



# Вакцинация и доверие

Как возникает озабоченность и роль коммуникации в смягчении кризисных ситуаций



Индивидуальные  
решения



Восприятие  
риска



Культурологические  
и социальные нормы



Эффект создания  
доверия



World Health  
Organization



---

# Резюме

Когда возникают ситуации, при которых нежелательные явления справедливо или ошибочно связывают с вакцинацией, они могут подрывать доверие к вакцинам и официальным органам, осуществляющим их введение.

Этот документ предоставляет научные данные, помимо рекомендаций ВОЗ, относительно создания и восстановления доверия к вакцинам и вакцинации как в процессе осуществления работы, так и в период кризисных ситуаций. Данные привлекают внимание к широкому набору научных лабораторных фактов и фактам, полученным при полевых работах в области психологии и коммуникаций. Он рассматривает, как люди принимают решения по поводу вакцинации; почему некоторые лица не доверяют вакцинации; и факторы, которые вызывают критические ситуации, уделяя внимание тому, как создавать доверие, слушать и понимать людей, создавать взаимоотношения, сообщать о рисках и формировать сообщения для аудитории, что может смягчать кризисные ситуации.

Этот документ предоставляет базисные знания заинтересованным сторонам, которые разрабатывают коммуникационные стратегии или содействуют проведению семинаров по коммуникациям и деятельности по созданию доверия в связи с вакцинами и иммунизацией, таким как подразделения программы иммунизации, министры здравоохранения, подразделения по связи с общественностью и укреплению здоровья, преподаватели по коммуникации относительно безопасности вакцин и консультативные органы по иммунизации.

## Ключевые слова

ВАКЦИНАЦИЯ  
ДОВЕРИЕ  
КОММУНИКАЦИЯ

## Адрес

Запросы относительно публикаций  
Европейского регионального бюро ВОЗ  
следует направлять по адресу:

Publications  
WHO Regional Office for Europe  
UN City, Marmorvej 51  
DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark  
Кроме того, запросы на документацию,  
информацию по вопросам  
здравоохранения или разрешение на  
цитирование или перевод документов ВОЗ  
можно заполнить в режиме онлайн на  
сайте Регионального бюро:  
[http://www.euro.who.int/ru/publications/  
request-forms](http://www.euro.who.int/ru/publications/request-forms).

## Авторство фотографий

Обложка Getty Images

Страница 7 Getty Images

Страница 11 (слева)

[https://twitter.com/bmg\\_bund/  
status/709332392180367360](https://twitter.com/bmg_bund/status/709332392180367360),  
accessed 16 August 2016)  
(right) [https://twitter.  
com/bmg\\_bund/  
status/723404741787574272](https://twitter.com/bmg_bund/status/723404741787574272),  
accessed 16 August 2016)

Страница 15 WHO/M. Bing

Страница 19 WHO/D. Oganova

Страница 21 WHO/J. Christensen

Макет – Alexandra Hayes

Иллюстрации – Maria Edith Nielsen

## © Всемирная организация здравоохранения, 2017 г.

Все права защищены. Европейское региональное бюро Всемирной организации здравоохранения охотно удовлетворяет запросы о разрешении на перепечатку или перевод своих публикаций частично или полностью.

Обозначения, используемые в настоящей публикации, и приводимые в ней материалы не отражают какого бы то ни было мнения Всемирной организации здравоохранения относительно правового статуса той или иной страны, территории, города или района или их органов власти, или относительно делимитации их границ. Пунктирные линии на географических картах обозначают приблизительные границы, относительно которых полное согласие пока не достигнуто.

Упоминание тех или иных компаний или продуктов отдельных изготовителей не означает, что Всемирная организация здравоохранения поддерживает или рекомендует их, отдавая им предпочтение по сравнению с другими компаниями или продуктами аналогичного характера, не упомянутыми в тексте. За исключением случаев, когда имеют место ошибки и пропуски, названия патентованных продуктов выделяются начальными прописными буквами.

Всемирная организация здравоохранения приняла все разумные меры предосторожности для проверки информации, содержащейся в настоящей публикации. Тем не менее, опубликованные материалы распространяются без какой-либо явно выраженной или подразумеваемой гарантии их правильности. Ответственность за интерпретацию и использование материалов ложится на пользователей. Всемирная организация здравоохранения ни при каких обстоятельствах не несет ответственности за ущерб, связанный с использованием этих материалов. Мнения, выраженные в данной публикации авторами, редакторами или группами экспертов, необязательно отражают решения или официальную политику Всемирной организации здравоохранения.

## Благодарности

Этот документ был разработан при финансовой поддержке со стороны Организации по обеспечению готовности к пандемии гриппа (PIP) Корнелией Бэту (Cornelia Betsch) (Научный руководитель, Университет в Эрфурте, Германия), Констанцией Россмманн (Constanze Rossmann) (Профессор, Университет в Эрфурте, Германия) и Катрин Бач Хаберсаат (Katrine Bach Habersaat) (Технический сотрудник, Программа по управляемым инфекциям и иммунизации, Европейское региональное бюро ВОЗ). Дина Пфайфер (Dina Pfeiffer) (Технический сотрудник, программа по управляемым инфекциям и иммунизации, Европейское региональное бюро ВОЗ) просмотрела документ и внесла свой вклад в его разработку. Синди Холтманн (Cindy Holtmann), Ларс Корн (Lars Korn), Линда Маммер (Linda Mummer), Филипп Моратц Шмид (Philipp Moritz Schmid) и Джаска Вьен (Jascha Wiehn) (Младшие научные сотрудники, Университет в Эрфурте, Германия) также внесли вклад в разработку документа.



Этот документ является дальнейшей разработкой учебного руководства – Данные о безопасности вакцин: организация коммуникационного ответа, – опубликованного Европейским региональным бюро ВОЗ в 2013 году.

---

# Содержание

Благодарности	iv	Что научные исследования демонстрируют относительно кризисных ситуаций, и как коммуникационные мероприятия могут их смягчить	23
Введение	1	Создание доверия	25
Цели и задачи	2	Выслушивание мнений населения и их мониторинг	26
Целевая аудитория	2	Коммуникации по поводу риска	28
Вспомогательные материалы	3	Создание сообщений, которые передают больше, чем просто информацию	30
Рекомендации ВОЗ по созданию доверия к вакцинации	4	Рекомендации ВОЗ по созданию доверия и ответных мероприятий в период кризисных ситуаций	35
Явления, которые могут подорвать доверие к вакцинам и вакцинации	6	Библиография	37
Что научные исследования демонстрируют относительно принятия решения по вакцинации	9		
Восприятие риска и принятие решения	11		
Факторы, влияющие на принятие решения	14		
Что научные исследования демонстрируют относительно недоверия к вакцинации и опасений в отношении безопасности вакцин	17		
Определение недоверия к вакцинации	18		
Взаимосвязь между недоверием к вакцинации и опасениями по поводу безопасности вакцин	20		



---

# Введение

Вакцины являются одним из наиболее эффективных методов здравоохранения в отношении укрепления здоровья и снижения бремени инфекционных болезней. Они также вносят значительный вклад в социально-экономическое развитие (1) не только в отношении охраны здоровья ребенка и снижения детской смертности, но также и снижения бедности, равенства, производства, образования и укрепления систем здравоохранения в целом.

Вакцины предельно безопасны. Тем не менее, безопасность вакцин вызывает повышенное внимание со стороны населения, и это справедливо. Когда возникают ситуации, при которых нежелательные явления справедливо или ошибочно связывают с вакцинацией, они могут подорвать доверие к вакцинам и официальным органам, осуществляющим их введение, и могут в конечном счете привести к возникновению риска для охраны здоровья населения. ВОЗ рекомендует, что государства-члены организации должны:

- создавать у населения невосприимчивость по отношению к слухам о вакцинах и опасениям путем проведения соответствующих мероприятий;
- обеспечивать устойчивость программы, хорошо подготовленной к ответу на любые проявления, которые могут потенциально подорвать доверие;
- немедленно реагировать на любые такие проявления в виде соответствующих действий, базирующихся на оценке ситуации.

Все вместе может предотвратить ситуацию от эскалации в кризис или минимизировать негативное влияние кризисной ситуации.



## Цели и задачи

Этот документ был разработан в ответ на просьбу государств-членов об оказании технической поддержки и рекомендациях в отношении создания и поддержания доверия к вакцинации и официальным органам, осуществляющим их введение как в процессе повседневной работы, так и во время возникновения кризисных ситуаций. Его разработка основывалась на опыте, приобретенном в странах, и активном участии национальных руководителей программ иммунизации и партнеров, преимущественно путем проведения субрегиональных семинаров по всему Европейскому региону ВОЗ.

Целью этого документа является предоставление научно обоснованных данных, помимо рекомендаций ВОЗ, в отношении создания и восстановления доверия к вакцинам и вакцинации как в процессе текущего осуществления усилий в области коммуникаций, так и в период кризисных ситуаций.

Данные привлекают внимание к обширному резерву лабораторных и операционных научных исследований в области психологии и коммуникаций и затрагивают следующие области:

- как люди принимают решения относительно вакцинации – как они воспринимают риск, и как на их решение влияют их положение, социальные нормы и культура;
- почему некоторые лица не доверяют вакцинации, и как это может повысить риск возникновения кризисной ситуации;
- что создает кризисную ситуацию, и как создание доверия, слушание и понимание населения, создание взаимосвязи, коммуникации относительно риска и формирование сообщений для аудитории могут привести к смягчению критической ситуации.

Практические рекомендации ВОЗ в этой области изложены в краткой форме на страницах 11-13 и доступны в деталях в библиотеке ВОЗ в режиме онлайн (2). Этот документ содержит частые ссылки на соответствующие вспомогательные документы в библиотеке. Эти ссылки четко маркированы в желтом квадрате «читай больше», как это представлено ниже.

ЧИТАЙТЕ  
БОЛЬШЕ



Эта иконка показывает, что вы можете найти практические рекомендации и советы в библиотеке ВОЗ в режиме онлайн.

Откройте <http://www.euro.who.int/vaccinetrust>

## Целевая аудитория

Этот документ был разработан для заинтересованных сторон, которые хотят в деталях понять вопросы относительно коммуникаций и создания доверия, связанные с вакцинами и вакцинацией. Он предоставляет основы и базисные знания для тех, кто отвечает за разработку коммуникационных стратегий или кто способствует проведению учебных семинаров по коммуникациям и проведению мероприятий по созданию доверия в этой области. В качестве пользователей этого документа могут быть включены:

- руководители программ иммунизации и их персонал
- руководители и персонал министерств здравоохранения
- контрольные органы в отношении лекарственных средств, медицинских и биологических препаратов
- подразделения по связям с населением и укреплению здоровья
- преподаватели семинаров по безопасности вакцин и коммуникациям по поводу безопасности вакцин
- преподаватели по вопросам СМИ
- национальные и областные консультативные органы по иммунизации

### КЛЮЧЕВОЕ ПОЛОЖЕНИЕ

## Теория и практика – где найти ответ

Этот документ предоставляет теоретический фундамент в отношении того, как поддерживать и направлять коммуникации и создавать доверие относительно вакцин и вакцинации как в течение проводимой работы, так и в период кризисной ситуации.

Он не предлагает практические рекомендации по этим вопросам. Пользователи, ищущие практические советы и рекомендации, направляются в библиотеку ВОЗ в режиме онлайн: откройте <http://www.euro.who.int/vaccinetrust>



## Вспомогательные материалы

Этот документ является одним из трех дополнительных источников в этой области, которыми располагает Европейское региональное бюро ВОЗ.



### «Вакцинация и доверие» - основополагающий документ

Документ определяет и описывает ключевые концепции и теоретические элементы, имеющие отношение к коммуникациям и созданию доверия к вакцинам и вакцинации как во время проводимой работы, так и в период кризисных ситуаций. Он предоставляет основу и базисные знания для подготовки стратегий в отношении коммуникаций и планов работы на случай возникновения кризисной ситуации или планирования и проведения учебных семинаров.



### Библиотека вспомогательных документов в режиме онлайн

Библиотека в режиме онлайн (2) содержит вспомогательные документы, такие как рекомендации в отношении готовности к кризисным ситуациям и ответных мер при их возникновении, эталоны в отношении стратегий и разработки сообщений, планов и многое другое. Имеются ссылки на соответствующие вспомогательные документы во всех отношениях.



### Программа обучения

Программа обучения включает учебные пособия и примеры случаев для групповой работы и однодневных имитационных упражнений. Пособие для инструкторов и лиц, планирующих обучение, предоставляет простой процесс описания планирования и проведения учебных семинаров по готовности к явлениям, которые могут подорвать доверие к вакцинам и вакцинации и мероприятиям в ответ на такие явления. Этот документ предлагает информацию о подготовке, планировании, содержании и

#### КЛЮЧЕВОЕ ПОЛОЖЕНИЕ

### Терминология – вакцина, вакцинация, иммунизация

Понимание различия между концепциями, которые относятся к вакцинации, может быть трудным. Некоторые рекомендации приведены ниже.

- **Вакцина** – это препарат, который вызывает иммунитет к болезни.
- **Вакцинация** – это действие, предусматривающее введение кому-либо вакцины. В этом документе «вакцинация» используется в качестве общего термина, относящегося ко всем факторам, которые имеют отношение к вышеупомянутому пункту.
- **Иммунизация** – это процесс, благодаря которому человек становится защищенным от болезни. Иммунизация может быть вызвана вакциной или заболеванием. Службы здравоохранения, которые работают в этой области, часто упоминаются как органы вакцинопрофилактики (иммунизации), или программы иммунизации.
- **Службы вакцинации** – подразумевается, где, когда, как и кем вакцина вводится в конкретной стране, включая такие факторы, как стоимость, приемлемость и удобство.
- **Предоставляющие услуги** – врачи, медицинские сестры или другие медицинские работники, осуществляющие введение вакцин.
- **Календарь прививок (вакцинации/ иммунизации)** – перечень рекомендуемых или обязательных прививок для индивидуума, включая время введения каждой дозы. Календари прививок (вакцинации) варьируют по странам и могут различаться в гендерном контексте.

Например, «озабоченность в отношении вакцинации» может относиться к озабоченности по поводу введения вакцины, ее эффективности и безопасности, доверия к службам иммунизации, доверия к предоставляющим услуги и/или по поводу того, когда и где проводится вакцинация и сколько вакцин вводится за раз.

# Рекомендации ВОЗ по созданию доверия к вакцинам

Краткий обзор практических рекомендаций ВОЗ в области коммуникаций и создания доверия в отношении вакцин и вакцинации представлен на рисунках 1 и 2. Детальную информацию следует искать в библиотеке ВОЗ в режиме онлайн (2).

Рис.1. Текущая работа по созданию и поддержанию доверия к вакцинам и вакцинации



Рис.2. Четыре незамедлительных шага, которые необходимо сделать в ответ на возникновение явления, которое может подорвать доверие





## Явления, которые могут подорвать доверие к вакцинам

Многие явления потенциально могут подорвать доверие к вакцинации и к службам, занимающимся их введением. Некоторые из них связаны с безопасностью вакцин и побочными проявлениями после иммунизации; некоторые – с изменениями в программе иммунизации, которые могут вызвать неопределенность среди населения и в средствах массовой информации по поводу вакцинации.

**Эти явления включают:**

- реакции на вакцину;
- явления, которые не связаны с вакцинацией, но существует вера в то, что это так (среди населения, средств массовой информации, медицинских работников);
- критические сообщения средств массовой информации;
- случаи в социальных сетях, информации и слухи;
- новые критические исследования;
- отзыв вакцины или временная приостановка ее использования;
- замена одного вакцинного препарата (производителя) на другой.

**Их негативное влияние может быть усилено следующими факторами:**

- неопределенностью (о причине возникновения явления);
- эмоциями и боязнью;
- повышенным вниманием со стороны средств массовой информации;
- масштабом явления (касающегося большого числа лиц);
- вовлеченностью детей и/или беременных женщин;
- достоверностью истории и ее источника;
- схожестью с предыдущими явлениями, которые вызвали кризисную ситуацию;
- политическим злоупотреблением в отношении явления с целью укрепления политического положения;
- появлением в периоды неустойчивости, такие как
  - наличие пандемии или вспышки заболевания;
  - наличие кампании массовой иммунизации;
  - внедрение новой или непривычной вакцины;
  - политический кризис, гражданские беспорядки или, иными словами, неустойчивая ситуация.

**Крупномасштабные ответные меры требуются в отношении не всех явлений**

Поскольку эти явления случаются часто, ответные меры должны полностью зависеть от явления и его контекста. Дилемма имеет две стороны.

- Информирование населения позволяет соответствующим органам донести свои сообщения рано, что может предотвратить эскалацию ситуации.
- Чрезмерные коммуникации по поводу явлений, которые незначительны или не имеют отношения к вакцинации, могут вызвать ненужную озабоченность и ненужный ущерб доверию среди населения.

Необходимо знание, когда осуществлять коммуникации, и какой уровень коммуникации необходим; в этой связи обратитесь к алгоритму ВОЗ по определению коммуникационного ответа, который имеется в библиотеке ВОЗ в режиме онлайн (2).

### КЛЮЧЕВОЕ ПОЛОЖЕНИЕ

## Не все явления требуют жестких ответных мер

- Не все эти явления развиваются в кризисные ситуации.
- Не все явления нуждаются в жестком коммуникационном ответе.

ЧИТАЙТЕ БОЛЬШЕ



Обратитесь к документу «Как обеспечить конкретно нацеленные меры в ответ на явление, которое может подорвать доверие к вакцинации». Откройте <http://www.euro.who.int/vaccinetrust>

## ПРИМЕР-СЛУЧАЙ



## Критическое исследование обладает разрушительным влиянием

Вскоре после того, как Постоянный комитет Германии по вакцинации (STIKO) рекомендовал, чтобы девочки в возрасте 12-17 лет были вакцинированы против папилломавирусной инфекции человека (ВПЧ) к 2007 году, группа из 13 ученых опубликовала документ в университетском веб-сайте, указывая, что эффективность вакцины ВПЧ была проверена недостаточно, и что опубликованные результаты оказывают услугу фармацевтической индустрии (3). И хотя STIKO опроверг позднее эту озабоченность (4), влияние документа оказалось разрушительным. Это привело к эмоциональным дебатам, которые омрачили внедрение вакцины ВПЧ.

Эмоциональные аспекты дебатов в большей степени, чем факты, привлекли внимание средств массовой информации. Только 10% веб-сайтов и 6% газет Германии предоставляли правдивую информацию об эффективности вакцины ВПЧ (5). Выборочное исследование, проведенное вскоре после дебатов, показало, что малообразованное население не восприняло вакцину как полезную, и уровень охвата этой вакциной был всего лишь 25% (6).

Выборочное обследование в Германии, проведенное среди детей и подростков (KIGGS 1-й волны) путем осмотра и интервьюирования и по поводу охраны здоровья, между 2009 и 2012 гг., было нацелено на определяющие факторы в отношении применения ВПЧ. Охват этой вакциной оставался низким после внедрения вакцины. Хотя определенные проблемы в знании были выявлены, факты говорили о том, что ранее освещенные средствами массовой информации ситуации с вакциной ВПЧ, а также публичные дебаты по поводу рекомендаций относительно проведения вакцинации среди профессионалов и озабоченность по поводу безопасности вакцины внесли вклад в нежелание родителей иммунизировать их дочерей (7).



Что научные исследования демонстрируют

# ОТНОСИТЕЛЬНО ПРИНЯТИЯ РЕШЕНИЯ ПО ВАКЦИНАЦИИ

В этом разделе описано, как люди принимают решения относительно вакцинации – как они воспринимают риск, и как на их решение влияют их положение, социальные нормы и культура.

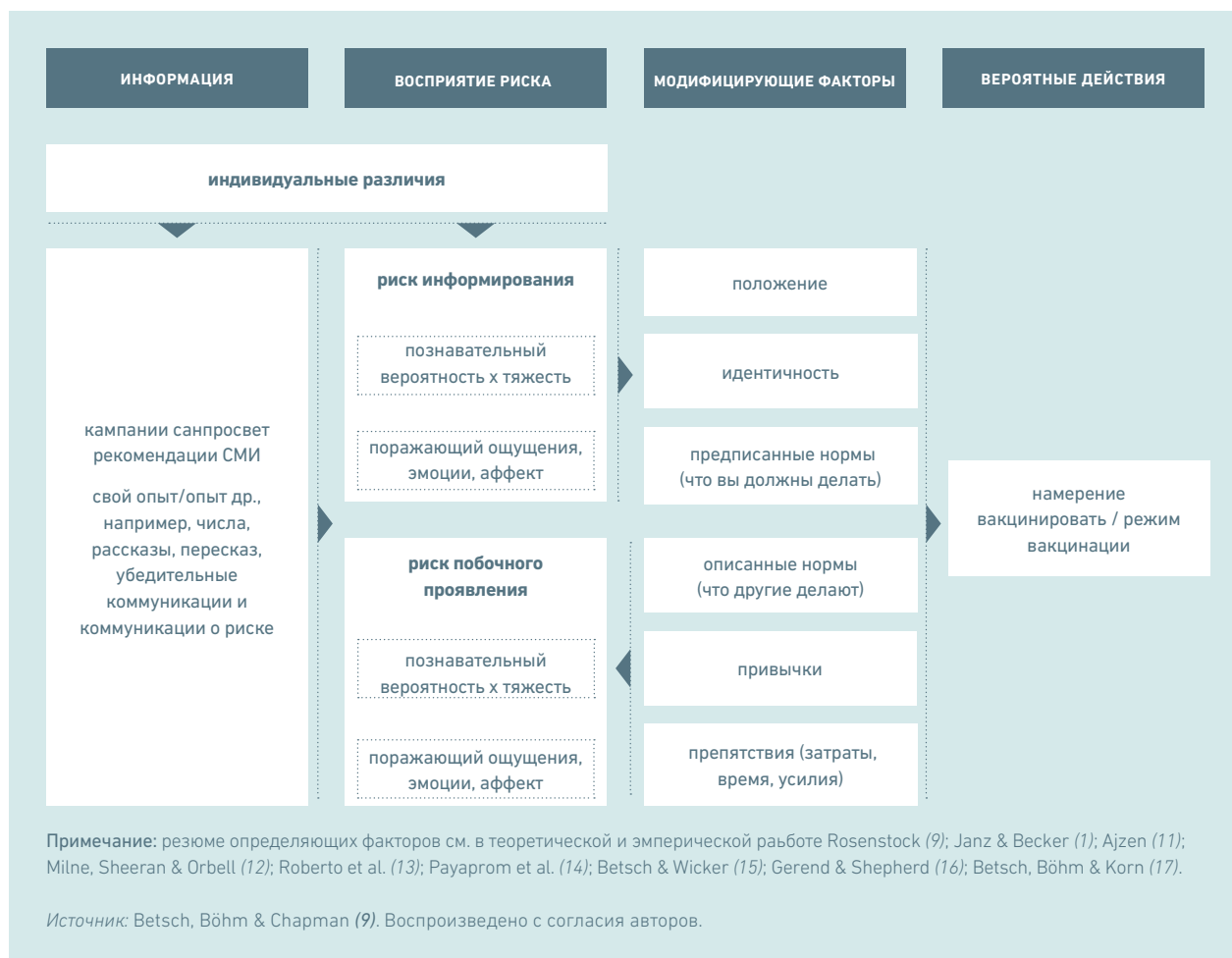


Существует множество факторов, влияющих на принятие решения относительно вакцин, включая осознание персонального риска, положение, собственную активность, препятствия и стимулирующие моменты, а также социальную значимость вопроса, вопросы культуры, норм и традиций. Эти факторы суммированы на рисунке 3 и описаны в деталях в последующих разделах (для получения более детальных объяснений см. Betsch, Böhm & Chapman (8)).

Коммуникации относительно вакцинации, которые необходимы во время кризисных ситуаций, связанных с применением вакцины, должны базироваться на понимании этих факторов. Как это понимание может формировать коммуникации и сообщение, описано в заключительном разделе этого документа.

Рис.3. Определяющие факторы в отношении принятия решения по вакцине

Более подробно описано в следующих разделах





## Восприятие риска и принятие решения

Ключевым фактором в отношении принятия решения о вакцинации является то, как люди воспринимают риск.

### КЛЮЧЕВОЕ ПОЛОЖЕНИЕ

#### Определение восприятия риска

Риск – это вероятность негативного исхода в будущем (18,19). Отдельные лица воспринимают риск согласно тому, насколько они верят в вероятность возникновения конкретного типа проявления (вероятность) и как они озабочены последствиями такого проявления (тяжесть) (20). Риск может также быть ощущением. Ощущения риска обладают большим влиянием на позицию, чем знания о риске (21).

Оба – и заболевание, и вакцинация могут ассоциироваться с риском. Индивидуум может думать, что заболевание вероятно и/или тяжелое, и он или она может ощущать, что побочные проявления в связи с введением вакцины вероятны и/или тяжелые. Общее правило, которое к этому имеет отношение:

- если люди осознают высокий уровень риска заболевания, они будут, скорее всего, вакцинироваться; тогда как
- если люди осознают высокий уровень риска, связанного с вакцинацией, они менее вероятно будут вакцинироваться.

**При отсутствии заболевания боязнь заболевания заменяется боязнью вакцинации у некоторых людей.**

### ПРИМЕР-СЛУЧАЙ

#### Кампания социальных СМИ #FokusImpfen Министерства здравоохранения Германии укрепляет рутинные коммуникации

Министерство здравоохранения Германии регулярно публикует краткие сообщения и информацию относительно вакцин, используя социальные СМИ (включая Фэйсбук и Твиттер). FokusImpfen (акцент на вакцинацию) помогает пользователям быстро идентифицировать сообщения и создавать «бренд», который легко узнаваем. Темы включают вакцинацию взрослых, вакцинацию против гриппа, корь и коллективный иммунитет и др. Этим путем правдивая информация регулярно подается населению с целью поддержки создания устойчивых групп населения путем расширения их знаний и осведомленности в отношении рисков заболевания и пользы вакцинации.



1.



2.

#### Разъяснение к рисункам:

1. Сообщение: «Существует лишь один путь поддерживать снижение числа случаев заболевания корью: вакцинировать # акцент на вакцинацию»; рисунок: «число случаев кори в 2015 году в 5 раз выше, чем за год ранее. Существует лишь одно решение: вакцинировать!»
2. Сообщение: «Взрослые также нуждаются в защите от болезней. Проверьте ваш прививочный статус! # акцент на вакцинацию»; рисунок: «Надежная защита каждый день».

### Факторы, влияющие на индивидуальное восприятие риска

Люди преобразуют любую информацию о вакцинации (кампании, персональные разговоры, веб-сайты, ориентированные против вакцинации, собственный опыт в этой области и т.д. (22,23)) в субъективное представление о риске. Но люди не являются идеальным процессором информации и результат не 1:1 в отношении предоставления всей индивидуальной информации (24,25). Индивидуальные предрасположения (например, способность понимать информацию) и общая или медицинская литература (26), а также способ предоставления информации будут влиять на решение. Это означает, что многие другие факторы влияют на индивидуальное восприятие риска.

Необходимо иметь в виду два важных аспекта в отношении индивидуального восприятия риска.

- Индивидуальные эмоции могут иметь большее влияние на позицию, чем его/ее знания (21).
- Человеку свойственно постоянно находиться в конфронтации с неопределенностью, и он разработал набор подходов, способствующих осознанию риска.

Эти подходы называются эвристическими.

**Отдельные лица часто не осознают, что они используют «конгитивные сокращения» вместо восприятия полной картины.**

### Эвристика

Эвристические подходы – это виды концентрации мысли, что делает жизнь легче, но они могут в некоторых случаях приводить к путаным суждениям и решениям (27). Здесь представлены некоторые примеры эвристических подходов, выявленных в процессе проведения психологических исследований.

- **Влияние эвристики:** отдельные лица руководствуются эмоциями, – такими как страх, гнев, неопределенность – потому что эти эмоции вызывают тревогу у такого лица по поводу потенциального риска (28).
- **Эффект безопасности:** человеческий мозг в большей степени сфокусирован на потерях, чем на приобретениях (27). Когда это касается оценки риска, люди таким образом больше нацелены на то, как избежать потери или вреда, чем на то, как получить выгоду. Относительно вакцинации это означает, что избежать риски, ассоциируемые с вакцинами (хотя и небольшие) может быть более важным, чем приобрести защиту, обеспечиваемую вакциной.
- **Подтверждение необъективности:** когда отдельные лица должны сделать определенное заключение относительно проблемы (например, вакцинация безопасна или вакцинация небезопасна), наиболее вероятно, они поверят сообщениям, которые поддерживают их заключение, даже если эти сообщения ошибочны (29).
- **Доступность эвристики:** отдельные личности имеют тенденцию принимать решения на основании фактов или примеров, которые тотчас же приходят на ум (такие как недавние, часто наблюдаемые или отдаленные факты, которые обсуждались в СМИ).
- **Согласование и закрепление эвристики:** отдельные лица имеют тенденцию обосновывать решение известными позициями с легкой коррекцией (30). Если они недавно слышали, что заслуживающий доверия источник выразил определенное мнение по поводу вакцинации (за или против), они отрегулируют свою оценку дальнейшей информации в соответствии с этой.

Из вышеизложенного следует, что отдельные лица часто слепы в отношении полной картины ситуации; они имеют тенденцию акцентировать свое внимание на ее частях. Исследования продемонстрировали, что отдельные лица обычно неосознанно осведомлены об этих «концентрациях мыслей».

**Увеличение риска: почему происходит эскалация небольших явлений**

Такая теория рисков, как социальное увеличение риска, объясняет, почему может лишь незначительное явление превратиться в кризисную ситуацию. Базисная идея заключается в том, что каждый раз, когда информация передается коммуникатору (будь то человек или канал СМИ), психологические, социальные, институциональные и культурологические процессы изменяют информацию. Это либо увеличивает, либо уменьшает восприятие людей, насколько велик риск (31). Другими словами, осознание риска – это не только передача фактических обстоятельств; психологические, социальные, институциональные и культурологические факторы играют роль.

В случае, когда восприятие риска усилено или уменьшено, это отражается на позиции людей – это опять оказывает влияние на то, как другие лица воспринимают риск (31,32). Очень скоро в результате может возникнуть кризисная ситуация.

Одним из важных фактов в этом процессе эскалации является то, что негативная информация обычно привлекает больше внимания, чем положительная информация. Существует масса для этого причин. Например, с эволюционной точки зрения повышенное внимание к негативной информации может быть важным для выживания, тогда как недостаточное внимание к позитивной информации обычно не создает аналогичной угрозы (33).

Далее, исследования показали, что негативная информация обычно воспринимается, как более достоверная. Это происходит потому, что позитивная информация рассматривается как нечто, которое может быть полезным для личных целей (33).

**Негативная информация (например, ребенок умер) привлекает больше внимания и воспринимается, как более достоверная, чем информация, утверждающая, что риска нет (например, вакцина безопасна и не была причиной смерти ребенка).**

Рис.4. Увеличение восприятия риска, создающее кризисную ситуацию





## Факторы, влияющие на принятие решения

### Позиции

Позиции в отношении вакцинации оказывают сильное влияние на решения о прививках. Твердые позиции могут взять верх над обоснованным мнением и процессом принятия решения. Они могут возникнуть из-за особой идентичности (религиозной, антропософистской или др.) (34), отсутствия доверия к соответствующим руководящим органам или из-за других факторов.

### Социальные нормы

Социальные нормы воздействуют на индивидуальные намерения и позицию относительно вакцинации разнообразными способами. Они подразделяют правила в группе, которые определяют позицию, так как они описывают, как кто-то один должен себя вести, или как большинство людей должно (35). «Группа» в этом случае может быть определена местом проживания людей, но может также определяться возрастом, полом, социально-экономическим положением, образованием, профессией, религией или другими убеждениями (36,37). Поэтому группа может быть этнической группой, специфическим городским соседством или группой, выступающей в режиме онлайн против вакцинации.

Как убеждение, что другие думают, что вы должны вакцинироваться, так и факт, что другие вакцинируются, могут влиять на позицию относительно вакцинации. Фактически члены группы имеют тенденцию соответствовать позиции большинства. Таким образом, когда применение вакцинации в группе возрастает, другие ее члены склоняются к тому, чтобы получить прививки. Нормы могут быть также и контрапродуктивными, когда социальной нормой в общине является отказ от вакцинации (см., например, Sobo (34)).

### Идентичность

Принадлежность к группе, которая разделяет определенные религиозные, образовательные, философские или другие взгляды, может также влиять на позицию относительно вакцинации (34). Когда нормы группы не поддерживают вакцинацию, ее члены будут воздерживаться от вакцинации, чтобы сохранить свою идентичность и принадлежность к группе.

### Культура и культурологические нормы

Культура воздействует на позиции и осознание риска так же, как и на желание принимать участие в общественной деятельности (например, внести вклад в создание коллективного иммунитета) и одобрение руководящих органов (38). Необходимо отметить, что культура не является статичной, а она достаточно изменчива (37). Глобальные сети и глобальные социальные связи обладают огромным влиянием на культуру – она более не принадлежит конкретной стране. Глобальные сообщества пользователей системы онлайн, настроенные против вакцинации, являются примером тому.

### Структурные барьеры

Даже если конкретное лицо в принципе желает быть вакцинированным, структурные барьеры могут препятствовать возможному осуществлению вакцинации. Такие барьеры включают доступность, неудобство и непосредственные затраты (такие как оплата услуги) или опосредованные затраты (такие как использование рабочего времени).

### Привычка

Преыдушие решения о вакцинации являются одним из наилучших предсказателей позиции относительно вакцинации в будущем (39). Это становится привычкой: рутинная позиция, которая не вызывает вопросов, а просто имеет место, потому что она имела место раньше (40). Поэтому считается, что первые вакцинации особенно важны (39).

**Доверие или уважение в отношении руководящих органов не может быть гарантированным. Люди осознают риск под влиянием многих факторов, а не только информации.**

ПРИМЕР-СЛУЧАЙ



## Мужчины преклонного возраста умирают от заболевания сердца – средства массовой информации обвиняют в этом вакцину против гриппа

В период проведения кампании вакцинации против гриппа в Израиле четверо мужчин в возрасте 52, 67, 70 и 75 лет умерли после получения вакцины. Трое из них проживали в одной и той же деревне, двое были близкими друзьями, и все ранее получили вакцины против гриппа. Все получили вакцину одной и той же серии, и трое из четырех были вакцинированы в одном и том же учреждении. Однако все они страдали также хроническими заболеваниями, включая заболевание сердца и диабет.

Эту историю «подхватили» местные СМИ, часто обновляя информацию в течение дня и придавая ей высокий статус и эмоциональное освещение. Reuters и L'agence France Presse представили историю, требуя от национальных органов здравоохранения и контрольных органов запросить информацию из ВОЗ об этой конкретной ситуации.

Смертные случаи вызвали озабоченность, и было решено временно приостановить кампанию вакцинации против гриппа, и в то же время было предпринято официальное расследование. Семьи умерших были проинтервьюированы, и они выразили свою тревогу, что вакцина вызвала смерть их родителя/деда. Через четыре дня, однако, расследование пришло к выводу, что все четверо мужчин умерли от заболевания сердца. Также стало известно, что 176 300 доз вакцины этой серии были поставлены в Австрию, Чешскую

Республику, Грецию, Италию, Корею, Польшу и Тайвань, где серьезных побочных проявлений зарегистрировано не было. На основании среднего числа случаев смерти за неделю среди группы лиц пожилого возраста старше 65 лет в Израиле было рассчитано, что среднее число ожидаемых смертельных исходов среди группы лиц преклонного возраста, которым была предложена вакцинация, было 144 за неделю по всей стране. При отсутствии других данных относительно невысокого качества вакцины или выявленных других рисков было решено, что не было причины далее приостанавливать кампанию вакцинации против гриппа.

С целью поддержания доверия к кампании и иммунизации были выпущен пресс-релиз и проведена пресс-конференция. Министр здравоохранения, которому 80 лет, был сам иммунизирован перед камерой телевидения в самое удобное для телезрителей время, а также интервьюирован всеми ключевыми СМИ, с демонстрацией его руки; министр сказал при этом, что он чувствует себя хорошо, и рекомендовал, что все лица групп риска должны быть привиты.

Тем не менее, было отмечено значительное снижение использования вакцины, что подчеркивало проблемы, связанные с коммуникациями в ответ на озабоченность по поводу безопасности вакцины. Соответственно этому более низкому охвату прививками отмечалось заметное увеличение числа смертельных исходов при пневмонии среди лиц преклонного возраста в течение сезона гриппа (41).



Что научные исследования демонстрируют

# ОТНОСИТЕЛЬНО НЕДОВЕРИЯ К ВАКЦИНАЦИИ И ОПАСЕНИЙ В ОТНОШЕНИИ БЕЗОПАСНОСТИ ВАКЦИН

Недоверие к вакцинации вызывает нарастающую озабоченность, не в меньшей степени в Европейском регионе ВОЗ. Этот раздел описывает, почему некоторые лица с недоверием относятся к вакцинации, и как это может увеличить риск возникновения критической ситуации. Это базируется на опыте стран Региона, а также на работе Глобальной рабочей группы по недоверию к вакцинации Стратегической консультативной группы экспертов ВОЗ по иммунизации (СКГЭ) (42).

## Определение недоверия к вакцинации

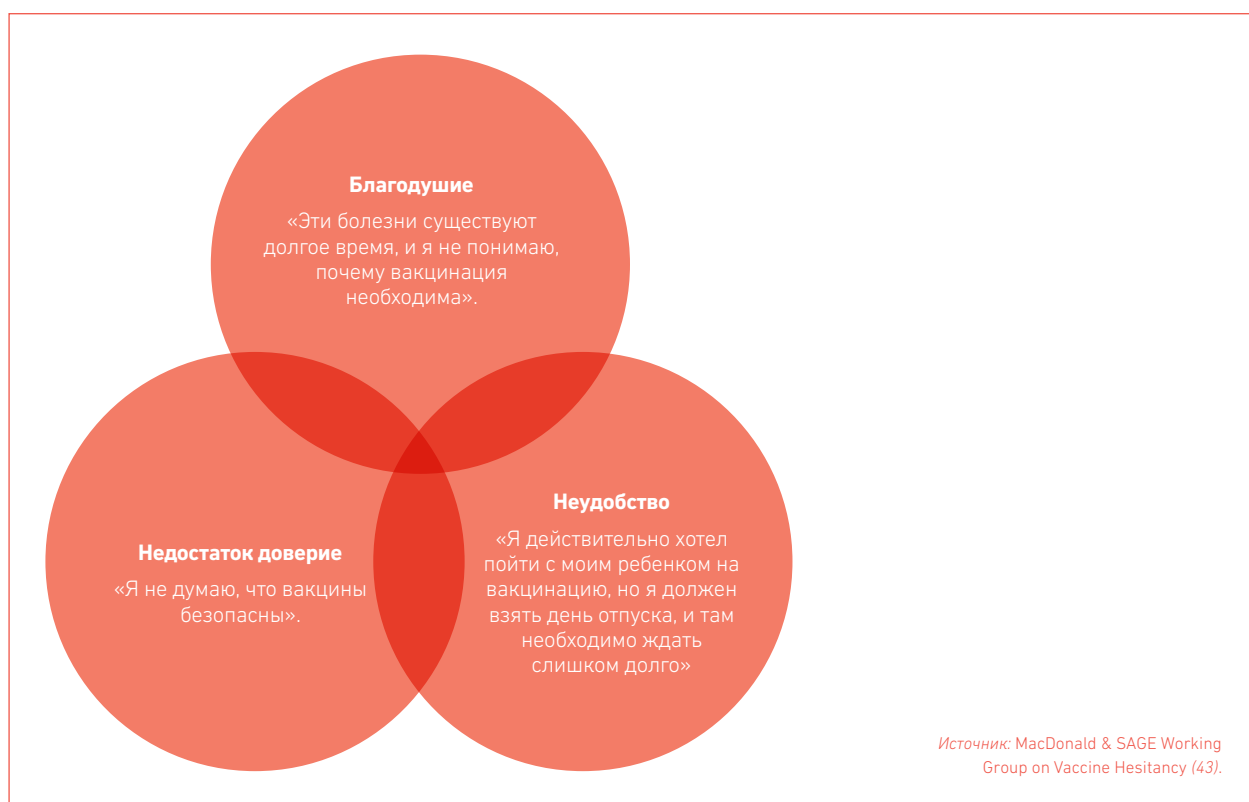
Большое внимание в последние годы уделялось изучению и пониманию недоверия к вакцинации. Анализируя и изучая имеющиеся данные, Рабочая группа СКГЭ дала определение недоверию к вакцинации, как задержка одобрения вакцинации или отказ от нее, несмотря на доступность служб вакцинации (17). Это широкое понятие, которое включает как лицо, которое всего лишь забыло о вакцинации, так и лицо, которое активно агитирует против вакцинации.

На основании данных, проанализированных Рабочей группой, очевидно, что все факторы, описанные в предыдущем разделе этого документа (осознание риска, позиции, социальные и культурологические нормы, и структурные барьеры), могут привести к недоверию к

вакцинации. Эксперты пришли к выводу, что недоверие к вакцинации – это сложное и специфическое в отношении контекста явление; оно также варьирует в зависимости от времени, места и вакцин. Основные причины недоверия к вакцинации были определены, как благодушие, неудобство и недостаток доверия (42) (см.рисунок 5).

Три фактора модели, предложенной СКГЭ, описаны в деталях ниже со ссылкой на работу MacDonald и Рабочей группы СКГЭ по недоверию к вакцинации (42); Dubé et al. (43) и Betsch, Böhm & Chapman (8).

Рис.5. Факторы, вызывающие недоверие к вакцинации





## Благодушие

Когда восприятие риска, связанного с управляемыми инфекциями, невелико, а вакцинация не считается необходимой профилактической мерой (42), это приводит к благодушию. Благодушие может возрасти, если другие жизненные приоритеты или приоритеты, связанные со здоровьем, кажутся более важными, или если управляемые инфекции не представляют собой обычное явление. Самоэффективность (осознание собственной личности/реальные способности индивидуума предпринять меры в отношении получения вакцинации) может также воздействовать на благодушие.

## Удобство

Удобство – это состояние, когда действие находится под воздействием физической доступности, приемлемости и желания платить, географической доступности, способности понять (язык и грамотность в отношении охраны здоровья) и призыва служб вакцинации (42). Даже если существует позитивное желание получить вакцинацию, структурные барьеры, такие как сложности в отношении доступности, могут заблокировать реализацию решения вакцинироваться.

## Доверие

Доверие связано с верой в:

- эффективность и безопасность вакцин;
- систему, осуществляющую их введение, включая надежность и компетентность служб и профессионалов-медиков;
- мотивацию лиц, принимающих решения по политике, которые решают вопрос о потребности в вакцинах (42).

Недостаток доверия может привести к неудаче в отношении вакцинации. Ситуации, при которых нежелательные явления справедливо или ошибочно связаны с вакцинацией, могут привести к снижению доверия и негативно влиять на принятие решения о вакцинации.

## ПРИМЕР-случай

### Более 160 лет движению против вакцинации

Вакцинация против натуральной оспы началась в начале 1800-х годов. Акты, принятые между 1840 и 1853 гг., сделали вакцинацию в Великобритании обязательной, и почти немедленно сообщества противников вакцинации подвергли критике закон, как нарушение социальных свобод в области охраны здоровья. В 1865 году 20 000 человек провели демонстрацию против обязательной вакцинации против натуральной оспы в Лестере, а в 1885 году до 100 000 противников вакцинации и симпатизирующих им лиц приняли участие в Лестерском марше (44). Движения, направленные против вакцинации, продолжали возникать в 19-м веке в странах, где вакцинация против натуральной оспы была обязательной, включая Швецию и Соединенные Штаты Америки.

С момента формирования в 1850 году первых движений в Великобритании, направленных против вакцинации, существовали разные группы, которые спорили по поводу того, что вакцины либо небезопасны, либо неэффективны, либо эта вакцинация несовместима с религиозной верой и социальными правами (45). Путем использования кампаний, публикаций или веб-сайтов высказывающиеся против вакцинации движения влияют на осознание риска в отношении вакцинации (46) и влияют на уровень охвата вакцинацией.

Анализ литературы показал, что глобальный антивакцинный лоббизм в 1970-х и 1980-х годах был основной причиной приостановки использования вакцины против коклюша в некоторых странах. В результате заболеваемость коклюшем в этих странах до поздних 1990-х годов была от 10 до 100 раз выше, чем в странах, которые продолжали вакцинацию (47). Недавние математические имитационные модели также показали, что опасения в отношении вакцин могут привести к субоптимальным результатам даже через годы после возникновения такой ситуации (48).

## Взаимосвязь между недоверием к вакцинации и опасениями по поводу безопасности вакцин

Опасения по поводу безопасности вакцин представляют собой ситуацию, при которой нежелательные явления справедливо или ошибочно связывают с вакцинацией и создают ощущение опасности и отсутствия доверия в отношении вакцинации и органов здравоохранения.

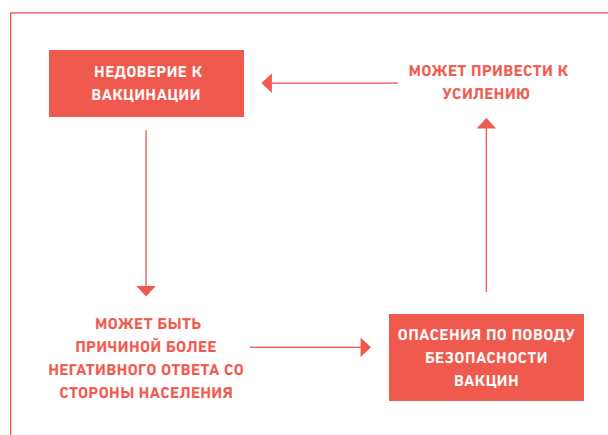
Опыт, приобретенный в Европейском регионе ВОЗ, показывает, что недоверие к вакцинации и опасения в отношении безопасности вакцин взаимосвязаны по двум причинам:

- При высоком уровне недоверия к вакцинации группы населения более легко подвергаются воздействию неверных восприятий вакцинации.
- Опасения в отношении безопасности вакцин в ряде стран повысили недоверие к вакцинации, что продемонстрировано снижением доверия к вакцинации и органам здравоохранения.

Это означает, что решение проблемы недоверия к вакцинации является важным не только для повышения охвата вакцинацией, но и для обеспечения устойчивой позиции населения против опасений относительно безопасности вакцин (см. рисунок 6).

Это также подразумевает, что эффективный ответ на опасение по поводу безопасности вакцин может помочь в предотвращении эскалации недоверия среди населения к вакцинации.

Рис.6. Взаимосвязь между недоверием к вакцинации и опасениями по поводу безопасности вакцин



### КЛЮЧЕВОЕ ПОЛОЖЕНИЕ

## Терминология – стойкое население

Стойкость определяется, как «способность становиться сильным, здоровым или успешным снова после того, как что-то случилось» (49). Иными словами, с усилением стойкости продолжающееся негативное воздействие явлений, связанных с применением вакцин, снижается.

Опыт стран демонстрирует, что стойкость населения возрастает, когда люди понимают риски и пользу, ассоциируемые с вакцинацией и управляемыми инфекциями, и могут сделать обоснованный выбор – потребовать вакцинацию.

ЧИТАЙТЕ БОЛЬШЕ



Обратитесь к документу «Специальный выпуск по вакцинам – Рекомендации ВОЗ относительно недоверия к вакцинации».

Откройте <http://www.euro.who.int/vaccinetrust>

ПРИМЕР-СЛУЧАЙ

## Противоречивое изучение безопасности вакцин усилило недоверие к вакцинации

Вслед за публикацией Andrew Wakefield голословных утверждений об ассоциации использования вакцины против кори, паротита и краснухи (КПК) с аутизмом в 1998 году уровень охвата вакцинацией КПК в некоторых странах Европы упал и оставался ниже предыдущих уровней в течение ряда лет, и наблюдалось возобновление вспышек кори в Регионе (50-52). Несмотря на факт, что исследование позднее было раскритиковано, как серьезно противоречивое, а автора обвинили в серьезном профессиональном нарушении своих обязанностей, и что многие последующие исследования не выявили связь

между вакциной КПК и аутизмом, ряд государств – членов Европейского региона ВОЗ сообщает, что эта публикация все еще используется в качестве аргумента против проведения вакцинации КПК, и что ошибочное восприятие связи между вакциной КПК и аутизмом по-прежнему широко распространено, поддерживая недоверие к вакцинации среди родителей.





Что научные исследования демонстрируют

# ОТНОСИТЕЛЬНО КРИЗИСНЫХ СИТУАЦИЙ, И КАК КОММУНИКАЦИОННЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ МОГУТ ИХ СМЯГЧИТЬ

Кризисная ситуация определяется, как специфическое, неожиданное и необычное явление или серия явлений, создающих большую неопределенность и (осознаваемую) угрозу (53). В этом разделе описывается, как создание атмосферы доверия, выслушивание и понимание людей, установление взаимоотношений, осуществление коммуникации о риске и распространение посланий среди публики могут смягчить кризисные ситуации.

Исследования показывают, что кризисные ситуации имеют три ключевые особенности: ограниченное время для ответных мероприятий, неожиданность и угроза (54). В отношении иммунизации знание этого может быть использовано для определения смягчающих ситуацию мероприятий, как это показано на рисунке 7.

Рисунок 7 демонстрирует коммуникационные мероприятия, которые могут смягчать кризисную ситуацию. Это описано в деталях ниже с акцентом на готовность к такой ситуации и ответные мероприятия.

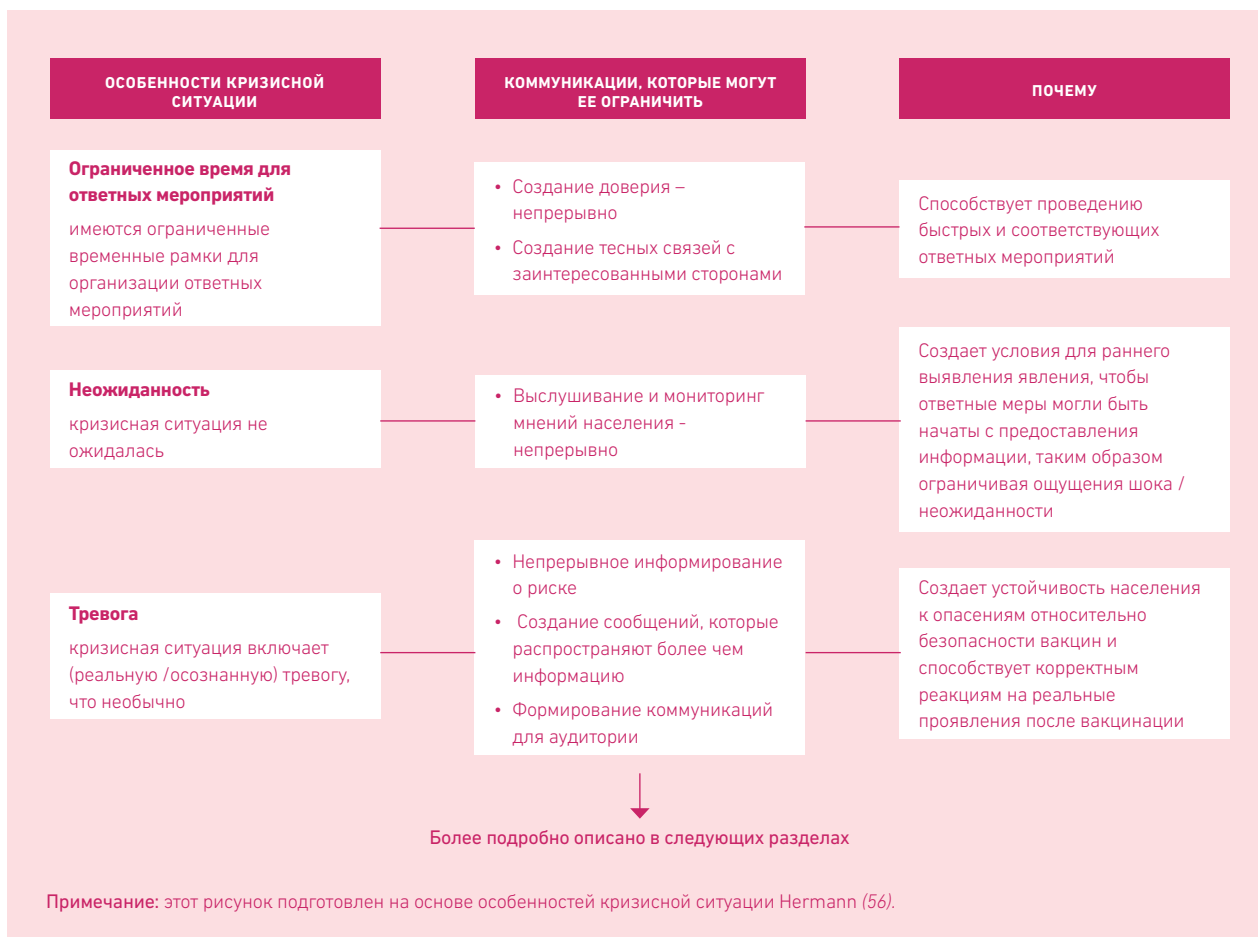
КЛЮЧЕВОЕ ПОЛОЖЕНИЕ

### Терминология – кризисная ситуация

В этом документе кризисная ситуация определяется, как специфическое, неожиданное и необычное явление или серия явлений, создающих высокого уровня неопределенность и (осознание) тревогу (53).

Кризисная ситуация, связанная с вакцинацией, может наблюдаться, когда нежелательное явление, справедливо или ошибочно связанное с вакцинацией, наносит значительный ущерб доверию к вакцинации и органам здравоохранения, осуществляющим ее.

Рис.7. Особенности кризисной ситуации и как они могут быть предотвращены или ограничены



## Создание доверия

Исследования по поводу кризисных ситуаций и коммуникаций при возникновении кризиса выделили одну ключевую концепцию: доверие. Если доверию к органам здравоохранения и медицинским работникам нанесен ущерб, это может привести к долгосрочному снижению использования вакцины, возможно, к возникновению вспышек болезни.

Доверие – это очень деликатное явление: его трудно приобрести и легко потерять. Исследования показывают, что в случае потери доверия коммуникации по поводу риска становятся неэффективными, и доверие трудно восстановить (25,55). Целью поэтому является создание и постоянное поддержание атмосферы доверия как в рутинной, так и в кризисной ситуациях.

### Признаки доверия

Исследования показывают, что ключевые признаки доверия – это то, как люди воспринимают следующее (56,57):

- **компетенцию** (люди должны чувствовать, что соответствующие органы и представители для общения с прессой и населением обладают знаниями и опытом);
- **объективность** (люди должны чувствовать, что предоставленная информация и предпринятые действия не отражают влияния заинтересованных сторон в соответствии с их программой);
- **справедливость** (люди должны чувствовать, что все соответствующие точки зрения приняты во внимание);
- **последовательность** (люди должны чувствовать, что сообщения и мероприятия предсказуемы и последовательны);
- **честность** (люди должны чувствовать, что соответствующие органы и представители для общения с прессой и населением откровенны, честны и открыты – демонстрация откровенности и сочувствия путем проведения мероприятий здесь более важно, чем декларация этого (56,57));
- **доверие** (люди должны чувствовать, что соответствующие органы и представители для общения с прессой и населением сочувствуют им, слушают и понимают их и искренне хотят сделать все возможное для них).

ЧИТАЙТЕ  
БОЛЬШЕ



Обратитесь к документу «Советы для преподавателей относительно общения с прессой и населением».

Откройте <http://www.euro.who.int/vaccinetrust>

### Предпочтение непринужденной информации

Психологическое исследование показывает, что человеческий мозг более позитивен, восприимчив и доверчив, когда он получает информацию, которая что-то повторяет из ранее услышанного, и когда сообщение четко и просто изложено в отношении формата и языка (58).

В этой связи исследование выявило три ключевые аспекта, которые повышают уровень доверия:

- использование четкого, понятного и не «технического» языка (55,59,60);
- демонстрация способности слушать концепции людей (56), воспринимать их серьезно (61) и отвечать на них;
- регулярное предоставление и повторение информации, даже когда нет никаких новостей (55) (никогда не отвечать «без комментариев» (60) – вместо повторения уже сделанного сообщения, быть уверенным в высказывании какой-либо возможной неопределенности, в то время как распространяется информация о предпринятых шагах).

### Создание тесных связей с заинтересованными сторонами

Ситуационная теория коммуникаций при кризисной ситуации (62) также подчеркивает важность доверия, как части управления процессом кризисной ситуации. Она указывает на хорошие связи с заинтересованными сторонами, как путь обеспечения такого доверия, утверждая, что люди обычно стремятся выяснить причины возникновения кризисной ситуации и хотят выявить ответственных за ее возникновение (инспирировано теорией Weiner (63)). Таким образом, создание, восстановление или поддержание доверительных взаимоотношений чрезвычайно важно.

Доверительные взаимоотношения с заинтересованными сторонами помогают избежать замешательства, недоверия и неправильное представление. Они также могут, в лучшем случае, мобилизовать сторонников предоставлять активную поддержку и помогают избежать негативных вмешательств противников. Поскольку кризисные ситуации характеризуются кратким временем для организации ответных мер (54), шаги по созданию доверия должны начинаться задолго до появления кризисной ситуации.

ЧИТАЙТЕ  
БОЛЬШЕ



Обратитесь к документу «Организация связи с заинтересованными сторонами до и во время кризисной ситуации».

Откройте <http://www.euro.who.int/vaccinetrust>

## Выслушивание мнений населения и их мониторинг

Выслушивание мнений населения позволяет органам здравоохранения своевременно узнать о мнениях, неправильных представлениях и страхах (64) до того, как они будут широко распространены, и отреагировать на них до их эскалации. Это является первым делом в случае ожидания потенциального возникновения критической ситуации и формировании основы для начала диалога с аудиторией и организации мероприятий в отношении неопределенности (65) (см. рисунок 8).

Выслушивание также способствует организации более эффективных и нацеленных ответных мероприятий. Это позволяет органам здравоохранения собирать информацию о специфических для местного населения неправильных представлениях, восприятиях риска и верованиях, которые могут препятствовать проведению вакцинации (61), помогая наполнять информацией эффективные и нацеленные коммуникации, которые принимают во внимание аспекты индивидуальной озабоченности и особенности культуры, к которой эти лица принадлежат (66-68).

Ключевым подходом в отношении «выслушивания» является мониторинг прессы. Мониторинг традиционных средств массовой информации предоставляет информацию о тенденциях в мнениях населения, мониторинг социальных сетей способствует выслушиванию населения более непосредственным путем (69). Социальные сети предоставляют возможность комментировать, напрямую принимать и распространять послания, а наблюдение за взаимодействиями в социальной сети предоставляет ценную информацию о страхах и восприятиях населения.

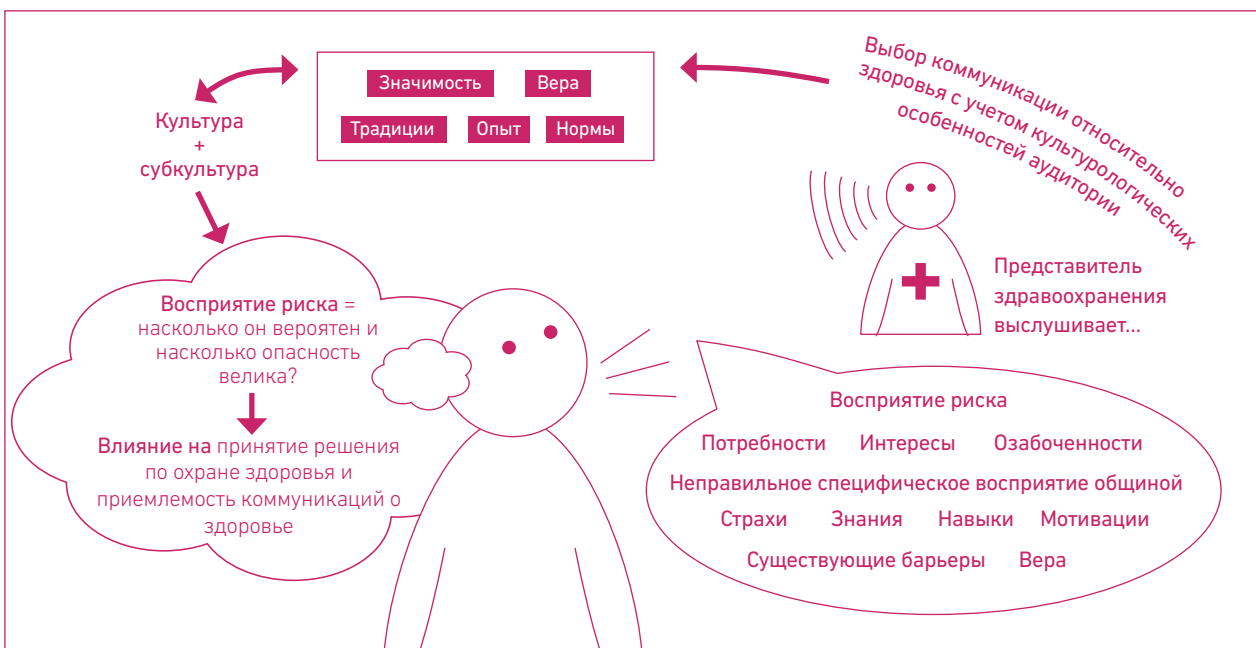
Другие пути мониторинга мнений населения включают наблюдение непосредственного взаимодействия между медицинскими работниками и отдельными лицами, ответы-вопросы по телефону или в виде разговора, ответную реакцию религиозных или местных лидеров или исследования, проводимые в конкретных целевых группах населения.

**ЧИТАЙТЕ БОЛЬШЕ**

Обратитесь к документу «Как осуществлять мониторинг мнений населения».

Откройте <http://www.euro.who.int/vaccinetrust>

Рис.8. Выслушивание мнений населения





Выслушивание мнений населения и их озабоченности по поводу вакцинации является первым шагом в случае ожидания потенциального возникновения кризисной ситуации. Это создает основу для начала диалога и организации мероприятий в отношении неопределенности и способствует проведению более эффективных и нацеленных ответных мероприятий.

ПРИМЕР-случай:

### Мониторинг мнений населения подготовил органы здравоохранения к демонстрации против вакцинации

Примером успешного выслушивания в период критической ситуации была коммуникационная кампания Министерства здравоохранения Израиля в 2013 году (70). Страна установила эпиднадзор за окружающей средой с целью выявления полиовирусов после вспышки полиомиелита в 1988 году. Благодаря этой системе органы здравоохранения были предупреждены об опасности в отношении скрытого появления и распространения дикого полиовируса типа 1 в 2013 году. Коллективный иммунитет был высок, охват вакцинацией был высоким, и случаев полиомиелита не выявлялось. Однако распространение вируса было возможно, так как инактивированная полиовакцина защищает от паралича и клинического заболевания инфекцией, но не предотвращает размножение вируса в кишечнике. Оральная полиовакцина была исключена из календаря прививок несколько лет назад.

С целью прекращения дальнейшей передачи дикого полиовируса, который угрожает достижению цели глобальной ликвидации полиомиелита, и защиты уязвимых лиц, которые не могут быть иммунизированы, было решено провести дополнительные мероприятия по иммунизации. Это решение первоначально вызвало сопротивление среди некоторых групп, которые не смогли понять, что полностью привитые инактивированной вакциной дети могут тем не менее распространять вирус. Благодаря согласованным усилиям первый раунд кампании был успешным.

Основным элементом, внесшим вклад в этот успех, была современная система надзора за коммуникациями, использующая мониторинг мнений населения и ответные меры на озабоченность населения. Как пример, органы здравоохранения осуществляли мониторинг социальных информационных сетей и в результате ознакомились с планом продемонстрировать протест против вакцинации. Они смогли мобилизовать пострадавших от полиомиелита, которые оказались парализованными, когда иммунизация не была еще широко доступной, и обратиться к толпе с этой демонстрацией. По сообщениям, это привело к скорому разрешению проблемы.

## Коммуникации по поводу риска

Этот раздел предоставляет научные данные относительно коммуникаций по поводу риска. Они опираются на знание восприимчивости риска, описанного выше.

Как риск воспринят во время кризисной ситуации, зависит от того, что отдельная личность уже знает. Таким образом, важно, как соответствующие органы проводят санитарно-просветительную работу среди населения по поводу рисков до возникновения какой-либо кризисной ситуации. Это называется коммуникациями по поводу риска.

Коммуникации по поводу риска преследуют цели:

- предоставить достаточно информации по этому вопросу и о последствиях возможных действий, что позволит людям взвесить позитивные и негативные результаты;
- представить меры предосторожности с тем, чтобы люди могли адаптировать превентивные формы поведения (19).

В отношении иммунизации это осложняется тем, что меры предосторожности (вакцинация) сами по себе предполагают риск. Таким образом, важно, чтобы население:

- понимало риски, ассоциируемые с управляемыми инфекциями;
- понимало пользу и риски, ассоциируемые с вакцинацией; и
- знало, где найти точную, достоверную и четкую информацию по этому поводу.

**Чрезвычайно важно, как органы здравоохранения осуществляют коммуникации по поводу риска до возникновения кризисной ситуации, поскольку восприятие риска в период такой ситуации находится под воздействием того, что люди уже знают.**



### Проблемы с восприятием риска

Несмотря на то, что должно быть очевидным, что риск, ассоциируемый с заболеванием, значительно больше, чем риск, ассоциируемый с вакцинацией, это может не привести к очевидному выводу для всех, так как отдельные лица понимают риск сугубо субъективно.

Как объяснялось выше, в ситуации неопределенности отдельные лица принимают решения на основании не только информации, но более часто на эмоциональной основе и когнитивных ощущениях (эвристика). Негативные сообщения (например, ребенок скончался) привлекают больше внимания, чем позитивные (например, вакцина не имеет никакого к этому отношения). Далее, отдельные лица имеют тенденцию акцентировать внимание больше на том, как избежать потерю (такую, как побочные проявления после вакцинации), чем на приобретениях (таких, как защита от заболевания после вакцинации).

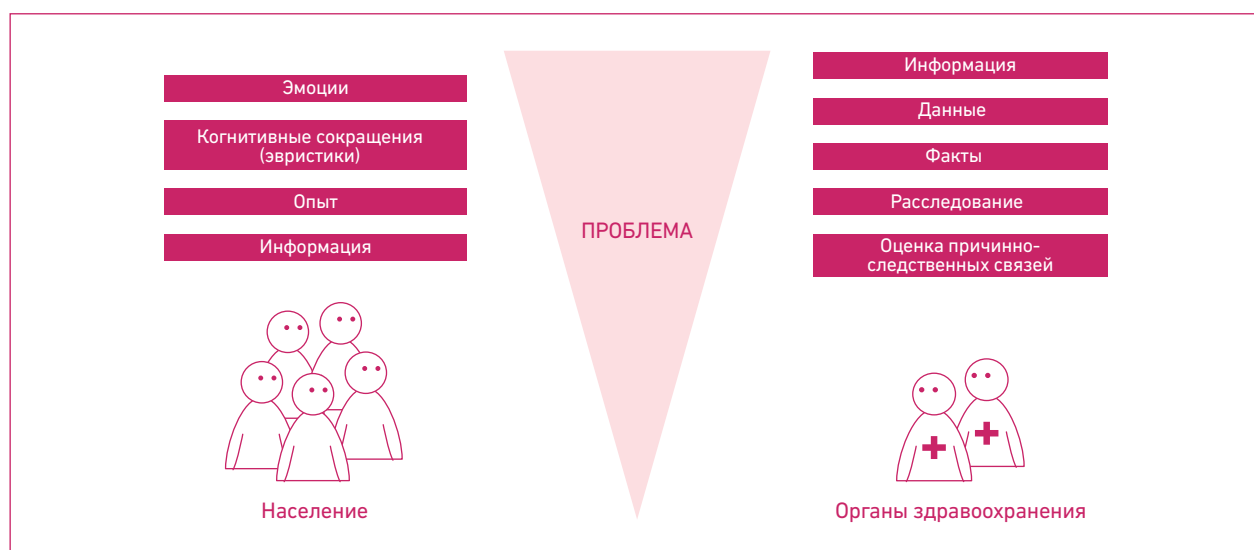
Хотя органы здравоохранения оценивают риски и реагируют на них на основе имеющихся данных, публика оценивает риски и реагирует на них на основе эмоций и эвристики и (в меньшей степени) информации. Это создает проблему с восприятием риска (см. рисунок 9).

Чтобы преодолеть эту проблему или предотвратить ее появление, важно осуществлять коммуникации о риске:

- путем, который аудитория сможет понять; и
- путем, который апеллирует к аудитории.

Как создавать сообщения и предоставлять их аудитории, описывается ниже. Их подготовка поможет ликвидировать проблему с восприятием риска.

Рис.9. Проблема с восприятием риска



ЧИТАЙТЕ  
БОЛЬШЕ



Обратитесь к документу «Основные принципы презентации данных».  
Откройте <http://www.euro.who.int/vaccinetrust>

ЧИТАЙТЕ  
БОЛЬШЕ



Обратитесь к документу «Как подготовить план сообщения».  
Откройте <http://www.euro.who.int/vaccinetrust>

# Создание сообщений, которые передают больше, чем просто информацию

Человек не является идеальным процессором информации (30). Таким образом, передача сообщений – это не только передача информации. Это и выражение эмоций, создание доверия, обеспечение полного понимания вопроса и обеспечение уверенности, что соответствующие люди отметили и запомнили существо вопроса и реагируют на него должным образом. На этих страницах суммированы основанные на фактологической информации общие принципы коммуникаций в области охраны здоровья.

## МЕТОД

### Фокус внимания на потерях или приобретениях

Сообщения могут быть составлены двумя путями:

- в «рамках приобретения» с акцентом на позитивные возможности для улучшения здоровья;
- в «рамках потери» с акцентом на риск заболевания.

Выбор соответствующего варианта может оказать важное влияние на то, как люди реагируют на сообщение (71-73). Исследования показывают, что «рамки приобретения» работают лучше в профилактическом контексте, например вакцинации. «Рамки потери» более эффективны, когда пропагандируется определенная позиция, например скрининг по поводу рака (74).

## ПРИМЕРЫ

### Приобретения для здоровья против риска заболевания

- «Рамка приобретения»: «Ваш ребенок имеет право на жизнь и здоровье. Защитите это право. Вакцинируйте его».
- «Рамка потери»: «Корь может убить маленького ребенка. Вакцинируйте его».

## МЕТОД

### Эмоциональные обращения

Исследования показывают, что эмоции играют важную роль при принятии решения о вакцинации (75). Эмоциональные сообщения относительно здоровья легче запоминаются, чем незэмоциональные; таким образом, вызов эмоций является важной стратегией в коммуникациях по поводу здоровья (76-78).

Из-за их влияния, однако, эмоциональные обращения могут также создавать даже более сильную негативную реакцию. Чтобы быть эффективными и соответствовать цели, они должны быть специфичными в отношении контекста и учитывать особенности культуры; они могут варьировать в зависимости от общин. Они должны использоваться с осторожностью, и всегда до их широкого использования должно проходить тестирование с представителями аудитории.

## ПРИМЕРЫ

### Вызов эмоций

«Любите своего ребенка. Защитите его. Вакцинируйте его».

## МЕТОД

### Запугивающие обращения

Акцент на потенциальных потерях и вызов страха (запугивающие обращения) в принципе необходимо избегать в контексте коммуникаций о вакцинации. Тем не менее, иногда это необходимо, чтобы повысить осведомленность о риске возникновения определенного заболевания – например, если население благодушно относительно вакцинации (17).

Запугивающие обращения работают максимально, когда они (79,80):

- рекомендуют только однократную позицию (например, вакцинацию);
- подчеркивают тяжесть и восприимчивость;
- рекомендуют, что делать для снижения риска;
- рекомендуют, как что делать (например, консультацию с семейным врачом).

Когда люди чувствуют, что риск велик, и понимают, что надо делать и что они могут снизить риск, они следуют рекомендуемой позиции (например, вакцинировать ребенка). Когда люди чувствуют, что риск велик, но они не понимают, что надо делать или что не могут снизить риск, они не следуют рекомендуемой позиции. Вместо этого они контролируют свои опасения, отрицая риск или умаляя значение сообщения (81).

Если запугивающих обращений избежать не удастся, они должны комбинироваться с информацией, как предотвратить угрозу. Призыв к действию должен быть очень четким: какая вакцина, для кого (возраст, пол), где, когда и как, а также стоимость, где дополнительную информацию можно найти, почему это рекомендуется именно сейчас, и кто рекомендует (82).

## ПРИМЕРЫ

### Вызов страха

Фотография: печально выглядящая женщина.

Текст: «Сюзанна, 66 лет, овдовевшая из-за гриппа. Вакцинация против гриппа может предотвратить тяжелое заболевание. Если вам 60 лет или больше, вакцинация может защитить вас и лиц, которых вы любите. Эта вакцинация бесплатная. Позвоните вашему семейному врачу и договоритесь о визите к нему. Найдите дополнительную информацию на [www...](http://www...)»

Эмблема: автор сообщения (например: министерство здравоохранения, национальный институт организации здравоохранения).

#### МЕТОД

##### Изложение фактов

Факты – это небольшие истории, которые описывают персональный опыт (83) и которые могут оказать влияние на коммуникации относительно здоровья и улучшить осведомленность о болезнях. Они могут, однако, также привести к тенденциозному восприятию риска (84).

Несколько экспериментов позволили изучить изложение фактов в контексте появления побочных проявлений после иммунизации и продемонстрировали, что субъективное восприятие риска находится под значительным влиянием изложенных фактов относительно побочных проявлений (например, в интернете), даже когда факты и данные демонстрируют чрезвычайно низкий уровень появления побочных проявлений (83–85).

Изложение фактов, которые описывают процесс принятия решения, однако, может быть полезным, так как они информируют (не уговаривают), что они помогают аудитории участвовать в принятии решения, и они моделируют позицию (изменение точки зрения, активное участие в принятии решения) (86).

#### ПРИМЕРЫ

##### Процесс изложения фактов

«Изначально я относилась с недоверием к вакцинации. Я разговаривала с моим врачом о вакцинах. Я узнала, что каждый ингредиент вакцины необходим, и что количество субстанций так мало, что даже в грудном молоке их количество больше. Я изменила свое мнение и сегодня я довольна, что мой ребенок защищен», – Екатерина, 29 лет.

#### МЕТОД

##### Иллюстрации

Исследования демонстрируют, что комбинация текста с иллюстрациями повышает восприятие и понимание информации (87), особенно когда текст технический или сложный (88). Тем не менее, иллюстрации только способствуют процессу понимания и изучения, если они тесно связаны с текстом (89), и если они представлены вместе, а не отдельно в конце текста (90).

Наглядные изображения, которые представляются относительно часто (см. пример), также демонстрируют улучшенное понимание риска и снижение ошибочного его восприятия (91).

#### ПРИМЕР



#### МЕТОД

##### Корректировка неправильного восприятия

Корректировка неправильного восприятия, слухов и мифов относительно иммунизации является проблемой. Только упоминание мифа может его укрепить, даже если намерение было его развеять (92). Парадоксально, но жесткое отрицание возможного риска может усилить его восприятие и таким образом понизить желание подвергнуться вакцинации (93). Для эффективной коррекции неправильного восприятия психологи сформулировали набор правил на основе обширного анализа литературных данных (93–95) (краткое изложение адаптировано из данных ECDC (96)).

- Делайте упор на факты. Не повторяйте миф. Начните с фактов, чтобы добиться, что люди их запомнят.
- Представляйте только ключевые факты. Мифы часто просты, так что ваше сообщение также должно быть насколько возможно простым.
- Сделайте ясное предостережение. Если вы обратитесь к неправильному восприятию, используйте текст визуальных материалов для предостережения, что подающаяся информация недостоверна.
- Предоставляйте альтернативные объяснения. Предоставляйте корректные объяснения по поводу фактов, которыми манипулируют в мифе, и объясните, почему миф ошибочен и, вероятно даже, почему лица, предоставляющие некорректную информацию, укрепляют миф в первую очередь.
- Используйте графики. Факты должны быть представлены графически, если это возможно.
- Обратите внимание на язык. Избегайте использование грубого языка, когда вы хотите заявить, что «риска нет». Грубое заявление, отрицающее возможность риска, ассоциируемого с вакцинацией, может привести к обратному результату и усилить, а не понизить восприятие риска (93).

#### ПРИМЕРЫ

##### Корректировка мифа

Корректировка неправильного осознания, что управляемые инфекции больше не представляют опасности, и нет причины поддерживать и увеличивать инвестиции в иммунизацию, может включать следующие сообщения.

- Это миф, что управляемые инфекции более не представляют опасности.
- Управляемые инфекции могут стать более редкими, что может привести к этому неправильному представлению.
- Число таких заболеваний, как корь, статистически значительно снизилось, но даже в странах с высоким уровнем охвата прививками вспышки поражают группы невакцинированных лиц.
- Корь вызывает страдание заболевших, а в худших случаях – даже смерть.

Неправильная информация должна быть подвергнута квалифицированной коррекции. Это является, однако, проблемой, так как лишь упоминание мифа (даже в контексте его опровержения) может привести к его укреплению.

### Формирование коммуникаций по поводу вакцинации для аудитории

Исследования показывают, что коммуникации по поводу здоровья более эффективны, когда они относятся к делу (97,98) и имеют форму, соответствующую особенностям конкретной целевой группы (99-101), включая культурологическое значение, нормы, традиции и особенности коммуны.

Коммунами могут быть люди, проживающие в конкретных географических территориях, но они могут также быть группами, определяемыми возрастом, полом, социально-экономическим статусом, образованием, профессией, специфическими интересами или мнением, религией или другими убеждениями (35,36). Например, коммуникации по поводу здоровья должны различаться, когда имеют дело с индивидуальной или коллективной культурой (37).

- Люди индивидуальной культуры осознают себя, как независимые, и каждое достижение отдельной личности важно (102). Сообщения, связанные со здоровьем, должны нацеливаться на персональные предпочтения и подчеркивать риск для индивидуума.
- При коллективной культуре сплоченность и гармония влияют на восприятие и действия (102). Сообщения относительно здоровья должны подчеркивать общие нормы и объяснять риск в социальном контексте (семья и друзья).

На основе исследований в области коммуникаций основными принципами их формирования для целевых групп являются следующие (103):

- Определите, кто является целью коммуникации – целевая группа
- Определите сегменты – например, согласно демографическим данным (возраст, пол, географическая локализация, образование или социально-экономическая группа) и/или согласно ситуации с вакцинацией (прививочный статус, восприятие риска, барьеры / возможности для вакцинации, мнения о вакцинации и ее восприятие).
- Поймите целевые группы и их барьеры и мотивации в отношении вакцинации и планируйте действия по коммуникациям соответственно.
- Подготовьте разные сообщения и действия для разных сегментов на основе того, что о них известно.

## Органы здравоохранения должны понять целевые группы, их барьеры и мотивации в отношении вакцинации и планировать деятельность по коммуникациям соответствующим образом.

### КЛЮЧЕВОЕ ПОЛОЖЕНИЕ

#### Поймите барьеры и мотивации восприимчивого населения

Благодаря количественным и качественным исследованиям стало возможным проанализировать и определить барьеры и мотивации в отношении вакцинации. Понимание таких барьеров и возможностей поможет лицам, принимающим решения, прицельно организовать мероприятия по достижению невакцинированных и недовакцинированных групп. Пособие ВОЗ по адаптации программ иммунизации (104) может быть использовано, как диагностический подход для оказания помощи в проведении мероприятий.

### От общих к межличностным коммуникациям

Значимость усилий по формированию коммуникаций для аудитории бесспорна, но ресурсы и время могут быть сдерживающими факторами. Особенно во время кризисных ситуаций может не оказаться времени для детального изучения и понимания барьеров и мотиваций в отношении вакцинации в целевых группах. Тем не менее, даже в трудное время кризиса инвестиции в изучение целевых групп и рассмотрение, как сообщения и мероприятия могут быть осуществлены в соответствии с тем, как их воспримут люди, заслуживают одобрения.

Обращение к целевым группам может варьировать от общих до межличностных коммуникаций (см.рисунок 10).

Рис.10. Подходы в отношении сообщений о вакцинации







# Рекомендации ВОЗ по созданию доверия и ответных мероприятий в период кризисных ситуаций

С учетом понимания, приобретенного в процессе презентации фактов, которые влияют на принятие решений относительно вакцинации, недоверия к вакцинации и опасений в отношении безопасности вакцин, а также кризисных ситуаций, связанных с вакцинацией, и того, как деятельность по коммуникациям может смягчить их, ВОЗ рекомендует, что государства-члены должны:

- создавать невосприимчивость населения к слухам и опасениям в отношении вакцинации путем проведения соответствующих мероприятий;
- обеспечивать наличие устойчивой программы, хорошо подготовленной для проведения мероприятий в ответ на любое явление, которое может подорвать доверие;
- незамедлительно отвечать на любые такие явления соответствующими мероприятиями, основанными на данных оценки ситуации.

Все вместе, эти действия могут предотвратить эскалацию ситуации в кризисную ситуацию или минимизировать разрушающий эффект кризисной ситуации. Пользователи, ищущие практических советов и рекомендаций относительно этих вопросов, могут обратиться в библиотеку ВОЗ в режиме онлайн: откройте <http://www.euro.who.int/vaccinetrust> . Она содержит ряд документов, разработанных в отношении конкретных ситуаций и потребностей, такие как рекомендации по готовности к кризисным ситуациям и ответным мероприятиям, шаблоны для подготовки стратегий и разработки сообщений, планирование и др.



# Библиография

1. Thompson KM, Tebbens RJD. Retrospective cost-effectiveness analyses for polio vaccination in the United States. *Risk Anal.* 2006;26(6):1423-40.
2. Vaccine library [website]. Geneva: World Health Organization; 2016 ([euro.who.int/vaccinetrust](http://euro.who.int/vaccinetrust)).
3. Dören M, Gerhardus A, Gerlach FM, Hornberg C, Kochen MM, Kolip P et al. Wissenschaftler/innen fordern Neubewertung der HPV-Impfung und ein Ende der irreführenden Informationen. Stellungnahme vom 25.11.2008 [Scientists demand a re-assessment of the HPV vaccine and an end to deceptive information. Statement from 25.11.2008]. Bielefeld: University of Bielefeld; 2008 (<http://www.uni-bielefeld.de/gesundhw/ag3/downloads.html>, accessed 23 October 2015).
4. STIKO. Impfung gegen HPV – Aktuelle Bewertung der STIKO. *Epidemiologisches Bulletin.* 2009;32.
5. Bodemer N, Müller SM, Okan Y, Garcia-Retamero R, Neumeyer-Gromen A. Do the media provide transparent health information? A cross-cultural comparison of public information about the HPV vaccine. *Vaccine.* 2012;30(25):3747-75.
6. Roggendorf H. Erste Erfahrungen zur Akzeptanz der HPV-Impfung [First experiences with the acceptance of the HPV-vaccine]. *Monatsschrift Kinderheilkunde [Monthly Publication on Paediatrics].* 2009;157(10):982-5.
7. Poethko-Müller C, Buttman-Schweiger N, KiGGS Study Group. Impfstatus und Determinanten der Impfung gegen humane Papillomviren (HPV) bei Mädchen in Deutschland Ergebnisse der KiGGS-Studie – Erste Folgebefragung (KiGGS Welle 1). *Bundesgesundheitsbl.* 2014;57:869-77. doi:10.1007/s00103-014-1987-3.
8. Betsch C, Böhm R, Chapman GB. Using behavioral insights to increase vaccination policy effectiveness. *Policy Insights Behav Brain Sci.* 2015;2(1):61-73. doi:10.1177/2372732215600716.
9. Rosenstock IM. The Health Belief Model and preventive health behavior. *Health Educ Monogr.* 1974;2:354-86. doi:10.1177/109019818801500203.
10. Janz NK, Becker MH. The Health Belief Model: a decade later. *Health Educ Q.* 1984;11(1):1-47. doi:10.1177/109019818401100101.
11. Ajzen I. The theory of planned behavior. *Organ Behav Hum Dec.* 1991;50(2):179-211. doi:10.1016/0749-5978(91)90020-T.
12. Milne S, Sheeran P, Orbell S. Prediction and intervention in health-related behavior: a meta-analytic review of protection motivation theory. *J Appl Soc Psychol.* 2000;30(1):106-43. doi:10.1111/j.1559-1816.2000.tb02308.x.
13. Roberto AJ, Krieger JL, Katz ML, Goei R, Jain P. Predicting pediatricians' communication with parents about the human papillomavirus (HPV) vaccine: an application of the theory of reasoned action. *Health Commun.* 2011;26(4):303-12. doi:10.1080/10410236.2010.550021.
14. Payaprom Y, Bennett P, Alabaster E, Tantipong H. Using the Health Action Process Approach and implementation intentions to increase flu vaccine uptake in high risk Thai individuals: a controlled before-after trial. *Health Psychol.* 2011;30(4):492-500. doi:10.1037/a0023580.
15. Betsch C, Wicker S. E-health use, vaccination knowledge and perception of own risk: drivers of vaccination uptake in medical students. *Vaccine.* 2012;30(6):1143-8. doi:10.1016/j.vaccine.2011.12.021.
16. Gerend MA, Shepherd JE. Predicting human papillomavirus vaccine uptake in young adult women: comparing the health belief model and theory of planned behavior. *Ann Behav Med.* 2012;44(2):171-80. doi:10.1007/s12160-012-9366-5.
17. Betsch C, Böhm R, Korn L. Inviting free-riders or appealing to prosocial behavior? Game-theoretical reflections on communicating herd immunity in vaccine advocacy. *Health Psychol.* 2013;32(9):978-85. doi:10.1037/a0031590.
18. Joffe H. Risk: from perception to social representation. *Brit J Soc Psychol.* 2003;42(1):55-73. doi:10.1348/014466603763276126.
19. Renner B, Gamp M. Krisen- und Risikokommunikation [Crisis and risk communication]. *Prävention und*

- Gesundheitsförderung [Prevention and health promotion]. 2014;9(3): 230–8. doi:10.1007/s11553-014-0456-z.
20. Sjöberg L, Moen B, Rundmo T. Explaining risk perception. An evaluation of the psychometric paradigm in risk perception research. Trondheim: Norwegian University of Science and Technology; 2004 ([http://paul-hadrien.info/backup/LSE/IS%20490/utile/Sjoberg%20Psychometric\\_paradigm.pdf](http://paul-hadrien.info/backup/LSE/IS%20490/utile/Sjoberg%20Psychometric_paradigm.pdf), accessed 20 July 2015).
21. Slovic P, Peters E. Risk perception and affect. *Curr Dir Psychol Sci*. 2006;15(6):322–5. doi:10.1111/j.1467-8721.2006.00461.x.
22. Rhodes R, Courneya K. Modelling the theory of planned behaviour and past behaviour. *Psychol Health Med*. 2003;8:57–69. doi:10.1080/1354850021000059269.
23. Pomery EA, Gibbons FX, Reis-Bergan M, Gerrard M. From willingness to intention: experience moderates the shift from reactive to reasoned behavior. *Pers Soc Psychol Bull*. 2009;35:894–908. doi:10.1177/0146167209335166.
24. Slovic P. Perception of risk: reflections on the psychometric paradigm. In: Krinsky S, Golding D, editors. *Social theories of risk*. Westport, CT: Praeger; 1992:117–52.
25. Slovic P. Perceived risk, trust, and democracy. *Risk Anal*. 1993;13(6):675–82. doi:10.1111/j.1539-6924.1993.tb01329.
26. Sørensen K, Van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z et al. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*. 2012;12(1):80. doi:10.1186/1471-2458-12-80.
27. Kahneman D, Tversky A. Choices, values, and frames. *Am Psychol*. 1984;39(4):341–50.
28. Dickert S, Västfjäll D, Mauro R, Slovic P. The feeling of risk: implications for risk perception and communication. In Cho H, Reimer T, McComas KA, editors. *The Sage handbook of risk communication*. Los Angeles: Sage; 2015:41–55. doi:10.4135/9781483387918.n7.
29. Kahneman D. *Thinking, fast and slow*, first edition. New York: Farrar, Straus and Giroux; 2011.
30. Kahneman D, Tversky A. Judgment under uncertainty: heuristics and biases. *Science*. 1974;185(4157):1124–31.
31. Kasperson RE, Renn O, Slovic P, Brown HS, Emel J, Goble R et al. The social amplification of risk: a conceptual framework. *Risk Anal*. 1988;8(2):177–87. doi:10.1111/j.1539-6924.1988.tb01168.x.
32. Kasperson JX, Kasperson RE, Pidgeon N, Slovic P. The social amplification of risk: assessing fifteen years of research and theory. In: Pidgeon N, Kasperson RE, Slovic P, editors. *The social amplification of risk*. Cambridge: Cambridge University Press; 2003:13–46.
33. Siegrist M, Cvetkovich G. Better negative than positive? Evidence of a bias for negative information about possible health dangers. *Risk Anal*. 2001;21(1):199–206.
34. Sobo EJ. Social cultivation of vaccine refusal and delay among Waldorf (Steiner) school parents. *Med Anthropol Q*. 2015;29(3):381–99. doi:10.1111/maq.12214.
35. Cialdini RB, Demaine LJ, Sagarin BJ, Barrett DW, Rhoads K, Winter PL. Managing social norms for persuasive impact. *Soc Inf*. 2006;1(1):3–15. doi:10.1080/15534510500181459.
36. Leach E. *Social anthropology*. London: Fontana; 1982.
37. Helman CG. *Culture, health and illness*, fifth edition. London: Hodder Education; 2007.
38. Betsch C, Böhm R, Airhihenbuwa CO, Butler R, Chapman GB, Haase N et al. Improving medical decision making and health promotion through culture-sensitive health communication: an agenda for science and practice. *Med Decis Making*. 2015; pii: 0272989X15600434. doi:10.1177/0272989X15600434.
39. Lin CJ, Nowalk MP, Toback SL, Rousculp MD, Raymund M, Ambrose CS et al. Importance of vaccination habit and vaccine choice on influenza vaccination among healthy working adults. *Vaccine*. 2010;28(48):7706–12. doi:10.1016/j.vaccine.2010.07.009.
40. Andrews BR. Habit. *Am J Psychol*. 1903;14(2):121–49. doi:10.2307/1412711.
41. Anis E, Leventhal A, Slater PE, Arbeli Y, Sivan Y, Berlovitz Y et al. A cluster of deaths following influenza vaccination. *J Public Health Policy*. 2010;31(3):318–23. doi:10.1057/

- jphp.2010.22.  
With additional information provided by A. Leventhal and D. Pfeiffer via personal communication.
42. MacDonald NE, SAGE Working Group on Vaccine Hesitancy. Vaccine hesitancy: definition, scope and determinants. *Vaccine*. 2015;33(34):4161–4. doi:10.1016/j.vaccine.2015.04.036.
43. Dubé E, Gagnon D, MacDonald NE, SAGE Working Group on Vaccine Hesitancy. Strategies intended to address vaccine hesitancy: review of published reviews. *Vaccine*. 2015;33(34): 4191–203. doi:10.1016/j.vaccine.2015.04.041.
44. Wolfe RM, Sharp LK. Anti-vaccinationists past and present. *BMJ*. 2002;325(7361):430–2.
45. Poland GA, Jacobson RM. The clinician's guide to the anti-vaccinationists' galaxy. *Hum Immunol*. 2012;73(8):859–66.
46. Betsch C, Brewer NT, Brocard P, Davies P, Gaissmaier W, Haase N et al. Opportunities and challenges of Web 2.0 for vaccination decisions. *Vaccine*. 2012;30(25):3727–33.
47. Gangarosa EJ, Galazka AM, Wolfe CR, Phillips LM, Gangarosa RE, Miller E et al. Impact of anti-vaccine movements on pertussis control: the untold story. *Lancet*. 1998;351(9099):356–61.
48. Oraby T, Thampi V, Bauch CT. The influence of social norms on the dynamics of vaccinating behaviour for paediatric infectious diseases. *Proc Biol Sci*. 2014;281(1780):20133172.
49. Resilience. In: Merriam-Webster.com. Springfield, MA: Merriam-Webster; 2016 (<http://www.merriam-webster.com/dictionary/resilience>, accessed 9 May 2016).
50. Centralized information system for infectious diseases (CISID). Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2016 (<http://data.euro.who.int/cisid>, accessed 22 August 2016).
51. Ford JA, Mahgoub H, Shankar AG. Vaccine acceptance: the UK perspective. *Hum Vaccin Immunother*. 2013;9(12):2658–60. doi: 10.4161/hv.26411.
52. Brown KF, Long SJ, Ramsay M, Hudson MJ, Green J, Vincent CA, et al. UK parents' decision-making about measles–mumps–rubella (MMR) vaccine 10 years after the MMR-autism controversy: a qualitative analysis. *Vaccine*. 30(10):1855–64.
53. Seeger MW, Sellnow TL, Ulmer RR. Communication, organization, and crisis. In: Roloff ME, editor. *Communication yearbook 21*. Thousand Oaks, CA: Sage; 1998:231–75.
54. Hermann CF. Some consequences of crisis which limit the viability of organizations. *Admin Sci Quart*. 1963;8(1):61–82.
55. Glik DC. Risk communication for public health emergencies. *Annu Rev Public Health*. 2007;28:33–54. doi:10.1146/annurevpublhealth.28.021406.144123.
56. Renn O. Risk communication: insights and requirements for designing successful communication programs on health and environmental hazards. In: Heath RL, O'Hair HD, editors. *Handbook of risk and crisis communication*. New York, NY: Routledge; 2008:81–99.
57. Abraham T. Lessons from the pandemic: the need for new tools for risk and outbreak communication. *Emerg Health Threats*. 2011;4:7160. doi:10.3402/ehth.v4i0.7160.
58. Alter AL, Oppenheimer DM. Uniting the tribes of fluency to form a metacognitive nation. *Pers Soc Psychol Rev*. 2009;13:219–35.
59. Lum MR, Tinker RL. A primer on health risk communication principles and practices. Atlanta, GA: Agency for Toxic Substances and Disease Registry; 1994.
60. Covelto VT, Minamyer S, Clayton K. Effective risk and crisis communication during water security emergencies. Summary report of EPA sponsored message mapping workshops. Cincinnati, OH: US Environmental Protection Agency; 2007.
61. Seeger MW. Best practices in crisis communication: an expert panel process. *J Appl Commun Res*. 2006;34(3):232–44.
62. Coombs WT, Hollady SJ. Helping crisis managers protect reputational assets: initial tests of the situational crisis communication theory. *Manage Commun Q*. 2002;16(2):165–86. doi:10.1177/089331802237233.
63. Weiner B. *An attributional theory of motivation and emotion*. New York: Springer Verlag; 1986.
64. Freifeld CC, Brownstein JS, Menone CM, Bao W, Filice R, Kass-Hout T et al. Digital drug safety surveillance:

- monitoring pharmaceutical products in Twitter. *Drug Saf.* 2014; 37(5):343–50.
65. Veil SR, Buehner T, Palenchar MJ. A work-in-process literature review: incorporating social media in risk and crisis communication. *J Contingencies Crisis Manage.* 2011; 19(2):110–22.
66. Liu BF, Pompper D. The crisis with no name: defining the interplay of culture, ethnicity, and race on organizational issues and media outcomes. *J Appl Commun Res.* 2012;40(2):127–46.
67. Coombs WT. Information and compassion in crisis responses: a test of their effects. *J Publ Relat Res.* 1999;11(2):125–42. doi:10.1207/s1532754xjpr1102\_02.
68. Ulmer RR. Effective crisis management through established stakeholder relationships: Malden Mills as a case study. *Manage Commun Q.* 2001;14(4):590–615.
69. Wendling C, Radisch J, Jacobzone S. The use of social media in risk and crisis communication. Paris: OECD Publishing; 2013. doi:http://dx.doi.org/10.1787/5k3v01f5kp9s-en.
70. Kaliner E, Moran-Gilad J, Grotto I, Somekh E, Kopel E, Gdalevich M et al. Silent reintroduction of wild-type poliovirus to Israel, 2013: risk communication challenges in an argumentative atmosphere. *Euro Surveill.* 2014;19(7):20 703. doi:10.2807/1560-7917.ES2014.19.7.20703.
71. Gerend MA, Sias T. Message framing and color priming: how subtle threat cues affect persuasion. *J Exp Soc Psychol.* 2009;45:999–1002.
72. Wirtz JG, Sar S, Ghuge S. The moderating role of mood and personal relevance on persuasive effects of gain- and loss-framed health messages. *Health Mark Q.* 2015;32(2):180–96.
73. Tversky A, Kahneman D. The framing of decisions and the psychology of choice. *Science.* 1981;211(4481): 453–8.
74. Rothman AJ, Bartels RD, Wlaschin J, Salovey P. The strategic use of gain- and loss-framed messages to promote healthy behavior: how theory can inform practice. *J Commun.* 2006;56:202–20. doi:10.1111/j.1460-2466.2006.00290.x.
75. Chapman GB, Coups EJ. Emotions and preventive health behavior: worry, regret, and influenza vaccination. *Health Psychol.* 2006;25(1):82.
76. Biener L. Adult and youth response to the Massachusetts anti-tobacco television campaign. *J Public Health Manag Pract.* 2000;6(3):40–4.
77. Dillard JP, Peck E. Affect and persuasion: Emotional responses to public service announcements. *Commun Res.* 2000;27:461–95.
78. Biener L, Reimer RL, Wakefield M, Szczytko G., Rigotti NA, Connolly G. Impact of smoking cessation aids and mass media among recent quitters. *Am J Prev Med.* 2006;30(3):217–24.
79. Peters GJY, Ruiter RAC, Kok G. Threatening communication: a critical re-analysis and a revised meta-analytic test of fear appeal theory. *Health Psychol Rev.* 2013;7(Suppl. 1):8–31. doi: 10.1080/17437199.2012.703527.
80. Tannenbaum MB, Hepler J, Zimmermann RS, Saul L, Albarracín D. Appealing to fear: A meta-analysis of fear appeal effectiveness and theories. *Psychol Bull.* 2015;141(6):1178–204.
81. Ruiter RAC, Abraham C, Kok G. Scary warnings and rational precautions: a review of the psychology of fear appeals. *Psychol Health.* 2001;16(6):613–30. doi:10.1080/08870440108405863.
82. Witte K, Allen M. A meta-analysis of fear appeals: implications for effective public health campaigns. *Health Educ Behav.* 2000;27(5):591–615.
83. Betsch C, Ulshöfer C, Renkewitz F, Betsch T. The influence of narrative vs. statistic information on perceiving vaccination risks. *Med Decis Making.* 2011;31(5):742–53. doi:10.1177/0272989X11400419.
84. Betsch C, Renkewitz F, Haase N. Effect of narrative reports about vaccine adverse events and bias-awareness disclaimers on vaccine decisions: a simulation of an online patient social network. *Med Decis Making.* 2013;33(1):14–25. doi:10.1177/0272989X12452342.
85. Peter C, Rossmann C, Keyling T. Exemplification 2.0 – the role of direct and indirect social information for conveying health messages through social network sites. *J Media Psychol.* 2014;26:19–28. doi:10.1027/1864-1105/a000103.
86. Shaffer VA, Zikmund-Fisher BJ. All stories are not alike: a purpose-, content-, and valence-based taxonomy of patient narratives in decision aids. *Med Decis Making.* 2013;33(1):4–13.
87. Mayer RE. Multimedia learning,

- second edition. New York: Cambridge University Press; 2009.
88. Levin JR, Mayer RE. Understanding illustrations in text. In: Britton BK, Woodward A, Binkley M, editors. *Learning from textbooks: theory and practice*. Hillsdale, NJ: Erlbaum; 1993:95–119.
89. Levin JR, Anglin GJ, Carney RN. On empirically validating functions of pictures in prose. In: Willows DM, Houghton HA, editors. *The psychology of illustration: vol. I: basic research*. New York: Springer; 1987:51–85.
90. Mayer RE, Moreno R. A split-attention effect in multimedia learning: evidence for dual processing systems in working memory. *J Educ Psychol*. 1998;90(2):312.
91. Fagerlin A, Wang C, Ubel PA. Reducing the influence of anecdotal reasoning on people's health care decisions: is a picture worth a thousand statistics? *Med Decis Making*. 2005;25(4):398–405.
92. Skurnik I, Yoon C, Park DC, Schwarz N. How warnings about false claims become recommendations. *J Consum Res*. 2005;31(4):713–24.
93. Betsch C, Sachse K. Debunking vaccination myths: strong risk negations can increase perceived vaccination risks. *Health Psychol*. 2013;32(2):146–55.
94. Lewandowsky S, Ecker UK, Seifert CM, Schwarz N, Cook J. Misinformation and its correction continued influence and successful debiasing. *Psychol Sci Public Interest*. 2012;13(3):106–31.
95. Cook J, Lewandowsky S. *The debunking handbook*. St. Lucia: University of Queensland; 2011 (<http://www.skepticalscience.com/Debunking-Handbook-now-freely-available-download.html>, accessed 9 May 2016).
96. Measles and rubella elimination: communicating the importance of vaccination. Stockholm: European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC); 2014.
97. Fischhoff B, Bostrom A, Quadrel MJ. Risk perception and communication. *Annu Rev Public Health*. 1993;14:183–203. doi:10.1146/annurev.pu.14.050193.001151.
98. Schmid KL, Rivers SE, Latimer AE, Salovey P. Targeting or tailoring? *Mark Health Serv*. 2008;28(1):32–7.
99. Rogers EM, Bhowmik DK. Homophily-heterophily: relational concepts for communication research. *Public Opin Q*. 1970;34(4):523–38.
100. Kreuter MW, McClure SM. The role of culture in health communication. *Annu Rev Public Health*. 2004;25:439–55.
101. Kreuter MW, Wray RJ. Tailored and targeted health communication: strategies for enhancing information relevance. *Am J Health Behav*. 2003;27(Suppl. 3): 227–32.
102. Markus HR, Kitayama S. Culture and the self: implications for cognition, emotion, and motivation. *Psychol Rev*. 1991;98(2):224.
103. Slater MD. Theory and method in health audience segmentation. *J Health Commun*. 1996;1(3):267–85.
104. *Guide to tailoring immunization programmes*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2013 (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/communicable-diseases/poliomyelitis/publications/2013/guide-to-tailoring-immunization-programmes>, accessed 10 May 2015).
105. Kreuter M, Strecher V, Glassman B. One size does not fit all: the case for tailoring print materials. *Ann Behav Med*. 1999;21(4):276–83. doi:10.1007/BF02895958.





# Вакцинация и доверие

Как возникает озабоченность и роль коммуникаций в смягчении кризисных ситуаций

Основные данные для национальных программ иммунизации, министерств здравоохранения, контрольных органов и структур, занимающихся укреплением здоровья населения.

## Европейское региональное бюро ВОЗ

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ), созданная в 1948 году, является специализированным агентством Организации Объединенных Наций, занимающимся вопросами международного здравоохранения и охраной здоровья населения. Европейское региональное бюро ВОЗ является одним из шести региональных бюро в мире, каждое из которых имеет свою программу, нацеленную на специфические для стран региона проблемы здравоохранения.

### Государства-члены

Австрия  
Азербайджан  
Албания  
Андорра  
Армения  
Беларусь  
Бельгия  
Болгария  
Босния и Герцеговина  
Бывшая Югославская Республика Македония  
Венгрия  
Дания

Германия  
Греция  
Грузия  
Израиль  
Ирландия  
Исландия  
Испания  
Италия  
Казахстан  
Кипр  
Кыргызстан  
Латвия  
Литва  
Люксембург

Мальта  
Монако  
Нидерланды  
Норвегия  
Польша  
Португалия  
Республика Молдова  
Российская Федерация  
Румыния  
Сан-Марино  
Сербия  
Словакия  
Словения  
Соединенное Королевство

Таджикистан  
Туркменистан  
Турция  
Узбекистан  
Украина  
Финляндия  
Франция  
Хорватия  
Черногория  
Чешская Республика  
Швейцария  
Швеция  
Эстония

