника.

Существенную роль в изменении системы отношений между медицинским специалистом и пациентом играет доступность медицинской информации в сети интернет. Развитие интернета привело к тому, что медицинский специалист на сегодняшний день далеко не всегда является главным или основным источником о методах лечения и профилактики. Пациенты становятся «активными потребителями» информации о здоровье и зачастую на основе полученной информации сами планируют план собственного лечения или профилактических процедур (McMullan, 2006). Модель отношений между пациентом и медицинским персоналом в данном случае может быть описана как информированное потребление или информированная покупка тех или иных услуг, что психологически, безусловно, отличается от традиционной модели отношений врача и пациента (Wald, 2007).

Современное законодательство в сфере оказания медицинской помощи фактически поддерживает отход от сугубо патерналистской модели принятия медицинских решений: для большинства медицинских манипуляций, в том числе в отношении вакцинации, требуется получение информированного согласия пациента или его законных представителей, которое тот/те совершает на основании «предоставленной медицинским работником в доступной форме полной информации о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи» (Федеральный закон..., 2011). Таким образом, пациент, даже ориентирован на сугубо патерналистскую модель получения медицинской помощи, тем не менее, вынужден принимать самостоятельное решение относительно согласия или не согласия с предложенным планом медицинского

вмешательства, разделяя ответственность за него. В данном случае значительную роль в принятии решения могут играть имеющиеся у человека обыденные представления о том или ином заболевании или медицинском вмешательстве, активно изучаемые в современной российской и зарубежной науке (Тхостов, Нелюбина, 2009; Емельянова, Дробышева, 2012; Тхостов, Нелюбина, 2012; Емельянова, 2016;; keung Tsang, Hui 2016).

Эксперты неоднозначно оценивают данное изменение паттерна взаимоотношений. Для одних людей возможность активно участвовать в собственном лечении может быть крайне привлекательной, в то время как для других даже частичное принятие ответственности за медицинские решения может представлять серьезную сложность (Glanz, 2008).

Интересны попытки определить критерии «хорошего» медицинского решения. Рональд Эпштейн и Ричард Стрит (Epstein, Street, 2007) выделили четыре потенциально важных характеристики успешного медицинского решения: 1) пациент и медицинский работник оба согласны с предложенной альтернативой; 2) они удовлетворены степенью их участия в процессе принятия решения; 3) решение совпадает как с ценностями пациента, так и с наилучшей клинической практикой; и, наконец, 4) принятое решение возможно воплотить в жизнь. Как можно заметить, три из четырех выделенных критериев являются сугубо или в значительной степени немедицинскими, а психологическими.

Таким образом, научная литература в отношении принятия решения в паре «врач-пациент» не только крайне обширна, но и имеет значительную теоретическую подоплеку. В тоже время результаты проведенных систематических и критических литературных обзоров показывают, что исследования в сфере принятия медицинских решений относительно третьих лиц в большей степени носят описательный характер и редко базируются на какой-либо теоретической модели (Beresford, Sloper, 2008).

Значительная часть исследований такого рода либо фокусируются на принятии решения за тех, кто в силу физического или психического состояния

лишен возможности принимать решения самостоятельно (опекун за опекаемого). В таком случае часто предметом исследования является соответствие того, какими опекун видит предпочтения в медицинском лечении опекаемого и того, каковы они на самом деле. Систематический обзор подобных исследований показал, что как минимум в каждом третьем случае опекун имеет некорректные представления о желаниях своего подопечного (Shalowitz, 2006).

Вторым направлением исследований является именно принятие решений в отношении здоровья и медицинской помощи несовершеннолетних детей. Возвращаясь к вопросу о риске и неопределенности в контексте принятия решений, следует отметить, что некоторыми авторами [например, Корнилова, 2005] родительство в целом характеризуется как деятельность, связанная с риском, поскольку невозможно в полной мере предсказать отдаленные последствия тех или иных воспитательных действий или действий по уходу. В работе Брайони Бересфорд с коллегами (Beresford, Sloper, 2008) приводится обзор эмпирических исследований принятия родителями медицинских решений в отношении своих детей. Большинство из них фокусируются на лечении конкретных заболеваний (раковые, сердечно-сосудистые), либо отдельных медицинских вмешательств (например, определенных видов хирургии), существенно реже – вопросов вакцинации. Эмпирические результаты данного направления исследований могут быть обобщены следующим образом. Во-первых, для данного типа принятия решений характерна высокая эмоциональная нагруженность, в том числе депрессия, антиципируемое сожаление о сделанном решении и чувство ответственности за возможные негативные последствия принятого решения. В некоторых случаях родители беспокоились о том, что их ребенок в дальнейшем будет критиковать принятое ими решение. Во-вторых, в ряде случаев решение принималось на основании ответственности не только за ребенка, но и за семью в целом – родители оценивали риски и выгоды от имеющихся альтернатив как затрагивающие непосредственно ребенка, так затрагивающие интересы других членов семьи (эмоциональные, временные, ресурсные и пр.). Третьим фактором принятия решений являлось мнение самого

ребенка – начиная с вхождения ребенка в младший школьный возраст, в отношении многих медицинских вопросов родители склонны учитывать выражаемые ребенком предпочтения. Важную роль в процессе принятия решений играют особенности получаемой информации о том или ином медицинском вмешательстве и процедурные особенности принятия решений. Так, ряд эмпирических исследований показал, что при принятии решения полученная от медиков информация играет безусловно важную, но не ключевую роль. Родители также используют информацию из иных, не всегда компетентных источников, а также опираются на собственные эмоциональные реакции и, в некоторых случаях веру в сверхъестественные силы (религиозные убеждения или фатализм). Важную роль в принятии данных решений также играет вероятностный характер последствий вмешательства, давление со стороны других людей (врачей или родственников), а также недостаток времени для принятия решения. Непосредственно вовлеченность родственников в процесс принятия медицинских решений, ее степень и форма редко становились специальным предметом эмпирических исследований. Однако данные различных исследований принятия решения в парах показывают, что данный тип решения характеризуется важной особенностью. Помимо цели выбора наилучшей возможной альтернативы в данной ситуации важную роль играет и другая имплицитная цель - сохранения межличностных отношений (Kirchler, 2001). Следует отметить, что не выделенные феномены могут иметь непосредственное отношение к вопросу вакцинации детей. Данный тип решения, по-видимому, будет иметь свои особенности, во-первых, в связи с превентивным, а не лечебным характером вмешательства и, во-вторых, в связи с тем, что планово основной объем иммунизации осуществляется в большинстве случаев в отношении детей младшего возраста (до 3-х лет).

1.2. Возможности использования теорий поведения в сфере здоровья для изучения феномена принятия решения о вакцинации

1.2.1. Общетеоретический контекст изучения поведения в сфере здоровья

Практически до второй половины двадцатого столетия основной объяснительной моделью заболевания на индивидуальном и групповом уровне служила биомедицинская модель. Ее ключевой особенностью являлась концентрация на неких «поломках» внутри организма, преимущественно вызванных некоторыми внешними (физическое или химическое воздействие, инфекционный агент) воздействиями. Устранение «поломки» или нейтрализация воздействия согласно данной модели должно приводить к выздоровлению. Однако кризис данной модели стал наиболее очевидным с изменением эпидемиологического паттерна. Заболеваемость и смертность преимущественно оказались связаны с заболеваниями со сложной этиологией, где сложно было выделить какое-то одно повреждающее воздействие, а также с теми заболеваниями, которые преимущественно связаны с образом жизни человека. Биопсихосоциальная модель здоровья и болезни, предложенная Джорджем Энджелом в 1977 году (Engel, 1977) стала революционной как для медицины, так и для психологии и социальных наук. В ней впервые была постулирована роль иных, нежели сугубо биологических факторов возникновения, развития и успешности излечения заболевания. Согласно биопсихосоциальной модели вклад психологических (в том числе поведенческих), социальных и культурных факторов в состояние здоровья может быть не меньшим, а даже большим, чем сугубо биологических. Более того, данные факторы могут быть разделены лишь на теоретическом уровне, поскольку де факто они взаимно обуславливают и влияют друг на друга. Помимо прочего, биопсихосоциальная модель внесла значительный вклад в изменение статуса пациента и смены сугубо объектного подхода на субъект-субъектный, а также в становление психологии здоровья как

отдельной влиятельной области научного знания³. Несмотря на существенную критику (см, например Tavakoli, 2009; McLaren, 1998; Alonso, 2004; Ghaemi, 2009), данная модель остается основной концептуальной рамкой для психологии здоровья (Suls, Rothman, 2004; Фролова, 2008), дисциплины, включающей значительное количество направлений. В России психология здоровья начала институционализироваться в качестве отдельной дисциплины на несколько десятилетий позднее, чем за рубежом (Психология здоровья, 2006; Бовина, 2008; Ананьев, 2006). Гурвичем И.Н. разработано отдельное направление социальной психологии здоровья, предметом которой является «вся совокупность социально-психологических, т.е. первично происходящих из общения, феноменов (структурный аспект) и процессов (динамический аспект), охватывающих социально-психологический уровень социальной этиологии болезней и детерминации связанного со здоровьем и болезнью поведения индивида» (Гурвич, 1998; с. 15). В наибольшей степени данная область психологии применима не для объяснения манифестации и развития самого заболевания, где биологические факторы могут играть ведущую роль, а для объяснения формирования определенных паттернов поведения в сфере здоровья. То есть форм поведения, объективно являющихся или воспринимаемых актором как рискованных или протективных в отношении каких-либо заболеваний.

Параллельно с 1950-х годов развивается экологический подход к пониманию детерминации человеческого поведения (Glanz, 2008). По аналогии с пониманием экологии в биологических науках, в поведенческих науках экологические модели фокусируются на том, как соотносится поведение и физическое и социокультурное окружение человека. Насчитывается порядка полутора десятков различных экологических моделей, широко применяемых для объяснения поведения в сфере здоровья и разработки соответствующих профилактических вмешательств. В их числе экологическая теория систем

³ В 1978 году в рамках Американской психологической ассоциации (АРА) открылась секция психологии здоровья. Восемь лет спустя аналогичная секция открылась в Международной ассоциации прикладной психологии (ИААР), а также Европейской общество психологии здоровья (ЕНПС) (Pawlik, Rosenzweig, 2000).

(Bronfenbrenner, 1994), экологическая модель поведения в сфере здоровья (McLeroy, 1988), социально-экологическая модель пропаганды в области здоровья (health promotion) (Stokols, 1992). В историческом смысле к экологическому подходу относится и психологическая экология Курта Левина (1980) и социально-когнитивная теория Альфреда Бандуры (Bandura, 1989). Выделяют несколько ключевых принципов всех теорий экологического толка (Glanz, 2008). В первую очередь к ним относится наличие нескольких уровней факторов, которые влияют на поведение в сфере здоровья. Чаще всего к ним относятся внутриличностные, межличностные, организационные факторы, а также факторы на уровне сообщества и на уровне государственной политики (хотя в каждой конкретной модели они могут иметь собственное название). При этом социокультуральные факторы и факторы физической среды как бы окружают выделенные уровни и могут оказывать влияние сразу на несколько из них. Также ключевой характеристикой экологических моделей является положение о наличии взаимодействия и взаимовлияния между всеми перечисленными уровнями. Так, к примеру, одни и те же характеристики физической среды или государственной политики могут оказывать различное по силе или даже направлению влияние на индивида в зависимости от его внутриличностных характеристик или характеристик его социального окружения. Практическим следствием подобных моделей, таким образом, является необходимость многоуровневых интервенций для более эффективного изменения целевого поведения. При этом признается, что интервенции, разработанные на основе экологических моделей, будут наиболее эффективны, когда модели будут специфичным образом доработаны для каждого целевого поведения. Недавний систематический обзор эмпирических исследований установок к вакцинации показал наибольшую применимость именно экологического подхода к исследованию данной проблематики (Allen, 2010).

Экологический подход также представляется наиболее подходящей теоретической рамкой для дальнейшего изложения конкретных моделей поведения в сфере здоровья. Существующее многообразие моделей может быть

условно классифицировано на внутриличностные (объясняющие поведение на уровне личности), межличностном (на уровне диад и малой группы) и на уровне сообществ или больших социальных групп.

1.2.2. Теории поведения в сфере здоровья на уровне личности

Именно модели на уровне личности составляют подавляющее большинство существующих сегодня моделей. В данном разделе будут представлены лишь некоторые из них, в наибольшей степени отвечающих проблемам описания именно профилактического поведения. Поле моделей на уровне личности также неоднородно. В частности в них выделяют мотивационные модели, собственно поведенческие (behavioural enaction) и многостадийные модели поведения, связанного со здоровьем (Armitage, Conner, 2000). В настоящем обзоре будут рассмотрены мотивационные и многостадийные модели. Фокус собственно поведенческих моделей в основном находится в объяснении факторов, детерминирующих переход от намерения к действию, тогда как выделяемые факторы формирования намерения в основном повторяют аналогичные компоненты мотивационных моделей.

Мотивационные модели поведения в сфере здоровья отличает наличие фокуса на мотивационных факторах, влияющих на решение индивида, практиковать или не практиковать некое связанное со здоровьем поведение. При этом само по себе поведение обычно в данных моделях не рассматривается; в качестве прокси-переменной, предсказывающей поведение, выступает намерение (интенция) его совершить. Таким образом, имплицитно полагается, что намерение или мотивация совершения действия является необходимым и фактически достаточным условием самого действия. Именно данное обстоятельство является основной мишенью для критики моделей данного класса (Armitage, Conner, 2000; Рассказова, Иванова, 2015). Тем не менее, данный класс моделей достаточно обширен, является наиболее часто используемым и полностью релевантен для решения задач изучения факторов, приводящих к намерению людей совершить то или иное действие, вне зависимости от того, будет ли оно де-факто реализовано.

В данном параграфе будут рассмотрены 3 модели, наиболее часто упоминаемые в научной литературе и практике профилактических вмешательств: модель убеждений в отношении здоровья, теория мотивации защиты, теория планируемого поведения /теория разумного действия. А также одна сравнительно новая модель, обладающая значительным потенциалом для объяснения поведения в отношении вакцинации.

Согласно модели убеждений в отношении здоровья (The Health Belief Model) (Rosenstock, 1974) в ее первоначальной версии, вероятность того или иного поведения в сфере здоровья - есть функция нескольких убеждений (когнитивных конструктов). Применительно к вакцинации они могут быть изложены следующим образом. Убеждение в том, что они могут заразиться инфекцией (инфекциями), от которых существует профилактическая вакцина (*воспринимаемая уязвимость*). Что данная инфекция (инфекции) опасны для здоровья (*воспринимаемая тяжесть*). На основе двух этих убеждений и формируется общее представление об опасности, которой люди подвергаются (*воспринимаемая угроза*). Помимо данного компонента важны также убеждение о том, что вакцинация как предлагаемая профилактическая мера действительно сможет снизить вероятность заражения или тяжесть его последствий (*воспринимаемая выгода*), и что связанные с вакцинацией затраты (материальные, психологические или иные) (*воспринимаемые барьеры*) воспринимаются как значительно менее значимые, чем воспринимаемая выгода. Предполагается, что чем более благоприятен баланс выгод и барьеров вакцинации, а также чем более высока воспринимаемая угроза, тем больше вероятность того, что человек обратится за вакцинацией.

Примерно в тот же временной период была предложена и другая теория, по своим ключевым конструктам напоминающая модель убеждений в отношении здоровья – Protection motivation theory (Rogers, 1975) (в русском переводе – Теория мотивации защиты (Рассказова, Иванова, 2015) или Теория защитной мотивации (Бовина, 2008)). В ней также особый упор делается на необходимости чувства страха для принятия человеком некоторых профилактических мер в отношении

своего здоровья. По аналогии с транзактной моделью стресса Лазаруса предполагается, что человек оценивает существующую угрозу (также на основании уязвимости к заболеванию и тяжести заболевания) и ресурсы совладания с ней. Страх перед заболеванием приведет к адаптивным действиям (мотивации защиты, собственно намерению совершить какое-либо действие с целью профилактики), но только в случае, если человеку предоставлена информация о возможном профилактическом вмешательстве. И это вмешательство представляется человеку действительно эффективным для преодоления угрозы (*response efficacy*). В противном случае стратегии совладания с данной угрозой могут быть неадаптивными (например, отрицание опасности инфекций, самолечение, использование каких-либо бездоказательных методов профилактики, саморазрушающее поведение и пр.).

Впоследствии обе эти модели были дополнены иными переменными. Обе теории инкорпорировали понятие самоэффективности, как одного из значимых факторов поведения. Воспринимаемая самоэффективность – это представление человека о том, насколько он способен совершить какое-либо действие в конкретных обстоятельствах (в широком смысле – осуществлять контроль над собственным функционированием и происходящими в жизни событиями) (Bandura, 1994). Данный конструкт, изначально использовался в социально-когнитивной теории, однако, впоследствии был адаптирован многими другими моделями. Некоторые авторы полагают, что понятие самоэффективности не только являлось ключевым концептом социально-когнитивной теории, но и в целом имеет большее значение, чем сама теория (Armitage, Conner, 2000). Метааналитические исследования показывают, что воспринимаемая самоэффективность обладает хорошей предсказательной способностью в отношении различных видов поведения в сфере здоровья (Holden, 1992; Gwaltney, 2009).

Также в модель убеждений о здоровье был добавлен компонент «ключи к действию» - воздействие неких внешних (например, звонок педиатра с напоминанием о вакцинации, сообщение в СМИ об угрозах эпидемии) или

внутренних (например, субъективно плохое самочувствие) факторов, стимулирующих человека предпринять активные действия.

Второй группой социально-когнитивных теорий обычно называют Теорию запланированного поведения (Theory of planned behavior) (Ajzen, 1991) и предшествовавшую ей Теорию разумного действия (Theory of reasoned action)⁴ (Ajzen, Fishbein, 1970). В итоговом на настоящий момент варианте модели Айзен Айзен выделяет три основных группы факторов, предсказывающих намерение действовать определенным образом. К ним относятся: наличие позитивной или негативной социальной установки к конкретному виду поведения, воспринимаемое социальное давление относительно реализации конкретного вида поведения («субъективная норма») и воспринимаемый поведенческий контроль данного типа поведения. Таким образом, готовность вакцинироваться будет наиболее вероятна в случае, если человек относится к вакцинации положительно, для его социального окружения вакцинация является нормативным и/или одобряемым поведением и возможности осуществить вакцинацию не препятствуют какие-либо внешние факторы, а данное действие зависит исключительно от воли самого человека (или, что важнее, воспринимается им таковым). В основе каждого из данных факторов лежат соответствующие когнитивные конструкторы: убеждения о последствиях вакцинации, убеждения об ожиданиях социального окружения относительно данного поведения и убеждения о наличии или отсутствии факторов, которые могут повлиять на его реализацию. Авторы признают, что данные факторы неоднородны. Так, воспринимаемые нормы имеют дескриптивный (что люди делают в аналогичных ситуациях) и оценочный (Injunctive) насколько значимые мне люди одобряют мое поведение и насколько мнение данных людей важно для меня при принятии решения о конкретном поведении) компоненты. Сравнительный анализ данных видов нормативных убеждений был позднее подробно проведен Р. Чайлдини с

⁴ В русскоязычной научной среде не сформировалось устойчивой традиции перевода данного названия. Reasoned action переводилось авторами и как «разумное» действие (Технологии..., 2004), и как «причинное» (Рассказова, Иванова, 2015], и как «обоснованное» (Маджуга, 2012).

соавторами (Cialdini, 1991). Воспринимаемый контроль над ситуацией также зависит от того, как человек оценивает свои способности совершить некое действие (аналог самоэффективности), и как он оценивает свою возможность самостоятельно принимать и воплощать в жизнь такие решения (Ajzen, 2006).

Последняя, включенная в обзор, теория сравнительно недавняя – ей менее 10 лет. Временная теория саморегуляции (Temporal Self-Regulation Theory), разработанная в 2007 году (Hall, Fong, 2007), по мнению авторов особенно подходит для объяснения распространенности тех видов поведения, которые общество может считать бессмысленными, бесполезными или даже саморазрушающими в отношении физического здоровья. Авторы теории, соглашаясь с постулатом о соотношении затрат и выгод как ключевого фактора намерения, обращают внимание на то, что когда дело касается принятия решения в отношении здоровья, в значительной части случаев наблюдается асинхронность предполагаемых выгод и затрат. Чаще всего, человек сначала вынужден столкнуться с определенными затратами и лишь потом ожидать выгод от своего поведения. В случае вакцинации данное наблюдение представляется крайне важным. Вакцинация может быть сопряжена с рядом затрат: временных, психологических (страх медицинских учреждений или медицинских вмешательств) и физиологических (большинство негативных реакций или осложнений, вызванных вакцинацией, наступает достаточно быстро). В тоже время в определённых случаях выгоды от вакцинации могут рассматриваться как отсроченные и/или вероятностные, например, в тех случаях, когда заболевание недостаточно распространено (воспринимаемая низкая уязвимость), и актор с высокой степенью вероятности может столкнуться с вирусом лишь через длительное время, а может и не столкнуться вовсе. Предполагается, что в случае такой асинхронии существуют две группы факторов, повышающих вероятность собственно действия. К первой относятся характеристики системы саморегуляции человека, преимущественно биологического толка. Ко второй – поведенческие особенности (в терминах авторов – поведенческое доминирование; *behavioral prepotency*): 1) частота подобного поведения в прошлом и 2) наличие сигналов к

действию («ключей к действию») во внешней среде. То есть, чем чаще человек в прошлом соглашался на вакцинацию и чем чаще он различными путями получает напоминания о необходимости вакцинироваться, тем больше вероятность, что в условиях воспринимаемой временной асинхронности затрат и выгод он тем не менее будет вакцинироваться.

В целом мотивационные теории (или, иначе, теории континуума (Weinstein 1998)) предсказывают вероятность того, что человек начнет действовать желаемым образом. То есть имплицитно подразумевают наличие двух стадий: а) отсутствие решения действовать и соответственно поведения и б) наличие решения действовать либо продолжать бездействие. Ключевое отличие стадийных теорий состоит в представлении о том, что данных стадий существенно больше, более того, решения часто являются обратимыми и за переходом на следующую стадию может следовать откат на предыдущие. Вейнштейн с соавторами (там же) также выделяют несколько критериев, позволяющих отделить собственно стадийные модели от псевдостадийных. Во-первых, это упорядоченность стадий: переход на следующую стадию или стадии при наличии всех необходимых условий может происходить фактически мгновенно, однако «перепрыгнуть» какую-либо стадию невозможно. Во-вторых, предполагается, что все люди сталкиваются с одними и теми же барьерами при переходе на конкретную стадию, однако для всех стадий данные барьеры будут разными. С эмпирической точки зрения это отличие крайне существенно: большинство стадийных моделей адаптируют факторы, выдвинутые в мотивационных моделях, однако постулируют, что значимость каждого из них будет сильно варьировать в зависимости от стадии, на которой человек находится.

Транстеоретическая модель изменения поведения, разработанная Прохазка с соавторами (Prochaska, 2008), является самой цитируемой моделью стадийного типа. В ней выделены шесть стадий, которые можно условно разделить на предшествующие (предразмышление, размышление, подготовка) и последующие принятию решения (собственно действие, сохранение желаемого поведения («поддержание») и прекращение). Переходу со стадии на стадию способствуют

несколько специфичных процессов изменений (повышение осознания, поддерживающие отношения, вознаграждение и пр.). Также ключевым конструктом модели является баланс решений (представление о плюсах и минусах действия). Изначально модель была разработана для описания процесса отказа от курения и в целом она наиболее пригодна либо для описания процесса отказа от поведения риска, либо, напротив, формирования здоровьесберегающих паттернов поведения, требующих значительной регулярности. В отношении вакцинации данная модель с определенными оговорками может подходить для описания вакцинации как комплексного профилактического вмешательства (например, вакцинации детей). Для описания вакцинации как утилизации однократного вмешательства более подходят выделенные первые четыре стадии. Так, на стадии предразмышления человек еще не сталкивается с необходимостью принятия решения. На стадии размышления он думает о необходимости вакцинации в отдаленной перспективе (в течение ближайших шести месяцев). На стадии подготовки – принимает решение, если оно не принято на предыдущей стадии и трансформирует его в намерение, т.е. план действий в ближайшей перспективе (согласно модели – в течение ближайшего месяца). Завершает этот процесс собственно стадия действия. Такой подход был в частности использован в нескольких эмпирических исследованиях поведения в отношении конкретных вакцин (Allen, 2009). Модель была успешно модифицирована и для других видов поведения, схожих с вакцинацией в отношении частоты и длительности необходимых усилий. Так, в результате ее использования для предсказания и описания паттернов маммографии у женщин (единичное воздействие, в идеале осуществляемое ежегодно) в нее на основании эмпирических данных были добавлены две стадии: рецидив и риск рецидива, характеризующихся отсутствием выраженного намерения в дальнейшем делать маммографию (Rakowski, 1996).

Вторая признанная модель данной группы - *Модель процесса принятия мер предосторожности (Precaution Adoption Process Model)* (Weinstein, Sandman, 1992) несколько реже встречается в русскоязычной литературе. В целом она сходна с транстеоретической моделью, однако в данной модели стадия принятия

решения выделена в качестве отдельной и ключевой для формирования какого-либо поведения. Стадии принятия решения предшествуют стадия, на которой человек ничего не знает об интересующем профилактическом вмешательстве (например, новой вакцине) и стадия, когда человек осведомлен о нем, однако данное знание не является для него личностно значимым. В данной модели стадия принятия решения может переходить в решение действовать, либо в осознанный отказ от действия. В первом случае далее могут следовать стадии первичного действия и поддержания действия. Во втором случае процесс завершается, однако человек вновь может вернуться на одну из первых стадий. Предполагается, что в продвижении на первых стадиях ключевую роль будет играть воспринимаемая угроза заболевания, а на последних – различные ситуационные влияния.

1.2.3. Теории поведения в сфере здоровья на уровне диады или группы

Социально-когнитивная теория, ранее известная как теория социального научения (Bandura, 1998), является на настоящий момент наиболее популярным и разработанным подходом к описанию процесса формирования поведения на межличностном уровне. В своей поздней форме данная теория интегрирует положения бихевиоризма, когнитивной и гуманистической психологии, а также других социальных наук. Ключевым положением теории является наличие взаимного (реципрокного) обуславливания личностных факторов, факторов среды средовых (в широком и узком смыслах) и собственно поведения. К личностно-психологическим детерминантам поведения в социально-когнитивной теории относятся самоэффективность и ожидания относительно результата поведения (outcome expectations). Ожидания относительно результата – это представление о вероятности наступления тех или иных последствий конкретного поведения и ценность подобных последствий для человека. Также выделяют *социальные* ожидания результата (social outcome expectations; авторы часто соотносят данный концепт с концептом социальных норм в теории разумного действия) и *самооценочные* ожидания результата (self-evaluative outcome expectation; представление о том, как человек будет себя оценивать, если выполнит или не выполнит конкретное действие). Таким образом, согласно данной теории

поведение в сфере вакцинации на личностном уровне определяется, в том числе, представлениями о том, каковы последствия вакцинации, как социальное окружение относится к вакцинации и представлениями конкретного человека о том, как изменится его самоотношение, если он сделает или не сделает конкретную прививку.

Среда воздействует на поведение через создание каких-либо внешних условий, облегчающих или затрудняющих реализацию поведения (например, стоимость вакцинации, время ожидания, необходимое количество справок и анализов), а также через предоставление внешнего подкрепления (позитивного и негативного) конкретного поведения (например, необходимость сертификата о прививках для поступления на работу или приема в учебное заведение). Подкрепление также может быть и внутренним, произвольно или непроизвольно получаемым человеком в результате совершения конкретного действия, например, позитивные или негативные эмоции.

Центральное место в социально-когнитивной теории занимает понятие научения через наблюдение (Observational Learning). Наблюдение за реальными людьми, персонажами медиа или даже художественных произведений, их поведением и результатом их поведения может приводить к «присвоению данного поведения». Этому способствуют несколько групп процессов: процессы внимания (какие именно паттерны поведения привлекут внимание), сохранения (насколько человек способен понять и запомнить конкретные паттерны поведения), собственно действия (насколько сможет человек повторить наблюдаемый паттерн поведения) и мотивации (насколько человек захочет повторять это поведение, базируясь на представлениях об ожидаемом результате). Предполагается, что данная схема является достаточно универсальной и может быть применена, в том числе, для объяснения поведения в сфере вакцинации.

1.2.4. Теории поведения в сфере здоровья на уровне общности

Классической теорией поведения данного уровня является теория диффузии инноваций, успешно использовавшаяся не только для описания процессов в сфере

общественного здоровья, но и в маркетинге и коммуникации (Rogers, 1995). Диффузия инноваций описывает процесс распространения каких-либо новшеств среди членов социальной системы. При этом диффузию как естественный процесс следует отличать от процесса распространения (dissemination) – запланированных и планомерно реализуемых усилий по распространению того или иного продукта; диффузия может являться, а может и не являться, прямым или косвенным результатом данного распространения. Под инновацией понимается любая идея или продукт, воспринимаемый как нечто новое в какой-либо группе.

В целом предполагается, что процесс диффузии инноваций может быть описан с помощью нормального распределения. На первой стадии идет вовлечение первых потребителей (медленный рост), на второй — резкий рост, на третьей — насыщение и естественное замедление роста. Данный подход имеет важное социально-психологическое следствие, поскольку позволяет создать эмпирическую, пусть и дескриптивную классификацию людей в зависимости от степени открытости новому опыту или конкретной инновации. Так, согласно теории диффузии инновации, лица, ранее всех принимающие инновацию (новаторы (innovators)), находятся на расстоянии трех сигм от середины кривой и, соответственно, составляют меньшинство населения. Следующие за ними ранние последователи (early adopters) и те, кто принимают инновацию позднее всех (опоздавшие (laggards)), находятся на расстоянии двух сигм. Большинство же людей могут быть классифицированы как представители раннего (early majority) или позднего (late majority) большинства.

Процесс диффузии инноваций в обществе начинается с новаторов, затем захватывает большинство, и, в конце концов, принимается консерваторами. Тогда, по сути, инновация перестает быть таковой и становится одним из вариантов нормы. Новаторы, а также члены общества, пользующиеся большим авторитетом и влиянием (лидеры общественного мнения), играют важную роль в скорейшем распространении любых новшеств, будь то рискованные формы поведения, либо, напротив, здоровьесберегающие.

Скорость диффузии инновации по Э. Роджерсу зависит от пяти основных *характеристик инновации*. Относительные преимущества (*relative advantage*) — степень превосходства, которой располагает инновация перед другими (часто аналогичными) видами продукции (процессами). Применительно к вакцинации мы можем рассматривать как инновацию любую новую вакцину, либо, напротив, идею о необходимости отказа от вакцинации. К относительным преимуществам инновации (или отказа от инновации) тогда могут быть отнесены переменные, ранее выделенные в моделях индивидуального уровня: воспринимаемые барьеры и выгоды, ожидания относительно результата, социальная и субъективная норма и пр. Конкретно они могут выражаться в представлении о пользе каждой из стратегий для здоровья, вероятности побочных эффектов, стоимости, временных и организационных затратах, социальном одобрении и т.д. Совместимость инновации (*compatibility*) — это степень ее соответствия существующей системе ценностей (определяется культурными нормами, прошлым опытом и пр.), а также социальным и материальным условиям. Например, идея об отказе от вакцинации может быть более понятна и приемлема для людей, исповедующих принципы «естественности», а внедрение новой вакцины — людям, ориентированным на научные достижения. Важным также является сложность (*complexity*) конкретной инновации для восприятия; предполагается, что сложность инновации негативно связана с ее диффузией. Четвертая характеристика — это возможность ее апробации или модификации (*trialability*); иногда эту характеристику инновации отождествляют с этапностью, делимостью инновации (*divisibility*) на отдельные части. Вероятно, большинство инноваций в сфере вакцинации в достаточно высокой степени отвечают данному требованию — отказ или согласие на использование конкретной вакцины обычно не подразумевает дальнейшего согласованного поведения: попробовав данную «инновацию» человек может оценить ее пригодность и принять решение о дальнейшем поведении. И, наконец, последняя выделяемая характеристика — это видимость (*observability*) — степень, в которой использование и результаты инновации «видимы» для других людей. «Видимость» инновации провоцирует обсуждение с представителями целевой

группы, способствуя диффузии инновации. В каком-то случае (например, при вакцинации сотрудников в рабочее время, или при обсуждении паттернов вакцинации на специализированном форуме) распространенность вакцинации может быть достаточно «видимой» для других людей. В других случаях, напротив, данное поведение может быть достаточно незаметным.

Вторым достаточно перспективным подходом является описание внедрения изменений в поведение в сфере здоровья на уровне общества через понятие организации сообществ (*community organizing* или *community building*). В наиболее простой форме сообщества выделяются на основании географической принадлежности, в более же широком смысле они могут быть определены как единицы организованного социального взаимодействия или символические единицы коллективной идентичности (Hunter, 1975). В контексте изучения вакцинации географический контекст представляется существенно менее важным, чем общие социальные установки относительно вакцинации и понимания здоровьесберегающего поведения в целом. С распространением интернета все более актуальными становятся виртуальные сообщества, где место проживания является лишь одной из характеристик члена сообщества, часто не существенной и далеко не всегда известной.

Ключевой характеристикой процесса и результата развития сообществ является расширение полномочий или возможностей (*empowerment*)⁵ - расширение возможностей людей в принятии решения, влиянии, контроле над социальными институтами, которые влияют на их жизнь (по Narayan-Parker, 2002). В самом общем виде данный процесс можно определить как процесс социального действия, направленного на получение людьми власти над собственной жизнью и жизнью своего сообщества. Безусловно данный процесс, рассматриваемый в гуманистическом русле, представляется как желательный и полезный. Поэтому эмпирические работы в основном нацелены на изучение организации сообществ как ресурса профилактики. Однако в нашем случае можно также говорить о

⁵ В буквальном переводе – придание силы; в русском языке в настоящее время не имеет устойчивого перевода, достаточно часто используется транслитерация – эмпауэрмент.

наличии сообществ, организованных по признаку отвержения стандартных методов лечения и профилактики, например, собственно сообщества противников вакцинации (Witteman, Zikmund-Fisher, 2012; Kata, 2012), или сообщества отрицающих существование ВИЧ-инфекции (Meylaks, 2014). Результатом их успешного функционирования и расширения возможностей может стать, в том числе и определенный вред для общественного здоровья.

Подход к описанию поведения в сфере здоровья с точки зрения отдельных сообществ успешно развивается преимущественно в работах социологического толка. В тоже время в качестве объяснительных переменных механизмов изменения поведения в сообществах исследователи все чаще привлекают социально-психологические переменные. Например, понятие социальных сетей, социальной поддержки и социального капитала, развиваемые в работах российских и зарубежных ученых (Coleman, 1998; Cohen 2004; Социальный капитал... 2014). Расширение возможностей (empowerment) на индивидуально-личностном уровне сопровождается развитием навыков, критическим пониманием социального контекста и своих возможностей в его изменении, мотивации контроля над собственной жизнью, изменением характеристик локуса контроля и самооэффективности (Zimmerman, 1990). Анализ эмпирических исследований показывает, что само участие в сообществе (на примере онлайн-сообществ) позволяет людям реализовать множество собственных потребностей, например в самовыражении, социальной поддержке, саморазвитии, становлении и развитии репутации внутри сообщества (Minkler, 2008).

1.3. Эмпирические исследования принятия решения о вакцинации

1.3.1. Концептуализация подхода к изучению социальных установок и поведения в отношении вакцинации

Недостаточную приверженность вакцинации сегодня принято рассматривать в рамках *континуальной модели*, где крайними полюсами являются полное принятие (vaccine acceptance) и полный отказ (vaccine refusal/ rejection) от вакцинации, а промежуточными формами – виды так называемой «нерешительности» (vaccine hesitancy) в сфере принятия решения о вакцинации (Larson, 2014). Данная «нерешительность» предполагает многообразные стратегии поведения в сфере вакцинопрофилактики и поиске альтернативного графика прививок (Saada, 2015), включая отказ от некоторых вакцин (selective delay/refusal), откладывание прививок (late vaccinators) (Benin, 2006; Gust, 2008; Dempsey, 2011), или даже просто наличие сомнений при согласии на вакцинирование (cautious accepters по Leask, 2012). Данная модель представляется существенно более отвечающей реальности, однако, и существенно более сложной для эмпирических исследований, по сравнению с более традиционным взглядом – разделением на условных сторонников и условных противников вакцинации.

В частности, такое разнообразие изучаемых феноменов приводит к серьезным сложностям в обобщении результатов многочисленных эмпирических исследований установок и поведения в сфере вакцинации, поскольку они значительно разнятся как в отношении выбора предмета и объекта исследования и, соответственно, формулировки зависимой переменной, так и по своим методическим основаниям.

Тем не менее, существуют попытки проведения систематических обзоров и мета-анализа результатов объема подобных исследований, проведенных по разным основаниям.

1.3.2. Исследования распространенности различных видов социальных установок и поведения в отношении вакцинации и их факторов

Систематический обзор европейских исследований установок населения к вакцинации, связанных с сомнением в ее эффективности и безопасности (Yaquib, 2014) показал, что такие установки высоко распространены и продолжают усиливаться. Так, например, за период 2004-2010 года доля лиц крайне позитивно относящихся к вакцинации сократилась во Франции с 47% до 13%. В целом авторы обзора пришли к выводам о том, что ключевым фактором усиления негативных установок к вакцинации является использование населением альтернативных источников информации о вакцинации, что, в свою очередь, является следствием невысокого уровня доверия «официальным» источникам и неспособности врачей создать доверительные отношения с пациентами.

Развитие данного тезиса также встречается в аналитической работе Корнелии Бетч соавторами (Betsch, 2010). Угрозу вакцинации могут представлять те возможности, которые сегодня представляет Web 2.0. – интернет-функции, которые позволяют пользователям создавать собственный контент, комментировать существующий контент и распространять информацию другим пользователям. Во-первых, люди более склонны делиться негативной информацией о процессе и последствиях вакцинации, в том числе и в связи с временной асимметрией ее последствий, рассмотренной в предыдущем параграфе. Во-вторых, в противовес официальным источникам, которые в основном оперируют статистической информацией, не вполне понятной пользователям, собственно пользовательский контент в основном основан на нарративах, которые могут иметь большее влияние на принятие решения (Winterbottom, 2008). При этом данный контент может генерироваться как случайными («наивными») пользователями, так и представителями антивакцинаторского движения. Одно из немногочисленных исследований данной группы на данных интервью с лидерами десяти антивакцинаторских сообществ в Великобритании показало, что они могут существенно различаться по своему содержанию (Hobson-West, 2007). Так «реформисты», несмотря на

критический подход ко многим аспектам организации вакцинации, хотя бы частично поддерживают данное превентивное вмешательство в целом. «Радикалы» в целом придерживаются альтернативной позиции в отношении здоровья и мер профилактики и отрицают необходимость всех вакцин.

Еще один обзор (Leask, 2012) на данных исследований, проведенных в США, позволил выявить эмпирически базированную классификацию родителей несовершеннолетних детей по отношению к паттернам вакцинации. Наиболее широкая группа (30-40%) включала родителей, полностью соглашающихся на вакцинацию («unquestioning acceptor»). Эта группа характеризуется высоким уровнем доверия к медицинским специалистам, с которыми они взаимодействуют и уверенностью в том, что врач действует в наилучших интересах ребенка. Эти родители обычно не задают большого числа вопросов относительно вакцинации и в целом имеют о ней не сильно детализированное представление.

Так же значительна группа родителей, соглашающихся на вакцинацию с осторожностью («cautious acceptor») – 25-35%. Они имеют некоторые опасения относительно вакцинации и в целом несколько опасаются возможных побочных эффектов, однако соглашаются с ее необходимостью и соблюдают график вакцинации.

Группа сомневающихся (“hesitant” – 20-30%) также соглашается на вакцинацию, несмотря на сильные сомнения в ее эффективности и безопасности, ее представители более сфокусированы на ассоциированных с вакцинацией рисках и имеют более детальное представление о различных вакцинах. Другая же группа, также имея сильные сомнения в отношении вакцинации, после детального анализа значительного числа источников информации, решают отложить вакцинацию или делать ее выборочно (2 – 27%) («late or selective vaccinator»).

Последнюю, наименее многочисленную группу (<2%) составляют родители, решившие полностью отказаться от вакцинации ребенка («Refuser») в связи со своими общими убеждениями о вакцинации, негативным опытом взаимодействия с медицинской системой или религиозными убеждениями. При этом зачастую им присущ крайне низкий уровень информированности о вакцинации в целом. Такие

родители предпочитают целенаправленно выбирать медицинского работника, который не будет препятствовать отказу от вакцинации, а также часто образуют сообщества с родителями сходных взглядов.

Объем эмпирических исследований факторов, препятствующих или способствующих вакцинации, также крайне значителен. Существенную сложность, на наш взгляд представляет то, что значительная часть эмпирических исследований направлены на изучение социальных установок и поведения в отношении конкретных вакцин, вызывающих наибольшие трудности в распространении: вакцины от папиллома вируса (Allen, 2010; Trim, 2014;), вируса гриппа (Bish, 2011; Nagata, 2013) и комбинированной вакцины от кори, краснухи и паротита (Bellaby, 2003; Smith, 2006).

Несмотря на важную практическую значимость данных направлений исследований, фокус на конкретных вакцинах, может оказать на наш взгляд негативную роль для целей понимания психологических механизмов принятия решения о вакцинации. Конкретные характеристики и «образ» вакцин могут затмевать реальные психологические механизмы принятия решения. На наш взгляд в рамках изучения принятия решения о вакцинации как психологической проблемы, целесообразно сфокусироваться именно на принятии решения в отношении вакцинации в целом (согласие или отказ от вакцинации) либо в отношении вымышленных сценариев, максимально очищенных от стереотипов, связанных с конкретными вакцинами.

К примеру, недавний систематический обзор факторов принятия решения о вакцинации комбинированными вакцинами (Brown, 2010) также на две трети состоял из исследований утилизации вакцины от кори, краснухи и паротита. В целом, по данным данного обзора отказ от вакцинации ассоциирован с 1) представлением о низкой эффективности и безопасности вакцин; 2) представлением о низкой угрозе заболеваний; 3) более низким уровнем доверия к государству и системе здравоохранения и меньшей удовлетворенностью взаимодействием с медицинским персоналом, отвечающим за вакцинацию; 4)

более ранним началом изучения вакцинации по сравнению с другими родителями и рядом других, более частных факторов.

В целом одной из основных взаимосвязей, проверяемых в исследованиях, является связь поведения и воспринимаемого риска. Данная взаимосвязь, выраженная в терминах уязвимости к заболеванию (вероятности заболеть) и тяжести заболевания (вероятности серьезных последствий) была подтверждена в мета-аналитическом исследовании (Brewer, 2007), что подтвердило значимость данных компонентов в качестве центральных составляющих теорий поведения в сфере здоровья.

Другой масштабный систематический обзор (Larson, 2014) фокусируется на феномене «нерешительности», включая весь широкий спектр промежуточных форм принятия решения о вакцинации. Данный анализ включал исследования, направленные на изучение нерешительности в отношении как отдельных вакцин, так и вакцинации в целом. Аналитическая модель включала несколько групп факторов. Широкие контекстуальные влияния на отношение к вакцинации включали

1) социоэкономические характеристики: доход и образование, влияние которых обнаруживалось во многих исследованиях, однако было разнонаправленным, иногда даже в пределах одной страны;

2) коммуникационные и медиа-воздействия, которые также были разнонаправленными в зависимости от содержания информационного сообщения;

Также исследователи выделяли вакцино-специфические факторы: обнаружено негативное влияние воспринимаемых временных, материальных или иных затрат, связанных с вакцинацией;

Следующей группой факторов являются индивидуальные и групповые воздействия. Восприятие вакцинации как социальной нормы, а также поддержка семейного и иного окружения являлась фактором более позитивных социальных установок к вакцинации. Также в различных исследованиях изучались и подтверждались влияния на установки к вакцинации, установок и информированности о здоровье более широкого уровня, а также в целом

информированности о различных аспектах вакцинации, которые не вполне легко могут быть обобщены.

И, наконец, данный систематический обзор также выявил влияние на «нерешительность» в отношении вакцинации специфических представлений о рисках и выгодах, ассоциированных с вакцинацией.

В целом авторы анализа постулируют отсутствие некоего единого алгоритма, объясняющего «нерешительность» в сфере вакцинации: влияние данных факторов сильно варьирует и зависит друг от друга, а также является контекстуально специфичным.

Ограничением данной работы для целей настоящего исследования стало то, что «нерешительность» подразумевает не только факторы, связанные с установками лиц, принимающих решение, но и с факторами внешней среды, в частности доступностью вакцинации для различных категорий населения.

Обзор исследований схожей тематики, проведенных с использованием исключительно качественных методов сбора данных был проведен Эдвардом Миллзом с соавторами (Mills, 2005). Наиболее часто выделяемыми категориями для анализа являлись вопросы возможного вреда от вакцинации, вопросы доверия предлагающим вакцинацию институтам и вопросы доступности вакцинации. Из не упомянутых выше частных факторов в данных исследованиях встречались: избегание связанных с инъекцией болевых ощущений и недостаточно благоприятные отношения с медицинским персоналом.

Интересный систематический обзор (Quadri-Sheriff, 2012) посвящен изучению конкретного аспекта мотивации к иммунизации – представлению о коллективном иммунитете (herd immunity), вакцинации во «благо других». В целом анализ показал, что данный фактор может оказывать определенное влияние на решения о вакцинации, хотя он крайне редко является ведущим.

Немногочисленные российские исследования стали публиковаться относительно недавно, буквально в течение последних нескольких лет. Исследование родителей несовершеннолетних детей, проведенное в Архангельской области, выявило сравнимую с западными исследованиями долю

лиц, полностью отказывающихся от вакцинации (3,7%, в том числе 83% в отсутствие медицинских противопоказаний), а также существенную долю родителей, испытывающих сомнения в необходимости вакцинации (40%). (Елукова, 2015; Кригер, 2016). Основной декларируемой причиной отказа от вакцинации являлся страх побочных эффектов и осложнений.

Серия исследований научной группы В.К. Солондаева, Е.В. Коневой и Н.Л. Черной с соавторами на данный момент является одним из первых собственно психологических исследований принятия решения о вакцинации в России. В своих исследованиях авторы применили методику использования ситуаций-моделей принятия решения как стимульного материала для интервью о принятии решений в подобной ситуации. В ситуациях-моделях варьировалось несколько показателей, в том числе: решение персонажа, исход самой ситуации и эмоциональная окраска. Испытуемым – матерям малолетних детей, предлагалось высказаться о том, какое бы решение в данном случае приняли бы они (ответ от первого лица), какое решение следовало бы принять персонажу (декларируемое решение, решение от третьего лица), а также аргументировать принятое решение. Исследование показало, что на решение о вакцинации в условиях ситуаций-моделей оказывала влияние активация психологических защитных механизмов. Причем на напряжение психологических защит предположительно могла влиять, в том числе, лингвистическая составляющая стимульного материала (Солондаев, 2016). Анализируя рассогласование полученных решений от первого лица, от третьего лица и реального поведения испытуемых авторы приходят к выводу, что в значительной части случаев согласие на вакцинацию в реальном жизненном опыте испытуемых является в психологическом плане вынужденным (Черная, 2016 а; Черная, 2016 б). Проведенный авторами эмпирический и теоретический анализ позволяет говорить о том, что логика медиков и логика родителей относительно принятия решения о вакцинации сущностно различаются и не могут быть опровергнуты друг другом (Солондаев, 2015). Также родители имеют более широкий по сравнению с медиками диапазон видимых ими типов решений о вакцинации (включая откладывание вакцинации), тогда как медицинские

работники не дифференцируют решения, не приводящие к вакцинации, но являющиеся психологически различными.

1.3.3. Исследования методов противодействия негативным социальным установкам в отношении вакцинации

Какие же усилия предпринимаются для того, чтобы повысить уровень согласия на вакцинацию или, по меньшей мере, не допустить его снижения? Недавний обзор обзоров (Dubé, 2015) позволил выявить 15 обзорных или мета-аналитических исследований высокого качества, посвященных данной проблематике. В некоторых случаях к эффективным интервенциям причисляли: предоставление вознаграждений за вакцинацию (продуктовые ваучеры, подарочные карты, товары для ребенка и пр.), напоминания о необходимости вакцинации (ключи к действию), в том числе, домашние визиты, мульти-компонентные интервенции и информационные кампании и необходимость вакцинации для поступления в детский сад или школу (Ryman, 2008, Shea, 2009; Oyo-Ita 2011; Community Preventive Service Task Force, 2014);

Тем не менее, большинство исследований имели существенные методические ограничения, а содержание предлагаемых интервенций в большинстве случаев ограничивалось тиражированием листовок и плакатов. Суть же некоторых интервенций (например, ограничения в образовании для детей без вакцинации) представляется как рискованным по своим далеко идущим последствиям (снижению уровня доверия к вакцинации), так и не вполне соответствующим современным представлениям о правах человека.

В целом проведенный обзор обзоров привел его авторов к неутешительным выводам. Во-первых, на настоящий момент отсутствуют какие-либо интервенции, которые можно было бы назвать безусловно успешными и рекомендовать к внедрению. И, во-вторых, вряд ли такие интервенции могут появиться, если они не будут учитывать характеристики целевой группы – в какой степени на момент интервенции люди согласны с идеей вакцинации, и если нет – то по какой причине. Примером данного подхода также служит обзор (Leask, 2012), в котором на основании классификации родителей в отношении установок и поведения в

сфере вакцинации предложены специальные коммуникативные стратегии поведения врача для взаимодействия с разными пациентами.

Схожий вывод об отсутствии убедительных доказательств возможности рекомендовать какие-либо из разработанных профилактических интервенций сделали авторы другого систематического обзора (Sadaf, 2013).

При этом существуют эмпирические доказательства того, что некоторые из предлагаемых интервенций могут приводить к негативным результатам. Брендан Нихан с коллегами (Nyhan, 2014) тестировали четыре различных подхода к повышению лояльности родителей к комбинированной вакцине от кори, краснухи и паротита на основании повышения воспринимаемой уязвимости и снижения воспринимаемой вероятности негативных последствий. Экспериментальное тестирование данных интервенций показало, во-первых, их полную неэффективность, а во-вторых – снижение намерения вакцинировать у тех родителей, у кого изначально были какие-то негативные установки к этой вакцине.

1.4. Выводы по Главе 1

1. Принятие решения о вакцинации в различных своих аспектах может быть описано как теориями принятия решения, так и теориями поведения в сфере здоровья.

2. Среди многочисленных теорий поведения в сфере здоровья и теорий принятия решения разного уровня большинство могут быть полностью или частично (за исключением отдельных концептов) релевантны изучаемому феномену – принятию решения о вакцинации. Вакцинация достаточно часто являлась предметом эмпирического изучения в рамках проверки различных теорий принятия решения и теорий поведения в сфере здоровья. Однако на настоящий момент описана лишь одна модель принятия решения, имеющая специфическое приложение к проблеме принятия решения о вакцинации.

3. Ключевыми особенностями принятия решения о вакцинации с точки зрения психологической науки являются:

1) Сопряженность с риском и неопределенностью относительно последствий и критериев принятия решения

2) Асинхронность предполагаемых затрат и выгод, ассоциированных с вакцинацией

3) В значительной части случаев - социальный характер принятия решения (в связи с принятием решения в процессе межличностного взаимодействия или под влиянием реального или воображаемого другого; либо в связи с принятием решения в отношении зависимого лица)

4. В целом рассмотренные модели позволяют выделить две групп основных характеристик поведения в сфере вакцинации: 1) факториальные, характеризующие причинные или условные аспекты внешней и внутренней среды, влияющие на вероятность вакцинации; и 2) процессные, характеризующие стадии изменения поведения на уровне индивида или сообществ и процессы, происходящие на данных стадиях.

5. Выделяемые факториальные переменные носят преимущественно когнитивный характер, в том числе представление об актуальном риске, выгодах и барьерах предлагаемого поведения, различных аспектах его социальной нормативности, а также самоэффективности и уровне контроля (принятия решения и его воплощения) в отношении предлагаемого поведения.

6. Процессные характеристики могут быть описаны в рамках двух основных этапов — когнитивный, собственно описывающий принятие решения и поведенческий, описывающий процесс его реализации. На обоих этапах важную роль играет микро и макро-социальное окружение, в том числе, с помощью процесса научения через наблюдение.

7. Одним из наиболее серьезных аспектов критики моделей поведения в сфере здоровья является разрыв между прогнозируемым намерением и действием. Принятие решения, таким образом, может считаться поворотным пунктом в процессе формирования поведения. Факт его наличия является хоть и не достаточным, но необходимым этапом произвольно регулируемого поведения, примером которого может считаться согласие и/или совершение вакцинации.

8. Исходя из теоретического анализа, можно выделить следующие важные характеристики, определяющие несколько разновидностей предмета принятия решения о вакцинации:

а) Решение о вакцинации как о комплексном профилактическом вмешательстве (например, вакцинации детей) vs. решение о вакцинации как утилизации однократного вмешательства;

б) Когнитивный этап принятия решения о вакцинации vs. поведенческий этап реализации принятого решения.

с) Решение о вакцинации на уровне индивида vs. процесс принятия или отвержения вакцинации на уровне общности.

9. Существует значительное число эмпирических исследований социальных установок и поведения в сфере вакцинации, которые широко варьируют по непосредственному предмету своего изучения. Ими могут являться как крайние полюсы континуума «согласие – отвержение» вакцинации, так и ряд промежуточных состояний – откладывание вакцинации, избирательная вакцинация, общие и частные установки по отношению к вакцинации. Также исследования различаются по критерию фокусировки на конкретных вакцинах, либо графике вакцинации в целом. Такое разнообразие изучаемых феноменов приводит к серьезным сложностям в обобщении результатов эмпирических исследований.

10. В целом исследования показывают высокую распространенность недостаточной приверженности вакцинации, которая может проявляться как на уровне поведения (отказ от вакцинации, откладывание вакцинации), так и на уровне социальных установок.

11. Принятие решения о вакцинации имеет многофакторную этиологию и включает как факторы на уровне общности (экологические или контекстуальные влияния), так и на уровне группы и уровне личности. Одной из наиболее подтвержденных групп факторов являются когнитивные факторы, в частности, оценка рисков, ассоциированных с вакцинопрофилактируемыми заболеваниями и самой вакцинацией.

12. Масштабные усилия по систематизации имеющихся эмпирических данных показали, в том числе, их высокую культуральную специфичность. В тоже время, российские исследования на данную тематику пока носят единичный характер и в целом только начинают появляться.

13. В настоящее время отсутствуют профилактические вмешательства, направленные на преодоление негативных социальных установок к вакцинации и повышение охвата вакцинацией, в полной мере доказавшие свою эффективность.

ГЛАВА 2. ЭТАПЫ И МЕТОДЫ ЭМПИРИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

2.1. Краткая характеристика этапов исследования

Исследование проходило в несколько этапов. На первом этапе с использованием метода систематического обзора были выделены факторы принятия решения о вакцинации в целом (согласия или отказа от вакцинации как превентивного метода) уже подтвержденные в эмпирических исследованиях, а также выявлены методические ограничения данных эмпирических исследований.

На втором этапе с учетом результатов теоретического обзора, систематического обзора эмпирических исследований и данных качественных интервью была разработана итоговая модель исследования для эмпирической верификации в рамках собственного диссертационного исследования.

На третьем этапе был разработан протокол и методический инструментарий для сбора данных среди репрезентативной выборки населения Санкт-Петербурга, который содержал видоизмененную схему экспериментального дизайна и включал преимущественно количественные индикаторы для статистической проверки влияния факторов принятия решения о вакцинации. Информация, полученная в рамках данного этапа, стала основой диссертационного исследования.

Настоящее исследование было поддержано средствами научно-исследовательской работы № НИД 8.38.289.2014 «Психологический подход в преодолении негативистических установок отдельных групп населения к мерам профилактики опасных инфекционных заболеваний» (реализуется факультетом психологии СПбГУ, финансируется из средств федерального бюджета, выделенных СПбГУ), руководитель к.пс.н. Антонова Н.А.

2.2. Систематический обзор методических подходов и результатов эмпирических исследований принятия решения относительно вакцинации как превентивного метода

2.1.1. Задачи этапа исследования

Проведение данного этапа исследования было направлено на решение следующих задач:

1. Описание методических планов эмпирических исследований принятия решения о вакцинации и их ограничений
2. Систематизация факторов принятия решения о вакцинации, выявляемых в эмпирических исследованиях, и оценка уровня их подтвержденности.

2.1.2. Методы исследования

Для решения данных задач в работе использовался метод систематического обзора публикаций – исследование на основе строгих критериев отбора публикаций отдельных однородных оригинальных исследований с целью их критического анализа и оценки (Perestelo-Pérez, 2013). Поскольку сегодня не может быть спланировано и проведено исследование, охватывающее все потенциальные факторы риска вакцинопрофилактики лишенные методических недостатков, единственным возможным путем развития данного направления исследований остается накопление надежных результатов эмпирических исследований и поиск среди них совпадающих и не противоречащих друг другу.

В обзор включались статьи социального или медицинского профиля, опубликованные с 1980 г. по 2015 г. в научных журналах и содержащие конкретные результаты оригинальных исследований.

Поиск литературы был осуществлен осенью 2015 г. посредством электронной библиографической базы данных Web of ScienceTM Core Collection. Критериями включения источника в исследование были:

- 1) английский язык публикации;
- 2) дата публикации с 1 января 1980 до 1 октября 2015 года;

3) наличие данных о содержании и результатах эмпирического исследования феномена принятия решения о вакцинации среди любых групп населения:

исследования, посвященные изучению установок/поведения, связанных с принятием или отвержением всех или большинства вакцин для себя и/или своих детей;

Источники исключались из исследования, если они были посвящены изучению установок / поведения в отношении конкретных вакцин. Однако в исследование включались работы, которые использовали экспериментальные задачи о вымышленных вакцинах.

Для работы с электронной библиографической базой данных Web of Science TM Core Collection было использовано поисковое выражение: (antivaccin*) OR (anti-immuniz*) OR (vaccin* near/3 refus*) OR (vaccin* near/3 denial*) OR (anti-vaccin*) AND "1980"[Date - Publication]: "2014"[Date - Publication].

2.1.3. Выборка исследования

Всего было найдено 679 записей, из них потенциально релевантных статей – 536. На основе оценки соответствия названия и резюме (абстрактов) поисковым критериям, были отвергнуты 479 из них. На основании соответствия полного текста публикаций критериям включения и исключения из 57 проанализированных исследований в итоговый массив была включена 31 публикация, содержащая материалы оригинальных исследований феномена отказа от вакцинации. На рисунке 1 представлен реализованный нами пошаговый алгоритм процесса поиска статей.

2.1.3. Анализ данных

В дальнейшем отобранные статьи были закодированы по следующим основаниям:

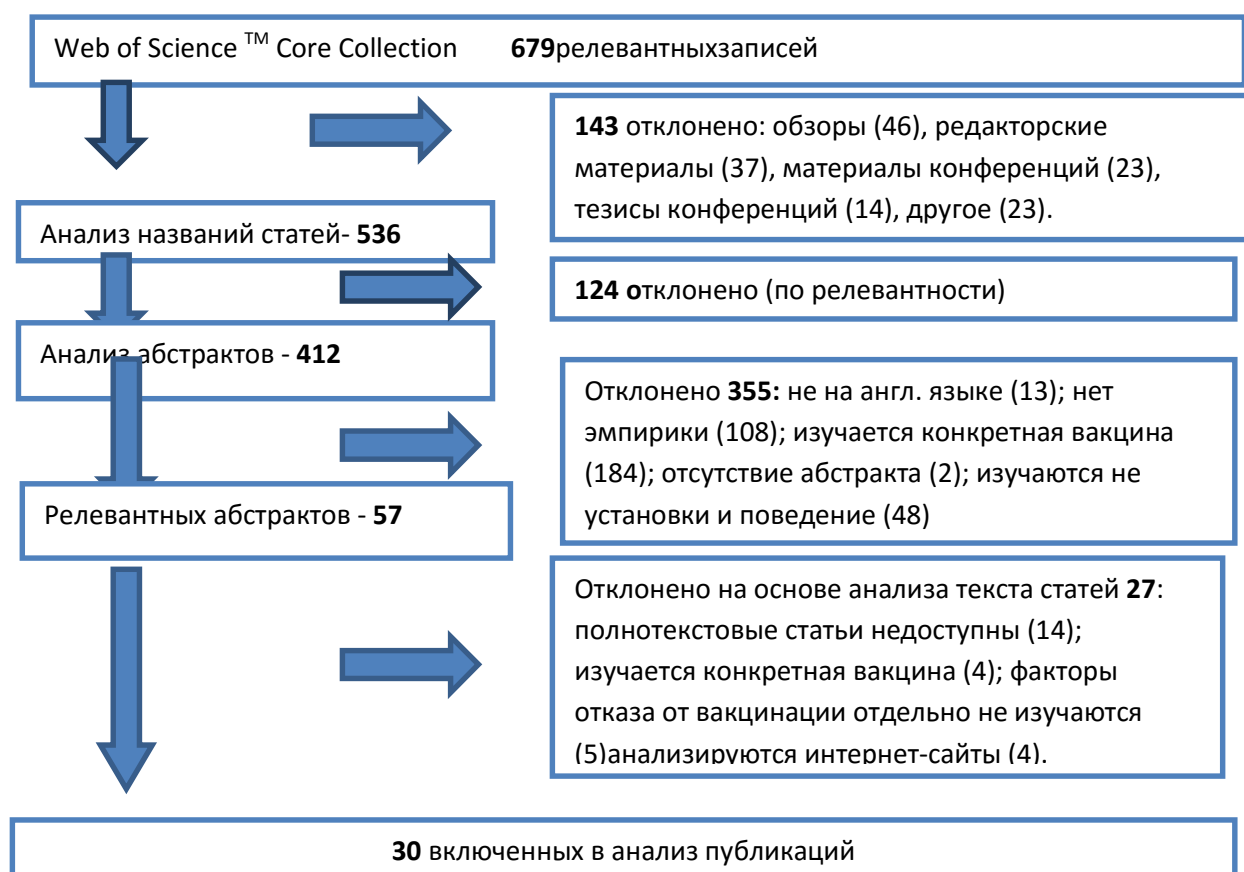


Рисунок 1. Пошаговый алгоритм поиска и отбора статей для анализа

1) Методические характеристики

1. Объект исследования
2. Регион исследования (сбора данных)
3. Год сбора данных
4. Год публикации данных
5. Исследовательский дизайн
6. Теоретическое основание
7. Методы сбора данных
8. Способ формирования и размер выборки
9. Методы анализа данных
10. Операциональное определение (критерий) негативных установок/отказа от вакцинации

2) Результаты исследования: обнаруженные в исследовании факторы принятия решения о вакцинации

11. Когнитивные факторы
12. Поведенческие факторы
13. Социально-демографические и социально-статусные
14. Иные

В соответствие с методологией систематических обзоров кодировка данных проводилась двумя независимыми исследователями: соискателем совместно с к.пс.н. Антоновой Н.А. Результаты данного этапа работы представлены в параграфах 3.1. и 3.2..

2.3. Теоретическая модель исследования

Основной задачей данного этапа стала разработка теоретической модели исследования для верификации ее в рамках собственного эмпирического исследования.

Источниками данных для построения данной модели стали результаты теоретического обзора и систематического обзора эмпирических исследований, дополненные данными качественных интервью с лицами, имеющими опыт отказа о вакцинации (N=26). Подробно информация о методах и результатах качественного компонента исследования представлена в статье (Антонова, 2014).

Основные компоненты модели представлены на рисунке 2.

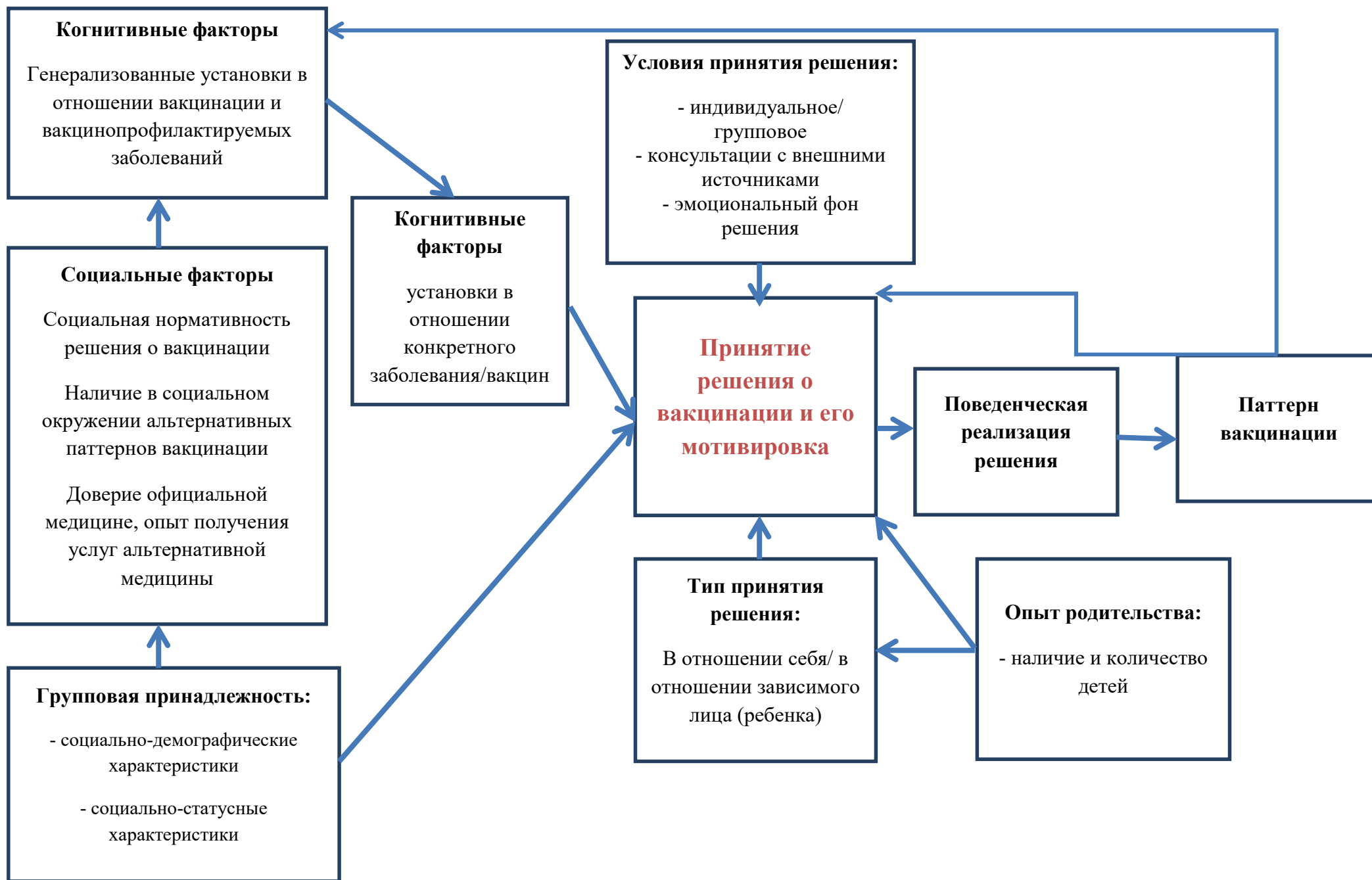


Рисунок 2. Теоретическая модель эмпирического исследования

В целом модель принятия решения о вакцинации выглядит следующим образом.

Решение о вакцинации может рассматриваться в двух аспектах: собственно решения (согласие на вакцинацию, отказ или отсутствие принятого решения) и его поведенческой реализации. Положения большинства рассмотренных общих теорий принятия решения и частных теорий принятия решения в сфере здоровья предусматривают нетождественность данных двух компонентов. Однако теоретические модели, в частности Временная теория саморегуляции (Hall, Fong, 2007), показывают, что сформированный в результате поведенческой реализации паттерн вакцинации может оказывать влияние на принятие решения в отношении конкретного эпизода вакцинации. Данный устойчивый паттерн поведения в свою очередь также может быть рассмотрен как репрезентирующий решение о вакцинации в целом: например, принятие всех вакцин (или только рекомендованных календарем вакцинации), отказ от всех вакцин или принятие решения о вакцинации в каждом конкретном случае.

Помимо уже имеющегося опыта принятия решения о вакцинации и его поведенческой реализации на принятие решения о конкретном эпизоде вакцинации оказывают влияние:

- 1) принадлежность к большим социальным группам в контексте гендерной принадлежности, принадлежности к возрастным когортам, социально-статусных характеристик (уровня образования, должности и дохода) и религиозной принадлежности. Данная группа факторов оказывает влияние на принятие решения как непосредственно, так и за счет различий в социальном контексте принятия решения, свойственном данным группам.

- 2) социальные факторы. Выделение данной группы факторов стало прикладным следствием нескольких теорий. В частности, на основании положений теории конформизма (Cialdini, 1998), классификации видов принятия решения (March, 1994), теории разумного действия (Ajzen, Fishbein, 1970) и социально-когнитивной теории, мы предположили, что принятие решения о вакцинации будет зависеть от *воспринимаемой дескриптивной*

социальной нормы в отношении данного поведения: «как обычно поступают с вакцинацией другие люди».

Данная закономерность проявилась и в качественных интервью, причем в некоторых из них нормативность поведения стала основным фактором принятия решения:

«... насколько я смотрела [списки в детском саду; примечание автора] очень много отказывается от сезонных прививок... вот последний раз по списку было видно, что единичные родители соглашались на прививку от гриппа (из 26 человек, я видела согласившихся человек 5).... Ну уже когда принесли списки, что другие родители отказываются, уже колебаний не было, в принципе я приняла решение ... (Женщина, 38 лет)».

Кроме того, базируясь на положениях теории перспективы (Канеман, Тверски, 2015), мы предположили, что влияние информации о социальной нормативности данного вида поведения будет различным в зависимости от того, какой фрейминг (обрамление) данной информации будет использован: положительный (информация о доле лиц, согласившихся на вакцинацию) или отрицательный (информация о доле лиц, отказавшихся от вакцинации). Эффект фрейминга достаточно часто изучался применительно к принятию решений в сфере здоровья в целом (Gallagher, Updegraff, 2012; Gong 2013) и вакцинации в частности (O'Keefe, Nan, 2012). Однако в подавляющем большинстве случаев само содержание фрейминга фокусировалось именно на формулировании сообщения в терминах выигрыша или потерь, как в классическом исследовании Д. Канемана и А. Тверски. Данный тип фрейминга (формулирование в контексте согласия или отказа) по нашим данным ранее не применялся к изучению принятия решения о вакцинации.

К социальным факторам так же нами были отнесены *социальные влияния на уровне общности*. В частности ввиду нарастающей распространенности отказа от вакцинации как новой модели поведения мы предположили, что она, распространяясь по законам диффузии инноваций, может влиять на принятие решения в отношении вакцинации. Данные

факторы (социальная нормативность и влияние альтернативной модели поведения) в меньшей степени учитывались в рассмотренных в систематическом обзоре эмпирических исследованиях. Недооцененность данной группы факторов в эмпирических исследованиях вместе с ее значимостью в теоретических работах, а также общая социально-психологическая направленность исследования послужили основанием для проверки влияния на принятие решения данной группы факторов в качестве одной из основных задач исследования.

Третьей группой переменных, изучаемой нами в рамках данной категории, является специфика *отношения к официальной медицине* и ее проводникам и обращение к специалистам комплиментарной и альтернативной медицины (гомеопаты, остеопаты и пр.) как показатель низкого уровня доверия к официальной медицине. Данный фактор не фигурировал в рассмотренных специфических теоретических моделях принятия решений и поведения в сфере здоровья, однако в теоретических психологических исследованиях доверие часто понимается как неотъемлемый компонент принятия решений, связанных с риском (Скрипкина, 2000) или непосредственно как ресурс снижения риска (Донцов, Перелыгина, 2016), что весьма релевантно рассматриваемой ситуации принятия решения. Кроме того, данный фактор показал свою значимость в эмпирических исследованиях принятия решения о вакцинации и проявился в материалах качественных интервью.

3) Когнитивные факторы. Теоретический анализ, данные эмпирических исследований и качественных интервью подтвердили важную роль представлений о вакцинации и вакцинопрофилактируемых заболеваний в принятии решения о вакцинации. В качестве теоретического основания мы использовали положения модели убеждений о здоровье, в которой когнитивные факторы представлены наиболее полно. Новизной использования когнитивных факторов в рамках настоящего диссертационного исследования являлось рассмотрение их в двух аспектах:

а) как социальных установок и убеждений относительно конкретного заболевания и вакцины и б) социальных установок и убеждений в отношении вакцинации в целом как метода первичной профилактики вакцинопрофилактируемых заболеваний (то есть разграничение генерализованных и частных установок). Предполагалось, что данные факторы как непосредственно влияют на принятие решений, так и оказывают влияние друг на друга.

4) Условия и тип принятия решения. К данной группе факторов нами были преимущественно отнесены характеристики принятия решения в контексте возможности его отнесения к типу социальных решений (модель Baron, 1995)), а именно: непосредственное влияние на решение других людей (совместное принятие решения, использование советов), а также того, кого непосредственно коснется принятие данного решения (самого испытуемого или его ребенка). Последний тип принятия решения – решение о вакцинации ребенка предположительно может изменяться с опытом родительства (количество детей и их возраст). Также на основании положений ряда теорий (Bettman, 1998) и эмпирических исследований (Lerner, 2015) о влиянии эмоций на принятие решения, в качестве факториальной переменной использовались данные об эмоциональном состоянии испытуемого в момент принятия решения (в какой степени принятие решения было сопряжено с эмоциональным напряжением).

2.4. Эмпирическое исследование

Методика построения эмпирического исследования базировалась на результатах систематического обзора. С одной стороны нами были использованы выводы данного этапа работы об ограничениях существующей практики эмпирических исследований, и с другой стороны использовались наилучшие практики изучения данного феномена. В частности было принято решение о необходимости использования качественно-количественного подхода к анализу данной проблематики, а также об использовании экспериментального исследовательского дизайна для проверки одной из

основных гипотез. Решение об экспериментальной проверке гипотезы о влиянии социальной нормативности на принятие решения о вакцинации было принято на основе новизны (данные об экспериментальном манипулировании данной переменной не были нами обнаружены).

2.4.1. Пилотажное исследование

Задачи исследования

Пилотажное эмпирическое исследование являлось промежуточным этапом между построением теоретической модели исследования и собственным эмпирическим исследованием на базе репрезентативной выборки населения Санкт-Петербурга. Данный этап исследования был направлен на решение следующих задач:

1) получение качественно-количественных данных для построения типологии мотивировок принятия решения на вакцинацию. В качественных интервью было выявлено значительное разнообразие мотивировок принятия решения о вакцинации и отсутствие насыщения (сатурации) по данному параметру в качественных интервью, что привело к необходимости увеличения числа респондентов при сохранении возможности использования открытых вопросов.

2) тестирование экспериментального дизайна изучения принятия решения о вакцинации.

3) пилотаж отдельных индикаторов.

Объект и выборка исследования

Объектом исследования стали русскоговорящие родители несовершеннолетних детей, имеющие опыт принятия решения о вакцинации.

Испытуемые рекрутировались в исследование методом снежного кома через личные контакты и объявления в социальных сетях (различные группы на сайте <https://vk.com>). Итоговая выборка исследования составила 266 родителей, в том числе 235 матерей и 31 отец. Средний возраст опрошенных составил 32-33 года (размах 20-66). Большинство испытуемых состоят в зарегистрированном браке (79,3%), каждый второй работает на какой-либо

оплачиваемой работе, реже – учились или находились в декретном отпуске. В подавляющем большинстве случаев (90,6%) число детей не превышало двух: более половины имели только одного ребенка (54,9%) и 35,7% имели двух детей. Большинство респондентов (81,2%) на момент опроса имели ребенка в возрасте, когда проводится большинство вакцинаций – до шести лет включительно. Выборка была значительно смещена в сторону людей с законченным высшим образованием (85,0%).

Методы исследования

Методом сбора данных являлся интернет-опрос. Сбор данных был осуществлен с помощью сервера VirtualExS – специализированного сайта для создания профессиональных маркетинговых опросов и психологических тестов (<https://virtualexs.ru/>). Исследование было полностью анонимным (никакие идентифицирующие характеристики не собирались) и добровольным, и предварялось процедурой информированного согласия. В сборе данных принимала участие магистрант кафедры социальной психологии СПбГУ Кошман К.Е.

Интернет-опрос состоял из 39 вопросов, посвященных тематике принятия решения о вакцинации, опыта вакцинации и социально-демографической информации. Для целей настоящей работы использовались три группы индикаторов.

1. Мотивация принятия решения о вакцинации в жизненном опыте респондентов (мотивация поведенческой реализации решения о вакцинации). Два вопроса были посвящены мотивировке принятия решения о вакцинации в случае согласия и отказа от вакцинации (закрытые вопросы), они предъявлялись всем респондентам, сообщившим, что они имели опыт согласия на вакцинацию или отказа от вакцинации соответственно.

2. Мотивация принятия решения в экспериментальной ситуации. Открытый вопрос предъявлялся всем респондентам после принятия ими решения о вакцинации в экспериментальной ситуации.

3. Принятие решения о вакцинации с учетом фактора дескриптивной социальной нормы. Для оценки данного индикатора использовался метод фиктивных сценариев, уже использовавшихся ранее в отношении принятия решения о вакцинации (например, Vietri 2012). Респондентам предлагалось принять решение о вакцинации своего ребенка от вымышленного заболевания на основе представленной им информации о заболевании и имеющейся вакцины, при этом в данный стимульный материал была включена информация о том, какая доля родителей детей, обучающихся в том же образовательном учреждении, согласилась на вакцинацию. На основе принципа случайности испытуемым предъявлялась информация о высокой (90%) или низкой (10%) нормативности согласия на вакцинацию или наличию двух одинаково нормативных вариантов поведения (50%). Также в исследование была включена четвертая (контрольная) группа, которой информация о социальной нормативности поведения не предъявлялась. Эффект фрейминга в пилотажном исследовании не проверялся. Данное пилотажное исследование подтвердило значимость социальной нормативности для принятия решений и применимости использования метода вымышленных сценариев для изучения данного влияния (Кошман 2016). Однако, в связи с явными ограничениями выборки (отсутствие репрезентативности, перекося в сторону населения с высшим образованием), результаты самого эксперимента использовались в диссертационной работе лишь справочно. Полное описание исследования представлено в статье (Кошман, Цветкова, 2016). Основные результаты исследования, вошедшие в диссертационное исследование, представлены в разделах 3.3.2 и 3.6.3.

2.4.2. Основное исследование

Цель и задачи исследования

Основной целью данного исследования стала проверка разработанной теоретической модели принятия решения о вакцинации. Задачи исследования:

1) описать процесс и результат принятия решения о вакцинации в контексте условий принятия решения о вакцинации, паттернов его поведенческой реализации, а также специфики принятия решения о вакцинации детей;

2) количественно оценить роль когнитивных факторов в принятии решения о вакцинации на основе модели убеждений о здоровье;

3) оценить применимость модели диффузии инноваций к объяснению принятия решения о вакцинации; под инновацией в данном случае понимался поведенческий паттерн полного отказа от вакцинации;

4) Оценить влияние дескриптивной социальной нормативности на принятие решения о вакцинации;

5) Оценить интегративную модель факторов принятия решения о вакцинации в контексте сопоставления силы влияния отдельных факторов и итоговой прогностической способности.

Объект и выборка исследования

Объектом исследования стали совершеннолетние жители Санкт-Петербурга. Использовалась квотная выборка, репрезентирующая население Санкт-Петербурга в возрасте 18 лет и старше. Итоговый объем выборки составил 1175 человек, в том числе 499 мужчин (42.5%), ошибка выборки составляет около $\pm 3\%$. Доля согласия на участие в исследовании (response rate) составила 28,3%.

Средний возраст испытуемых составил 46,1 лет (ст. отклонение 17,3), в том числе, лица в возрасте 18-39 лет - 39,9%, 40- 59 лет – 36,0% и лица 60 лет и старше – 24,2%. Каждый второй опрошенный (51.5%) имел законченное высшее образование, и двое из трех (66,4%) указали работу на предприятиях различных форм собственности в качестве основного занятия.

Для углубленного анализа данных в отдельных случаях статистическая обработка проводилась по следующим подгруппам респондентов:

а) родители несовершеннолетних детей (N=310), далее – «актуальные родители». Впоследствии из анализа были исключены респонденты,

неполная вакцинация детей которых была связана с медицинскими противопоказаниями, чтобы минимизировать фактор влияния на принятие решения о вакцинации внешних объективных ограничений. Итоговый размер подвыборки «актуальных родителей», используемый для анализа, составил 260 человек.

б) лица, не имеющие детей, но планирующие их появление (N=175), далее – «потенциальные родители»; Данная категория была выделена, в том числе, из теоретических соображений: для данной группы процесс принятия решения о вакцинации детей может быть охарактеризован как «наивный» (в противовес «экспертному»), в связи с отсутствием предыдущего опыта принятия решений данного рода (Pieterse 2013).

в) лица, не имеющие несовершеннолетних детей и не планирующие их появление (N=690).

Методы исследования

Сбор данных проводился методом телефонного опроса с помощью системы CATI (computer assisted telephone interviewing) летом 2015 г. (более подробно см.(Телефонный опрос...2016)). Сбор данных был проведен с использованием оборудования ресурсного центра Научного парка СПбГУ «Социологические и интернет-исследования».

Опросник исследования включал в себя индикаторы, соответствующие разработанной теоретической модели. При разработке конкретных индикаторов использовались данные о схожих индикаторах, используемых в зарубежных эмпирических исследованиях. Формулировки индикаторов частично изменялись в соответствии с исследуемой подвыборкой: «актуальным родителям» предъявлялись вопросы, связанные с вакцинацией детей; лицам, не имеющим и не планирующим появление детей, задавались вопросы об их вакцинации; «планирующим родителям» также предъявлялся фиктивный сценарий, в котором им предлагалось принять решение о вакцинации ребенка. Ключевые переменные исследования в соответствии с

блоками теоретической модели представлены в таблице 1., выдержки из анкеты основного исследования представлены в приложении 1.

Таблица 1. Состав опросника основного эмпирического исследования

Блок теоретической модели	Показатели
Принятие решения о вакцинации	Принятие решения о вакцинации на основе вымышленного сценария ⁶
Поведенческая реализация решения	Вакцинация в течение последнего года
Паттерн вакцинации	Характеристика паттерна вакцинации ребенка Опыт самовольного откладывания вакцинации
Групповая принадлежность	Пол, возраст, уровень образования, должностная позиция, уровень дохода, религиозная принадлежность и занятость
Когнитивные факторы	Генерализованные социальные установки в отношении вакцинации и вакцинопрофилактируемых заболеваний: воспринимаемые тяжесть заболеваний, уязвимость к заболеваниям, эффективность вакцинации, безопасность вакцинации. Социальные установки в отношении конкретных заболеваний/вакцин: уязвимость к заболеваниям, риски, ассоциированные с вакцинацией.
Условия принятия решения	Ответственный (ые) за принятие решения о вакцинации в семье, обращение за советом перед принятием решения о вакцинации, типы доверенных лиц, к которым обращаются за советами в связи с вакцинацией. Самооценка уровня эмоционального напряжения при принятии решения о вакцинации в условиях экспериментальной ситуации.
Опыт родительства	Наличие детей, количество детей, возраст ребенка (младшего ребенка)
Дополнительные переменные	Каналы коммуникации: частота использования радио, телевидения, газет и интернет-источников. Самооценка состояния здоровья (себя и ребенка)

⁶ Испытуемым зачитывался следующий сценарий: «Представьте ситуацию, что в нашем городе появилось новое опасное вирусное заболевание. Риск заражения им примерно такой же, как и заражения гриппом в зимний сезон. Заболевание зачастую сопровождается осложнениями, в том числе отитами и пневмонией. Существует прививка, эффективно защищающая от этой инфекции. Прививка может вызвать легкие реакции, такие как повышение температуры тела, и в редких случаях – отек Квинке и анафилактический шок». Для группы «актуальных родителей» добавлялась также преамбула «Представьте ситуацию, что у Вас есть ребенок...»

Таблица 1. Окончание

Блок теоретической модели	Показатели
Социальные факторы	Социальная нормативность решения о вакцинации: информация о доле лиц, согласившихся/отказавшихся от вакцинации в условии вымышленного сценария, фрейминг информации о социальной нормативности⁷. Подверженность идеям антивакцинаторства: знакомство с идеями отказа от вакцинации, личное знакомство с лицами, практикующими отказ от вакцинации. Доверие официальной медицине: опыт обращения за последний год к врачам системы ОМС, врачам системы ДМС, специалистам комплиментарной и альтернативной медицины (гомеопат, остеопат, натуропат), декларируемый уровень доверия медицинским специалистам выделенных групп, предпочитаемый источник получения информации о вакцинации.

Методы статистического анализа данных включали: дескриптивные статистики, методы сравнения средних (t-критерий Стьюдента, дисперсионный анализ (ANOVA)), U-тест по методу Манна-Уитни, Тест Уилкоксона (Wilcoxon) для сравнения двух зависимых выборок, таблицы сопряженности (χ^2 Пирсона), корреляционный анализ по Спирмену, бинарный и множественный логистический регрессионный анализ.

Результаты данного этапа исследования стали основой диссертационного исследования.

⁷ Формулировка вопроса «В детском учреждении (детский сад, школа), куда ходит Ваш ребенок, родители 90% (50%, 10%) детей согласились (отказались) сделать прививку своему ребенку от этого заболевания. Будете ли Вы делать прививку Вашему ребенку от этого заболевания?». Испытуемым случайным образом предъявлялся один из вариантов стимулов: 1. родители 90% детей согласились, 2. родители 90% детей отказались, 3. родители 50% детей согласились, 4. родители 50% детей отказались, 5. родители 10% детей согласились, 6. родители 10% детей отказались. Для группы взрослых жителей, не имеющих детей использовались варианты формулировок: «90% (50%, 10%) вашего окружения (однокурсников/ коллег/соседей)».

ГЛАВА 3. СИСТЕМАТИЧЕСКИЙ ОБЗОР ЭМПИРИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ ПРИНЯТИЯ РЕШЕНИЯ О ВАКЦИНАЦИИ

3.1. Методические характеристики эмпирических исследований принятия решения о вакцинации

3.1.1. Характеристики публикаций

Вошедшие в анализ статьи были изданы в промежуток с 2002 по 2015 год. При этом пиковый период интереса к данной тематике наблюдается в последние анализируемые пять лет: с 2011 по 2015 годы, вышло 18 статей, соответствующие выделенным критериям включения, тогда как с 2006 по 2010 годы – 6 статей, с 2001 по 2005 годы – 7 статей. В среднем с момента сбора данных до момента публикации проходило около трех лет ($M = 3,12$; $\min = 1$; $\max = 8$).

Подавляющее большинство исследований были выполнены в США (21; 68%). Еще 7 работ (23,0%) проводились в странах Западной Европы (преимущественно в Нидерландах). Также существенный вклад в изучение данной проблематики внесли канадские исследователи (3; 10%). Лишь одно исследование было проведено за пределами Северной Америки и Западной Европы, в Бангладеш.

3.1.2. Дизайн исследования

Подавляющее большинство обнаруженных работ по своему характеру являются количественными (23; 74%). В двух исследованиях сочетались как качественные, так и количественные методы.

Среди них наиболее распространены исследования, построенные по кросс-секционному плану (19). Иной исследовательский дизайн встречался существенно реже: были обнаружены 3 экспериментальных исследования; одно ретроспективное когортное исследование и одно исследование по типу случай-контроль⁸.

⁸ Здесь и далее сумма может быть более 100%, поскольку в одной статье могут быть освещены данные нескольких исследований

В большинстве количественных исследований в статистической обработке использовались многомерные методы анализа (15 из 23; 65%), однако в каждой третьей работе для описания взаимосвязей отказа от вакцинации с другими переменными использовался только двумерные методы (5; 22%), либо данные просто описывались с помощью дескриптивных статистик (2; 9%). Девять из описываемых исследований (26%) являлись сугубо качественными.

В целом можно выделить несколько *самостоятельных видов исследований*, направленных на изучение отказа от вакцинации и его факторов.

1. Исследования социальных установок и поведения родителей

В данную группу входят как качественные, так и количественные исследования, нацеленные, в первую очередь, на изучение поведения и установок родителей в отношении вакцинации детей с помощью самоотчетов. Данная группа составляет большинство обнаруженных исследований (20; 65%). Группы были крайне гетерогенными в отношении возраста ребенка: некоторые исследователи фокусировались на родителях детей раннего возраста – в период, когда календарем предусмотрено наибольшее число плановых вакцинаций, другие – использовали значительно более широкие временные рамки. Можно предположить, что последний подход несколько более уязвим к критике. То, что вакцинация проводится в основном в раннем возрасте, может повлиять на возможности родителей корректно вспомнить особенности вакцинации их уже более взрослых детей.

Зачастую данные в подобных исследованиях были получены на выборках, репрезентирующих отдельные регионы или даже страны, и достигать до 11 тысяч человек. Следует отметить, что при таком подходе значительный объем выборки часто бывает оправдан. Доля родителей, сообщающих о полном или частичном отказе от вакцинации, бывает достаточно мала, поэтому объем выборки напрямую обуславливает то, будет ли возможно для исследователей изучить особенности данной субпопуляции.

В некоторых исследованиях (напр., Dempsey, 2011) авторы напрямую указывают, что углубленный анализ группы лиц, отказывающихся от прививок, не был возможен именно в связи со статистическими требованиями.

Ряд исследователей использовали специальные техники, чтобы завысить в выборке долю родителей, отказывающихся или имеющих негативные установки к вакцинации, причем это могли быть как чисто статистические методы, в случае, когда использовалась случайная выборка, так и методы, которые потенциально могут приводить к различным смещениям в количественных исследованиях (напр. приглашение к исследованию родителей, подписанных на антивакцинаторские сайты).

В нескольких исследованиях основной целевой группой являлись именно родители, следующие неким альтернативным схемам вакцинации.

Сложно выделить какой-то превалирующий метод сбора информации в подобных исследованиях. Для количественного подхода равно характерны телефонные опросы, анкетный опрос в бумажной форме, интернет-опросы, почтовые опросы и опросы через e-mail.

В качественных исследованиях ведущую роль играют полуструктурированные интервью и фокус-группы. Как и для других типов качественных исследований, для них в большинстве случаев характерен небольшой объем выборки и привлечение информантов в исследование с помощью различных неслучайных выборок.

В целом основная критика количественных работ данного типа связана с тем, что данные, полученные с помощью самоотчета, могут быть подвергнуты сомнению в связи с феноменом социальной желательности. Лишь в одной работе (Smith, 2011) исследователи смогли дополнить опросные данные объективными измерениями - данными медицинской документации.

2. Анализ документов о вакцинации

В нашем обзоре данный тип исследования являлся основным для трех работ (9%). В обеих статьях изучалась распространенность и корреляты отказа от вакцинации детей на основе данных страховых медицинских компаний. Данный способ имеет существенные преимущества: объективный характер данных (особенно для тех стран, где подавляющее большинство медицинских манипуляций совершаются через страховую компанию), возможность лонгитюдного дизайна и значительный объем данных. Так, в статьях данного типа, попавших в наш обзор, объем выборки варьировался 1249 (при случайной выборке) и до 100000 - 300000 человек (при сплошной выборке). Основным ограничением является вынужденный характер включенных в анализ переменных – только тех, которые собираются страховой компанией. В подавляющем большинстве случаев они ограничиваются социально-демографическими данными и данными об обращении за медицинскими услугами.

3. Исследование социальных установок и поведения населения

Всего в данную категорию вошли 4 работы (13%). Основной особенностью данных исследований является использование экспериментального плана – он присутствует в большинстве подобных исследований (3 из 4-х) и ни в одном из исследований другого типа. В экспериментальных работах обычно опрос осуществляется с помощью бумажных анкет или интернет форм, а респонденты рекрутируются бессистемно или с помощью специальных платных ресурсов. Выборка при этом относительно небольшая – 150-500 человек. Одно исследование (Mollema, 2012) по своему типу напоминало стандартное исследование среди родителей – анкетный опрос большой репрезентативной выборки. Достоинством данного исследования является параллельное наличие объективных измерений – результатов тестирования крови и данных медицинской документации.

4. Исследование социальных установок, поведения и опыта медицинских специалистов

К данной категории можно отнести примерно каждую пятую из обнаруженных работ (6 статей (19%)). Можно выделить два основных направления подобных исследований: 1) те, где медицинские работники использовались как эксперты, которые могут охарактеризовать ситуацию с отказом от вакцинации (напр. (Fredrickson, 2004; Quaiyum, 2010), однако их собственные установки фактически не изучались, и 2) те, в которых основным предметом анализа служили убеждения самих медицинских работников относительно вакцинации. Следует отметить, что объектом анализа статей второй категории существенно чаще становились представители альтернативной медицины (хиропракторы, натуропаты и пр.). В связи с их относительно небольшим числом, обычно использовалась доступная выборка объемом от 300 до 500 человек. В одном случае (Merglera, 2013) исследователи использовали интересный дизайн, анализируя установки и поведение медицинских специалистов (в том числе представителей альтернативной медицины) в сопоставлении с теми же характеристиками их пациентов. Во всех случаях исследования носили количественный кросс-секционный или качественный характер.

5. Иное

Лишь две работы (6%) выпадают из выделенной классификации: в одном качественном исследовании изучались установки и поведение лидеров религиозных общин относительно вакцинации (Ruijs, 2013), в другой - уровень и корреляты вакцинации изучались у специфической подгруппы взрослых – лиц с хроническими иммуносупрессивными состояниями (Teich, 2011)

3.1.3. Теоретические основания

В подавляющем большинстве случаев (22; 71%) исследователи не указывали на наличие какой-либо теоретической концепции в основе их исследования. Наиболее популярной теоретической моделью в оставшейся части работ была модель убеждений о здоровье (Rosenstock 1974) (3 статьи). Кроме того, в одной работе использовалась другая классическая теория

поведения в сфере здоровья – теория разумного действия (Ajzen, Fishbein 1970). Что интересно, все работы, использовавшие данные теоретические основания были построены по количественному кросс-секционному плану.

Другие работы основывались на совершенно иных теоретических основаниях. Качественные работы опирались на гендерную теорию, феномен "популярной эпидемиологии" и вероятностные модели технологической оценки риска. В количественных экспериментальных исследованиях также использовались модели оценки социального риска и комбинация различных теорий коммуникации.

3.1.4. Эмпирические критерии отказа от вакцинации

В наш обзор были включены исследования, зависимой переменной в которых были как переменные, характеризующие поведение (отказ от вакцинации), так и характеризующие негативные установки к вакцинации.

Отказ от вакцинации операционализировался в исследованиях несколькими различными способами. В исследованиях, основанных на самоотчетах, использовались: отказ от всех прививок или неполная вакцинация (отказ хотя бы от одной прививки). Причем далеко не во всех исследованиях авторы специально указывали, что данный отказ должен быть мотивирован какими-либо personal, немедицинскими причинами. Таким образом, группа понималась расширительно, и результаты исследований могли быть не столь показательными в связи с тем, что отказавшиеся по личным причинам и те, кто был освобожден по рекомендации врача, изучались совместно. В некоторых случаях в эту группу попадали также те, кто не смог вспомнить характеристики своей вакцинации. Однако в таком случае маловероятно, что для этой подгруппы отказ от вакцинации связан с какими-то осознанными убеждениями и установками. В некоторых случаях также исследовался крайне незначительный временной промежуток (например, первые два года жизни ребенка) и если какая-то прививка была не сделана в этот период, то случай классифицировался как отказ от вакцинации (неполная вакцинация). Однако, часть случаев может быть вызвана

откладыванием вакцинации, а не отказом от нее, и факторы, влияющие на это решение, могут серьезно различаться. В тех случаях, когда исследователи основывались исключительно или в том числе на медицинской документации, способы измерения также могли быть различны: отсутствие всех прививок, неполная вакцинация, количество дней без вакцинации или наличие какого-либо вакцинопрофилактируемого заболевания.

Негативные установки к вакцинации. Одним из способов оценки таких установок является изменение намерения вакцинироваться. Оно может касаться какой-либо ситуации в будущем (например, согласиться на все последующие эпизоды вакцинации) или относиться к принятию решения после прочтения выдуманного сценария. Обычно в анализ включают не только намерения отказаться от вакцинации, но и отсутствие четко выраженного намерения вакцинировать («не уверен», «возможно»).

Часто для оценки аттитюдов использовались несколько отдельных вопросов, которые в отдельных случаях суммировались, но чаще анализировались отдельно. Лишь в одной работе использовался теоретически обоснованный индекс (Kareklas, 2015).

В одной работе в качестве индикатора негативных установок использовалось позитивное отношение к антивакцинаторскому движению.

В исследованиях среди медицинских работников, а также в работе, посвященной установкам религиозных лидеров, измерялось намерение или реальный опыт рекомендации другим людям (пациентам, прихожанам), отказаться от вакцинации или вакцинироваться не полностью.

3.2. Подтвержденные в эмпирических исследованиях факторы принятия решения о вакцинации

3.2.1. Социально-демографические и социально-статусные характеристики

Взаимосвязи отказа от вакцинации и социально-демографических и/или социально-статусных характеристик (пол, возраст, уровень дохода, этническое происхождение, семейная позиция, членство в религиозных

организациях) были обнаружены в трети описываемых исследований (10; 33%), которые преимущественно являлись количественными.

Связь пола с отказом от вакцинации среди них была выявлена лишь в двух исследованиях (7%). Так, отказ от вакцинации был связан с женским полом родителя, принимающим решение о вакцинации (Freed, 2010), и женским полом ребенка, относительно которого принимается это решение (Zuzak, 2008).

В трех исследованиях (10%) были выявлены взаимосвязи возраста ребенка и отказа от его вакцинации родителями, которые представляются сложно сопоставимыми: родители склонны принимать решения о невакцинации как более младших по возрасту детей (Enriquez et al., 2005), так и более старших (Zuzak, 2008). В одном исследовании (Mollema, 2012) обнаружена связь отказа от вакцинации с более младшим возрастом родителей (младше 29 лет).

Данные относительно связи образовательного статуса лиц, принимающих решение о вакцинации, и отказом от нее также разнятся. В трех независимых исследованиях, проведенных в США, отказ от вакцинации был связан с более высоким уровнем образования (Salmon, 2005; Enriquez, 2005; Wei, 2009), тогда как в Нидерландах - напротив, с более низким (Mollema, 2012).

В исследованиях также выявляется и разнонаправленная связь уровня дохода семьи и вакцинации: в США отказ от вакцинации более характерен для высокодоходных групп (Smith, 2011; Wei, 2009), а в странах Западной Европы (Швейцария и Нидерланды) – для лиц с низким уровнем дохода (Zuzak, 2008; Mollema, 2012).

В одном исследовании была обнаружена связь отказа от вакцинации и семейным положением, а именно статусом матери-одиночки (Zuzak, 2008).

В трех исследованиях (10%) обнаружена связь отказа от вакцинации и этнического происхождения. Так, в исследовании, выполненном в Нидерландах, статистически чаще к отказу от вакцинации прибегают лица,

имеющие не западное происхождение (descent) (Mollema, 2012), а в исследованиях, выполненных в США, - не-испаноязычное белое население (Freed, 2010; Smith, 2011). Кроме того, принадлежность к двум определенным церковным конфессиям в Нидерландах также обнаруживает взаимосвязь с отказом от вакцинации (Mollema, 2012; Ruijs, 2013).

Большая продолжительность обучения в образовательном учреждении альтернативной медицины (хиропрактическом колледже) также способствует формированию негативных установок относительно вакцинации (Busse, 2002).

3.2.2. Когнитивные факторы

Когнитивные факторы отказа от вакцинации были обнаружены более чем в половине описываемых исследований (21; 70%). К когнитивным факторам нами были отнесены: а) установки, представления, убеждения относительно рисков/ выгод и вероятности их наступления от вакцинации и/или заболевания (16; 76% от исследований данного блока), а также б) недоверие «официальной» медицине и государственным структурам (11; 53%), в) религиозные, философские и мировоззренческие убеждения (5; 24%). Рассмотрим их более подробно.

а) Примерно в половине исследований данной категории (10; 48%) обнаруживается связь отказа от вакцинации с низкой воспринимаемой эффективностью предлагаемых вакцин (Smith, 2011; Salmon, 2005; Wilson, 2004; Mollema, 2012; Harmsen, 2013; Reich, 2014; Luthy, 2012; Sobo, 2015; Saada, 2015; Russell, 2004).

Вторым важным фактором, обнаруженным в 9 исследованиях (43% Блока 2 или 30% всех исследований), являются опасения о негативном влиянии вакцин на здоровье. Данная группа когнитивных конструктов включает в себя представления о высокой вероятности серьезных побочных эффектов вакцинации и в целом небезопасности вакцин (Smith, 2011; Connolly, Reb, 2003; Harmsen, 2013; Luthy, 2012; Quaiyum, 2011, Mollema, 2012; Russell, 2004), и представление, что слишком большое количество

вакцин может навредить иммунной системе ребенка (Smith , 2011; Harmsen, 2013; Reich, 2014; Luthy, 2012; Saada, 2015).

Низкая воспринимаемая уязвимость к заболеваниям, предотвращаемым вакцинацией, и низкая воспринимаемая опасность вакциноуправляемых заболеваний, стали причиной отказа от вакцинации детей в 5 (24%) исследованиях данного блока (Smith, 2011; Salmon, 2005; Harmsen., 2013; Fredrickson, 2004; Saada, 2015).

В трех исследованиях была выявлена связь отказа от прививок и в целом негативных убеждений о вакцинации без конкретизации причин (Smith, 2011; Gaudino, Robison, 2012; Wilson , 2004).

Единожды проявились связи антивакцинаторских установок со следующими факторами. В качественных исследованиях – с представлением о несоразмерности предлагаемых объемов вакцинации и возраста ребенка (Sobo, 2015); с представлением о том, что уникальность ребенка противоречит единой унифицированной схеме вакцинации (Reich, 2014), а также с представлением о том, что вакцинопрофилактируемые заболевания сами по себе имеют некоторые позитивные эффекты для здоровья детей (Harmsen, 2013). Еще один фактор отказа от вакцинации, проявившийся в кросс-секционном исследовании, был связан с убеждением, что вакцинация предоставляет большие выгоды фармацевтическим компаниям, и меньшие – самим детям и обществу в целом (Salmon, 2005). В исследовании, проведенном по экспериментальному плану, отказ от вакцинации был связан с антиципируемым более сильным сожалением о неудачном исходе вакцинации (Connolly, Reb, 2003).

Во вторую по представленности подгруппу когнитивных факторов отказа от вакцинации нами были отнесены *факторы недоверия «официальной» медицине и государственным структурам.*

Отказу от вакцинации способствует низкий уровень доверия к таким информационным ресурсам как медицинские, фармацевтические, государственные, компании-производители вакцин (Salmon, 2005; Wilson,

2004; Shoup, 2015; Gullion, 2008; Senier, 2008), а также непосредственно к правительству и власти (Salmon, 2005; Jolley, Douglas, 2014; Fredrickson, 2004). Доверие и большая уверенность в источниках информации, относящихся к альтернативной и комплиментарной медицине и антивакцинаторским организациям, также способствует отказу от вакцинации (Salmon, 2005; Wilson, 2004).

В одном кросс-секционном исследовании была обнаружена связь с недоверием именно к печатным источникам информации о здоровье, и с недоверием к местным врачам и информации о здоровье, которую они предоставляют (Gaudino, Robison, 2012), в другом – с сомнениями, что медицинские специалисты, осуществляющие вакцинацию, действуют в наилучших интересах ребенка (Smith, 2011), в третьем - субъективно большая значимость неформальных источников информации о вакцинации (Busse, 2002).

Религиозные, философские и мировоззренческие убеждения, препятствующие вакцинопрофилактике, не столь часто встречаются в структуре когнитивных причин отказа - на эти факторы ссылаются в каждом пятом из описываемых исследований (20%) или в каждом четвертом исследовании из Блока 2 (6; 29%). Среди них: религиозные и философские убеждения в целом (Fredrickson, 2004); трактовка религиозных предписаний, таких как «Человек не должен вмешиваться в божественное провидение» (Ruijs, 2013); анти-вакцинаторские представления о заговоре и подверженность информационным воздействиям о теориях заговора анти-вакцинаторского характера (Jolley, Douglas, 2014); приверженность философии хиропрактики у практикующих хиропракторов (Russell, 2004). Связь антропософских убеждений и отказа от вакцинации не представляется однозначной: в одном исследовании она обнаруживается (Mollema, 2012), в другом – не обнаруживается (Sobo, 2015). В последнем исследовании также обнаружено влияние социальных норм Вальдорфской школы, поощряющих отказ от вакцинации и поиск альтернативной

информации, а также важность сохранения социо-культуральной идентичности для родителей, принадлежащих к этому сообществу (там же).

3.2.3. Поведенческие факторы

К поведенческим факторам нами были условно отнесены все причины отказа от вакцинации, связанные с: а) обращением к специалистам нетрадиционной медицины (комплиментарной и альтернативной медицины); б) образом жизни; в) стратегиями поиска информации. Следует отметить, что поведенческие факторы отказа от вакцинации были выявлены в трети всех исследований (9; 30%), преимущественно в количественных.

Обращение к специалистам нетрадиционной медицины явилось наиболее часто обнаруживаемым поведенческим фактором отказа от вакцинации (7; 78%) по сравнению с двумя другими (3; 33% и 1; 11% соответственно). Так, отказ от вакцинации связан: с использованием комплиментарной и альтернативной медицины членами семьи (травники, натуропаты, антропософская медицина, гомеопатия, хиропрактики, иглотерапевты и пр.) (Salmon, 2005; Zuzak, 2008; Luthy, 2012, Gaudino, Robison, 2012; Enriquez, 2005; Downey, 2010); наблюдением семейного врача (а не педиатра) или у представителя альтернативной медицины (остеопата, натуропата, хиропрактика), а также специалиста, не имеющие высшего медицинского образования (Salmon, 2005; Mergler, 2013); рождение хотя бы одного ребенка не в роддоме, а в альтернативном заведении (Gaudino, Robison, 2012).

В двух качественных и одном кросс-секционном исследованиях была обнаружена связь антивакцинаторского поведения и характеристик *образа жизни*. Лица, ведущие более здоровый образ жизни, могут чаще других отказываться от вакцинации. Одним из механизмов данного феномена может, в том числе, быть и восприятие себя как менее уязвимых к инфекциям. К таким практикам здорового образа жизни могут относиться: особенности питания, грудное вскармливание, близость к природе (Harmsen, 2013; Reich, 2014), отказ от курения во время беременности (Enriquez, 2005) и

большая продолжительность грудного вскармливания (Enriquez, 2005). Кроме того, контроль социальных сетей (например, ограничение контактов, непосещение детского сада и пр.) может выступать воспринимаемым альтернативным средством профилактики заболеваний (Reich, 2014).

Также было обнаружено одно качественное исследование, в котором выявлялась связь отказа от вакцинации и *стратегии поиска медицинской информации*, а именно использование значительного количества источников о вакцинации и их самостоятельный анализ (Gullion, 2008).

3.2.4. Иные факторы

В данный блок попали: а) вакцино-специфические факторы, б) характеристики состояния здоровья и опыт переживания болезни, а также медицинские противопоказания, в) характеристики социального окружения, г) информационное воздействие. «Иные факторы» отказа от вакцинации были обнаружены в половине описываемых исследований (17; 57%).

а) *Вакцино-специфические* факторы отказа от вакцинации были выявлены в 8 или 47% исследованиях данного блока. Отказу от вакцинации способствуют: негативный прошлый опыт вакцинации (Harmsen, 2013); нерегулярный или непонятный режим работы и место нахождения пункта вакцинации (Quaiyum, 2011); неверная информированность о возрасте, в котором проводится вакцинация и о том, сколько доз необходимо делать (Quaiyum, 2011); желание контролировать состав и дозы вакцин (Saada, 2015); несогласие с необходимостью инъекций (Mollema, 2012). Кроме того, к вакциноспецифическим факторам нами были отнесены и особенности отношения со специалистами системы здравоохранения: неприветливое поведение медицинского персонала (в т.ч. грубость, безынициативность, неинформирование о побочных эффектах и прочее), неудовлетворенность общением с медицинскими работниками (Quaiyum, 2011; Smith, 2011); отрицательные установки к вакцинации у медицинского специалиста (Mergler, 2013). Низкая частота посещения амбулаторных медицинских учреждений или мест предоставления неотложной помощи

(Wei, 2009; Glanz, 2013) также обнаруживает связь в исследованиях с отказом от вакцинации.

б) *Характеристики состояния здоровья и опыт болезни* в качестве причин отказа от вакцинации оказались менее представленными в данном блоке (5; 29%). Причем, если в одних исследованиях отказ от вакцинации был связан с худшими показателями здоровья ребенка (болезнь ребенка, медицинские противопоказания (Quaiyum, 2011; Fredrickson, 2004; Senier, 2008), прием детьми лекарств от астмы (Wei, 2009), незнание о том, как поступить с вакцинацией, в случае если ребенок болеет или выглядит худым (Quaiyum, 2011)), то в других – напротив, с условно более хорошими показателями здоровья (отсутствие аллергии и астмы в семье (Enriquez, 2005), меньшее число дней госпитализации (Wei, 2009)). Данные относительно приема антибиотиков и отказом от вакцинации разнятся: прием детьми антибиотиков (там же), равно как и отсутствие приема антибиотиков в первый год жизни ребенка (Enriquez, 2005), в различных исследованиях были связаны с отказом от вакцинации.

в) Среди *характеристик социального окружения (social network factors)*, способствующих отказу от вакцинации, выявляются негативный опыт вакцинации в социальном окружении (Harmsen, 2013), в частности знакомство с кем-либо, чей ребенок пострадал от вакцинации (Gaudino, Robison, 2012; Wilson, 2004), а также использование вебсайтов для обсуждения своего опыта и опасений в отношении вакцинации с другими родителями (Shoup, 2015).

г) Как в качественных, так и в количественных исследованиях фактором отказа от вакцинации является *негативное информационное воздействие*, а именно, негативное влияние информации, полученной из СМИ (телевидения, радио) или с помощью "сарафанного радио" (Harmsen, 2013, Fredrickson, 2004). В целом использование большего количества информационных ресурсов по проблеме вакцинации негативно связано с вакцинацией (Salmon, 2005). В одном экспериментальном исследовании

(Kareklas, 2015), обнаружено влияние медиа сообщений анти-вакцинаторской направленности, а также комментариев к ним, оставленных другими пользователями в интернете. Данный эффект модулируется тем, насколько источник информации (как самого сообщения, так и комментариев к нему) воспринимается как заслуживающий доверия.

д) В блок «иное» нами был отнесен один личностный фактор - преобладание индивидуалистической ориентации по сравнению с ориентацией на группу, так как он проявился лишь единожды в одном кросс-секционном исследовании (Russell, 2004), проведенном среди медицинских специалистов - хиропрактиков.

3.3. Выводы по Главе 3

1. Существующий на настоящее время объем эмпирических исследований феномена отказа от вакцинации как профилактического вмешательства может быть классифицирован на основании доминирующего объекта исследования:

- 1) Исследования социальных установок и поведения родителей в отношении вакцинации детей
- 2) Анализ документов о вакцинации
- 3) Исследование социальных установок и поведения населения
- 4) Исследование социальных установок, поведения и опыта медицинских специалистов

При этом каждой из выделенных категорий эмпирических исследований свойственны свои типичные ограничения, негативно влияющие на качество полученных данных и затрудняющие возможность генерализации его результатов.

2. Наиболее часто подтверждаемыми в эмпирических исследованиях (выявленными в 5 или более независимых исследований) факторами отказа от вакцинации являются:

- 1) низкая воспринимаемая эффективность предлагаемых вакцин;
- 2) представление о высокой вероятности серьезных побочных эффектов вакцинации и в целом небезопасности вакцин, а также воспринимаемый потенциальный вред иммунной системе ребенка
- 3) низкая воспринимаемая опасность непосредственно вакциноуправляемых заболеваний;
- 4) низкий уровень доверия «официальной» медицине и государственным структурам;
- 5) использование комплиментарной и альтернативной медицины членами семьи.

Первые четыре фактора описываются традиционными моделями поведения в сфере здоровья, в частности модели убеждений о здоровье. Последние же два не являются компонентами традиционных теоретических моделей, при этом представляется, что они (низкий уровень доверия официальной медицине и обращение к альтернативным источникам медицинских услуг) связаны между собой.

ГЛАВА 4. РЕЗУЛЬТАТЫ СОБСТВЕННОГО ЭМПИРИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИНЯТИЯ РЕШЕНИЯ О ВАКЦИНАЦИИ

4.1. Условия принятия решения о вакцинации и его поведенческая реализация

Чаще всего на уровне семьи решение о вакцинации принимает единолично один из родителей (63,9%), в подавляющем большинстве случаев - мать ребенка (59,7% случаев против 4,2% - решение принимает отец ребенка). В каждом третьем случае (33,2%) решение принимается совместно родителем (родителями) и другими членами семьи, то есть является в чистом виде социальным.

В большинстве случаев (79,7%) лица, принимающие решение, предварительно советуются с другими людьми. При этом поиск совета среди медицинских работников и членов семьи и друзей, являются примерно одинаково распространенными стратегиями. Среди членов ближайшего социального окружения это чаще всего супруг (а) (52,5%), реже родители (19,9%) и друзья (13,0%). Среди медицинских специалистов такими экспертами чаще выступают врачи педиатры (51,3%), реже – врачи-специалисты (28,0%) и в единичных случаях (1,5%) – врачи нетрадиционной медицины. Респонденты также упоминали, что консультировались о вакцинации с другими родственниками, врачами, с которыми у них есть личные контакты (друзья или родственники), а также с коллегами. В среднем, принимая решение о вакцинации, родители советуются с представителями одной - трех выделенных категорий. Однако, в каждом десятом случае (10,4%) они могут советоваться с людьми, представляющими большее число категорий, как врачей, так и членов ближайшего окружения. Корреляционный анализ показал, что консультация о вакцинации с большим количеством разных людей негативно связана с возрастом родителей ($r=-0.136$; $p\leq 0.05$) и возрастом младшего ребенка ($r=-0.333$; $p\leq 0.001$) и в целом несколько более характерна для мужчин (в среднем 2.0 против 1.6; $U=5794.00$; $p\leq 0.05$). При этом не было обнаружено значимых взаимосвязей

частоты обращения за советом о вакцинации и образовательного статуса родителей, количества детей и социальных установок к вакцинации.

При поиске информации о конкретной вакцине, первым источником, с которым консультируются респонденты всех категорий, чаще всего являются различные интернет-ресурсы (39,2%), реже - врач-педиатр (29,1%) и другие медицинские специалисты (18,0%). Ближайшее социальное окружение выступает приоритетным источником информации в 9,5% случаев.

Исследование позволило выделить несколько стратегий вакцинации, которые понимались в настоящем исследовании как поведенческая реализация принятого решения о вакцинации⁹. Для эмпирического исследования нами были выделены несколько паттернов вакцинации, упорядоченные от максимальной приверженности вакцинации до ее полного отсутствия:

1) «расширенная» вакцинация (15,4 % (95%ДИ 11.0% - 19.8.%) — наличие у ребенка не только всех соответствующих возрасту плановых прививок, но и одной или нескольких дополнительных. Предполагается, что она репрезентирует максимальную приверженность идее вакцинации — родитель готов приложить дополнительные усилия для того, чтобы защитить ребенка с помощью вакцин, не входящих в систему медицинского страхования.

2) «плановая» вакцинация (59,2% (95%ДИ 53.3% - 65.2%)) — наличие всех плановых прививок при отсутствии каких-либо дополнительных может свидетельствовать о согласии с существующей системой вакцинации.

3) неполная вакцинация (15,4%(95%ДИ 11.0% - 19.8.%) — отсутствие одной или нескольких плановых прививок рассматривается как выраженная нерешительность в отношении вакцинации;

4) отсутствие вакцинации (4,2% (95%ДИ 1.8% - 6.7%)) — отсутствие всех плановых соответствующих возрасту прививок, рассматривается в

⁹ Респонденты, неполная вакцинация детей которых была связана с медицинскими противопоказаниями (50 человек; 4,3%) были исключены из анализа.

настоящем исследовании как поведенческая реализация и решения полного отказа от вакцинации.

Можно предположить, помимо собственно установок к вакцинации в целом, что в группе «плановой» вакцинации и отсутствия вакцинации, решение о вакцинации чаще всего принималось либо единожды (согласие или отвержение существующей системы вакцинации в целом), либо не принималось вовсе, поскольку данная ситуация могла в целом не рассматриваться как требующая решения. В остальных случаях, когда родители самостоятельно отказывались от отдельных вакцин или искали дополнительные возможности вакцинации, они предположительно совершали выбор в отношении необходимости каждого конкретного эпизода вакцинации.

В тоже время значительная доля родителей из всех выделенных групп когда-либо по собственной инициативе откладывали проведение вакцинации, причем наиболее это характерно для стратегии неполной вакцинации (74.4%%) и существенно менее – плановой или расширенной (34.4% и 37.5% соответственно) ($\chi^2 = 20.672$). То есть помимо решения о необходимости той или иной вакцины они также могут принимать решение о своевременности поведенческой реализации данного решения.

4.2. Мотивировка решения родителей о вакцинации

4.2.1. Мотивировка решения родителей о вакцинации детей в реальном опыте

По данным самоотчетов в случае согласия на вакцинацию (полный цикл вакцинации или ее отдельные эпизоды) наиболее распространенной причиной стал воспринимаемый риск заболевания – ее отметили подавляющее большинство испытуемых (79,5%) (рис. 3). На втором месте по распространенности – требования внешнего характера (например, необходимость вакцинации для приема в детский сад или школу) – 30,7%, а также непосредственная рекомендация врачей (39,3%). В каждом десятом

случае респонденты отмечали влияние социального окружения на свое решение – рекомендацию членов семьи или друзей (11,5%) или воспринимаемую социальную нормативность такого поведения (9,8%). Данная классификация мотивировок представляется достаточно исчерпывающей, поскольку доля лиц, выбравших иной вариант ответа, сравнительно мала (6,6%; 16 человек). Среди них, в частности: возможность тяжелого течения заболевания, альтруистические мотивы, собственный опыт вакцинации («мне в детстве делали все прививки») и сожаление о сделанной вакцинации («Глупость и незнание данной темы, в свое время»).

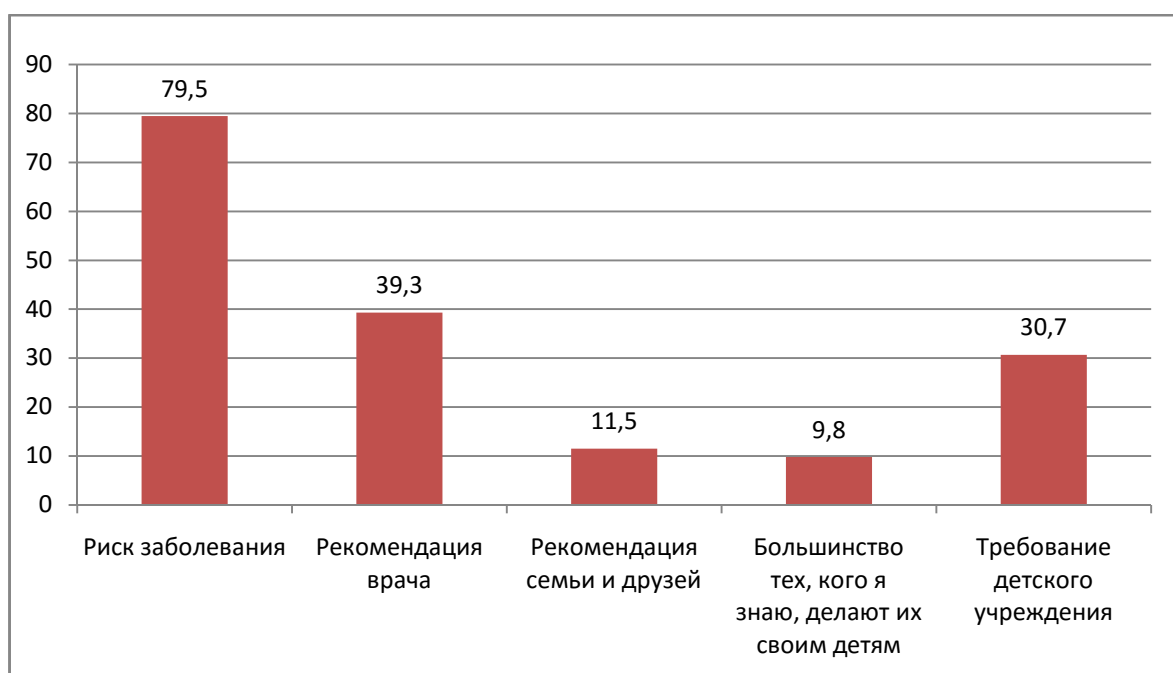


Рисунок 3. Мотивация решения о стратегии вакцинации в случае согласия на вакцинацию, %¹⁰

В случае полного или частичного отказа от вакцинации наблюдается несколько большее разнообразие мотивировок (рисунок 4). Наиболее распространенной причиной является страх поствакцинальных осложнений, однако его разделяет не большинство, а половина респондентов (52,4%). Вторую по распространенности группу причин составляют: сомнения в эффективности самого метода вакцинации (37,1%) и комплиментарное ей использование альтернативных стратегий профилактики (24,8%), а также

¹⁰ Сумма категорий больше 100% поскольку респондентам была дана возможность выбрать до трех вариантов ответа.

требования внешнего характера (наличие медицинских противопоказаний) (21,9%).

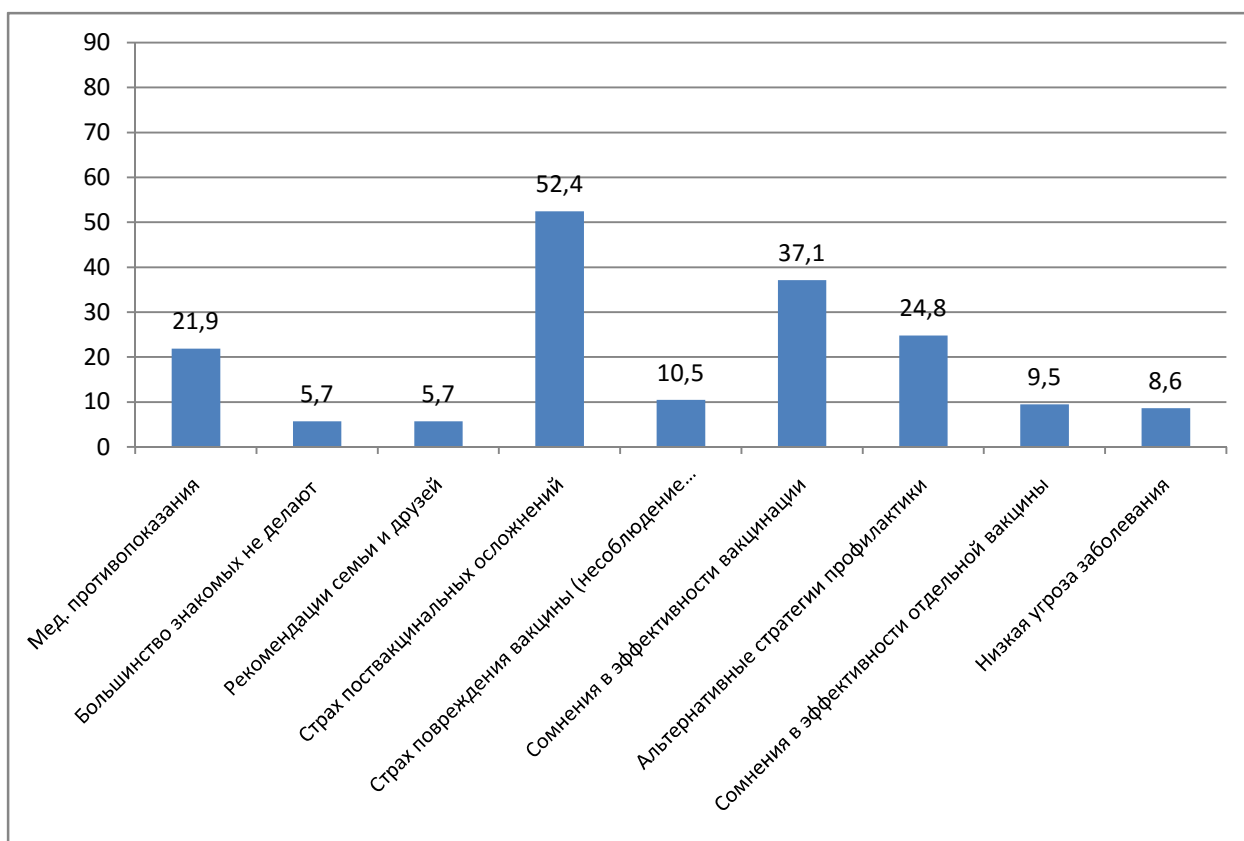


Рисунок 4. Мотивация решения о стратегии вакцинации в случае отказа от вакцинации, %¹¹

В каждом десятом случае причиной отказа от вакцинации становится страх повреждения вакцины по причине неправильной транспортировки или хранения (10,5%), а также установки относительно конкретных заболеваний и вакцин: представление о неэффективности отдельных вакцин (чаще всего относительно вакцины от гриппа) или низкой угрозы конкретного заболевания (гепатит В и столбняк). Роль социальных влияний по данным самоотчетов в случае отказа от вакцинации такая же, как и в случае согласия на вакцинацию: влияние ближайшего социального окружения или воспринимаемой социальной нормативности отметили по 5,7% респондентов против около 10% ответов относительно согласия на вакцинацию (различие

¹¹ Сумма категорий больше 100% поскольку респондентам была дана возможность выбрать до трех вариантов ответа.

статистически не значимо). В целом данная классификация причин отказа оказалась недостаточно полной, доля лиц, выбравших иной вариант ответа на данный вопрос, составила 11,4% (12 человек). Среди иных вариантов ответа встречались: представление о необходимости делать прививки в более позднем возрасте, чем это предполагается календарем вакцинации, недоверие к отечественным вакцинам и представление о большей пользе для здоровья во взрослом возрасте от перенесенного заболевания по сравнению с вакцинацией от него.

4.2.2. Мотивировка решения о вакцинации детей в условиях вымышленного сценария

В рамках использования вымышленного сценария респондентам предлагалось самим сформулировать причины принятого решения. Качественный анализ 266 высказываний позволил выявить значительное количество категорий, которые респонденты упоминали в качестве основной причины своего решения. Наиболее часто встречающиеся категории представлены в таблице 2.

Помимо охарактеризованных ниже двенадцати категорий, респонденты также использовали следующие виды мотивировок:

- необходимость получения для принятия решения совета доверенного лица (в таком случае чаще всего респондент затруднялся принять решение о вакцинации);
- иные характеристики вакцины и процесса вакцинации: доступность (стоимость), страна-производитель, состав вакцин, необходимость принимать активные действия для вакцинации или вакцинация произойдет рутинно в ходе, например, нахождения ребенка в детском саду;
- установки ближайшего социального окружения относительно вакцинации;
- фатализм («Если судьба заболеть – вылечим»);
- опора на интуицию;

- альтруистическая мотивация (вакцинация как часть заботы о здоровье окружающих).

Таблица 2. Мотивация решения о вакцинации детей в условиях
вымышленного сценария: типы категорий

Наименование категории	Описание	Примеры высказываний
Генерализованная установка к вакцинации	Установка (позитивная или негативная) к вакцинации в целом как методу профилактики	«Отказ от вакцинации - это мракобесие 21 века. Ученые ценой своего здоровья и иногда - жизни - разрабатывали и усовершенствовали вакцины, которые помогли человечеству справиться со смертельными когда-то заболеваниями» « Похоже на то, что вся прививочная теория - чушь. Мягко говоря - современная парадигма, которую пора менять.»
Установки к конкретным заболеваниям /вакцинам	Установка (позитивная или негативная) к вакцинации против конкретных заболеваний или вакцинации отдельными вакцинами	«Делаем все прививки кроме гриппа. Если это вирус аналогичный, делать не будем»
Угроза заболевания	Представление об уязвимости к вакцинопрофилактируемому заболеванию и/или представление о его тяжести	«Если есть вероятность летального исхода и серьезных последствий для здоровья в результате заражения вирусом, то прививку сделаю без колебаний». «Ничего страшного не будет, если ребенок переболеет этим вирусом».
Барьеры (риски) вакцинации	Представление о вероятности и/или тяжести вызванных вакцинацией осложнений	«...низкая частота осложнений»; « Опасность появления патологий развития ребенка после вакцинации»

Таблица 2. Продолжение

Наименование категории	Описание	Примеры высказываний
Выгоды (ожидаемый результат) вакцинации	Представление об эффективности вакцинации против конкретного заболевания и оценка приемлемости данного уровня эффективности	«Вакцинация дает хоть какую-то призрачную уверенность, что дите не заболеет болезнью, от которой делаем прививку»; «Вакцина не дает 100% гарантии о том, что ребенок не заболеет».
Соотношение рисков и выгод	Оценка соотношения рисков и выгод вакцинации и/или рисков вакцинации и рисков заболевания	«Побочные эффекты/ их вероятность кажутся неопасными, особенно на фоне самого заболевания»; «Риск от вреда прививки выше риска от самого заболевания»
Внешний референт	Наличие внешнего гаранта необходимости, эффективности и безопасности конкретной вакцины.	«Вакцина лицензионная и ее рекомендует ВОЗ»; «Новая вакцина, непроверенная, значит, нет статистики по побочным эффектам и общей эффективности...»
Альтернативная стратегия профилактики	Наличие иной стратегии профилактики вакцинопрофилактируемого заболевания	«...ежегодным прививкам от гриппа и подобных заболеваний мы предпочитаем профилактику и стараемся в сезон эпидемий не водить ребенка в большие скопления людей»; «...А в остальных случаях надеяться, что обойдется. И своими силами поддерживать иммунитет - заваривание трав, витамины, промывание носа.»

Таблица 2. Окончание

Наименование категории	Описание	Примеры высказываний
Личный опыт/ опыт социального окружения	Собственный опыт вакцинации или опыт вакцинации среди социального окружения	«У моей подруги в полтора года умер ребенок, который не был вакцинирован». «Один раз сделали прививку от гриппа, потом долго и тяжело дочь болела ОРВИ с отитами, ЛОРы предположили, что может быть связь».
Индивидуальн ые особенности	Индивидуальные устойчивые или ситуативные особенности ребенка, связываемые родителями с возможностью вакцинации	«У меня два ребенка и одному из них я стараюсь ничего не делать по возможности, так как он очень плохо реагирует на прививки». «Текущее состояние ребенка - он должен быть абсолютно здоров»
Дескриптивная социальная норма	Представление о распространенности согласия или отказа от вакцинации среди социальной группы	«Все-таки, скорее всего то, что большинство согласились сделать прививку».

Приведенная классификация декларируемых мотивировок вакцинации может быть укрупнена следующим образом:

1) Решения, основанные на уже существующих социальных установках, и, вероятно, в меньшей степени зависящих от конкретных условий вымышленного сценария. К ним можно отнести генерализованные установки к вакцинации в целом и к конкретным заболеваниям или вакцинам, а также установки относительно государства или медицины, как его института. Фактически в ряде ситуаций данные установки могут выступать как формы заданных решений: «я делаю все прививки», «я не

делаю прививки», «я делаю все прививки кроме определенных категорий» и проч.

2) Решения, основанные на представлениях о свойствах конкретного заболевания и/или вакцины. Представленные в данной категории мотивировки отражают сущностные конструкты основных теорий принятия решения в сфере здоровья: воспринимаемая угроза заболевания (уязвимость и тяжесть), выгоды от вакцинации, барьеры (в первую очередь – вероятность побочных эффектов и осложнений) и соотношение рисков и выгод вакцинации. Интересными представляются несколько отличий от классических теорий. Во-первых, представленная классификация показывает, что далеко не всегда риски и выгоды оцениваются совместно, достаточно часто доминирует фокус на какой-либо одной стороне. Во-вторых, оценка чаще производится не на основе соотношения позитивных и негативных сторон (собственно рисков и выгод), но на соотношении вероятностных негативных последствий совершения или не совершения действия: рисков заболевания (вероятность заболеть с серьезными последствиями) и рисков вакцинации (вероятность получить осложнения после вакцинации). Также анализ высказываний показывает, что респонденты зачастую пытаются самостоятельно оценить эти конструкты косвенным путем, например, основываясь на составе вакцины или данных о месте ее производства.

3). Решения, основанные на мнениях или опыте других людей и/или социальных институтов. К данной категории могут быть отнесены представления о социальной нормативности, актуализация информации об опыте членов социального окружения, необходимости получения совета внешнего доверенного лица и апелляция к внешним референтам решения. В широком смысле внешним референтом в данном случае может выступать как некая организация (ВОЗ, российское правительство), одобряющая, сертифицирующая и рекомендующая вакцинацию, так и наука, эмпирические данные, в частности статистика, тем или иным образом свидетельствующая об эффективности и/или безопасности вакцинации.

4) Решения, основанные на информации об индивидуальных особенностях ребенка (чаще всего, наличие каких-либо заболеваний, предположительно вызывающих негативную реакцию на вакцинацию), личном опыте вакцинации (эффективность вакцинации и наличии/отсутствии побочных эффектов от вакцинации) и индивидуальном стиле профилактических вмешательств (упор на немедицинские виды профилактики).

Таким образом, существует высокое разнообразие вербализуемых мотивировок принятия решения о вакцинации.

Количественный анализ высказываний показал, что в том случае, когда респондент упоминал одну основную причину своего решения о вакцинации¹², чаще всего это были категории, соответствующие основным конструктам модели убеждений о здоровье: угроза заболевания (22,2%), барьеры (риски) вакцинации (16,1%) и выгоды (ожидаемый результат) вакцинации (16,1%). Соотношение рисков и выгод как отдельная категория встречалась существенно реже 6,1%. Следующими по частоте упоминания категориями являются установки о вакцинации в целом (10,0%) и наличие внешнего референта (8,9%). Большинство указанных в таблице 1 категорий причин того или иного решения о вакцинации встречались как в случае негативного, так и в случае позитивного решения о вакцинации, а также в тех случаях, когда испытуемые не смогли принять однозначного решения. Однако распространенность данных категорий факторов значительно различалась в зависимости от принятого решения. Так, в случае согласия на вакцинацию родители чаще аргументировали свое решение выгодами от вакцинации (21,3% против 6,2% среди отказавшихся от вакцинации и 6,6% среди не определившихся с решением; $\chi^2 = 12.125$, $p \leq 0.01$) и угрозой заболевания (28,1% против 9,2% и 9,9% соответственно; $\chi^2 = 14.170$, $p \leq 0.001$). Отсутствие решения (неготовность принять решение в настоящий момент) в наибольшей степени связана с воспринимаемыми барьерами вакцинации

¹² В 24% случаев испытуемые указывали 2 и более причин принятого решения.

(22,0% против 9,2% среди отказавшихся от вакцинации и 3,4% среди согласившихся; $\chi^2 = 15.504$, $p \leq 0.001$). Отказ от вакцинации, вероятно, имеет более сложную и неоднородную детерминацию, поскольку испытуемые, выбравшие данный тип решения существенно чаще использовали несколько различных причин для объяснения своего поведения (35,4% против 18,0% среди согласившихся на вакцинацию и 28,6% среди не определившихся с решением; $\chi^2 = 6.149$, $p \leq 0.05$).

Анализ, выполненный по укрупненным категориям, также показывает наличие значимых различий между мотивировками в зависимости от решения о вакцинации (рисунок 5).

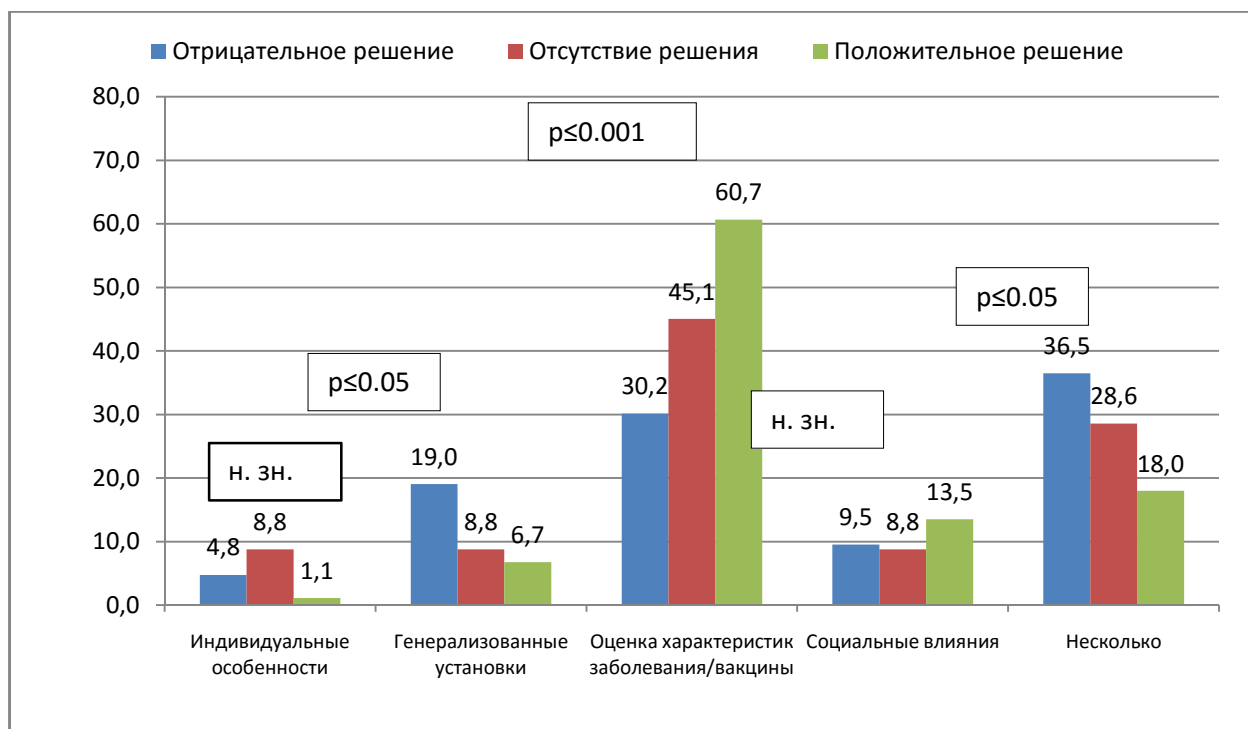


Рисунок 5. Мотивация решения о вакцинации в зависимости от принятого решения, %

Если согласие существенно чаще ассоциировано с оценкой существенных характеристик конкретного заболевания и предлагаемой вакцины, то отказ от вакцинации чаще является результатом действия априори существующих генерализованных убеждений относительно вакцинации или ассоциированных с ней социальных институтов либо комбинации нескольких различных установок или представлений.

При этом в целом, большинство решений атрибутировано к характеристикам заболевания или вакцины (46,9%). Социальное влияние (аппеляция к внешним референтам) и влияние наличествующих генерализованных социальных установок распространены существенно меньше (по 10.7%) . В каждом двадцатом случае решение основано на индивидуальных характеристиках состояния здоровья или образа жизни (4.9%).

4.3. Различия в принятии решения о собственной вакцинации и вакцинации детей

Одной из частных гипотез, проверяемых в данной работе, стало предположение о наличии существенных различий между решением о вакцинации относительно самого себя и в отношении зависимого лица (ребенка).

Мы предположили, что данные виды решений будут различаться как по своему процессу, так и по своему результату.

В частности, принятие решения относительно самого себя будет связано с меньшим уровнем эмоционального напряжения по сравнению с решением в отношении своего ребенка. Данное предположение в целом подтвердилось. Самооценка степени беспокойства при принятии решения о вакцинации была существенно выше при принятии решения относительно ребенка, чем при решении о собственной вакцинации. При этом данная взаимосвязь характерна как для тех, кто является актуальным родителем ($M=2.61$ против $M=1.86$; $t=11.432$, $p \leq 0.001^{13}$), так и среди группы планирующих родителей ($M=2.39$ против $M=1.85$; $t=7.101$, $p \leq 0.001$). В тоже время, как и предполагалось, при принятии решения о вакцинации ребенка актуальные родители испытывают несколько более сильное беспокойство по сравнению с тем, кто только задумывается о появлении ребенка ($t=-1.938$, $p=0.053$).

¹³ Самооценка уровня беспокойства при принятии решения о вакцинации по 5-бальной шкале, где 1-отсутствие беспокойства, а 5 – крайне выраженное беспокойство.

Само решение о вакцинации также различается – в условиях вымышленного сценария, несмотря на более высокое эмоциональное напряжение, испытуемые были более склонны соглашаться на вакцинацию ребенка, чем на собственную вакцинацию ($M=3.34^{14}$ против $M=2.89$; $Z=-4.214, p=0.001$), что характерно как для подвыборки актуальных, так и планирующих родителей. Решение о вакцинации себя и вакцинации ребенка при этом высоко коррелирует ($r=0.671; p=0.001$), однако не является тождественным: в 20,5% случаев респонденты соглашались на вакцинацию себя и отказывались вакцинировать ребенка (более частый вариант) или *vice versa*.

Однако в целом, принимая решение о вакцинации ребенка, лица, уже имеющие опыт родительства, в целом реже склонны соглашаться на вакцинацию по сравнению с группой планирующих родителей; лица, не являющиеся актуальными родителями склонны чаще соглашаться с вакцинацией, чем те, кто не имеет такого опыта ($M=3.1$ против $M=3.5$; $t=3.394, p\leq 0.001$).

¹⁴ Решение о вакцинации по 5-бальной шкале где 5- уверенное согласие на вакцинацию, а 1 – уверенный отказ от вакцинации.

4. 4. Оценка применимости модели убеждений о здоровье к объяснению принятия решения о вакцинации

4.4.1. Применимость модели убеждений о здоровье к объяснению сложившегося паттерна вакцинации

Как это было показано в разделе 4.2.2., в половине всех случаев мотивировка решения о вакцинации основывается на оценке свойств заболевания и ассоциированной с ним вакцины. Ключевой теоретической моделью принятия решения в сфере здоровья на основе данных параметров является модель убеждений о здоровье. В данном разделе количественно оценивалась предсказательная способность данной модели для объяснения сложившихся паттернов вакцинации детей. В качестве факториальных переменных выступали четыре ключевых конструкта модели. Первые два конструкта – тяжесть и уязвимость вакцинопрофилактируемых заболеваний характеризуют воспринимаемую человеком угрозу вакцинопрофилактируемых заболеваний для себя или своего ребенка. Вторые два компонента характеризуют представления испытуемых о вакцинации как средстве профилактики – это «эффективность вакцинации» (воспринимаемые выгоды) и «безопасность вакцинации» (воспринимаемые барьеры).

В качестве результирующих переменных выступали три выявленных в работе паттерна вакцинации, которые предположительно могли быть связаны с различной выраженностью конструктов модели:

1) «расширенная» вакцинация — наличие всех необходимых прививок согласно прививочному календарю, а также одной или нескольких дополнительных прививок. Предполагалось, что данный паттерн характеризует максимальную приверженность идее вакцинации;

2) полная вакцинация – наличие всех необходимых прививок при наличии или отсутствии дополнительных. Модель позволяет выделить наиболее предиктивные факторы для оценки соблюдения графика

вакцинации и отделить лиц с полной вакцинацией от тех, кто прививается выборочно или не прививается вовсе.

3) отказ от вакцинации – отсутствие каких-либо прививок при отсутствии медицинских показаний. Данная модель направлена на предсказание поведенческой реализации генерализованной негативной социальные установки к вакцинации.

Все модели были скорректированы по основным социально-демографическим параметрам — полу, образованию и уровню дохода.

В таблице 3 представлены результаты регрессионного анализа: вклад каждой независимой переменной в изменение зависимой переменной (паттерн вакцинации) обозначен символом $\text{Exp}(B)_1$, для каждого значения представлен 95%-ный доверительный интервал. Во всех бинарных моделях (то есть не скорректированных по социально-демографическим параметрам и влиянию других компонентов модели) значимыми факторами являлись представления об эффективности вакцинации и ее безопасности. Чем более выражены данные убеждения, тем более вероятно, что респондент прививает детей в соответствии с календарем прививок и/или также дополнительными вакцинами, и менее вероятно, что респондент полностью отказался от вакцинации детей.

Конструкты, связанные собственно с заболеваниями, а не с вакцинацией («тяжесть» и «уязвимость»), не оказались значимыми в моделях «расширенной» и полной вакцинации. Уязвимость к заболеваниям проявилась на нижнем уровне значимости только во множественной логлинейной модели, предсказывающей полный отказ от вакцинации. Любопытно, что в нашем исследовании она, вопреки положениям модели, положительно связана с отказом от вакцинации. Помимо данного исключения во всех итоговых множественных моделях воспринимаемая безопасность вакцинации осталась единственным конструктом модели убеждений о здоровье, оставшимся статистически значимым предиктором используемого паттерна вакцинации.

Таблица 3. Влияние компонентов модели убеждений о здоровье на статус вакцинации: результаты логистического регрессионного анализа

Переменные	«Расширенная» вакцинация Наличие всех рекомендованных + дополнительных прививок		Полная вакцинация Наличие всех рекомендованных прививок		Отказ от вакцинации Полное отсутствие прививок	
	Бинарная логрегрес сионная модель Exp (B) (95% ДИ)	Множест венная логрегрес сионная модель Exp (B)† (95% ДИ)	Бинарная логрегресси онная модель Exp (B) (95% ДИ)	Множеств енная логрегресс ионная модель Exp (B)‡ (95% ДИ)	Бинарная логрегресси онная модель Exp (B) (95% ДИ)	Множествен ная логрегресси онная модель Exp (B)‡ ‡ (95% ДИ)
Пол мужской	0.37(0.17 – 0.81)*	0.29(0.12 – 0.72)**	0.37(0.21 – 0.65)***	0.33(0.18 – 0.63)***	7.05(1.49 – 33.33)*	
Уровень образования	1.54(1.06 – 2.25)*	1.51(1 – 2.29)*	1.05(0.81 – 1.37)		0.51(0.3 – 0.87)*	0.32(0.15 – 0.68)**
Уровень дохода	0.95(0.66 – 1.35)		1.04(0.76 – 1.42)		2.66(1.3 – 5.43)**	
Тяжесть профилактируемых заболеваний	1.12(0.83 – 1.51)		1.27(0.99 – 1.64)		0.76(0.43 – 1.33)	
Уязвимость к профилактируемым заболеваниям	0.9(0.66 – 1.22)		1.01(0.78 – 1.31)		1.85(0.93 – 3.7)	4.16(1.29 – 13.37)*
Эффективность вакцинации	1.99(1.29 – 3.05)**		1.81(1.35 – 2.42)***		0.45(0.25 – 0.8)**	
Безопасность вакцинации	2.28(1.39 – 3.74)***	2.24(1.4 – 3.59)***	1.92(1.4 – 2.61)***	1.91(1.41 – 2.59)***	0.47(0.26 – 0.85)*	0.28(0.12 – 0.63)**

Примечания: * — $p \leq 0.05$. ** — $p \leq 0.01$. *** — $p \leq 0.001$.

† — доля объясняемой дисперсии зависимой переменной — 16,9% (NagelkerkeRSquare).

‡ — доля объясняемой дисперсии зависимой переменной — 17,9% (NagelkerkeRSquare).

‡‡ — доля объясняемой дисперсии зависимой переменной — 40,0% (NagelkerkeRSquare).

Социально-демографические характеристики, включенные для корректировки моделей, также оказались значимыми: большая приверженность вакцинации преимущественно характерна для лиц с более высоким уровнем образования и менее характерна для мужчин. В целом,

использование модели убеждений о здоровье применительно к паттерну вакцинации показало свою достаточную предиктивную способность, особенно в отношении полного отказа от вакцинации, где она объясняет 40 % дисперсии интересующей переменной. Однако фактически это влияние обусловлено действием лишь одной переменной — представлением о безопасности вакцинации. Любопытно, что вторая значимая переменная — представление об эффективности вакцинации в предотвращении заболеваний — была значима во всех бинарных моделях, однако теряла свою значимость при использовании множественной регрессии. Дополнительный анализ показал, что это может быть обусловлено высокой положительной корреляцией между двумя конструктами — «безопасностью» и «эффективностью» ($r = .607$ ($p \leq 0,001$)). Данный результат представляется достаточно интересным, поскольку столь существенная корреляция между данными переменными не предполагалась на уровне теории и также, насколько нам известно, не была представлена ранее в эмпирических работах относительно вакцинации. Можно предположить, что на сегодняшний день в России данные два конструкта могут восприниматься в связке: склонны считать вакцинацию эффективной те же, кто склонен считать ее безопасной и *vice versa*.

Конструкты модели, связанные не с собственно вакцинацией, а с предотвращаемыми ею заболеваниями, в нашем исследовании оказались не значимыми или крайне мало значимыми. Эти данные в целом согласуются с результатами недавнего метаанализа (Carpenter, 2010), показавшего, что именно воспринимаемые выгоды и барьеры являются наиболее значимыми конструктами модели, применительно к различному поведению в сфере здоровья. Метааналитическое исследование, направленное на изучение влияния именно воспринимаемой уязвимости и тяжести заболевания применительно к вакцинации, показало их достаточно высокую значимость в предсказании поведения (Brewer, 2007).

4.4.2. Применимость модели убеждений о здоровье к принятию решения о вакцинации в условиях вымышленного сценария

В данном разделе приводятся результаты проверки гипотезы о том, что конструкторы модели убеждений о здоровье обладают предсказательной способностью также в отношении решения о вакцинации в условиях вымышленного сценария. В качестве факториальных переменных выступали 1) генерализованные социальные установки к вакцинации и вакцинопрофилактируемых заболеваниях в целом (четыре ключевых конструктора модели, описанные в разделе 4.4.1.; и 2) представления испытуемых о характеристиках конкретной возможности вакцинации, представленной в сценарии: уязвимость к конкретному заболеванию и ассоциированные с вакцинацией риски для здоровья.

В качестве результирующей переменной выступало само решение о вакцинации в условиях вымышленного сценария: намерение вакцинировать против намерения отказаться от вакцинации или отсутствия принятого решения.

Анализ проводился отдельно в отношении решения о вакцинации детей и решения о собственной вакцинации.

Предиктивная способность модели убеждений о здоровье в отношении принятия решения о вакцинации детей

В таблице 4 представлены результаты бинарного и множественного логрегрессионного анализа. В связи с обнаруженными ранее различиями в принятии решения о вакцинации между актуальными родителями и теми, кто планирует появление детей, анализ по данным подвыборкам также был проведен отдельно. Однако результаты регрессионного анализа показали, что в данном случае основные закономерности принятия решения являются схожими для обеих подвыборок. Во всех случаях генерализованные установки о вакцинации в множественной логрегрессионной модели

остаются малозначимыми. Лишь общее представление о безопасности вакцинации (в общей модели и для планирующих родителей) и общее представление об эффективности вакцинации (для актуальных родителей) остаются значимыми для принятия решения о вакцинации в конкретной ситуации.

В тоже время представления о конкретном вакцинопрофилактируемом заболевании и вакцине оказались существенно значимыми во всех моделях и независимыми друг от друга. Решение о согласии на вакцинацию было существенно более вероятно, когда испытуемый считал, что у ребенка высок риск заразиться данным заболеванием, и когда вакцинация ассоциируется с низким риском для здоровья ребенка. Во всех случаях модели имели высокую предсказательную способность и объясняли более 50% дисперсии зависимой переменной.

Предиктивная способность модели убеждений о здоровье в отношении принятия решения о собственной вакцинации

Результаты использования логистического регрессионного анализа для проверки влияния компонентов модели убеждения о здоровье на принятие решения о собственной вакцинации в условиях вымышленного сценария и решением о вакцинации детей в целом показали схожие результаты. Однако можно отметить следующую специфику в детерминации принятия решения о собственной вакцинации (таблица 5). Во-первых, в данной модели при контроле остальных факторов значимыми остаются обе генерализованные социальные установки относительно вакцинации: представление о безопасности вакцинации и ее эффективности. Во-вторых, предиктивная способность данной модели существенно ниже.

Таблица 4. Влияние компонентов модели убеждений о здоровье на принятие решения о вакцинации детей в условиях вымышленного сценария:

результаты логистического регрессионного анализа

Переменные	Планирующие и актуальные родители вместе		Планирующие родители		Актуальные родители	
	Бинарная логрессионная модель Exp (B) (95% ДИ)	Множественная логрессионная модель Exp (B)† (95% ДИ)	Бинарная логрессионная модель Exp (B) (95% ДИ)	Множественная логрессионная модель Exp (B)‡ (95% ДИ)	Бинарная логрессионная модель Exp (B) (95% ДИ)	Множественная логрессионная модель Exp (B)‡ ‡ (95% ДИ)
Пол мужской	0.89(0.6 - 1.3)	1.28(0.68 - 2.39)	0.78(0.41 - 1.47)	0.74(0.27 - 2.02)	0.81(0.49 - 1.33)	2.25(0.92 - 5.54)
Возраст	0.96(0.94 - 0.98)***	0.97(0.94 - 1.01)	0.97(0.93 - 1)	0.98(0.93 - 1.04)	0.97(0.94 - 1)*	0.94(0.89 - 0.99)*
Образование	0.96(0.81 - 1.14)	0.86(0.65 - 1.13)	0.76(0.57 - 1.01)	0.82(0.53 - 1.27)	1.15(0.91 - 1.44)	0.94(0.63 - 1.41)
Наличие детей	0.61(0.41 - 0.90)*	0.53(0.27 - 1.05)				
Установки относительно вакцинации в условиях вымышленного сценария						
Уязвимость к заболеванию	3.06(2.25 - 4.16)***	5.35(3.28 - 8.73)***	2.61(1.61 - 4.24)***	3.82(1.71 - 8.56)***	3.61(2.38 - 5.48)***	6.15(3.18 - 11.9)***
Риски для здоровья при наличии вакцинации	0.29(0.21 - 0.39)***	0.2(0.12 - 0.32)***	0.29(0.18 - 0.48)***	0.25(0.12 - 0.53)***	0.28(0.19 - 0.42)***	0.2(0.1 - 0.36)***
Генерализованные установки						
эффективность вакцинации	2.13(1.67 - 2.7)***		2.48(1.62 - 3.8)***		2.13(1.57 - 2.9)***	1.83(1.14 - 2.92)*
безопасность вакцинации	2.5(1.96 - 3.2)***	1.55(1.12 - 2.15)**	3.78(2.31 - 6.21)***	2.32(1.27 - 4.22)**	2.18(1.63 - 2.92)***	
Уязвимость к заболеваниям	1.09(0.9 - 1.31)		1.3(0.92 - 1.84)		1.01(0.81 - 1.27)	
Тяжесть заболеваний	1.16(0.97 - 1.39)		1.25(0.91 - 1.72)		1.18(0.95 - 1.47)	
N	338		142		187	
Nagelkerke R Square	54.8%		51.0%		55.6%	

Таблица 5. Влияние компонентов модели убеждений о здоровье на принятие решения о собственной вакцинации в условиях вымышленного сценария: результаты логистического регрессионного анализа

Переменные	Будете ли Вы делать себе прививку от этого заболевания	
	Бинарная логрессионная модель Ехр (В) (95% ДИ)	Множественная логрессионная модель Ехр (В) [†] (95% ДИ)
Пол мужской	1.19(0.94 - 1.5)	1.26(0.9 - 1.76)
Возраст	0.99(0.98 - 1)**	1(0.99 - 1.01)
Образование	1.04(0.95 - 1.15)	0.97(0.85 - 1.12)
Установки относительно вакцинации в условиях вымышленного сценария		
Уязвимость к заболеванию	2(1.72 - 2.32)***	2.09(1.7 - 2.57)***
Риски для здоровья при наличии вакцинации	0.57(0.49 - 0.65)***	0.65(0.53 - 0.79)***
Генерализованные установки		
эффективность вакцинации	0.04(0.49 - 0.65)***	1.73(1.41 - 2.13)***
безопасность вакцинации	2.29(1.98 - 2.65)***	1.45(1.17 - 1.8)***
уязвимость к заболеваниям	1.16(1.03 - 1.3)*	
Тяжесть заболевания	1.09(0.98 - 1.22)	
N	795	
Nagelkerke R Square	32.9%	

Таким образом, на принятие решения о собственной вакцинации оказывают влияние как представления о конкретном заболевании и вакцине, так и генерализованные установки о вакцинации в целом. Однако, их вклад в принятие решения составляет порядка 30% от общего объема факторов.

4. 5. Оценка применимости модели диффузии инноваций к объяснению принятия решения о вакцинации

Настоящий параграф описывает проверку гипотезы о применимости модели диффузии инновации к описанию принятия решения о вакцинации. Под инновацией при этом понимались идеи отказа от вакцинации как сравнительно новой поведенческой стратегии.

Распространенность данной поведенческой стратегии (инновации) может быть охарактеризована как находящаяся на уровне «новаторов» - доля родителей, чьи дети не имеют медицинских противопоказаний для вакцинации и при этом не имеют ни одной прививки, составляет 4.2% (95% ДИ 1.8% - 6.7%). Данная оценка, безусловно, является крайне консервативной. Строго говоря, к приверженцам данной инновации могут быть также отнесены те люди, которые прекратили вакцинировать своих детей уже после того, как какие-то прививки были сделаны.

В рамках оценки применимости данной теории к вопросам отказа от вакцинации были поставлены две задачи: 1) оценить характеристики «инноваторов» - лиц, первыми принявших данную инновацию и являющимися агентами ее распространения и 2) оценить влияние «видимости» отказа от вакцинации как поведенческой инновации на принятие решения о вакцинации.

4.5.1. Характеристики «инноваторов»

В данном разделе проверялось положение модели диффузии инноваций о наличии неких социально-групповых характеристик, определяющих группу лиц, которые первыми будут принимать инновацию, в данном случае – полный отказ от вакцинации.

Несмотря на статистические ограничения, вызванные малым размером подвыборки «инноваторов» (N=11), следующие социально-демографические характеристики оказались положительно связаны с использованием данной инновации. Во-первых, это более низкий уровень образования (доля лиц с образованием не выше среднего специального среди «инноваторов»

составила 63,7% против 31,6% у контрольной группы; $\chi^2 = 16.614$, $p \leq 0.01$)., при этом «инноваторы» склонны несколько более высоко оценивать уровень своего материального положения ($U=547.000$, $p \leq 0.01$). «Инноваторы» не отличаются от контрольной группы по количеству детей, однако средний возраст их детей, паттерн вакцинации которых послужил основанием для анализа, несколько меньше, чем в контрольной группе ($U=819.500$, $p \leq 0.05$). Можно предположить, что данная закономерность свидетельствует о том, что данная инновация начала распространяться в обществе относительно недавно.

Мы не нашли связи отказа от вакцинации с религиозной принадлежностью и типом занятости - другими значимыми предикторами отказа от вакцинации, выявленными в зарубежных исследованиях.

На основании данных систематического обзора мы также предположили, что одним из основных факторов отказа от вакцинации в нашей выборке станет недоверие к официальной системе медицинской помощи и соответствующие поведенческие практики, в частности избегание обращения к официальной медицине и, напротив, обращение к специалистам комплиментарной и альтернативной медицины. Данное предположение частично подтвердилось: «инноваторы» и представители контрольной группы с одинаковой частотой обращались за помощью к педиатрам в официальные медицинские учреждения коммерческой системы и системы ОМС, и не различались в уровне доверия к специалистам, работающим в данных организациях. Однако они значительно чаще имели опыт обращения за консультацией о здоровье ребенка к врачам альтернативной медицины, в частности – врачам-гомеопатам ($\chi^2 = 12.310$, $p \leq 0.05$).

Также мы предположили, что, поскольку одним из каналов информации, которым может распространяться инновация, являются СМИ и интернет «инноваторы» будут иметь некую специфику информационного пространства. Однако в настоящем исследовании данное предположение не подтвердилось. Безусловно, какая-то часть гипотетизируемых, но не

обнаруженных взаимосвязей может быть атрибутирована к крайне малому размеру подвыборки «инноваторов», не позволяющему оценить наличие менее выраженных взаимосвязей.

4.5.2. Оценка влияния «видимости» отказа от вакцинации как поведенческой инновации на принятие решения о вакцинации

«Видимость» отказа от вакцинации как поведенческой инновации изучалась с помощью двух независимых переменных: а) знакомство с идеями антивакцинаторства как новой поведенческой стратегии («вакцины крайне опасны для здоровья (детей) и их не следует делать») и б) личное знакомство с лицами, придерживающимися данной поведенческой стратегии. В целом «видимость» данной стратегии можно оценить ее как достаточно высокую: с идеями антивакцинаторства сталкивались 68.6% жителей Санкт-Петербурга, а каждый второй опрошенный лично знаком с теми, кто отказывается от вакцинации 51.3%.

Как и при проверке применимости к изучению принятия решения о вакцинации модели убеждений о здоровье (параграф 3.2) проверка влияния «видимости» инновации на решение о вакцинации проводилась с использованием множественного регрессионного анализа и предиктивная способность моделей была оценена как для предсказания реального поведения (собственной вакцинации и вакцинации детей), так и для предсказания принятия решения в условиях вымышленного сценария.

В таблице 6 приведены результаты множественного регрессионного анализа влияния знакомства с идеями антивакцинаторства на реальное поведение и принятие решений в условиях вымышленного сценария, каждая из моделей была скорректирована по основным социально-демографическим параметрам, а также характеристикам стимульного материала (для условий вымышленного сценария).

Таблица 6. Проверка модели диффузии инновации: влияние знакомства с идеями антивакцинаторства на принятие решения о вакцинации. Результаты регрессионного анализа.

Результирующие	Собственная вакцинация за последние 12 месяцев		Положительно е решение о собственной вакцинации в условиях вымышленного о сценария ¹⁵		Вакцинация детей в течение последних 12 месяцев (актуальные родители)		Положительно е решение о вакцинации ребенка в условиях вымышленного о сценария (актуальные родители)		Положительно е решение о вакцинации ребенка в условиях вымышленного о сценария (планирующие родители)	
Переменные	AOR (ДИ 95%) ¹⁶	P	AOR(ДИ 95%)	p	AOR(ДИ 95%).	p	AOR (ДИ 95%)	p	AOR (ДИ 95%)	p
Знакомство с идеями антивакцинаторства	0.81 (0.53 - 1.24)	0.333	0.82 (0.61 - 1.09)	0.168	0.79 (0.34 - 1.82)	0.581	0.85(0 .41 - 1.78)	0.673	0.47(0 .22 - 1.01)	0.052
Мужской пол	0.82 (0.55 - 1.22)	0.334	1.15 (0.89 - 1.5)	0.288	0.83 (0.44 - 1.59)	0.581	0.86(0 .48 - 1.54)	0.608	0.62 (0.29 - 1.32)	0.215
Возраст (порядковая)	0.99 (0.98 - 1)	0.097	0.99 (0.98 - 0.99)	0.000	0.99 (0.94 - 1.04)	0.742	0.98(0 .94 - 1.02)	0.346	0.97 (0.94 - 1.01)	0.177
Высшее образование	0.85 (0.58 - 1.25)	0.396	1.28 (0.99 - 1.67)	0.055	1.47 (0.78 - 2.28)	0.241	1.59 (0.88 - 2.86)	0.119	0.57 (0.28 - 1.17)	0.127
Материальное положение (порядковая)	1.00 (0.83 - 1.2)	0.980	1.05 (0.93 - 1.18)	0.472	0.98 (0.7 - 1.38)	0.916	1.04(0 .77 - 1.42)	0.780	1.19 (0.83 - 1.71)	0.353
Наличие детей	1.12 (0.72 - 1.72)	0.615	0.64 (0.47 - 0.87)	0.004	-	-	-	-	-	-
Социальная нормативность ¹⁷ (порядковая)	-	-	0.91 (0.78 - 1.06)	0.227	-	-	0.83(0 .59 - 1.16)	0.280	0.79 (0.5 - 1.26)	0.329
Возраст ребенка (порядковая)	-	-	-	-	0.94 (0.86 - 1.01)	0.103	0.96(0 .9 - 1.04)	0.312	-	-

Результаты анализа показывают, что само знакомство с идеями антивакцинаторства как новой поведенческой стратегии не оказывает значимого влияния ни на характеристики реального поведения (как в отношении собственной вакцинации, так и в отношении вакцинации детей), ни на решение о вакцинации в условиях вымышленного сценария. Исключением является группа планирующих родителей, для которых

¹⁵Здесь и далее – ответы «да» и «скорее да» против «нет», «скорее нет» и «зарудняюсь ответить»

¹⁶Здесь и далее: скорректированное отношение шансов (Adjustedoddsratio), 95% доверительный интервал.

¹⁷Доля согласившихся на вакцинацию в экспериментальном стимуле

влияние данного фактора проявляется на уровне тенденции ($p=0.052$), снижая вероятность положительного решения о вакцинации ребенка в условиях вымышленного сценария.

Результаты проверки предположения о влиянии личного знакомства с лицами, придерживающимися стратегии отказа от вакцинации (таблица 7), показывают, что данный фактор также оказывает значимое влияние на принятие решения в экспериментальной ситуации у планирующих родителей, фактически в три раза снижая шансы принятия ими положительного решения о вакцинации ($AOR=0.33$; $p\leq 0.01$). Подобная же взаимосвязь обнаруживается и для решения о собственной вакцинации (на всей выборке) – лица, лично знакомые с теми, кто отказывается от вакцинации, в полтора раза реже в условиях вымышленного сценария решали делать прививку ($AOR=0.58$; $p\leq 0.001$) при условии контроля важнейших социально-демографических параметров. В тоже время опыт знакомства с лицами, отказывающимися от вакцинации, не оказывает значимого влияния на решение о вакцинации детей в экспериментальной ситуации актуальными родителями.

Также не было обнаружено влияния знакомства с данной поведенческой инновацией на реальное поведение ни в отношении собственной вакцинации, ни в отношении вакцинации детей.

Таким образом, действительно отказ от вакцинации, может быть расценен как поведенческая инновация, которая распространяется в обществе и может влиять на принятие решений в сфере здоровья. При этом личное знакомство с лицами, практикующими данную поведенческую инновацию, оказывает значительно более значимое влияние на принятие решений, чем знакомство с идеей отказа от вакцинации.

Отсутствие влияния на реальное поведение за последний год может быть объяснено рядом факторов.

Таблица 7. Проверка модели диффузии инновации: влияние личного знакомства с лицами, придерживающимися стратегии отказа от вакцинации, на принятие решения о вакцинации. Результаты регрессионного анализа.

Результирующие	Собственная вакцинация за последние 12 месяцев		Положительно е решение о собственной вакцинации в условиях вымышленного о сценария ¹⁸		Вакцинация детей в течение последних 12 месяцев (актуальные родители)		Решение о вакцинации ребенка в условиях вымышленного о сценария (актуальные родители)		Решение о вакцинации ребенка в условиях вымышленного о сценария (планирующие родители)	
Переменные	AOR (ДИ 95%) ¹⁹	p	AOR (ДИ 95%)	P	AOR (ДИ 95%).	p	AOR (ДИ 95%)	p	AOR (ДИ 95%)	p
Знакомство с лицами, практикующими антивакцинаторство	0.93(0.62 - 1.39)	0.722	0.58 (0.44 - 0.76)	0.000	0.66(0.32 - 1.36)	0.261	0.77(0.41 - 1.45)	0.420	0.33(0.14 - 0.76)	0.009
Мужской пол	0.78(0.52 - 1.18)	0.245	1.08 (0.82 - 1.43)	0.598	0.79(0.4 - 1.57)	0.506	0.73(0.39 - 1.34)	0.309	0.67(0.31 - 1.46)	0.317
Возраст (порядковая)	0.99(0.98 - 1)	0.135	0.98 (0.98 - 0.99)	0.000	0.99(0.94 - 1.04)	0.586	0.97(0.93 - 1.02)	0.192	0.97(0.93 - 1.01)	0.119
Высшее образование	0.77 (0.52-1.14)	0.189	1.26(0.97 - 1.65)	0.088	1.22 (0.64 - 2.33)	0.541	1.64 (0.91 - 2.94)	0.103	0.5 (0.23 - 1.08)	0.074
Материальное положение (порядковая)	0.96(0.79 - 1.16)	0.655	1.02 (0.91 - 1.16)	0.629	1.03(0.74 - 1.43)	0.860	1.06(0.78 - 1.42)	0.724	1.09(0.73 - 1.61)	0.682
Наличие детей	1.10 (0.70 - 1.72)	0.677	0.67(0.49 - 0.91)	0.012	1.08 (0.99 - 1.16)	0.097	-	-	-	-
Социальная нормативность ²⁰ (порядковая)	-	-	0.92 (0.78 - 1.09)	0.315	-	-	0.81(0.58 - 1.15)	0.242	0.85(0.52 - 1.38)	0.507
Возраст ребенка (порядковая)	-	-	-	-	0.97(0.9 - 1.04)	0.344	0.97(0.9 - 1.04)	0.344	-	-

Во-первых, методическими ограничениями: наибольшая вероятность необходимости вакцинации в течение последних трех лет характерна для детей конкретных возрастных групп (0-3 года и младший школьный возраст). Среди общего взрослого населения вакцинация также характерна для особых

¹⁸Здесь и далее – ответы «да» и «скорее да» против «нет», «скорее нет» и «затрудняюсь ответить»

¹⁹ Здесь и далее: скорректированное отношение шансов (Adjustedoddsratio), 95% доверительный интервал.

²⁰Доля согласившихся на вакцинацию в экспериментальном стимуле

групп населения (организованных контингентов, работников отдельных специальностей и пр.). Таким образом, отсутствие вакцинации в течение недавнего периода может быть в большей степени связано именно с социально-групповыми факторами, обуславливающими необходимость вакцинации, а не личными предпочтениями.

Другим важным фактором может являться наличие иных существенных внешних влияний на принятие решения. Так, актуальные родители, уже имеют значительный опыт принятия решений о вакцинации. Принимая решение даже в условиях вымышленного сценария, они находятся под воздействием значительного количества самых различных факторов, и знакомство с отказом от вакцинации как поведенческой инновацией может быть не самым существенным из них. В тоже время решение о собственной вакцинации и гипотетической вакцинации детей решение принимается как бы в вакууме и, в таком случае, видимость данной поведенческой инновации оказывает существенное влияние.

Другим вариантом объяснения может являться временной период, в который выделенные группы столкнулись с этой инновацией: до или после реального опыта принятия решений в данной сфере. Если родители уже успели начать вакцинацию до воздействия инновации и не увидели никаких ее негативных последствий, то воздействие данной инновации может быть минимизировано (низкие «относительные преимущества» инновации). Нельзя исключить, что на тех, кто столкнулся с данной инновацией, еще не имея реального опыта родительства, она может оказывать большее влияние и впоследствии может оказать влияние и на уровне поведения.

4. 6. Влияние дескриптивной социальной нормативности на принятие решения о вакцинации

В данном разделе описываются результаты проверки частных гипотез о влиянии дескриптивной социальной нормы (то есть, воспринимаемой распространенности конкретного поведенческого паттерна) на принятие решения о вакцинации. Проверка данных гипотез осуществлялась на основе экспериментального исследовательского дизайна.

4.6.1. Оценка влияния дескриптивной социальной нормы на решение (согласие или отказ) о вакцинации

В данном случае в роли независимой переменной выступала доля лиц в социальной группе, согласившаяся на вакцинацию, предъявляемая в стимульном материале. Оценка влияния данной независимой переменной проводилась отдельно для принятия решения о собственной вакцинации и о вакцинации детей (Таблица 8).

Результаты исследования подтвердили влияние данной переменной на решение о вакцинации детей: в случае, когда испытуемому предъявлялась информация о том, что большинство родителей (90%) согласились на вакцинацию, намерение вакцинировать ребенка было существенно выше, чем в случаях, когда согласие на вакцинацию выразили половина (50%) или меньшинство родителей (10%). Более наглядно это подтверждают анализ таблиц кросс-табуляции (рисунок 6). В случае, когда большинство окружающих согласно на вакцинацию, доля испытуемых, согласившихся на вакцинацию ребенка (ответы «сделаю прививку» или «скорее сделаю прививку») выше на 10% по сравнению с иными показателями социальной нормы ($p \leq 0.05$).

Однако, решения при последних двух условиях (50% или 10%) не различались между собой ни по данным дисперсионного анализа (критерий Duncan), ни по данным таблиц сопряженности. Данная закономерность

представляется нам крайне интересной. Таким образом, в отношении вакцинации детей информация о социальной нормативности важна лишь в аспекте, делают ли вакцинацию **большинство** населения. В случаях, когда социальная норма – это отказ от вакцинации большинства населения либо наличие двух одинаково нормативных видов поведения (согласия или отказа от вакцинации), люди склонны проявлять одинаково меньшее намерение вакцинировать ребенка.

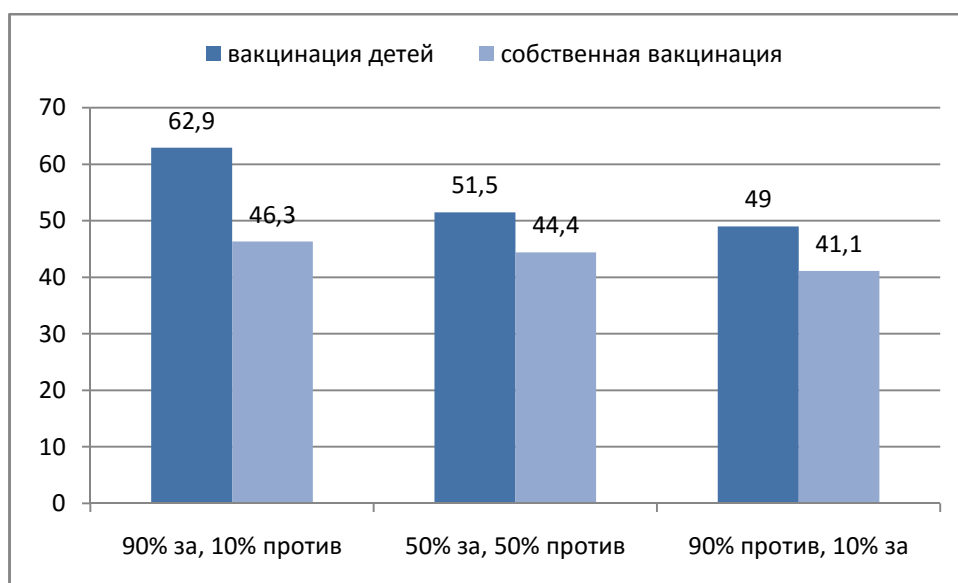


Рисунок 6. Согласие на вакцинацию в зависимости от предъявленной информации о дескриптивной социальной норме, %

В отношении собственной вакцинации были обнаружены аналогичные закономерности, однако, выраженные в существенно меньшей степени. Согласие на вакцинацию более выражено в тех случаях, когда данное поведение высоко социально нормативно (90%) и менее выражено в альтернативных случаях. Однако статистически данное различие находится на уровне тенденции ($p \leq 0.1$) (Таблица 8).

Также в рамках частной гипотезы мы предположили, что в случае, когда социальная норма размыта (оба поведения нормативны – отказ и согласие демонстрируют по 50% респондентов), тем менее определенным будет являться решение респондента о вакцинации (то есть решение может быть так и не принято).

Таблица 8. Влияние дескриптивной социальной нормы на решение о вакцинации: результаты дисперсионного анализа.

Переменные	N	M*	Ст. отклонен ие	95% ДИ		F (ANOVA)	P
				Нижнее значение	Верхнее значение		
Решение о вакцинации детей							
90% согласились, 10% отказались	167	3.54	1.455	3.32	3.76	4.892	0.01
90% отказались, 10% согласились	151	3.09	1.471	2.86	3.33		
50% согласились, 50% отказались	167	3.10	1.504	2.87	3.33		
Решение о собственной вакцинации							
90% согласились, 10% отказались	397	2.98	1.593	2.82	3.13	2.380	.093
90% отказались, 10% согласились	380	2.74	1.571	2.58	2.90		
50% согласились, 50% отказались	398	2.80	1.598	2.64	2.96		

* Среднее значение решения о вакцинации, где 5- уверенное согласие на вакцинацию, а 1 – уверенный отказ от вакцинации.

Однако данное предположение не подтвердилось ни в отношении вакцинации детей, ни в отношении собственной вакцинации. Доля лиц, выбравших неопределенные варианты ответа («скорее сделаю», «скорее не сделаю» и «затрудняюсь ответить») 43%-50% значимо не различается в зависимости от предложенного сценария. Доля лиц, не определившихся и не склоняющихся к какому-либо решению относительно вакцинации (выбравшие вариант ответа «затрудняюсь ответить»), в обоих случаях также является достаточно стабильной (вакцинация себя – около 5%, вакцинация ребенка – около 9%) и не связана с предъявленным стимульным материалом. Таким образом, можно заключить, что экспозиция информации о дескриптивной социальной норме оказывает влияние не на уверенность в решении, а только на его вектор.

4.6.2. Оценка влияния дескриптивной социальной нормы на эмоциональный фон принятия решения о вакцинации

Мы предположили, что дескриптивная социальная норма оказывает влияние на эмоциональное напряжение при принятии решения о вакцинации. В случаях, когда большинство не соглашается на вакцинацию, или когда отсутствует единая норма поведения, эмоциональное напряжение будет выше, так как будет формироваться конфликт между двумя информационными воздействиями – информацией о рисках и выгодах вакцинации и информацией о ее нормативности. Однако данный эффект не был обнаружен ни в одной из групп. Использование критерия Kruskal Wallis не позволило обнаружить различий в среднем значении эмоционального напряжения при различных значениях социальной нормативности (90%, 50%, 10%) ни при принятии решения о вакцинации детей ($M(90\%) = 2.4$, $M(50\%) = 2.6$, $M(10\%) = 2.4$; Kruskal Wallis 3.848, н.зн.), ни при принятии решения о собственной вакцинации ($M(90\%) = 1.8$, $M(50\%) = 1.8$, $M(10\%) = 1.7$; Kruskal Wallis 1.698, н.зн.).

4.6.3. Оценка влияния дескриптивной социальной нормы на мотивировку решения о вакцинации

Мы предположили, что воздействие фактора дескриптивной социальной нормы будет значимым, однако не всегда будет осознаваться испытуемыми. В тоже время предполагалось, что, будучи значимым фактором контекста принятия решения, информация о социальной нормативности поведения окажет существенное влияние на осознаваемые мотивировки принятого решения. Данная гипотеза проверялась в рамках второго этапа исследования.

Первое предположение в целом подтвердилось – несмотря на показанное в разделе 3.4.1. влияние данного фактора на принятие решения, в

качестве причины принятия того или иного решения о вакцинации предъявленная в стимульном материале информация о социальной норме вербализировалась только четырьмя испытуемыми из 266 участников второго этапа исследования. Причем в двух случаях из четырех влияние данной переменной было обратным – испытуемые сообщали, 1) что не будут делать прививку, потому что 90% людей согласились ее сделать (вероятно, в данном случае эта информация снижала воспринимаемую уязвимость к заболеванию); 2) что будут делать прививку, потому что ее сделали 10% людей.

В тоже время, статистический анализ показал, что предъявление информации о социальной нормативности изменяло структуру используемых мотивировок. Сам факт предъявления информации о социальной нормативности, вне зависимости от того, какое процентное значение использовалось, существенно повышал долю случаев, при которых испытуемые упоминали более одной причины принятия того или иного решения (28,6% против 10,7%; $p \leq 0.05$). В отсутствие же данной информации испытуемые существенно чаще принимали решение, основываясь на оценке свойств вакцины и/или заболевания (71.4% против 43.7%; $p \leq 0.01$).

В целом мы склонны интерпретировать данную закономерность как то, что предъявление информации о социальной нормативности затрудняет принятие решения и заставляет привлекать дополнительные объяснения для принятия того или иного решения.

Само содержание информации о нормативности (90%, 50% или 10%) не оказало статистически значимого влияния на долю мотивировок, ориентированных на ту или иную из четырех выявленных категорий мотивировок. Среди дробной классификации мотивировок было выявлена апелляция к личному опыту и опыту социального окружения в качестве единственного аргумента только в том случае, когда социальная нормативность вакцинации была высокой (90%) (5.3% против 0.0%; $p \leq 0.05$). То есть в случае экспозиции вакцинации как социальной нормы, сомневаясь

в своем решении, испытуемые склонны привлекать информацию об отдельных случаях из своей жизни или из практики социального окружения как контраргумент данной нормативности.

4.6.4. Оценка эффекта фрейминга предъявляемой информации о дескриптивной социальной норме

В соответствии с положениями теории перспектив мы предположили, что влияние информации о социальной нормативности вакцинации может оказать влияние на принятие решения в данной сфере. В классических работах в данной области было подтверждено влияние на принятия решения формулировки проблемы в терминах выгод или потерь от конкретного решения.

В рамках данной работы было выдвинуто предположение о том, что значимое влияние на процесс и результат принятия решения о вакцинации окажет формулировка информации о социальной нормативности поведения в терминах согласия или отказа от вакцинации.

Эффект фрейминга применительно к результату решения о вакцинации

В частности мы предположили, что предоставление информации в терминах отказа от вакцинации будет способствовать отказу испытуемых от вакцинации. В данном случае в роли независимой переменной выступал способ предоставления информации о социальной нормативности: в позитивном ключе (доля лиц, согласившихся сделать прививку) и в негативном ключе (доля лиц, отказавшихся сделать прививку). Оценка влияния данной независимой переменной также проводилась отдельно для принятия решения о собственной вакцинации и решения о вакцинации детей (таблица 9).

Таблица 9. Влияние фрейминга информации о дескриптивной социальной норме на решение о вакцинации: результаты сравнения средних значений и кроссекционного анализа

Переменные	N	Решение о вакцинации, М	Т-критерий	Сравнение средних значений Р≤	Доля согласившихся,%	χ ²	Сравнение долей. Р≤
Решение о собственной вакцинации							
Позитивный фрейминг	551	3.0	2.579	0.01	48.1	7.664	0.01
Негативный фрейминг	624	2.7			40.1		
Решение о вакцинации детей							
Позитивный фрейминг	222	3.3	0.099	н. зн	55.9	0.245	н. зн
Позитивный фрейминг	263	3.2			53.4		

Данная гипотеза подтвердилась лишь для принятия решения в отношении собственной вакцинации: формулирование информации о нормативности вакцинации в терминах доли согласившихся на вакцинацию, вне зависимости от собственно количественного значения данного параметра, существенно повышает уровень согласия на вакцинацию. В группе, где использовался негативный фрейминг, доля принявших решение вакцинироваться меньше на 8% по сравнению с условием позитивного фрейминга (40.1% против 48.1%, $p \leq 0.01$).

Однако на принятие решения о вакцинации детей данный фактор не оказал статистически значимого влияния, даже на уровне тенденции.

Эффект фрейминга применительно к эмоциональному фону решения о вакцинации

Мы предположили, что если эффект фрейминга будет обнаружен, то он будет оказывать влияние не только на результат решения, но и на его процесс, в частности негативный фрейминг будет увеличивать эмоциональное напряжение при принятии решения о вакцинации. Однако это

предположение не подтвердилось: средние значения эмоционального напряжения в условиях негативного и позитивного фрейминга значимо не различались ни при принятии решения в отношении вакцинации детей ($M_{\text{поз.фр.}} = 2.5$, $M_{\text{нег.фр.}} = 2.5$; Mann-Whitney $U = 20231.000$, н.зн.), ни при принятии решения о собственной вакцинации детей ($M_{\text{поз.фр.}} = 1.8$, $M_{\text{нег.фр.}} = 1.8$; Mann-Whitney $U = 155914.000$, н.зн.).

4.7. Обобщающая модель факторов принятия решения о вакцинации

В таблице 10 представлены результаты эмпирической проверки модели принятия решения о вакцинации. Рассмотрим, в какой степени был подтвержден каждый из ее отдельных компонентов.

Среди факторов *групповой принадлежности* (социально-демографических и социально-статусных характеристик) ни один из показателей, кроме возраста не оказался связан с принятием решения о вакцинации. Таким образом, паттерны принятия решения о вакцинации связаны не с принадлежностью к традиционным большим социальным группам, выделяемым по параметрам гендера, уровня образования, уровня дохода, социально-статусной позиции. В тоже время положительное решение о вакцинации во всех моделях было связано с более младшим возрастом. Влияние этого фактора, однако, исчезало после учета иных факторов.

Все предполагаемые факторы *социального блока* оказались значимыми в бинарных моделях. Положительное решение о вакцинации связано с такими группами факторов как доверие официальной медицине, высокая социальная нормативность согласия на вакцинацию и негативно связана с воздействием идей отказа от вакцинации. В тоже время, вопреки данным зарубежных исследований сегодня в России отрицательное решение о вакцинации

Таблица 10. Обобщающая модель факторов принятия решения о вакцинации: результаты логистического регрессионного анализа*

	Положительное решение о вакцинации детей (актуальные родители)		Положительное решение о вакцинации детей (актуальные и планирующие родители)		Положительное решение о собственной вакцинации	
	OR(CI 95%)	AOR(CI 95%)	OR(CI 95%)	AOR(CI 95%)	OR(CI 95%)	AOR(CI 95%)
Групповая принадлежность						
Возраст	0.97(0.94 - 1)*	н.зн.	0.96(0.94 - 0.98)***	н.зн.	0.99(0.98 - 1)**	н.зн.
Социальные факторы						
Высокая социальная нормативность (90%)	1.75(1.04 - 2.94)*	н.зн.	1.78(1.18 - 2.68)**	2.12(1.08 - 4.16)*	н.зн.	н.зн.
Позитивный фрейминг информации о социальной нормативности	н.зн.	н.зн.	н.зн.	н.зн.	1.39(1.1 - 1.75)**	1.47(1.05 - 2.05)*
Использование услуг врачей системы ОМС	2.27(1.32 - 3.92)**	н.зн.	н.зн.	н.зн.	н.зн.	н.зн.
Доверие врачам системы ОМС	2.03(1.22 - 3.39)**	н.зн.	1.62(1.09 - 2.4)*	н.зн.	1.65(1.3 - 2.1)***	н.зн.
Приоритетный источник информации о вакцинации: медицинский работник (педиатр)	1.88(1.14 - 3.09)*	н.зн.	1.5(1.01 - 2.25)*	1.93(1.01 - 3.69)*	н.зн.	н.зн.
Знакомство с идеями отказа от вакцинации	н.зн.	н.зн.	н.зн.	н.зн.	0.76(0.59 - 0.98)*	н.зн.
Личное знакомство с лицами, отказывающимися от вакцинации	н.зн.	н.зн.	0.6(0.39 - 0.94)*	н.зн.	0.62(0.48 - 0.79)***	н.зн.
Условие принятия решения						
Беспокойство при принятии решения (средний или высокий уровень)	н.зн.	н.зн.	0.67(0.45 - 0.99)*	н.зн.	н.зн.	н.зн.
Когнитивные факторы: генерализованные установки						
Эффективность вакцинации: высокая	5.17(2.77 - 9.62)***	3.28(1.47 - 7.33)**	4.44(2.82 - 6.99)***	н.зн.	4.65(3.51 - 6.15)***	2.45(1.68 - 3.58)***
Безопасность вакцинации: высокая	5.19(2.95 - 9.1)***	н.зн.	5.78(3.73 - 8.94)***	2.62(1.39 - 4.93)**	4.77(3.66 - 6.21)***	2.55(1.77 - 3.69)***
Тяжесть вакцинопрофилактируемых заболеваний: высокая	2.08(1.22 - 3.52)**	н.зн.	1.94(1.29 - 2.9)***	2(1.09 - 3.68)*	1.42(1.11 - 1.81)**	н.зн.
Уязвимость к вакцинопрофилактируемым заболеваниям (высокая)	н.зн.	н.зн.	н.зн.	н.зн.	1.44(1.11 - 1.86)**	н.зн.

* н.зн. – не значимо в бинарной модели; «-» - не изучалось

Таблица 10. Окончание

Когнитивные факторы: воспринимаемые характеристики конкретного заболевания						
Уязвимость к заболеванию (средняя или высокая)	5.06(2.85 - 9)***	7.9(3.45 - 18.11)** *	4.02(2.6 - 6.23)***	6.96(3.59 - 13.49)** *	3.16(2.45 - 4.07)***	3.66(2.59 - 5.19)***
Ожидаемый результат вакцинации: низкий риск для здоровья	7.28(4.05 - 13.09)***	9.45(4.12 - 21.67)** *	7.06(4.46 - 11.17)***	9.51(4.75 - 19.04)** *	2.88(2.23 - 3.73)***	2.85(1.99 - 4.09)***
Предыдущий опыт вакцинации						
Паттерн вакцинации ребенка: полная или расширенная	2.97(1.65 - 5.35)***	н.зн	-	-	-	-
Собственная вакцинация в течение последних 12 месяцев	3.17(1.43 - 7.02)**	н.зн	2.42(1.35 - 4.36)**	н.зн	4.68(3.13 - 7)***	3.02(1.8 - 5.07)***
Опыт родительства						
Возраст ребенка	0.95(0.9 - 1.01)	0.91(0.84 - 0.99)*	-	-	-	-
Наличие детей	-	-	0.61(0.41 - 0.9)*	0.26(0.13 - 0.49)***	0.71(0.55 - 0.93)*	0.4(0.28 - 0.59)***
Nagelkerke R Square	49.4%		52.9%		37.9%	
Процент правильно предсказанных случаев	78.2%		77.7%		72.5%	
N	188		327		804	

* н.зн – не значимо в бинарной модели; «-» - не изучалось

не связано с использованием комплиментарной и альтернативной медицины. В тоже время влияние данных факторов для разных типов принятия решения будет различным. Так, социальная нормативность значимо влияет лишь на принятие решения в отношении ребенка и остается значимой только в модели, учитывающей и актуальных и потенциальных родителей. Фрейминг же информации о нормативности значим лишь для принятия решения о собственной вакцинации. Знакомство с лицами, практикующими полный отказ от вакцинации, является значимым фактором во всех моделях, за исключением принятия решения актуальными родителями, однако не сохраняет свою значимость при контроле иных переменных. В целом данные множественного регрессионного анализа показывают, что данная группа факторов обладает существенно меньшей предсказательной способностью в отношении решения о вакцинации детей актуальными родителями. Ни одна

из использованных переменных не вошла в финальную модель данного типа принятия решения.

Когнитивные факторы играли центральную роль во всех моделях. Причем и генерализованные установки о вакцинации (преимущественно об эффективности и безопасности вакцинации) и аналогичные представления о характеристиках конкретного заболевания и ассоциированной с ним вакцины сохраняют свою значимость в итоговых моделях и не нейтрализуют друг друга. Если для принятия решения о вакцинации детей характеристики конкретного заболевания являются более значимыми чем характеристики генерализованных установок (Значения AOR от 7 до 10 против значений AOR от 2 до 3), то для принятия решения о собственной вакцинации данные факторы играют равную роль.

Предыдущий опыт вакцинации играет разную роль в принятии решения разного типа. Тот факт, что взрослый сам проходил вакцинацию в течение последнего года в 2-4 раза повышает вероятность того, что он согласится на вакцинацию независимо от типа задачи. Однако значимым в итоговой модели данный фактор остается лишь для принятия решения о собственной вакцинации. В отношении вакцинации детей значимым оказывается лишь общий паттерн вакцинации, но не недавний опыт вакцинации. Также на принятие решения значимо не влияет опыт откладывания вакцинации. Несмотря на то, что традиционное понимание «нерешительности» в отношении вакцинации включает также и этот феномен, настоящее исследование показало, что опыт откладывания вакцинации не играет значимой роли в отношении вектора принимаемого решения. Можно, однако, предположить, что данный фактор будет оказывать влияние именно на поведенческую реализацию данного решения.

Данное исследование не позволило обнаружить влияние *условий принятия решения* на его вектор. Это может объясняться двумя факторами. Во-первых, тем, что данные факторы изучались только на группе актуальных родителей, как заведомо имеющих предыдущий опыт принятия

соответствующих решений. Во-вторых, тем, что данные факторы (индивидуальное или групповое решение, роль в отношении принятия решений в семье, наличие и количество обращений за советами и пр.) оценивались лишь ретроспективно. В условиях вымышленного сценария все испытуемые принимали самостоятельное решение и не имели возможности обратиться за советом. Однако мы можем заключить, что в целом паттерн условий принятия решения в контексте степени его социальности не оказывает влияние на принятие решений в условиях экспериментальной ситуации. Уровень эмоционального напряжения в момент принятия решения также не оказывает значимого влияния на его вектор.

Принятие решение о вакцинации детей не связано с *опытом родительства* в отношении количества детей. Однако существует тенденция к большему согласию на вакцинацию в отношении детей более младшего возраста. В тоже время принятие решения о вакцинации очевидно связано фактором «наивности» в принятии решения - лица, только планирующие появление детей в 4 раза чаще соглашались на вакцинацию детей в условиях экспериментальной ситуации, даже после контроля всех социально-демографических параметров. Что интересно, наличие детей, опять же даже при контроле всех социально-демографических параметров, практически в два раза снижает вероятность положительного решения о собственной вакцинации. Данная взаимосвязь не встречалась ранее в эмпирических исследованиях и не предполагалась, исходя из положений современных теорий.

В целом исследование показало высокую применимость представленной модели. Итоговые модели на основании 4-7 переменных позволяют правильно предсказывать порядка 75% исходов решения о вакцинации в условиях вымышленного сценария. Выявленные факторы определяют порядка 50% вариации зависимой переменной в случае принятия решения о вакцинации детей и несколько меньше (38%) в случае принятия решения о собственной вакцинации.

4.8. Выводы по Главе 4

1. В подавляющем большинстве случаев решение о вакцинации может быть отнесено к типу социальных, поскольку оно совершается либо в непосредственном взаимодействии между членами семьи, либо с учетом мнения других людей – как членов ближайшего социального окружения, так и специалистов.

2. Результаты эмпирического исследования показали, что воспринимаемые характеристики конкретного заболевания и вакцины являются наиболее распространенными осознаваемыми предикторами принятия решения о конкретном эпизоде вакцинации. Однако решение зачастую также мотивировано другими факторами:

1) уже существующими на момент предъявления проблемной ситуации обобщенными социальными установками относительно вакцинации или ассоциированных с ней социальных институтов и

2) представлением о том, насколько подтверждена представленная информация о вакцинации: наличие и оценка лица или организации, аргументирующих необходимость вакцинации или ином внешнем референте, показателе достоверности.

3) индивидуальными особенностями образа жизни и состояния здоровья объекта вакцинации.

При этом согласие на вакцинацию существенно чаще ассоциировано с оценкой существенных характеристик конкретного заболевания и предлагаемой вакцины, то отказ от вакцинации чаще является результатом действия априори существующих генерализованных убеждений относительно вакцинации или ассоциированных с ней социальных институтов либо комбинации нескольких различных социальных установок или представлений.

3. Процесс и результат принятия решения о вакцинации существенно различается в зависимости от того, в отношении кого принимается решение о вакцинации – в отношении самого себя или в отношении зависимого лица (ребенка). Процесс принятия решения о вакцинации ребенка сопряжен с большим эмоциональным напряжением, однако чаще завершается согласием на вакцинацию по сравнению с решением о собственной вакцинации.

4. Применение модели убеждений о здоровье показало ее высокую предсказательную способность, как в отношении поведенческого паттерна вакцинации, так и в отношении принятия решения о вакцинации в условиях вымышленного сценария.

Традиционные когнитивные факторы принятия решения о вакцинации существенно лучше предсказывают полный отказ от вакцинации, чем полную приверженность вакцинации. Наиболее значимым компонентом модели в отношении паттерна вакцинации является воспринимаемая безопасность вакцинации для здоровья (барьеры).

При принятии решения о вакцинации в условиях вымышленного сценария значимое влияние оказывают как существующие генерализованные социальные установки относительно вакцинации, так и представления о конкретных заболеваниях и вакцине.

5. Отказ от вакцинации как метода профилактики может рассматриваться как поведенческая инновация, которая имеет высокую «видимость» и при определенных условиях влияет на принятие решения о вакцинации. При этом негативное влияние на принятие решения о вакцинации оказывает не знакомство с идеями антивакцинаторства, а личное знакомство с лицами, практикующими данную инновацию. Влияния воздействия данной инновации на принятие решения было обнаружено как применительно к решению о собственной вакцинации, так и применительно к решению о вакцинации детей (только у группы «планирующих родителей»). На настоящий момент в Санкт-Петербурге отказ от вакцинации как

поведенческая инновация наиболее распространена среди лиц с более низким уровнем образования.

6. Исследование, проведенное по экспериментальному плану, показывает, что дескриптивная социальная норма оказывает влияние на принятие решения о вакцинации детей. В случае, когда большинство соглашается на вакцинацию, родители также более склонны принять положительное решение; однако в тех случаях, когда социальная норма размыта или же большинство родителей не делают вакцинацию, родители одинаково более склонны принять отрицательное решение.

7. Предъявление информации о социальной нормативности затрудняет принятие решения и заставляет привлекать дополнительные объяснения принятию того или иного решения.

8. Исследование, проведенное по экспериментальному плану, позволило обнаружить наличие эффекта фрейминга информации о социальной нормативности вакцинации в отношении решения о вакцинации. Предъявление информации о социальной нормативности в контексте доли лиц, согласившихся на вакцинацию, повышает уровень согласия на вакцинацию в условиях вымышленного сценария. Предъявление же данной информации в контексте доли отказавшихся от вакцинации связано с меньшим уровнем согласия на вакцинацию.

9. В целом принятие решения о вакцинации в условиях мегаполиса на сегодняшний день значимо не связано с принадлежностью лица, принимающего решение, к большим социальным группам, выделенным по социально-демографическим или социально-статусным признакам.

10. Согласие на вакцинацию связано с доверием официальной медицине, что находится в соответствии с данными большинства зарубежных исследований. Однако в отличие от западных стран в России отказ от вакцинации не связан с использованием альтернативных видов медицинских услуг.

11. Сложившийся паттерн принятия решения в контексте степени его социальности (решение в диадах или группах, обращение за советами и пр.) не оказывает влияние на принятие решений в условиях вымышленного сценария.

12. Предыдущий опыт поведения в отношении вакцинации оказывает влияние на решение о вакцинации в условиях экспериментальной ситуации.

13. Принятие решение о вакцинации детей теми, кто не является родителями («наивное решение»), существенно чаще оказывается положительным по сравнению с решениями актуальных родителей, даже при контроле всех остальных параметров.

ВЫВОДЫ

1. С позиции психологической науки принятие решения о вакцинации обладает несколькими существенными характеристиками, к которым относится сопряженность с риском и неопределенностью относительно последствий и критериев принятия решения и асинхронность предполагаемых затрат и выгод, ассоциированных с вакцинацией.

2. Традиционные методические подходы к изучению принятия решения о вакцинации включают в себя:

а) исследования социальных установок и поведения родителей на основании самоотчетов с использованием преимущественно кросс-секционного исследовательского дизайна;

б) анализ документов о вакцинации с использованием ограниченного количества объяснительных переменных;

в) исследования социальных установок и поведения населения, в том числе, с широким использованием экспериментального дизайна;

г) качественные и количественные исследования социальных установок, поведения и опыта медицинских специалистов, выступающих либо в роли экспертов по проблеме вакцинации, либо в роли проводников информации о вакцинации.

3. На сегодняшний день в условиях российского мегаполиса большинство родителей привержены вакцинации и демонстрируют либо паттерн «плановой» вакцинации, соглашаясь на вакцинацию в рамках календаря вакцинации (59,2%), либо делают еще какие-либо прививки, помимо рекомендованных календарем (15,4%). Однако, в каждом пятом случае родители вакцинируют детей неполно (15,4%), либо не вакцинируют вовсе (4,2%). Данная распространенность паттернов вакцинации сходна с аналогичными данными европейских стран и США.

4. Можно выделить несколько типов принятия решения о вакцинации и его аргументации:

- 1) оценка воспринимаемых характеристик конкретных заболевания и вакцины;
- 2) перенос на принятие решения относительно конкретного эпизода общих социальных установок к вакцинации;
- 3) учет индивидуальных особенностей образа жизни и состояния здоровья объекта вакцинации;
- 4) апелляции к некоему экспертному мнению или заключению.

Условно данные типы принятия решения могут быть охарактеризованы как а) принятие решения на основании условий проблемной ситуации; б) применение уже существующего решения, действующего как «правило» в каждой конкретной ситуации; в) передача функций принятия решения эксперту. Данные типы принятия решения не являются взаимоисключающими и могут быть использованы совместно, особенно в условиях повышенной когнитивной сложности. В зависимости от вектора принятого решения (согласие или отказ) различается доля решений, обусловленных тем или иным типом принятия решения.

5. Решение о вакцинации детей в российском контексте в большинстве случаев носит социальный характер, поскольку оно принимается в процессе реального межличностного взаимодействия, либо под влиянием реального или воображаемого другого (других).

6. Общим для российского и мирового контекста социальной обусловленности принятия решения о вакцинации является уровень доверия к официальной медицине. Однако, в отличие от западных стран, в российском культурном контексте использование альтернативных официальной медицине способов получения медицинской помощи не является на настоящий момент значимым предиктором отказа от вакцинации.

7. На принятие решения о конкретном эпизоде вакцинации одновременно влияют как общие социальные установки к вакцинации, так и

представления о конкретных заболеваниях и вакцине. Наиболее мощными когнитивными факторами принятия решения являются уязвимость к конкретным заболеваниям и воспринимаемые последствия конкретного эпизода вакцинации, а также воспринимаемая эффективность и безопасность вакцинации в целом.

8. Общий поведенческий паттерн вакцинации также во многом обусловлен генерализованными социальными установками к вакцинации. Особенно велик вклад данного фактора в объяснение паттерна полного отказа от вакцинации. Наиболее значимым когнитивным фактором в отношении паттерна вакцинации является воспринимаемая безопасность вакцинации для здоровья.

9. Отказ от вакцинации как метода профилактики может рассматриваться как поведенческая инновация, которая имеет высокую «видимость» и может влиять на принятие решения о вакцинации через личное знакомство с лицами, практикующими данную инновацию.

10. Дескриптивная социальная норма оказывает влияние на принятие решения о вакцинации детей. В случае, когда большинство соглашается на вакцинацию, родители также более склонны принять положительное решение; однако в тех случаях, когда социальная норма размыта или же большинство родителей отказываются от вакцинации, родители более склонны принять отрицательное решение. Предъявление информации о социальной нормативности затрудняет принятие решения и заставляет привлекать дополнительные объяснения принятию того или иного решения.

10. Представление информации о социальной нормативности в терминах согласия на вакцинацию (позитивный фрейминг) повышает согласие на вакцинацию, тогда так та же информация, представленная в терминах отказа от вакцинации (негативный фрейминг) снижает вероятность согласия на вакцинацию. Данная закономерность действует лишь в тех случаях, когда решение принимается о собственной вакцинации, а не о вакцинации детей.

11. Принятие решения о вакцинации ребенка имеет существенные особенности по сравнению с решением о собственной вакцинации. В частности данный тип принятия решения характеризуется более высоким уровнем эмоционального напряжения и существенно чаще заканчивается принятием положительного решения.

12. Предыдущий опыт поведения в отношении вакцинации оказывает влияние на решение о вакцинации в условиях вымышленного сценария.

13. Принятие решение о вакцинации детей теми, кто не является родителями («наивное решение»), существенно чаще оказывается положительным по сравнению с решениями актуальных родителей, даже при контроле всех остальных параметров.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Представленная работа была посвящена актуальной теме, имеющей как научную, так и практическую значимость: выявлению факторов, влияющих на предсказание решения людей о вакцинации – себя или своего ребенка.

Анализ теоретических подходов изучения проблемы показал применимость для ее решения двух основных классов психологических теорий: теорий принятия решения и теорий поведения в сфере здоровья. Анализ же имеющихся эмпирических исследований данной проблематики показал, что подавляющее большинство такого рода работ не имеют какого-либо теоретического основания. Синтез теоретических и эмпирических работ позволил предложить теоретическую модель принятия решения о вакцинации, которая включает факторы принадлежности к группе, социальные и когнитивные факторы, факторы прошлого опыта, а также условия и тип принятия решения.

Кроме того, систематический обзор эмпирических исследований позволил выявить доминирующие типы эмпирических исследований установок и поведения в отношении вакцинации, выделенных на основании объекта исследования и исследовательского дизайна.

Собственное эмпирическое исследование на репрезентативной выборке жителей Санкт-Петербурга позволило выявить поведенческие паттерны вакцинации детей и степень их распространенности, охарактеризовать способы принятия решения о вакцинации, а также получить представление о детерминации принятия решения на уровне индивида и социальной группы. В частности, было показано, что на принятие решения о вакцинации оказывают влияние как генерализованные установки о вакцинации, так и представления о конкретных заболеваниях и вакцине, кроме того, значимыми факторами вакцинации является доверие к официальной медицине, предыдущий опыт вакцинации и отсутствие среди социального окружения лиц, практикующих отказ от вакцинации.

Гипотеза о влиянии на принятие решения дескриптивной социальной нормативности вакцинации была проверена в данном исследовании на основании экспериментального дизайна и в целом подтверждена. Эмпирически было доказано, что влияние данного фактора также может опосредоваться представлением информации о социальной нормативности в терминах доли отказавшихся или доли согласившихся на вакцинацию.

На основании результатов проведенного исследования сформулированы рекомендации, как в отношении направлений будущих исследований, так и отношении популяризации вакцинации среди российского населения.

Исходя из анализа полученных данных, можно выделить несколько *актуальных направлений исследований*, которые пока не получили широкого развития, однако, могут дать уникальную информацию для понимания природы принятия решения вакцинации:

- Лонгитюдные исследования, направленные на анализ динамики установок и поведения в отношении вакцинации среди различных категорий населения и позволяющие проследить связь между принятием решения и его поведенческой реализацией.
- Исследования, с использованием качественных методов, которые могли бы вскрыть иные, помимо традиционно изучаемых факторов отказа от вакцинации, возможно, специфичные для России или отдельных социальных групп.
- Исследования среди лиц, имеющих крайне негативные установки к вакцинации (и/или полностью отказывающихся от вакцинации), в том числе, транслирующие свои убеждения другим людям (члены антивакцинаторских сообществ). Данная группа населения крайне важна для понимания психологических механизмов принятия решения о вакцинации, однако, в связи с относительной малочисленностью редко является самостоятельным объектом исследования.

- Экспериментальные и квази-экспериментальные исследования интервенций, направленные на изменение установок и поведения в отношении к вакцинации.

Как для последнего выделенного направления, так и для всего объема эмпирических исследований, целесообразно разделять принятие решения о собственной вакцинации и решения о вакцинации детей, поскольку, как было показано в исследовании, эти два типа принятия решений существенно различаются как по своему процессу, так и по результату.

К ряду *практических рекомендаций* для системы здравоохранения по повышению охвата вакцинацией и противодействию негативным установкам по отношению к данному профилактическому вмешательству можно отнести следующие:

- Задачей профилактических вмешательств в данной области должно являться изменение установок как в отношении конкретных заболеваний и вакцин, так и в отношении вакцинации в целом. В частности, это касается представлений об эффективности вакцинации, ее безопасности, тяжести и распространенности вакцинопрофилактируемых заболеваний.
- Наличие детей связано с более негативными установками по отношению к вакцинации, поэтому мероприятия по профилактике негативных установок к вакцинации наиболее актуальны для лиц, планирующих детей, беременных и их ближайшего социального окружения.
- Целесообразно избегать использования в профилактических материалах информации о распространенности вакцинации в целом или в отношении конкретных вакцин среди каких-либо групп населения, за исключением тех случаев, когда вакцинируется подавляющее большинство населения.

- Представляется нецелесообразным делать акцент в профилактических материалах на распространенности случаев отказа от вакцинации.
- Повышение доверия к официальной медицине должно являться одной из стратегических задач системы здравоохранения.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Ананьев В.А. Основы психологии здоровья. Книга 1. Концептуальные основы психологии здоровья – СПб., 2006
2. Антонова Н. А., Ерицяи К.Ю., Дубровский Р.Г. Отказ от вакцинации: качественный анализ биографических интервью //Теория и практика общественного развития. 2014. №. 20. С. 208-211.
3. Бовина И.Б. Социальная психология здоровья и болезни. Москва, 2008
4. Болотова А. К., Жуков, Ю. М. Психология коммуникаций / Нац. исслед. ун-т «Высшая школа экономики». — М. : Изд. дом Высшей школы экономики, 2015. — 495 с.
5. Гулевич О. А. Психология коммуникации. М. : Московский психолого-социальный институт, 2008.
6. Гурвич И.Н. Социальная психология здоровья.: Автореф. дисс. ... д-ра психол. наук: 19.00.01 / СПб. гос. ун-т.- СПб, 1998.- 42с
7. Донцов А.И., Перелыгина Е.Б. Риск и доверие // Человек и мир: психология риска, инноваций, конфликта : сборник научных трудов: в 2 т. / под науч. ред. проф. д-ра психол. наук Е.Б. Перелыгиной; пер. Н.Н. Шабаловой. - Т. 1. – Екатеринбург : Гуманитарный университет, 2016. – 240 с.
8. Елукова А. П. Причины отказов от вакцинации //Бюллетень Северного государственного медицинского университета: II Международный молодежный медицинский форум «Медицина будущего – Арктике» Выпуск XXXIV. Архангельск. 2015. С. 29-30.
9. Емельянова Т. П., Дробышева Т. В. Факторы конструирования социальных представлений о ВИЧ-инфицировании и СПИДе в разных социальных группах // Знание. Понимание. Умение. — 2012. — № 3. — С. 162–167.

10. Емельянова Т. П. Факторы конструирования обыденных представлений о научных достижениях и новых технологиях в медицине: случай вспомогательных репродуктивных технологий // Вестник Московского государственного областного университета. Серия "Психологические науки". — 2016. — № 1. — С. 25–34.
11. Ильин В.А., Кондратьев М.Ю. Групповое давление и групповое влияние: конформизм, неконформизм, личностное самоопределение // Социальная психология и общество. 2012. №1. С. 44-58.
12. Канеман Д. Думай медленно..., решай быстро: [пер. с англ.]. М., 2013.
13. Канеман Д., Тверски А. Теория перспектив: анализ принятия решений в условиях риска // Журнал Экономика и математические методы (ЭММ). 2015. Т. 51. №. 1. С. 3-25.
14. Карпов А. В. Психология принятия решения. М.: Институт психологии РАН, 2003
15. Карпов А. В. Эксперимент в исследованиях процессов принятия решения: проблемы и перспективы // Экспериментальная психология. 2013. Т. 6. №. 2. С. 5-8.
16. Козелецкий Ю. Психологическая теория решений. М., 2000.
17. Корнилова Т. В. Перспективы динамической парадигмы в психологии выбора // Психологические исследования. 2014. Т. 7. №. 36. С. 2.
18. Корнилова Т.В. Мотивационная регуляция принятия решений: современные представления // Современная психология мотивации под ред. Д.А. Леонтьева. – М.: Смысл, 2002. С. 172 – 214.
19. Корнилова Т.В. Психология риска и принятия решений: Учебное пособие для вузов. М.: Аспект Пресс, 2003. – 286 с.
20. Корнилова Т.В., Принятие решений и риск: психология неопределенности, Рукопись монографии. Москва, 2014. URL:

<http://www.rfh.ru/downloads/Books/144693004.pdf> (дата обращения 11.11.2014)

- 21.Корнилова Т.В., Тихомиров О.К. Принятие интеллектуальных решений в диалоге с компьютером. М., 1990.
- 22.Кошман К.Н., Цветкова Л.А. Социально-психологические факторы принятия решения о вакцинации// Научные исследования выпускников факультета психологии СПбГУ. Том 4 / под ред. А. В. Шаболтас. СПб., 2016.
- 23.Кригер Е. А., Самодова О.В., Рогушина Н.Л. и др. Отношение родителей к вакцинации детей и факторы, связанные с отказом от прививок //Педиатрия. 2016. Т. 95. №. 2. С. 91-95.
- 24.Купрюшин А. С., Мельников В.Л., Вишнякова Ж.С. и др. Правовые аспекты отказа от проведения прививочных мероприятий //Современные проблемы науки и образования. 2015. №. 3.
- 25.Левин К. Определение понятия «поле в данный момент» // Хрестоматия по истории психологии (период открытого кризиса: начало 10-х — середина 30-х годов XX века). — М., 1980.
- 26.Маджуга А. Г., Давлетшина Р. М. Психологическая векторная модель здоровьесозидающего потенциала личности //Успехи современного естествознания. 2012. №. 1.
- 27.Марарица Л. В. Когнитивные эффекты принятия решений в групп- пе: автореф. дис. ... канд. психол. наук. — СПб., 2007. — 23 с.
- 28.Плаус С. Психология оценки и принятия решений / Перевод с англ. М., 1998.
- 29.Психология здоровья: Учебник для вузов / Под ред. Г С. Никифорова. СПб., 2006. (Серия «Учебник дл я вузов»).
- 30.Рассказова Е. И., Иванова Т. Ю. Мотивационные модели поведения, связанного со здоровьем: проблема «разрыва» между намерением и действием //Психология. Журнал Высшей школы экономики. 2015. Т. 12. №. 1.

- 31.Скрипкина Т.П. Психология доверия//Учеб. пособие для студ. высш. пед. учеб. заведений . –М.: Издательский центр «Академия», 2000.
- 32.Солондаев В.К., Конева Е.В., Черная Н.Л. Принятие решения родителями ребенка-пациента с точки зрения процессуальной логики // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. – 2015. – N 6(35) [Электронный ресурс]. – URL: <http://mprj.ru> (дата обращения: 03.04.2017).
- 33.Солондаев, В. К., Конева, Е. В., Черная, Н. Л. Психологические факторы принятия решения о вакцинации//Сибирский психологический журнал. 2016. № 59. С. 125–136
- 34.Социальная психология общения : монография / под общ. ред. А.Л. Свенцицкого. — М. : ИНФРА-М, 2017.
- 35.Социальный капитал личности / Почебут Л. Г., Свенцицкий А. Л., Марарица Л. В., Казанцева Т. В., Кузнецова И. В. М., 2014.
- 36.Телефонный опрос. Описание методики. URL: <https://rcsoc.spbu.ru/12-metody/340-telefonnyj-opros.html> (дата обращения: 11.11.2016)
- 37.Технологии разработки и совершенствования молодежных социальных проектов и программ по формированию здорового образа жизни в студенческой среде: Учебно–методическое пособие / Л.А. Цветкова, И.Н. Гурвич, М.М. Русакова и др.; Под ред. И.Н. Гурвича. — СПб., 2004.
- 38.Тхостов А.Ш., Нелюбина А.С. Соотношение рационального и иррационального в обыденном сознании на примере представлений о болезни // Вестн. МГУ. 2009. Сер. 14. Психология. № 1. с. 32–38.
- 39.Тхостов А.Ш. Нелюбина А.С. Обыденные представления о болезни в структуре идентификации пациента и врача как предиктор выбора пациентом способа лечения (на модели сердечно-сосудистых заболеваний // Общество ремиссии: на пути к нарративной медицине: сб. науч. тр. - Самара: Самарский университет, 2012. С.12-33.

40. Федеральный закон от 21.11.2011 N 323-ФЗ (ред. от 26.04.2016) "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" Статья 20. Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство и на отказ от медицинского вмешательства. URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_121895/0b1cadf39eb_eb0f1fed2ef0b8ebab5973197d7f1/ (дата обращения: 11.11.2016).
41. Фестингер Л. Теория когнитивного диссонанса / Л. Фестингер. СПб., 2000.
42. Фролова Ю.Г. Биопсихосоциальная модель как концептуальная основа психологии здоровья // Философия и социальные науки. 2008. № 4. С. 60–65.
43. Цветкова Л.А., Антонова Н.А., Ерицян К.Ю. Методология разработки профилактических проектов в сфере здоровья: учебное пособие. СПб., 2013.
44. Черная Н. Л., Солондаев В. К., Конева Е. В., Баторшина С. Е., Дадаева О. Б. Вынужденное решение родителей о прививке как психологическая «почва» антивакцинальных установок // Вопросы современной педиатрии. 2016; 15 (2): 168-174. doi: 10.15690/vsp.v15i2.1535)
45. Черная Н.Л., Солондаев В.К., Конева Е.В., Баторшина С.Е. Пути достижения комплаентности между субъектами вакцинального процесса // Мать и Дитя в Кузбассе № 3, 2016, с.25-29
46. Ajzen I. Constructing a theory of planned behavior questionnaire // Unpublished manuscript. 2006. URL: https://www.researchgate.net/profile/Icek_Ajzen/publication/235913732_Constructing_a_Theory_of_Planned_Behavior_Questionnaire/links/0a85e539c5c1241935000000.pdf (дата обращения: 11.11.2016).
47. Ajzen I. The social psychology of decision making // Social psychology: Handbook of basic principles / Ed. by Higgins E. T., Kruglanski A. W., New York, 1996, P. 297-325.

48. Ajzen I. The theory of planned behavior //Organizational behavior and human decision processes. 1991. T. 50. №. 2. C. 179-211.
49. Ajzen I., Fishbein M. The prediction of behavior from attitudinal and normative variables //Journal of experimental social Psychology. 1970. T. 6. №. 4. C. 466-487.
50. Allen J. D., Coronado, G. D., Williams, R. S. et al. A systematic review of measures used in studies of human papillomavirus (HPV) vaccine acceptability //Vaccine. 2010. T. 28. №. 24. P. 4027-4037.
51. Allen J. D., Mohllajee, A. P., Shelton, R. C. et al. Stage of adoption of the human papillomavirus vaccine among college women //Preventive medicine. 2009. T. 48. №. 5. P. 420-425.
52. Alonso Y. The biopsychosocial model in medical research: the evolution of the health concept over the last two decades //Patient education and counseling. 2004. T. 53. №. 2. C. 239-244.
53. Armitage C. J., Conner M. Social cognition models and health behaviour: A structured review //Psychology and health. 2000. T. 15. №. 2. P. 173-189.
54. Atkinson J. W. Motivational determinants of risk-taking behavior //Psychological review. 1957. T. 64. №. 6p1. P. 359.
55. Bandura A. Health promotion from the perspective of social cognitive theory //Psychology and health. 1998. T. 13. №. 4. P. 623-649.
56. Bandura A. Self-efficacy// Encyclopedia of human behavior/Ed. By Ramachaudran V. S. 1994. Вып. 4. P. 71-81. URL: <https://www.uky.edu/~eushe2/Bandura/BanEncy.html> (дата обращения: 11.11.2016).
57. Bandura A. Social Foundations of Thought and Action: A Social Cognitive Theory. Englewood Cliffs, N.J., 1986.
58. Bandura A. Social cognitive theory// Annals of child development (Vol. 6, pp. 1-60)/Ed. by R. Vasta, Greenwich, CT, 1989.

59. Baron J. A theory of social decisions// Journal for the Theory of Social Behavior. 1995. № 25. P 103–114.
60. Baron J. Normative models of judgment and decision making //Blackwell handbook of judgment and decision making. Padstow, Cornwall, 2004. P. 19-36.
61. Beach L. R., Mitchell T. R. Image theory: Principles, goals, and plans in decision making //Actapsychologica. 1987. T. 66. №. 3. P. 201-220.
62. Bellaby P. Communication and miscommunication of risk: understanding UK parents' attitudes to combined MMR vaccination //British Medical Journal. 2003. T. 327. №. 7417. P. 725.
63. Benin A.L., Wisler-Scher D.J., Colson E., Shapiro E.D., Holmboe E.S. Qualitative analysis of mothers' decision-making about vaccines for infants: the importance of trust //Pediatrics. 2006. № 117(5). P. 1532–1541.
64. Beresford B., Sloper P. Understanding the dynamics of decision-making and choice: A scoping study of key psychological theories to inform the design and analysis of the Panel Study. – York : Social Policy Research Unit, University of York, 2008.
65. Betsch C., Brewer, N. T., Brocard, P. et al. Opportunities and challenges of Web 2.0 for vaccination decisions //Vaccine. – 2012. – T. 30. – №. 25. – C. 3727-3733.
66. Bettman J. R., Luce M. F., Payne J. W. Constructive consumer choice processes //Journal of consumer research. 1998. T. 25. №. 3. C. 187-217.
67. Bish A., Yardley, L., Nicoll, A. et al. Factors associated with uptake of vaccination against pandemic influenza: a systematic review //Vaccine. 2011. T. 29. №. 38. P. 6472-6484.
68. Blanchette I., Richards A. The influence of affect on higher level cognition: A review of research on interpretation, judgement, decision making and reasoning //Cognition & Emotion. 2010. T. 24. №. 4. P. 561-595.

69. Brewer N. T., Chapman, G. B., Gibbons, F. X. et al. Meta-analysis of the relationship between risk perception and health behavior: the example of vaccination // *Health Psychology*. 2007. T. 26. №. 2. P. 136.
70. Bronfenbrenner U. Ecological models of human development // *Readings on the development of children*. 1994. T. 2. P. 37-43.
71. Brown K. F., Kroll, J. S., Hudson, M. J. et al. Factors underlying parental decisions about combination childhood vaccinations including MMR: a systematic review // *Vaccine*. 2010. T. 28. №. 26. P. 4235-4248.
72. Busse J.W., Kulkarni A.V., Campbell J.B. et. al. Attitudes toward vaccination: a survey of Canadian chiropractic students // *Canadian Medical Association Journ.* 2002. № 166(12). P. 1531–1534.
73. Carpenter C. J. A meta-analysis of the effectiveness of health belief model variables in predicting behavior. *Health communication*, 2010, vol. 25, no. 8, pp. 661–669.
74. Charles C., Gafni A., Whelan T. Decision-making in the physician–patient encounter: revisiting the shared treatment decision-making model // *Social science & medicine*. 1999. T. 49. №. 5. C. 651-661.
75. Cialdini R. B., Goldstein N. J. Social influence: Compliance and conformity // *Annu. Rev. Psychol.* 2004. T. 55. N. 591-621.
76. Cialdini R. B., Kallgren C. A., Reno R. R. A focus theory of normative conduct: A theoretical refinement and reevaluation of the role of norms in human behavior // *Advances in experimental social psychology*. 1991. T. 24. №. 20. C. 1-243.
77. Cialdini R. B., Trost M. R. Social influence: Social norms, conformity and compliance. 1998.
78. Cohen S. Social relationships and health // *American psychologist*. 2004. T. 59. №. 8. P. 676.
79. Coleman J. S. Social capital in the creation of human capital // *American journal of sociology*. 1988. P. S95-S120

80. Community Preventive Service Task Force. Guide to community preventive services. Increasing appropriate vaccination; 2014. URL: <http://www.thecommunityguide.org/vaccines/index.html> (дата обращения: 11.11.2016).
81. Connolly T., Reb J. Regret in cancer-related decisions // *Health Psychology*. 2005. T. 24. №. 4S. P. S29.
82. Connolly T., Zeelenberg M. Regret in decision making // *Current directions in psychological science*. 2002. T. 11. №. 6. P. 212-216.
83. Crozier R., Ranyard R. Cognitive process models and explanations of decision making // *Decision making: Cognitive models and explanations*. 1997. P. 5-20.
84. Daniels D., Jiles R.B., Klevens R.M. et al. Undervaccinated African-American preschoolers: A case of missed opportunities // *American journal of preventive medicine*. 2001. № 20(4). P. 61–68.
85. Dempsey A.F., Schaffer S., Singer D., Butchart A., Davis M., Freed G.L. Alternative vaccination schedule preferences among parents of young children // *Pediatrics*. 2011. № 128(5). P. 848–56. Dewey J. How we think. – Courier Corporation, 1997.
86. Dillon S. M. Descriptive decision making: Comparing theory with practice // *Proceedings of 33rd ORSNZ Conference, University of Auckland, New Zealand*. 1998.
87. Downey L., Tyree P.T., Huebner C.E., Lafferty W.E. Pediatric vaccination and vaccine-preventable disease acquisition: associations with care by complementary and alternative medicine providers // *Maternal and child health journal*. 2010. № 14(6). P. 922–930.
88. Dubé E., Gagnon, D., MacDonald, N. E. . Strategies intended to address vaccine hesitancy: Review of published reviews // *Vaccine*. 2015. T. 33. №. 34. C. 4191-4203.
89. Emanuel E. J., Emanuel L. L. Four models of the physician-patient relationship // *Jama*. 1992. T. 267. №. 16. C. 2221-2226.

- 90.Engel G. L. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine //Science. 1977. T. 196. №. 4286. C. 129-136.
- 91.Enriquez R., Addington W., Davis F., Freels S., Park C.L., Hershow R.C., Persky V. The relationship between vaccine refusal and self-report of atopic disease in children // Journ. of allergy and clinical immunology. 2005. № 115(4). P. 737–744.
- 92.Epstein RM, Street RL Jr. Patient-centered communication in cancer care: Promoting healing and reducing suffering. NationalCancerInstitute. – 2007
- 93.Evans J. S. B. T., Stanovich K. E. Dual-process theories of higher cognition advancing the debate //Perspectives on psychological science. – 2013. T. 8. №. 3. C. 223-241.
- 94.Fredrickson D.D., Davis T.C., Arnould C.L., Kennen E.M., Humiston S.G., Cross J.T., Bocchini J.A. Childhood immunization refusal: provider and parent perceptions // Family Medicine-Kansas City. 2004. № 36. P. 431–439.
- 95.Freed G.L., Clark S.J., Butchart A.T., Singer D.C., Davis M.M. Parental vaccine safety concerns in 2009 // Pediatrics. 2010. № 125(4). P. 654–659.
- 96.Gallagher K. M., Updegraff J. A. Health message framing effects on attitudes, intentions, and behavior: a meta-analytic review //Annals of behavioral medicine. 2012. T. 43. №. 1. P. 101-116.
- 97.Gaudino J.A., Robison S. Risk factors associated with parents claiming personal-belief exemptions to school immunization requirements: community and other influences on more skeptical parents in Oregon, 2006 //Vaccine. 2012. № 30(6). P. 1132–1142.
- 98.Ghaemi S. N. The rise and fall of the biopsychosocial model //The British Journal of Psychiatry. 2009. T. 195. №. 1. P. 3-4.
- 99.Glanz J.M., Newcomer S.R., Narwaney K.J., Hambidge S.J., Daley M.F., Wagner N.M., ...Nelson J.C. A population-based cohort study of undervaccination in 8 managed care organizations across the United States // JAMA pediatrics. 2013. № 167(3). P. 274–281.

100. Glanz K., Rimer B. K., Viswanath K. (ed.). Health behavior and health education: theory, research, and practice. – John Wiley & Sons, 2008.
101. Glöckner A., Betsch T. Decisions beyond boundaries: When more information is processed faster than less //ActaPsychologica. 2012. T. 139. №. 3. C. 532-542.
102. Gong J., Zhang, Y., Yang, Z. et al. The framing effect in medical decision-making: a review of the literature //Psychology, health & medicine. – 2013. – T. 18. – №. 6. – C. 645-653.
103. Griskevicius V. Goldstein, N. J., Mortensen, C. R. et al. Going along versus going alone: when fundamental motives facilitate strategic (non) conformity //Journal of personality and social psychology. 2006. T. 91. №. 2. C. 281.
104. Gullion J.S., Henry L., Gullion G. Deciding to opt out of childhood vaccination mandates //Public health nursing. 2008. № 25(5). P. 401–408.
105. Gust D.A., Darling N., Kennedy A., Schwartz B. Parents with doubts about vaccines: which vaccines and reasons why // Pediatrics. 2008. № 122(4). P. 718–725.
106. Gwaltney C. J., Metrik, J., Kahler, C. W. et al. Self-efficacy and smoking cessation: a meta-analysis //Psychology of Addictive Behaviors. 2009. T. 23. №. 1. – P. 56.
107. Hall P. A., Fong G. T. Temporal self-regulation theory: A model for individual health behavior //Health Psychology Review. 2007. T. 1. №. 1. C. 6-52.
108. Hansson S. O. Decision theory: A brief introduction. – 2005. URL: <http://elibrary.kiu.ac.ug:8080/xmlui/bitstream/handle/1/1620/decision%20theory%20A%20Brief%20Introduction.pdf?sequence=1> (дата обращения 11.11.2016).

109. Harmsen I.A., Mollema L., Ruiter R.A. et. al. Why parents refuse childhood vaccination: a qualitative study using online focus groups // BMC public health. 2013. № 13(1). P. 1183.
110. Hobson□West P. 'Trusting blindly can be the biggest risk of all': organised resistance to childhood vaccination in the UK //Sociology of health & illness. 2007. T. 29. №. 2. P. 198-215.
111. Holden G. The relationship of self-efficacy appraisals to subsequent health related outcomes: A meta-analysis //Social work in health care. 1992. T. 16. №. 1. P. 53-93.
112. Hunter A. The loss of community: An empirical test through replication //American Sociological Review. 1975. P. 537-552.
113. Janz N. K., Becker M. H. The health belief model: A decade later //Health Education & Behavior. 1984. T. 11. №. 1. P. 1-47.
114. Jolley D., Douglas K.M. The effects of anti-vaccine conspiracy theories on vaccination intentions // PLoS One. 2014. № 9(2). P. e89177.
115. Kahneman D., Tversky A. Prospect theory: An analysis of decision under risk //Econometrica: Journal of the Econometric Society. – 1979. – C. 263-291.
116. Kareklas I., Muehling D.D., Weber T.J. Reexamining health messages in the digital age: a fresh look at source credibility effects // Journ. of Advertising. 2015. № 44(2). P. 88–104.
117. Kata A. Anti-vaccine activists, Web 2.0, and the postmodern paradigm—An overview of tactics and tropes used online by the anti-vaccination movement //Vaccine. 2012. T. 30. №. 25. P. 3778-3789.
118. keung Tsang E. P., Hui D. L. H. Everyday-ing health literacy and the imperative of health communication: A critical agenda //Communicating, Networking, Interacting. – Springer International Publishing, 2016. – C. 63-70.
119. Kirchler E. Conflict and decision-making in close relationships: Love, money, and daily routines. – Psychology Press, 2001.

120. Klucharev V., Smidts A., Fernández G. Brain mechanisms of persuasion: how 'expert power' modulates memory and attitudes //Social Cognitive and Affective Neuroscience. 2008. T. 3. №. 4. C. 353-366.
121. Kugler T., Kausel E. E., Kocher M. G. Are groups more rational than individuals? A review of interactive decision making in groups, CESifo working paper// Behavioural Economics, No. 3701, 2012. URL: <http://www.econstor.eu/bitstream/10419/55339/1/685229548.pdf> (дата обращения 11.11.2014).
122. Larrick R. P. Motivational factors in decision theories: The role of self-protection //Psychological Bulletin. 1993. T. 113. №. 3. C. 440.
123. Larson H. J., de Figueiredo, A., Xiahong, Z. The state of vaccine confidence 2016: global insights through a 67-country survey //EBioMedicine. 2016. T. 12. P. 295-301.
124. Larson H.J., Jarrett C., Eckersberger E. et. al. Understanding vaccine hesitancy around vaccines and vaccination from a global perspective: A systematic review of published literature, 2007–2012 // Vaccine. 2014. № 32(19). P. 2150–2159.
125. Leask J., Kinnersley P., Jackson C., Cheater F., Bedford H., Rowles G. Communicating with parents about vaccination: a framework for health professionals // BMC pediatrics. 2012. № 12(1). P. 154.
126. Lee V. K., Harris L. T. How social cognition can inform social decision making //Neural basis of social learning, social deciding, and other-regarding preferences. 2015. P. 107.
127. Lerner J. S., Li, Y., Valdesolo, P. et al. Emotion and decision making //Psychology. 2015. T. 66.
128. Luthy K.E., Beckstrand R.L., Callister L.C. et. al. Reasons parents exempt children from receiving immunizations // The Journ. of School Nursing. 2012. № 28(2). P.153–160.
129. MacDonald N. E. Vaccine hesitancy: Definition, scope and determinants //Vaccine. 2015. T. 33. №. 34. C. 4161-4164.

130. Makoul G., Clayman M. L. An integrative model of shared decision making in medical encounters //Patient education and counseling. 2006. T. 60. №. 3. P. 301-312.
131. March JG. A Primer of Decision Making. New York, 1994.
132. McLaren N. A critical review of the biopsychosocial model //Australasian Psychiatry. 1998. T. 32. №. 1. P. 86-92.
133. McLeroy K. R., Bibeau, D., Steckler, A. et al. An ecological perspective on health promotion programs //Health Education & Behavior. 1988. T. 15. №. 4. P. 351-377.
134. McMullan M. Patients using the Internet to obtain health information: how this affects the patient–health professional relationship //Patient education and counseling. 2006. T. 63. №. 1. C. 24-28.
135. Mergler M.J., Omer S.B., Pan W.K. et. al. Association of vaccine-related attitudes and beliefs between parents and health care providers // Vaccine. 2013. № 31(41). P. 4591–4595.
136. Meshi D., Biele, G., Korn, C. W., How expert advice influences decision making //PLoS One. 2012. T. 7. №. 11. C. e49748.
137. Meylakhs P. Rykov, Y., Koltsova, O. et al. An AIDS-Denialist Online Community on a Russian Social Networking Service: Patterns of Interactions With Newcomers and Rhetorical Strategies of Persuasion //Journal of medical Internet research. 2014. T. 16. №. 11.
138. Mills E., Jadad, A. R., Ross, C., Wilson, K. Systematic review of qualitative studies exploring parental beliefs and attitudes toward childhood vaccination identifies common barriers to vaccination //Journal of clinical epidemiology. 2005. T. 58. №. 11. P. 1081-1088.
139. Minkler M, Wallerstein N, Wilson N. The transtheoretical model and stages of change// Health behavior and health education: Theory, Research, and Practice. 4th edition. Edited by: Glanz K, Rimer BK, Viswanath K. Jossey-Bass, San Francisco, CA. 2008 P. 552.

140. Mintzberg H., Raisinghani D., Theoret A. The structure of "unstructured" decision processes //Administrative science quarterly. 1976. P. 246-275.
141. Mollema L., Wijers N., Hahné S.J., van der Klis F.R., Boshuizen H.C., de Melker H.E. Participation in and attitude towards the national immunization program in the Netherlands: data from population-based questionnaires // BMC public health. 2012. № 12(1). P. 57.
142. Nagata J. M., Hernández-Ramos, I., Kurup, A. S. et al. Social determinants of health and seasonal influenza vaccination in adults ≥ 65 years: a systematic review of qualitative and quantitative data //BMC Public Health. 2013. T. 13. №. 1. P. 1.
143. Narayan-Parker D. (ed.). Empowerment and poverty reduction: A sourcebook. – World Bank Publications, 2002.
144. Nyhan B., Reifler, J., Richey, S. et al. Effective messages in vaccine promotion: a randomized trial //Pediatrics. 2014. T. 133. №. 4. P. e835-e842.
145. O'Keefe D. J., Nan X. The relative persuasiveness of gain-and loss-framed messages for promoting vaccination: A meta-analytic review //Health communication. 2012. T. 27. №. 8. P. 776-783.
146. Omer S.B., Pan W.K., Halsey N.A. et al. Nonmedical exemptions to school immunization requirements: secular trends and association of state policies with pertussis incidence // Jama. 2006. № 296(14). P.1757–1763.
147. Over D. Rationality and the normative/descriptive distinction //Blackwell handbook of judgment and decision making / Ed. by Koehler D.J., Harvey N. Malden (MA) 2004. P. 3-18.
148. Oyo-Ita A, Nwachukwu CE, Oringanje C, Meremikwu MM. Interventions for improving coverage of child immunization in low- and middle-income countries. Cochrane Database Syst Rev 2011;(7): CD008145.

149. Pawlik K., Rosenzweig M. R. (ed.). The international handbook of psychology. – Sage, 2000.
150. Perestelo-Pérez L. Standards on how to develop and report systematic reviews in Psychology and Health //International Journal of Clinical and Health Psychology. 2013. T. 13. №. 1. P. 49-57.
151. Pieterse A. H., de Vries, M., Kunneman, M. et al. Theory-informed design of values clarification methods: A cognitive psychological perspective on patient health-related decision making //Social science & medicine. – 2013. T. 77. P. 156-163.
152. Prochaska JO, Redding CA, Evers KE. The transtheoretical model and stages of change// Health behavior and health education: Theory, Research, and Practice. 4th edition/Ed. by: Glanz K, Rimer BK, Viswanath K. Jossey-Bass, San Francisco, CA; 2008.
153. Quadri-Sheriff M., Hendrix, K. S., Downs, S. M., et al. The role of herd immunity in parents' decision to vaccinate children: a systematic review //Pediatrics. 2012. T. 130. №. 3. P. 522-530.
154. Quaiyum M.A., Gazi R., Khan A.I., Uddin J., Islam M., Ahmed F., Saha N.C. Programmatic aspects of dropouts in child vaccination in Bangladesh: findings from a prospective study //Asia-Pacific Journ. of Public Health. 2011. № 23(2). P. 141–150.
155. Rakowski W., Ehrich, B., Dubé, C. E. et al. Screening mammography and constructs from the transtheoretical model: Associations using two definitions of the stages-of-adoption //Annals of Behavioral Medicine. – 1996. T. 18. №. 2. C. 91-100.
156. Reich J.A. Neoliberal Mothering and Vaccine Refusal Imagined Gated Communities and the Privilege of Choice. Gender and Society. 2014. P. 0891243214532711.
157. Reyna V. F. A theory of medical decision making and health: fuzzy trace theory //Medical Decision Making. 2008. N 28(6). P850–865.

158. Reyna V. F. et al. Decision making and cancer //American Psychologist. 2015. T. 70. №. 2. P. 105.
159. Reyna V. F. Risk perception and communication in vaccination decisions: a fuzzy-trace theory approach //Vaccine. 2012. T. 30. №. 25. C. 3790-3797.
160. Reyna V. F., Brainerd C. J. Fuzzy-trace theory and false memory: New frontiers //Journal of experimental child psychology. 1998. T. 71. №. 2. P. 194-209.
161. Rogers E.M. Diffusion of innovations. New York, 1995. (Original work published 1962).
162. Rogers R. W. A protection motivation theory of fear appeals and attitude change //The journal of psychology. 1975. T. 91. №. 1. p. 93-114.
163. Rosenstock I. M. Historical origins of the health belief model //Health Education & Behavior. 1974. T. 2. №. 4. C. 328-335.
164. Ruijs W.L., Hautvast J.L., Kerrar S., Van der Velden K., Hulscher M.E. The role of religious leaders in promoting acceptance of vaccination within a minority group: a qualitative study // BMC public health. 2013. № 13(1). P. 511.
165. Russell M.L., Injeyan H.S., Verhoef M.J. et. al. Beliefs and behaviours: understanding chiropractors and immunization // Vaccine. 2004. № 23(3). P. 372–379.
166. Ryman TK, Dietz V, Cairns KL. Too little but not too late: results of a literature review to improve routine immunization programs in developing countries//BMC Health Serv Res., 8:134, 2008.
167. Saada A., Lieu T.A., Morain S.R., Zikmund-Fisher B.J., Wittenberg E. Parents' Choices and Rationales for Alternative Vaccination Schedules A Qualitative Study // Clinical pediatrics. 2015. № 54(3). P. 236–243.

168. Sadaf A, Richards JL, Glanz J et al. A systematic review of interventions for reducing parental vaccine refusal and vaccine hesitancy. *Vaccine*. 2013. №31 (40). P. 4293–304.
169. Salmon D.A., Moulton L.H., Omer S.B., et. al. Factors associated with refusal of childhood vaccines among parents of school-aged children: a case-control study // *Archives of pediatrics and adolescent medicine*. 2005. № 159(5). P. 470–476.
170. Senier L. “It’s Your Most Precious Thing”: Worst Case Thinking, Trust, and Parental Decision Making about Vaccinations // *Sociological Inquiry*. 2008. № 78(2). P. 207–229.
171. Shalowitz D. I., Garrett-Mayer E., Wendler D. The accuracy of surrogate decision makers: a systematic review // *Archives of internal medicine*. 2006. T. 166. №. 5. C. 493-497.
172. Shea B, Andersson N, Henry D. Increasing the demand for childhood vaccination in developing countries: a systematic review. *BMC Int Health Hum Rights*, 2009. № 9(Suppl. 1):S5.
173. Shoup J.A., Wagner N.M., Kraus C.R. et. al. Development of an Interactive Social Media Tool for Parents With Concerns About Vaccines // *Health Education and Behavior*. 2015. № 42(3). P. 302–312.
174. Simon H. A. Theories of bounded rationality // *Decision and organization*. 1972. T. 1. №. 1. P. 161-176.
175. Slovic P. The construction of preference // *American psychologist*. 1995. T. 50. №. 5. C. 364.
176. Smith A., Yarwood J., Salisbury D. M. Tracking mothers’ attitudes to MMR immunisation 1996–2006 // *Vaccine*. 2007. T. 25. №. 20. P. 3996-4002.
177. Smith P.J., Humiston S.G., Marcuse E.K., et. al. Parental delay or refusal of vaccine doses, childhood vaccination coverage at 24 months of age, and the Health Belief Model // *Public Health Reports*. 2011. № 126 (Suppl 2). P. 135.

178. Sobo E.J. Social Cultivation of Vaccine Refusal and Delay among Waldorf (Steiner) School Parents // *Medical anthropology quarterly*. 2015. № 29(3). P. 381–399.
179. Stokols D. Establishing and maintaining healthy environments: toward a social ecology of health promotion // *American Psychologist*. 1992. T. 47. – №. 1. – С. 6.
180. Street R.L., Epstein R.M. *Lessons from Theory and Research on Clinician-Patient Communication*//*Health behavior and health education: Theory, research, and practice*. – San Francisco, 1990. – P. 88-96.
181. Suls J., Rothman A. Evolution of the biopsychosocial model: prospects and challenges for health psychology // *Health Psychology*. 2004. T. 23. №. 2. P. 119.
182. Svenson O. Values, affect and processes in human decision making: A differentiation and consolidation theory perspective // *Emerging perspectives on judgment and decision research*. 2003. T. 287326.
183. Tavakoli H. R. A closer evaluation of current methods in psychiatric assessments: a challenge for the biopsychosocial model // *Psychiatry (Edgmont)*. 2009. T. 6. №. 2. P. 25.
184. Teich N., Klugmann T., Tiedemann A., Holler B., Mössner J., Liebetrau A., Schiefke I. Vaccination coverage in immunosuppressed patients: results of a regional health services research study // *Deutsches Ärzteblatt International*. 2011. № 108(7). P. 105.
185. Trim K., Nagji, N., Elit, L. et al. Parental knowledge, attitudes, and behaviours towards human papillomavirus vaccination for their children: a systematic review from 2001 to 2011 // *Obstetrics and gynecology international*. – 2011. – T. 2012.
186. Utevsky A.V., Huettel S.A. *Social Decision Making // Brain Mapping: An Encyclopedic Reference/* Ed. by Toga A.W. 1 ed., N. 3, P 231–234. Waltham, MA., 2015

187. Veatch R. M. Models for ethical medicine in a revolutionary age
//Hastings Center Report. 1972. P. 5-7.
188. Wald H. S., Dube C. E., Anthony D. C. Untangling the Web—The
impact of Internet use on health care and the physician–patient relationship
//Patient education and counseling. 2007. T. 68. №. 3. P. 218-224.
189. Weber J. M., Kopelman S., Messick D. M. A conceptual review of
decision making in social dilemmas: Applying a logic of appropriateness
//Personality and Social Psychology Review. 2004. T. 8. №. 3. C. 281-307.
190. Wei F., Mullooly J.P., Goodman M. et. al. Identification and
characteristics of vaccine refusers // BMC pediatrics. 2009. № 9(1). P. 18.
191. Weinstein N. D., Rothman A. J., Sutton S. R. Stage theories of health
behavior: conceptual and methodological issues //Health Psychology. –
1998. T. 17. №. 3. P. 290.
192. Weinstein N. D., Sandman P. M. A model of the precaution adoption
process: evidence from home radon testing //Health psychology. 1992. T.
11. №. 3. P. 170.
193. Wilson K., Mills E. J., Norman, G. et al. Changing attitudes towards
polio vaccination: a randomized trial of an evidence-based presentation
versus a presentation from a polio survivor //Vaccine. 2005. T. 23. №. 23.
P. 3010-3015.
194. Wilson K., Mills E., Boon H. et al. A survey of attitudes towards
paediatric vaccinations amongst Canadian naturopathic students //
Vaccine. 2004. № 22(3). P. 329–334.
195. Winterbottom A., Bekker, H. L., Conner, M. et al. Does narrative
information bias individual's decision making? A systematic review
//Social science & medicine. – 2008. T. 67. №. 12. P. 2079-2088.
196. Witteman H. O., Zikmund-Fisher B. J. The defining characteristics of
Web 2.0 and their potential influence in the online vaccination debate
//Vaccine. 2012. T. 30. №. 25. P. 3734-3740.

197. World Health Organization. SAGE working group dealing with vaccine hesitancy (March 2012 to November 2014); URL: www.who.int/immunization/sage/sage_wg_vaccine_hesitancy_apr12/en/ (датаобращения: 11.11.2016).
198. Wynne B. Uncertainty and environmental learning: reconceiving science and policy in the preventive paradigm //Global environmental change. 1992. Т. 2. №. 2. P. 111-127.
199. Yaqub O., Castle-Clarke, S., Sevdalis, N. et. al. Attitudes to vaccination: a critical review //Social science & medicine. 2014.Т. 112. – С. 1-11.
200. Zimmerman M. A. Taking aim on empowerment research: On the distinction between individual and psychological conceptions //American Journal of community psychology. 1990. Т. 18. №. 1. P. 169-177.
201. Zuzak T.J., Zuzak-Siegrist I., Rist L. et al. Attitudes towards vaccination: users of complementary and alternative medicine versus non-users // Swiss medical weekly. 2008. № 138(47). P. 713

ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение 1. Характеристика публикаций, вошедших в систематический обзор литературы

1.1. Характеристики и результаты количественных исследований факторов отказа от вакцинации с использованием однофакторного и многофакторного анализа

Ссылка	Объект исследования	Регион исследования	Дизайн исследования	Факторы отказа от вакцинации			
				Социально-статусные	Когнитивные	Поведенческие	Иное
(Gaudino, Robison, 2012).	Родители	США	кросс-секционн е	нет	- негативные убеждения о вакцинации (специальная шкала); - недоверие к печатным материалам как источнику информации о здравоохранении; - недоверие информации о здоровье, получаемой от местных врачей.	- лечение младшего ребенка с помощью хиропрактики; - рождение хотя бы одного ребенка не в роддоме, а в альтернативном заведении.	- знакомство с кем-либо, чей ребенок пострадал от вакцинации.
(Mollema et al., 2012)	Общее население (в т.ч. общее население из регионов с меньшим уровнем вакцинации и мигранты)	Нидерланды	кросс-секционн е	- возраст 10-29 лет; - низкий уровень дохода; - низкий образовательный уровень; - не западное происхождение (descent); - члены определенных церквей (<i>Reformed Congregations или Reformed Bonders</i>)	- антропософские убеждения относительно вакцинации; - несогласие с представлением о том, что вакцина защищает ребенка; - представление о том, что здоровый ребенок не нуждается в вакцинации; - сомнение в безопасности вакцин; - несогласие с необходимостью инъекций.	Нет	нет

Ссылка	Объект исследования	Регион исследования	Дизайн исследования	Факторы отказа от вакцинации			
				Социально-статусные	Когнитивные	Поведенческие	Иное
(Smith et al., 2011)	Родители (детей в возрасте 24–35 месяцев)	США	кросс-секционное	- более высокий социально-экономический статус - не-испаноязычное белое население	- меньшая выраженность убеждений: а. необходимость вакцин для защиты здоровья детей; б. уязвимость ребенка к заболеваниям, против которых проводится вакцинация; в. безопасность вакцин; г. эффективность вакцин; д. медицинские специалисты, осуществляющие вакцинацию, действуют в наилучших интересах ребенка. - представление о вероятности серьезных побочных эффектов вакцинации; - представление о том, что слишком большое количество вакцин может навредить иммунной системе ребенка;	Нет	- плохие отношения с медицинским специалистом, наблюдающим ребенка
(Freed et al., 2010)	Родители (детей в возрасте 17 лет)	США	кросс-секционное	- женский пол; - не испаноязычное население.	нет	Нет	Нет

Ссылка	Объект исследования	Регион исследования	Дизайн исследования	Факторы отказа от вакцинации			
				Социально-статусные	Когнитивные	Поведенческие	Иное
(Wei et al., 2009)	Лица, которым показана вакцинация (дети в возрасте 0 - 2 лет и 6 лет)	США	кросс-секционное	- большой средний уровень дохода - меньшая доля лиц без образования на уровне колледжа.	нет	Нет	- (группа 6 летних): а. прием антибиотиков б. прием лекарств от астмы. - (группа 2-х летних): а. меньшее число дней госпитализации. - меньшая частота посещения амбулаторных медицинских учреждений или мест предоставления неотложной помощи
(Glanz et al., 2013)	Лица, которым показана вакцинация (дети в возрасте 2-24 месяцев) ²¹	США	Ретроспективное когортное	Нет	нет	Нет	- более низкая частота посещений амбулаторных медицинских учреждений и мест оказания неотложной помощи.

²¹ Разделенные на когорты: 1) с неполной вакцинацией - любая причина 2) с неполной вакцинацией - выбор родителей.

Ссылка	Объект исследования	Регион исследования	Дизайн исследования	Факторы отказа от вакцинации			
				Социально-статусные	Когнитивные	Поведенческие	Иное
(Salmon et al., 2005)	Родители (с детьми с отказом от прививок и полностью вакцинированными; начальная школа)	США	кросс-секционное	- более высокий уровень образования родителей;	низкая воспринимаемая безопасность и эффективность вакцин; низкий уровень доверия к правительству; низкая воспринимаемая уязвимость к заболеваниям, и низкая воспринимаемая опасность заболевания; меньшие воспринимаемые выгоды вакцинации для детей и общества и большие - для фармацевтических компаний; меньшая уверенность в отдельных официальных источниках информации о вакцинации и менее высокая оценка таких ресурсов; большая уверенность в источниках информации, относящихся к альтернативной медицине	- использование комплиментарной и альтернативной медицины членами семьи; - медицинское обслуживание ребенка у медсестры или представителя комплиментарной и альтернативной медицины.	- использование большего количества информационных ресурсов по проблеме вакцинации.

Ссылка	Объект исследования	Регион исследования	Дизайн исследования	Факторы отказа от вакцинации			
				Социально-статусные	Когнитивные	Поведенческие	Иное
(Enriquez et al., 2005)	Родители (подписанные на рассылку информации от антивакцинаторской организации)	США	кросс-секционное	- более младший возраст ребенка; - более высокий уровень образования матери;	Нет	- обращение за медицинской помощью к хиропрактикам; - некурение во время беременности; - большая продолжительность грудного вскармливания.	- отсутствие аллергии и астмы в семье, отсутствие приема антибиотиков в первый год жизни
(Teich, Klugmann, Tiedemann, 2011)	Лица, которым показана вакцинация (пациенты с хроническими иммуносупрессивными состояниями)	Германия	кросс-секционное	нет	Нет	Нет	Нет

Ссылка	Объект исследования	Регион исследования	Дизайн исследования	Факторы отказа от вакцинации			
				Социально-статусные	Когнитивные	Поведенческие	Иное
(Zuzak et al., 2008)	Родители ²²	Швейцария	кросс-секционное	- более старший возраст ребенка; - больший возраст сопровождающих родителей; - женский пол ребенка; - неполная семья (мать-одиночка); - меньший уровень дохода.	Нет	- использование комплиментарной и альтернативной медицины (травники, антропософская медицина, гомеопатия).	Нет
(Jolley, Douglas, 2014)	Родители; Общее население	1. Великобритания 2. США	1) кросс-секционное 2) экспериментальное	нет	- анти-вакцинаторские представления о заговоре - воздействие антивакцинаторских теорий. В качестве медиаторных переменных: а) воспринимаемая опасность вакцин б) чувство бессилия, разочарования и недоверия к власти.	Нет	Нет
(Coniglio et al. 2011)	Родители	Италия	кросс-секционное	нет	нет	Нет	Нет

²² Взрослые, сопровождающие пациентов педиатрической больницы

Ссылка	Объект исследования	Регион исследования	Дизайн исследования	Факторы отказа от вакцинации			
				Социально-статусные	Когнитивные	Поведенческие	Иное
(Wilson et al., 2004)	Медицинские специалисты (студенты - натуропаты)	Канада	кросс-секционное	- более высокий курс обучения.	- низкая убежденность в пользе вакцин; - низкий уровень доверия к информации общественного здоровья; - представление о рискогенности вакцин; - проводники комплиментарной и альтернативной медицины как единственные пользующиеся доверием источники информации.	Нет	- знакомство с кем-либо, испытывавшим негативные последствия вакцинации.
(Connolly, Reb, 2003)	Общее население ²³	США	экспериментальное	нет	- восприятие негативных последствий вакцинации как более серьезных по сравнению с негативными последствиями болезни; - антиципируемое более сильное сожаление о неудачном исходе вакцинации; - антиципируемое менее сильное сожаление о негативном исходе не вакцинации.	Нет	Нет

²³ Студенты и не студенты, которым дали задание вообразить себя родителями

Ссылка	Объект исследования	Регион исследования	Дизайн исследования	Факторы отказа от вакцинации			
				Социально-статусные	Когнитивные	Поведенческие	Иное
(Busse, Kulkarni, Campbell, 2002)	Медицинские специалисты (студенты - хиропрактики)	Канада	кросс-секционное	большая продолжительность обучения в медицинском (хиропрактическом) колледже.	субъективно большая значимость неформальных источников информации о вакцинации.	Нет	нет
(Mergler et. al., 2013)	Родители; Медицинские специалисты (педиатры)	США	кросс-секционное	нет	нет	наблюдение у медицинского специалиста: семейный врач (а не педиатр), представитель альтернативной медицины (остеопат, натуропат, хиропрактик), а также не имеющие высшего медицинского образования.	отрицательные установки к вакцинации у медицинского специалиста.
(Shoup et al., 2015)	Беременные женщины и родители детей до 4 лет	США	кросс-секционное	нет	не доверяют информации на провакцинаторских вебсайтах	Нет	использование вебсайтов для обсуждения своего опыта и опасений в отношении вакцинации с другими родителями

Ссылка	Объект исследования	Регион исследования	Дизайн исследования	Факторы отказа от вакцинации			
				Социально-статусные	Когнитивные	Поведенческие	Иное
(Kareklas, Muehling, Weber, 2015)	Взрослое население	США	экспериментальное	нет	нет	Нет	влияние медиа сообщений анти-вакцинаторской направленности, а также комментариев к ним, оставленных другими пользователями в интернете.
(Downey et al., 2010)	1. Дети от 1 до 2 лет (данные о вакцинации) 2. Дети от 1 до 17 лет (данные о заболеваниях)	США	Кросс-секционное	нет	нет	взаимодействие с врачом-науропатом и хиропрактиком. не обнаружена связь статуса вакцинации детей и наблюдение не ближайших членов семьи у врача – представителя комплиментарной медицины.	нет
(Russell, et al., 2004)	Хиропрактики	Канада	Кросс-секционное	нет	1. Неуверенность в эффективности и безопасности вакцин. 2. Приверженность философии хиропрактики	Нет	Преобладание индивидуалистической ориентации по сравнению с ориентацией на группу.

1.2. Характеристики и результаты *количественных описательных и качественных* исследований факторов отказа от вакцинации

Ссылка	Объект исследования	Регион исследования	Дизайн исследования	Социально-статусные	Факторы отказа от вакцинации		
					Когнитивные	Поведенческие	Иное
(Harmsen et al., 2013)	Родители (частично прививающие или не прививающие)	Нидерланды	Качественное	нет	- представление о том, что детская иммунная система особо уязвима к вакцинации; - воспринимаемый низкий риск инфицирования, воспринимаемый низкий риск от заболевания; - воспринимаемый высокий риск побочных эффектов вакцины; - воспринимаемая низкая эффективность вакцинации; - воспринимаемые позитивные эффекты от заболевания.	- здоровый стиль жизни как защита от инфекций (питание, ограничение контактов, грудное вскармливание, близость природы и пр.).	- негативный опыт вакцинации (собственный, в окружении, в СМИ); - влияние социального окружения.

Ссылка	Объект исследования	Регион исследования	Дизайн исследования	Социально-статусные	Факторы отказа от вакцинации		
					Когнитивные	Поведенческие	Иное
(Reich, 2014)	Родители (матери, не прививающие детей или прививающие их по собственному графику)	США	Качественное	нет	- представление о здоровом образе жизни как защите от инфицирования (в первую очередь - характеристики питания); - оценка риска от вакцинации выше риска от заболевания; - представление о незрелой и уязвимой иммунной системе ребенка; - представление о том, что уникальность ребенка противоречит единой унифицированной схеме вакцинации; - представление о вакцине как услуге для блага индивида, но не общества (есть возможность использовать или не использовать).	- контроль социальных сетей как средство профилактики заболеваний (в.т.ч. отсутствие детского сада).	Нет

Ссылка	Объект исследования	Регион исследования	Дизайн исследования	Социально-статусные	Факторы отказа от вакцинации		
					Когнитивные	Поведенческие	Иное
(Luthy et. al., 2012)	Родители (отказавшиеся хотя бы от одной вакцинации по личным убеждениям)	США	количественное	нет	- представления о вакцинации (в т.ч. альтернативные методы лечения; небезопасность вакцин; низкая оценка риска заболевания и пр.); - боязнь развития хронических заболеваний в результате прививки (пр. аутизм); - представления об особенностях функционирования иммунной системы; - опасения негативных последствий вакцинации.	использование альтернативной медицины	- недостатки системы здравоохранения (напр. требование прививок или формального отказа при поступлении в образовательное учреждение);

Ссылка	Объект исследования	Регион исследования	Дизайн исследования	Социально-статусные	Факторы отказа от вакцинации		
					Когнитивные	Поведенческие	Иное
(Quaiyum et al., 2011)	1. Родители (опекуны) (полностью и не полностью привиты х детей); 2. Медицинские специалисты	Бангладеш	качественно - количественное	нет	- страх побочных эффектов	Нет	- нерегулярный/ непонятный режим/место работы пункта вакцинации; - неверная информированность о возрасте, в котором проводится вакцинация и том, сколько доз в полной вакцинации; - незнание как поступить с вакцинацией, в случае если ребенок болеет или выглядит худым; - не приветливое поведение медицинского персонала - болезнь ребенка

Ссылка	Объект исследования	Регион исследования	Дизайн исследования	Социально-статусные	Факторы отказа от вакцинации		
					Когнитивные	Поведенческие	Иное
(Gullion, Henry, Gullion, 2008)	Родители (не прививающие или откладывающие вакцинацию детей)	США	качественное	нет	- недоверие медицинскому сообществу - воспринимаемые смещения в данных о вакцинах (при высокой оценке научного метода как такового).	- желание самостоятельно собрать информацию о вакцинации (использование значительного количества источников и их самостоятельный анализ).	Нет
(Fredrickson et al., 2004)	Медицинские специалисты; Родители	США	качественное - количественное	нет	- представление о невысокой опасности заболевания; - причины философского характера; - причины религиозного характера.	Нет	- медицинские противопоказания; - негативные внешние влияния (телевидение, радио, социальное окружение); - негативное отношение к правительству.

					Факторы отказа от вакцинации		
Ссылка	Объект исследования	Регион исследования	Дизайн исследования	Социально-статусные	Когнитивные	Поведенческие	Иное
(Sobo, 2015)	Родители детей, обучающихся в школе альтернативного обучения (Waldorf school)	США	качественное	нет	- представление о токсичности вакцин, несоразмерности вакцинации и возраста ребенка. - не обнаружено связи представлений о вакцинации и антропософских убеждений.	Нет	- влияние социальных норм Вальдорфской школы, поощряющих отказ от вакцинации и поиск альтернативной информации; - важность сохранения социокультуральной идентичности для родителей, принадлежащих к сообществу.
(Saada et al., 2015)	Родители детей в возрасте от 12 до 36 месяцев	США	качественное	нет	- сомнения по поводу безопасности вакцин; - беспокойство по поводу перегрузки иммунной системы, - восприятие низкого риска заболеваний	Нет	- желание контролировать состав и дозы вакцин.
(Senier, 2008)	родители	США	качественное	нет	- Недоверие к вакцинам, врачам, политике общественного здравоохранения.	Нет	- опыт родителей в переживании болезни детей; - статус здоровья ребенка.

					Факторы отказа от вакцинации		
Ссылка	Объект исследования	Регион исследования	Дизайн исследования	Социально-статусные	Когнитивные	Поведенческие	Иное
(Ruijs et. al. 2013)	Священники протестантской церкви	Нидерланды	качественное	принадлежность к двум определенным конфессиям в Нидерландах (Old Reformed Congregations или the Reformed Congregations)	трактовка религиозных предписаний: «Человек не должен вмешиваться в божественное провидение».	Нет	Нет

Приложение 2. Путеводитель качественного интервью

Пол (мужской/женский) (*нужное подчеркнуть*)

Здравствуйте, спасибо, что согласились на интервью.

Меня зовут _____. В настоящее время мы проводим исследование поведения, связанного с вакцинацией. В процессе нашего разговора я попрошу вас ответить на несколько вопросов и рассказать о вашем личном опыте отказа от прививок. Наша встреча конфиденциальна, и всё, что Вы сегодня расскажете, не выйдет за пределы исследовательской группы. Никакие Ваши личные данные не будут раскрыты третьим лицам. Вся информация, которую Вы сообщите, будет использована для научных целей.

Согласны ли Вы принять участие в беседе?

☐

Да

☐

Нет

_____ *подпись интервьюера, подтверждающая добровольное согласие респондента*

Для того чтобы не упустить важную информацию, сообщенную Вами, мы хотели бы записать наш с Вами разговор на диктофон. Данная запись будет использована только для целей исследования и будет уничтожена сразу после окончания исследования. Согласны ли Вы, чтобы я использовал(а) диктофон?

☐

Да

☐

Нет

_____ *подпись интервьюера, подтверждающая добровольное согласие респондента*

1. Вы сообщили, что у Вас был опыт отказа от прививок. Вы не делали прививки себе, или своему ребенку (детям)?

(Подсказка интервьюеру. Если отказ был себе и детям, то далее расспрашивать подробно обо всех случаях)

2. На сегодняшний день, какие прививки сделаны у Вашего ребенка (у Вас)? Перечислите, пожалуйста.

3. Вспомните, пожалуйста, тот период, когда Вы впервые решили не делать прививку. Опишите его, пожалуйста.

Способы развития темы (Уточнять в случаях, если не было упомянуто)

- Возраст (свой или ребенка).
- Название прививки.

- Что предшествовало этому решению?
 - Советовались ли вы с кем-то?
 - Взвешивали ли вы аргументы за и против вакцинации? Назовите их. Какой из аргументов был решающим?
 - Как долго по времени Вы принимали это решение?
 - Были ли колебания?
 - С какой реакцией на ваш отказ Вы столкнулись со стороны
 - - семьи (муж/жена, родители, другие родственники),
 - - друзей и знакомых
 - - со стороны медицинских работников ?
4. Каково в целом Ваше отношение к прививкам сейчас? Вы считаете, что прививки нужно делать избирательно (то есть не все и/или не всем) или не нужно делать вообще?

Если избирательно, то:

Перечислите, какие прививки Вы собираетесь сделать. Почему именно эти?

5. Давайте подытожим. Назовите, пожалуйста, причины, по которым Вы не делаете те или иные прививки
6. В целом как Вы оцениваете свою информированность о прививках?
7. Из каких источников Вы получаете информацию о прививках?

Уточнить, если не было упомянуто

- От сотрудников медицинских учреждений
- От родственников и знакомых (не медицинских работников)
- От других родителей
- из СМИ (телевидение, радио, газеты и журналы, интернет)

Если использовали интернет,

укажите, пожалуйста, какими именно сайтами или интернет-сервисами Вы пользуетесь для получения информации о прививках

8. Какой из этих источников является для Вас самым важным?
9. Есть ли в вашем ближайшем окружении опыт отказа от вакцинации? Опишите, пожалуйста, эти случаи?
10. Доводилось ли вам сталкиваться с осложнениями в результате вакцинации? Опишите, пожалуйста, эти случаи/случаи.
11. Опишите, пожалуйста, какие чувства Вы испытываете в связи с Вашим решением относительно прививок?.,

12. Делитесь ли Вы своим опытом в сфере вакцинации? Расскажите, пожалуйста, подробнее.
- *Способы развития темы. Уточнить, если не было упомянуто*
- Почему/Зачем?
 - От чего зависит, будете ли Вы об этом рассказывать человеку? Напр. отношения с человеком, ситуация и пр.
 - Пытаетесь ли Вы агитировать, переубедить человека или рассказываете о своем опыте нейтрально?
 - Вспомните последний или типичный случай, когда Вы рассказывали кому-то о том, что отказались от вакцинации. Опишите, как это было. Был ли это типичный случай?
13. Меняется ли Ваше отношение к вакцинации с течением времени? С чем связаны эти изменения?
14. Как бы вы в целом оценили состояние здоровья своего непривитого ребенка (свое)?
15. Следите ли Вы за здоровьем других непривитых знакомых, детей? А привитых?
16. Укажите, пожалуйста, кто обычно лечит вашего ребенка (к кому Вы обращаетесь) при заболеваниях:
- участковый врач
домашний врач
натуропат
гомеопат
другой специалист (укажите) _____
17. Что Вы считаете наиболее важным для сохранения и укрепления здоровья?

В заключении несколько вопросов о Вас.

1. Ваш возраст _____

2. В настоящее время Вы:

- учитесь (получаете высшее или среднее специальное образование)
- работаете
- и учитесь и работаете
- не учитесь и не работаете
- другое (что именно) _____

3. Какой у Вас самый высокий уровень образования, по которому Вы получили аттестат, свидетельство или диплом?

- Неполное среднее
- Полное среднее
- Среднее специальное или среднее техническое
- Неполное высшее
- Высшее
- Ученая степень

4. Какое из перечисленных описаний точнее всего соответствует Вашему материальному положению?

- денег не хватает даже на питание
- денег хватает на питание, но не хватает на покупку одежды и обуви
- на покупку одежды и обуви денег хватает, но не хватает на покупку бытовой техники
- денег вполне хватает на покупку крупной бытовой техники, но не могу купить новую машину
- денег хватает на все, кроме таких дорогих приобретений как квартира, дом
- материальных затруднений не испытываю, при необходимости мог бы приобрести квартиру, дом.

6. Ваше фактическое семейное положение?

1. Холост (не замужем)
2. Состою в фактическом (незарегистрированном) браке
3. Состою в зарегистрированном браке
4. Разведен(а)
5. Вдовец (вдова)

6. Есть ли у Вас дети?

Если «да», то сколько их? 1, 2, 3, 4, 5

7. Сколько им (ему) лет?

8. Считаете ли Вы себя представителем какой-либо религии (вероисповедания, религиозной конфессии)?

1. Да, считаю
2. Нет, не считаю

Назовите, пожалуйста, это вероисповедание (религию)

1. Русская православная
2. Другая официальная христианская религия (католицизм, протестантизм)
3. Неофициальное религиозное направление внутри христианской религии («сектантство»)
4. Славянское или германское язычество
5. Иудаизм
6. Мусульманство
7. Буддизм
8. Шаманизм
9. Другая религия или религиозное течение _____

Каково Ваше отношение к исследованию?

- Очень интересно;
- Скорее интересно;
- Затрудняюсь ответить;
- Скорее неинтересно;

– *Совсем неинтересно.*

Хотели бы Вы получить обратную связь по результатам исследования?

– *Да (укажите электронный адрес);*

– *Нет.*

Спасибо за интервью

Приложение 3. Анкета основного исследования

1. Ваш пол

1) Мужской

2) Женский

2. Ваш возраст (количество полных лет) -----

3. В настоящее время Вы

1) Учитесь (получаете высшее или среднее специальное образование)

2) Работаете

3) И учитесь и работаете

4) Не учитесь и не работаете

5) Находитесь на пенсии

6) Другое _____

Несколько вопросов о Вашей семье и детях

4. Есть ли у Вас дети?

1) нет, но планирую их появление (*ПЕРЕХОД сценарий 1²⁴*)

2) нет и не планирую (*ПЕРЕХОД сценарий 2*)

3) есть (*ПЕРЕХОД сценарий 3*)

5. Сколько у Вас детей?

6. (если ответ на вопрос 4 = 1) Сколько ему лет? _____

(если ответ на вопрос 4 ≥ 2) Сколько лет самому младшему из них? _____

(если ответ на вопрос 5 ≥ 15 лет *ПЕРЕХОД к сценарию 2*)

7. Представьте ситуацию, что в нашем городе появилось новое опасное вирусное заболевание. Риск заражения им примерно такой же, как и заражения, гриппом в зимний сезон. Заболевание зачастую сопровождается осложнениями, в том числе отитами и пневмонией. Существует прививка, эффективно защищающая от этой инфекции. Прививка может вызвать легкие реакции, такие как повышение температуры тела, и в редких случаях – отек Квинке и анафилактический шок.

ВНИМАНИЕ! Случайным образом (с помощью генератора случайных чисел) предъявляется один из следующих шести сценариев и фиксируется какой именно:

²⁴ В приложении представлен лишь вариант опросника для подгруппы людей, имеющих несовершеннолетних детей (сценарий 3).

- a) В детском учреждении (детский сад, школа), куда ходит Ваш ребенок, родители 90% детей согласились сделать прививку своему ребенку от этого заболевания.
- b) В детском учреждении (детский сад, школа), куда ходит Ваш ребенок, родители 90% детей отказались сделать прививку своему ребенку от этого заболевания.
- c) В детском учреждении (детский сад, школа), куда ходит Ваш ребенок, родители 10% детей согласились сделать прививку своему ребенку от этого заболевания.
- d) В детском учреждении (детский сад, школа), куда ходит Ваш ребенок, родители 10% детей отказались сделать прививку своему ребенку от этого заболевания.
- e) В детском учреждении (детский сад, школа), куда ходит Ваш ребенок, родители 50% детей согласились сделать прививку своему ребенку от этого заболевания.
- f) В детском учреждении (детский сад, школа), куда ходит Ваш ребенок, родители 50% детей отказались сделать прививку своему ребенку от этого заболевания.

(если ответ на вопрос 5 = 1) **Будете ли Вы делать прививку *Вашему* ребенку от этого заболевания?**

(если ответ на вопрос 5 $\geq$ 2) **Будете ли Вы делать прививку *Вашему* младшему ребенку от этого заболевания?**

- | | |
|---------------------------------|--------------------------|
| 1) Да, сделаю | 4) Нет, не буду делать |
| 2) Скорее сделаю, чем не сделаю | 99) затрудняюсь ответить |
| 3) Скорее не сделаю, чем сделаю | 999) отказ от ответа |

8. Будете ли Вы делать *себе* прививку от этого заболевания?

- | | |
|---------------------------------|--------------------------|
| 1) Да, сделаю | 4) Нет, не буду делать |
| 2) Скорее сделаю, чем не сделаю | 99) затрудняюсь ответить |
| 3) Скорее не сделаю, чем сделаю | 999) отказ от ответа |

9. Чувствуете ли вы беспокойство, принимая решение о вакцинации ребенка?

- | | |
|--------------------|----------------------|
| 1. не чувствую | 4. сильное |
| 2. слабое | 5. крайне выраженное |
| 3. средней степени | |

10. Чувствуете ли вы беспокойство, принимая решение о своей вакцинации?

- | | |
|--------------------|----------------------|
| 1. не чувствую | 4. сильное |
| 2. слабое | 5. крайне выраженное |
| 3. средней степени | |

11. На ваш взгляд, если ребенку не будет сделана прививка, насколько вероятно, что ребенок заболеет в этом году?

- | | |
|------------------------|------------------|
| 1. практически нулевая | 3. средняя |
| вероятность | 4. высокая |
| 2. низкая | 5. очень высокая |

12. На ваш взгляд, если Вам не будет сделана прививка, насколько вероятно, что ВЫ заболеете в этом году?

- | | |
|------------------------|------------------|
| 1) практически нулевая | 3) средняя |
| вероятность | 4) высокая |
| 2) низкая | 5) очень высокая |

13. Оцените степень риска для здоровья ребенка в случае, если ребенку будет сделана профилактическая прививка?

- | | |
|------------------------|------------------|
| 1) практически нулевая | 4) высокая |
| 2) низкая | 5) очень высокая |
| 3) средняя | |

14. Оцените степень риска для своего здоровья в случае, если Вам будет сделана профилактическая прививка?

- | | |
|------------------------|------------------|
| 1) практически нулевая | 4) высокая |
| 2) низкая | 5) очень высокая |
| 3) средняя | |

15. Как бы Вы оценили свое состояние здоровья по шкале от 1 до 5, где 1 – очень плохое, а 5 очень хорошее?

- | | |
|------|--------------------------|
| 1) 1 | 5) 5 |
| 2) 2 | 99) затрудняюсь ответить |
| 3) 3 | 999) отказ от ответа |
| 4) 4 | |

16. Как бы Вы оценили состояние здоровья своего младшего ребенка (*своего ребенка, если ответ на вопрос 5 = 1*) по шкале от 1 до 5, где 1 – очень плохое, а 5 очень хорошее?

- | | |
|------|--------------------------|
| 1) 1 | 5) 5 |
| 2) 2 | 99) затрудняюсь ответить |
| 3) 3 | 999) отказ от ответа |
| 4) 4 | |

17. За последние 12 месяцев пользовались ли Вы услугами педиатра в государственном медицинском учреждении бесплатно, за счет полиса ОМС?

- | | |
|--------|--------------------------|
| 1) да | 99) затрудняюсь ответить |
| 2) нет | 999) отказ от ответа |

18. В целом как бы Вы оценили уровень Вашего доверия к педиатрам, работающим в системе ОМС по шкале от 1 до 5, где 1 – совсем не доверяю, а 5 полностью доверяю?

- | | |
|------|--------------------------|
| 1) 1 | 5) 5 |
| 2) 2 | 99) затрудняюсь ответить |
| 3) 3 | 999) отказ от ответа |
| 4) 4 | |

19. За последние 12 месяцев пользовались ли Вы услугами педиатра в коммерческом медицинском учреждении, оплатив его из своих средств или за счет полиса ДМС?

- | | |
|--------|--------------------------|
| 1) да | 99) затрудняюсь ответить |
| 2) нет | 999) отказ от ответа |

20. В целом как бы Вы оценили уровень Вашего доверия к педиатрам, работающим в системе коммерческих медицинских учреждений?

- | | |
|------|--------------------------|
| 1) 1 | 5) 5 |
| 2) 2 | 99) затрудняюсь ответить |
| 3) 3 | 999) отказ от ответа |
| 4) 4 | |

21. За последние 12 месяцев пользовались ли для консультаций или лечения кого-либо из Ваших детей (Вашего ребенка - (если ответ на вопрос 4 = 1) какого-либо из специалистов нетрадиционной медицины,

21.1. гомеопат

- | | |
|--------|--------------------------|
| 1) да | 99) затрудняюсь ответить |
| 2) нет | 999) отказ от ответа |

21.1.1.) В целом как бы Вы оценили уровень Вашего доверия к специалистам – гомеопатам

по шкале от 1 до 5, где 1 – совсем не доверяю, а 5 полностью доверяю.

- | | |
|------|--------------------------|
| 1) 1 | 5) 5 |
| 2) 2 | 99) затрудняюсь ответить |
| 3) 3 | 999) отказ от ответа |
| 4) 4 | |

21.2. остеопат

- | | |
|--------|--------------------------|
| 1) да | 99) затрудняюсь ответить |
| 2) нет | 999) отказ от ответа |

21.2.1.) В целом как бы Вы оценили уровень Вашего доверия к специалистам – остеопатам

- | | |
|------|--------------------------|
| 1) 1 | 5) 5 |
| 2) 2 | 99) затрудняюсь ответить |
| 3) 3 | 999) отказ от ответа |
| 4) 4 | |

21.3. натуропат

- | | |
|--------|--------------------------|
| 1) да | 99) затрудняюсь ответить |
| 2) нет | 999) отказ от ответа |

21.3.1.) В целом как бы Вы оценили уровень Вашего доверия к специалистам – натуропатам

- | | |
|------|--------------------------|
| 1) 1 | 5) 5 |
| 2) 2 | 99) затрудняюсь ответить |
| 3) 3 | 999) отказ от ответа |
| 4) 4 | |

22. Приходилось ли Вам за последний год делать себе какую-либо прививку?

- | | |
|--------|--------------------------|
| 1) да | 99) затрудняюсь ответить |
| 2) нет | 999) отказ от ответа |

23. Приходилось ли Вам за последний год делать какую-либо прививку своему младшему ребенку (*Своему ребенку - если ответ на вопрос 5= 1*)?

- | | |
|--------|--------------------------|
| 1) да | 99) затрудняюсь ответить |
| 2) нет | 999) отказ от ответа |

24. Есть ли у Вашего ребенка медотвод от прививок?

- | | |
|--------|--------------------------|
| 1) да | 99) затрудняюсь ответить |
| 2) нет | 999) отказ от ответа |

25. Люди по-разному относятся к вакцинации детей. Какой из этих вариантов лучше всего описывает прививки Вашего младшего ребенка (*Вашего ребенка - если ответ на вопрос 5 = 1*)?

- | | |
|---|---|
| 1) Сделаны все рекомендованные календарем прививки и несколько дополнительных | 4) Не сделано ни одной рекомендованной календарем прививки. -----ПЕРЕХОД К ВОПРОСУ 28 |
| 2) Сделаны все рекомендованные календарем прививки, но никаких дополнительных (платных) | 5) Другое _____ |
| 3) Сделана часть рекомендованных календарем прививок | 99) затрудняюсь ответить |
| | 999) отказ от ответа |

26. Случалось ли Вам по собственной инициативе откладывать рекомендованные календарем прививки Вашему младшему ребенку (Вашему ребенку - если ответ на вопрос 5 = 1)?

1) да

99) затрудняюсь ответить

2) нет

27. Приходилось ли Вам делать какие-то прививки Вашему младшему ребенку платно (Вашему ребенку - если ответ на вопрос 5 = 1)?

27.1. в государственной поликлинике

1) да

99) затрудняюсь

2) нет

ответить

27.2. в коммерческой медицинской клинике

1) да

99) затрудняюсь

2) нет

ответить

28. В целом, кто в Вашей семье принимает решение о вакцинации?

1) в основном Вы

3) совместно Вы и другие члены

2) в основном другие члены семьи

семьи

2.1. кто именно

..... ---- переход к

вопросу 23

29. Вспомните последний раз, когда Вы принимали решение о том, делать ли прививку Вашему ребенку. Советовались ли Вы с ...:

29.1. Врачом-педиатром

1) да

99) затрудняюсь ответить

2) нет

29.2. Врачом – специалистом

1) да

99) затрудняюсь ответить

2) нет

29.3. Врачом нетрадиционной медицины (например, натуропатом, гомеопатом, остеопатом)

1) да

99) затрудняюсь ответить

2) нет

29.4. Другом/подругой

1) да

99) затрудняюсь ответить

2) нет

29.5. Супругой/супругом

1) да

99) затрудняюсь ответить

2) нет

29.6. Родителями

1) да

99) затрудняюсь ответить

2) нет

29.7. Кем-то еще

1) да

99) затрудняюсь ответить

29.7.1. Кем

именно _____

2) нет

30. В целом как бы Вы оценили *эффективность вакцинации* для предотвращения заболеваний у детей по шкале от 1 до 5, где 1 – крайне низкая эффективность, а 5 - крайне высокая эффективность?

1) 1

5) 5

2) 2

99) затрудняюсь ответить

3) 3

999) отказ от ответа

4) 4

31. В целом как бы Вы оценили *безопасность вакцинации* для детей по шкале от 1 до 5, где 1 – крайне опасна, а 5 – абсолютно безопасна?

- | | |
|------|--------------------------|
| 1) 1 | 5) 5 |
| 2) 2 | 99) затрудняюсь ответить |
| 3) 3 | 999) отказ от ответа |
| 4) 4 | |

32. В целом как бы Вы оценили *вероятность заражения детей* в нашем городе заболеваниями, от которых делают прививки, по шкале от 1 до 5, где 1 – крайне низкая, а 5 - крайне высокая?

- | | |
|------|--------------------------|
| 1) 1 | 5) 5 |
| 2) 2 | 99) затрудняюсь ответить |
| 3) 3 | 999) отказ от ответа |
| 4) 4 | |

33. В целом как бы Вы оценили *опасность для детей тех заболеваний*, от которых делают прививки, по шкале от 1 до 5, где 1 – абсолютно не опасны, а 5 - крайне опасны?

- | | |
|------|--------------------------|
| 1) 1 | 5) 5 |
| 2) 2 | 99) затрудняюсь ответить |
| 3) 3 | 999) отказ от ответа |
| 4) 4 | |

34. Если бы Вам понадобилось узнать что-то о конкретной вакцине, к кому бы вы обратились в первую очередь?

- | | |
|-------------------------------------|------------------------------|
| 1) к врачу-педиатру | 4) друзьям или родственникам |
| 2) другому медицинскому специалисту | 5) другое |
| 3) интернет | 5.1. к кому именно |
| | _____ |

35. Сталкивались ли вы где-либо с мнением о том, что вакцины крайне опасны для здоровья детей и их не следует делать?

- | | |
|--------|--------------------------|
| 1) да | 99) затрудняюсь ответить |
| 2) нет | |

36. Есть ли среди Ваших знакомых кто-либо, кто отказывается делать прививки своим детям?

1) да

99) затрудняюсь ответить

2) нет

И в заключение несколько вопросов о Вас

37. Ваше образование

a) Неполное среднее

d) Неполное высшее

b) Полное среднее

e) Полное высшее

c) Среднее специальное или среднее техническое

f) Ученая степень

38. Ваше фактическое семейное положение

a) Холост/не замужем

c) Состою в зарегистрированном браке

b) Состою в фактическом (незарегистрированном) браке

d) Разведен(а)

e) Вдовец (вдова)

39. Какое из перечисленных описаний точнее всего соответствует материальному положению Вашей семьи

a) Денег не хватает даже на питание

b) Денег хватает на питание, но не хватает на покупку одежды и обуви

c) На покупку одежды и обуви денег хватает, но не хватает на покупку бытовой техники

d) Денег вполне хватает на покупку крупной бытовой техники, но не могу купить новую машину

e) Денег хватает на все, кроме таких дорогих приобретений как квартира, дом

f) Материальных затруднений не испытываю, при необходимости могли бы приобрести квартиру, дом

40. Считаете ли Вы себя представителем какой-либо религии (вероисповедания, религиозной конфессии)?

1. Да, считаю....вопрос 34.2.

2. Нет, не считаю

ВНИМАНИЕ! Следующий вопрос только для тех, кто принадлежит к какому либо вероисповеданию

41. Назовите, пожалуйста, это вероисповедание (религию)*(ВНИМАНИЕ! Ответы не зачитываются).*

1. Православие

6. Буддизм

2. Католицизм

7. Другая религия или религиозное
течение (какое именно)

3. Протестантизм

4. Иудаизм

5. Мусульманство

42. Укажите, пожалуйста, с какой частотой в течение последнего месяца Вы пользовались следующими средствами массовой информации

	Ежедневно или почти ежедневно	Один или несколько раз в неделю	Реже одного раза в неделю	Не пользо вался
1. Слушал(а) радио	4	3	2	1
2. Смотрел(а) телевизор	4	3	2	1
3. Читал(а) газеты или журналы	4	3	2	1
4. Пользовался(лась) Интернетом	4	3	2	1

Вопрос 43 только для тех, кто ответил 4, 3 или 2 на вопрос 42.4., т.е. не выбрал вариант ответа 1.

43. Как часто в течение последнего месяца Вы использовали следующие Интернет-сервисы?

	Ежедневно или почти ежедневно	Один или несколько раз в неделю	Реже одного раза в неделю	Не пользовался
1. Электронная почта	4	3	2	1
2. Интернет-форумы	4	3	2	1
3. Социальная сеть «ВКонтакте»	4	3	2	1
4. Социальная сеть «одноклассники»	4	3	2	1
5. Социальная сеть Facebook	4	3	2	1
6. Поисковые сервисы (Yandex, Google и др.)	4	3	2	1

Спасибо за Ваше участие!

Приложение 4. Выборочные статистические таблицы основного исследования

4.1. Социально-демографические характеристики

Наименование категорий шкалы	Статистический показатель	
	Абс. зн.	%
Пол		
Мужской	499	42.5
Женский	676	57.5
Всего	1175	100.0
Возраст (количество полных лет)		
18-29 года	273	23.2
30-39 года	196	16.7
40-49 года	224	19.1
50-59 года	198	16.9
60 лет и старше	284	24.2
Всего	1175	100.0
М	46.1	
Me	45	
SD	17.33	
Ваше образование		
Неполное среднее	18	1.5
Полное среднее	113	9.6
Среднее специальное или среднее техническое	353	30.0
Неполное высшее	64	5.4
Полное высшее	605	51.5
Ученая степень	22	1.9
Всего	1175	100.0
Каково ваше основное занятие в настоящий момент		
Учащийся, студент	41	3.5
Работаю на государственном предприятии, в бюджетной сфере	311	26.5
Работаю на негосударственном предприятии, в коммер. секторе.	469	39.9
Временно не работаю, безработный	57	4.9
Занят(а) домашним хозяйством, нахожусь в декретном отпуске	65	5.5
Пенсионер (в том числе по инвалидности, неработающий)	232	19.7
Всего	1175	100.0

4.1. Окончание

Наименование категорий шкалы	Статистический показатель	
	Абс. зн.	%
Какое из перечисленных описаний точнее всего соответствует материальному положению Вашей семьи		
Денег не хватает даже на питание	26	2.2
Денег хватает на питание, но не на покупку одежды и обуви	103	8.8
На одежду и обувь денег хватает, но не на бытовую технику	261	22.2
хватает на покупку крупной быт техники, но не новую машину	446	38.0
Денег хватает на все, кроме таких приобретений как квартира,	148	12.6
Материальных затруднений не испытываю	72	6.1
затрудняюсь ответить	39	3.3
отказ от ответа	80	6.8
Всего	1175	100.0
Ваше фактическое семейное положение		
Холост/не замужем	252	21.4
Состою в фактическом (незарегистрированном) браке	90	7.7
Состою в зарегистрированном браке	573	48.8
Разведен(а)	104	8.9
Вдовец (вдова)	113	9.6
затрудняюсь ответить	6	0.5
отказ от ответа	37	3.1
Всего	1175	100.0
Есть ли у Вас несовершеннолетние дети		
нет, но планирую их появление	175	14.9
нет и не планирую	690	58.7
Есть	310	26.4
Всего	1175	100.0
Возраст младшего ребенка		
Меньше 15 лет	299	96.5
15 лет и более	9	2.9
Нет ответа	2	0.6
Всего	310	100.0
M	6.5	
Me	6	
SD	4.56	

4.2. Поведение, установки и информированность в отношении вакцинации

4.2.1. Пилотное исследование

Наименование категорий шкалы	Статистический показатель	
	Абс. зн.	%
Делали ли Вы прививки Вашему ребенку		
Да, делал(а) все необходимые прививки в рекомендованные срок	105	39.5
Да, делал(а) все необходимые прививки, однако откладывал(а)	56	21.1
Делал (а) прививки выборочно (не все из рекомендованных календаре)	57	21.4
Нет, не делал(а) ни одной прививки	22	8.3
Другое	26	9.8
Всего	266	100.0
Наиболее важные причины, по которым Вы делаете прививки своему ребенку - Риск, что ребенок заболеет, если ему не сделают прививку		
Нет	50	20.5
Да	194	79.5
Всего	244	100.0
Наиболее важные причины, по которым Вы делаете прививки своему ребенку - Рекомендации врача		
Нет	148	60.7
Да	96	39.3
Всего	244	100.0
Наиболее важные причины, по которым Вы делаете прививки своему ребенку - Рекомендации семьи и друзей		
Нет	216	88.5
Да	28	11.5
Всего	244	100.0
Наиболее важные причины, по которым Вы делаете прививки своему ребенку - Большинство тех, кого я знаю, делают их своим детям		
Нет	220	90.2
Да	24	9.8
Всего	244	100.0
Наиболее важные причины, по которым Вы делаете прививки своему ребенку - Требуется в школе/садики/каком-либо другом детском учреждении		
Нет	169	69.3
Да	75	30.7
Всего	244	100.0
Наиболее важные причины, по которым Вы делаете прививки своему ребенку - Я не делаю прививки своему ребенку		
Нет	238	97.5
Да	6	2.5
Всего	244	100.0

4.2.1. Продолжение

Наименование категорий шкалы	Статистический показатель	
	Абс. зн.	%
Наиболее важные причины, по которым Вы делаете прививки своему ребенку – Другое		
Нет	228	93.4
Да	16	6.6
Всего	244	100.0
Наиболее важные причины, по которым Вы не делаете прививки своему ребенку - У моего ребенка есть медицинские противопоказания		
Нет	82	78.1
Да	23	21.9
Всего	105	100.0
Наиболее важные причины, по которым Вы не делаете прививки своему ребенку - Большинство тех, кого я знаю, не делают их своим детям		
Нет	99	94.3
Да	6	5.7
Всего	105	100.0
Наиболее важные причины, по которым Вы не делаете прививки своему ребенку - Члены моей семьи, друзья, знакомые не рекомендуют		
Нет	99	94.3
Да	6	5.7
Всего	105	100.0
Наиболее важные причины, по которым Вы не делаете прививки своему ребенку - Я опасаюсь поствакцинальных осложнений		
Нет	50	47.6
Да	55	52.4
Всего	105	100.0
Наиболее важные причины, по которым Вы не делаете прививки своему ребенку - Я опасаюсь, что могли быть не соблюдены условия транспортировки и хранения вакцины		
Нет	94	89.5
Да	11	10.5
Всего	105	100.0
Наиболее важные причины, по которым Вы не делаете прививки своему ребенку - Я сомневаюсь в эффективности вакцинации как метода		
Нет	66	62.9
Да	39	37.1
Всего	105	100.0
Наиболее важные причины, по которым Вы не делаете прививки своему ребенку - Я считаю, что смогу минимизировать риск заболевания другими методами		
Нет	79	75.2
Да	26	24.8
Всего	105	100.0
Наиболее важные причины, по которым Вы не делаете прививки своему ребенку - Я сомневаюсь в эффективности конкретной вакцины		
Нет	95	90.5
Да	10	9.5
Всего	105	100.0

4.2.1. Окончание

Наименование категорий шкалы	Статистический показатель	
	Абс. зн.	%
Наиболее важные причины, по которым Вы не делаете прививки своему ребенку - Я считаю, что данное заболевание (заболевания) не угрожают моему ребенку		
Нет	96	91.4
Да	9	8.6
Всего	105	100.0
Наиболее важные причины, по которым Вы не делаете прививки своему ребенку – Другое		
Нет	93	88.6
Да	12	11.4
Всего	105	100.0

Приложение 4.3. Основное исследование

Приложение 4.3.1. Поведение общего населения

Наименование категорий шкалы	Статистический показатель	
	Абс. зн.	%
Приходилось ли Вам за последний год делать себе какую-либо прививку		
Да	141	12.0
Нет	1026	87.3
затрудняюсь ответить	7	0.6
отказ от ответа	1	0.1
Всего	1175	100.0

Приложение 4.3.2. Поведение родителей несовершеннолетних детей

Наименование категорий шкалы	Статистический показатель	
	Абс. зн.	%
Приходилось ли Вам за последний год делать какую-либо прививку своему младшему ребенку		
Да	198	63.9
Нет	101	32.6
затрудняюсь ответить	11	3.5
Всего	310	100.0
Есть ли у Вашего ребенка мед. отвод от прививок		
Да	50	4.3
Нет	245	20.9
затрудняюсь ответить	15	1.3
Всего	310	100.0
Какой из этих вариантов лучше всего описывает прививки Вашего младшего ребенка		
Сделаны все рекомендованные календарем прививки и несколько дополнительных	40	15.4
Сделаны все рекомендованные календарем прививки, но никаких дополнительных	154	59.2
Сделана часть рекомендованных календарем прививок	40	15.4
Не сделано ни одной рекомендованной календарем прививки	11	4.2
Другое	2	0.8
затрудняюсь ответить	13	5.0
Всего	260	100.0
Случалось ли Вам по собственной инициативе откладывать рекомендованные календарем прививки Вашему младшему ребенку		
Да	124	43.1
Нет	158	54.9
затрудняюсь ответить	6	2.1
Всего	288	100.0
Приходилось ли Вам делать какие-то прививки Вашему младшему ребенку платно - в государственной поликлинике		
Да	42	14.6
Нет	240	83.3
затрудняюсь ответить	6	2.1
Всего	288	100.0

4.3.2. Продолжение

Наименование категорий шкалы	Статистический показатель	
	Абс. зн.	%
Приходилось ли Вам делать какие-то прививки Вашему младшему ребенку платно - в коммерческой медицинской клинике		
Да	49	17.0
Нет	232	80.6
затрудняюсь ответить	7	2.4
Всего	288	100.0
В целом, кто в Вашей семье принимает решение о вакцинации		
в основном ВЫ	163	52.6
в основном другие члены семьи	49	15.8
совместно ВЫ и другие члены семьи	98	31.6
Всего	310	100.0
В целом, кто в Вашей семье принимает решение о вакцинации		
Отец	12	3.9
Мать	151	48.7
в основном другие члены семьи	49	15.8
совместно ВЫ и другие члены семьи	98	31.6
Всего	310	100.0
Вспомните последний раз, когда ВЫ принимали решение о том, делать ли прививку Вашему ребенку. Советовались ли ВЫ с: Врачом-педиатром		
Да	134	51.3
Нет	111	42.5
затрудняюсь ответить	16	6.1
Всего	261	100.0
Вспомните последний раз, когда ВЫ принимали решение о том, делать ли прививку Вашему ребенку. Советовались ли ВЫ с: Врачом – специалистом		
Да	73	28.0
Нет	173	66.3
затрудняюсь ответить	15	5.7
Всего	261	100.0
Вспомните последний раз, когда ВЫ принимали решение о том, делать ли прививку Вашему ребенку. Советовались ли ВЫ с: Врачом нетрадиционной медицины		
Да	4	1.5
Нет	249	95.4
затрудняюсь ответить	8	3.1
Всего	261	100.0
Вспомните последний раз, когда ВЫ принимали решение о том, делать ли прививку Вашему ребенку. Советовались ли ВЫ с: Другом/подругой		
Да	34	13.0
Нет	218	83.5
затрудняюсь ответить	9	3.4
Всего	261	100.0

4.3.2. Окончание

Наименование категорий шкалы	Статистический показатель	
	Абс. зн.	%
Вспомните последний раз, когда Вы принимали решение о том, делать ли прививку Вашему ребенку. Советовались ли Вы с: Супругой/супругом		
Да	137	52.5
Нет	120	46.0
затрудняюсь ответить	4	1.5
Всего	261	100.0
Вспомните последний раз, когда Вы принимали решение о том, делать ли прививку Вашему ребенку. Советовались ли Вы с: Родителями		
Да	52	19.9
Нет	204	78.2
затрудняюсь ответить	5	1.9
Всего	261	100.0
Вспомните последний раз, когда Вы принимали решение о том, делать ли прививку Вашему ребенку. Советовались ли Вы с: Кем-то еще		
Да	14	5.4
Нет	239	91.6
затрудняюсь ответить	8	3.1
Всего	261	100.0
Вспомните последний раз, когда Вы принимали решение о том, делать ли прививку Вашему ребенку. Советовались ли Вы: общее количество		
0	53	20.3
1	71	27.2
2	68	26.1
3	42	16.1
4	21	8.0
5	5	1.9
6	1	0.4
Всего	261	100.0
М	1.7	
Me	2	
SD	1.31	

4.3.3. Поведение лиц, имеющих несовершеннолетних внуков

Наименование категорий шкалы	Статистический показатель	
	Абс. зн.	%
За последний год обсуждали ли Вы с родителями Ваших внуков вопросы вакцинации		
Да	110	42.8
Нет	145	56.4
затрудняюсь ответить	2	0.8
Всего	257	100.0

4.3.4. Установки в отношении вакцинации

Наименование категорий шкалы	Статистический показатель	
	Абс. зн.	%
В целом как бы Вы оценили эффективность вакцинации для предотвращения заболеваний		
1	62	5.3
2	64	5.5
3	261	22.2
4	382	32.5
5	231	19.7
затрудняюсь ответить	173	14.7
отказ от ответа	1	0.1
Всего	1174	100.0
М	3.7	
Ме	4	
SD	1.09	
В целом как бы Вы оценили безопасность вакцинации		
1	61	5.2
2	101	8.6
3	343	29.2
4	374	31.8
5	159	13.5
затрудняюсь ответить	136	11.6
отказ от ответа	1	0.1
Всего	1175	100.0
М	3.5	
Ме	4	
SD	1.05	
В целом как бы Вы оценили вероятность заражения в нашем городе заболеваниями, от которых делают прививки		
1	88	7.5
2	160	13.6
3	416	35.4
4	240	20.4
5	112	9.5
затрудняюсь ответить	158	13.4
отказ от ответа	1	0.1
Всего	1175	100.0
М	3.1	
Ме	3	
SD	1.08	

4.3.4. Продолжение

Наименование категорий шкалы	Статистический показатель	
	Абс. зн.	%
В целом как бы Вы оценили опасность тех заболеваний, от которых делают прививки		
1	60	5.1
2	114	9.7
3	328	27.9
4	308	26.2
5	215	18.3
затрудняюсь ответить	147	12.5
отказ от ответа	3	0.3
Всего	1175	100.0
М	3.5	
Me	4	
SD	1.12	
Если бы Вам понадобилось узнать что-то о конкретной вакцине, к кому бы вы обратились в первую очередь - к врачу-педиатру		
Нет	833	70.9
Да	342	29.1
Всего	1175	100.0
Если бы Вам понадобилось узнать что-то о конкретной вакцине, к кому бы вы обратились в первую очередь - другому медицинскому специалисту		
Нет	964	82.0
Да	211	18.0
Всего	1175	100.0
Если бы Вам понадобилось узнать что-то о конкретной вакцине, к кому бы вы обратились в первую очередь – интернет		
Нет	714	60.8
Да	461	39.2
Всего	1175	100.0
Если бы Вам понадобилось узнать что-то о конкретной вакцине, к кому бы вы обратились в первую очередь - друзьям или родственникам		
Нет	1063	90.5
Да	112	9.5
Всего	1175	100.0
Если бы Вам понадобилось узнать что-то о конкретной вакцине, к кому бы вы обратились в первую очередь – Другое		
Нет	1083	92.2
Да	92	7.8
Всего	1175	100.0
Если бы Вам понадобилось узнать что-то о конкретной вакцине, к кому бы вы обратились в первую очередь - затрудняюсь ответить		
Нет	1143	97.3
Да	32	2.7
Всего	1175	100.0

4.3.5. Знакомство с идеями отказа от вакцинации

Наименование категорий шкалы	Статистический показатель	
	Абс. зн.	%
Сталкивались ли вы где-либо с мнением о том, что вакцины крайне опасны для здоровья и их не следует делать		
Да	806	68.6
Нет	329	28.0
затрудняюсь ответить	40	3.4
Всего	1175	100.0
Есть ли среди Ваших знакомых кто-либо, кто отказывается делать прививки		
Да	603	51.3
Нет	447	38.0
затрудняюсь ответить	125	10.6
Всего	1175	100.0
Сталкивались ли вы где-либо с мнением о том, что вакцины крайне опасны для здоровья детей и их не следует делать (среди планирующих родителей)		
Да	109	62.3
Нет	65	37.1
затрудняюсь ответить	1	0.6
Всего	175	100.0
Есть ли среди Ваших знакомых кто-либо, кто отказывается делать прививки своим детям (среди планирующих родителей)		
Да	100	57.1
Нет	58	33.1
затрудняюсь ответить	17	9.7
Всего	175	100.0
Сталкивались ли вы где-либо с мнением о том, что вакцины крайне опасны для здоровья детей и их не следует делать (среди актуальных родителей)		
Да	243	78.4
Нет	57	18.4
затрудняюсь ответить	10	3.2
Всего	310	100.0
Есть ли среди Ваших знакомых кто-либо, кто отказывается делать прививки своим детям (среди актуальных родителей)		
Да	213	68.7
Нет	78	25.2
затрудняюсь ответить	19	6.1
Всего	310	100.0