

УДК 159.9:614.253

DOI: 10.17223/17267080/59/8

В.К. Солондаев¹, Е.В. Конева¹, Н.Л. Черная²

¹ Ярославский государственный университет им. П.Г. Демидова (Ярославль, Россия)

² Ярославский государственный медицинский университет
Министерства здравоохранения Российской Федерации (Ярославль, Россия)

Психологические факторы принятия решения о вакцинации

Исследование выполнено при поддержке РФФИ (проект 15-06-05088).

Актуальность и значимость исследования определяются недостаточной изученностью психологических факторов принятия решения родителями ребенка-пациента. Эмпирическое исследование проведено с помощью структурированного интервью по поводу ситуаций-моделей принятия решения о вакцинации. Показано, что существенное влияние на принятие решения оказывает уровень «напряженности» психологических защит. В ситуациях, вызывающих «напряженность», родители чаще принимают решение об отказе от вакцинации.

Ключевые слова: *принятие решения; ребенок-пациент; добровольное информированное согласие; вакцинация; психологические защиты; педиатрия.*

Постановка проблемы. Процесс оказания педиатрической медицинской помощи представляет собой уникальную систему взаимодействия, когда для врача объектом лечения является ребенок, а объектом общения – родитель. Нет сомнений, что педиатрическая помощь наиболее эффективна, когда достигается комплаенс врача и родителя. Вслед за И.П. Лапиным [1] мы понимаем комплаенс (compliance) как согласие и сотрудничество родителей с педиатром. Во многих случаях можно говорить о своего рода частичном комплаенсе, когда родители соглашаются с врачом, но его рекомендации выполняют не полностью, например уменьшая дозу назначенного лекарства или изменяя режим его приема. Между тем существуют ситуации, когда решение должно быть категоричным. Такого решения, в частности, требует ситуация предполагаемой вакцинации ребенка.

В педиатрии зафиксированы некоторые факторы, влияющие на принимаемое родителями решение. Один из них – действия так называемого «антивакцинального лобби», «постоянно расширяющего сферы своего влияния на население, в т.ч. и на постсоветском пространстве» [2. С. 141]. Другой фактор, описанный в исследованиях О.О.В. Al-lela et al. [3] и К.В. Jones [4], – информированность родителей о целях и последствиях вакцинации для решения о проведении прививок.

Помимо внешних, существуют, безусловно, и внутренние, психологические факторы, которые оказывают влияние на решение, принимаемое родителями в соответствующих ситуациях. Однако в отечественной науч-

ной литературе нами не обнаружено исследований принятия решения родителями детей-пациентов. А зарубежные исследования лишь отчасти затрагивают субъективные факторы принятия решения. Например, теория реактивного сопротивления S. Brehm, J. Brehm [5] объясняет часть данных о несоблюдении врачами и родителями клинических рекомендаций [6]. Но теория реактивного сопротивления не выходит в целом за рамки установки на поиск внешних по отношению к врачам и родителям факторов достижения максимального охвата вакцинацией. Своевременная вакцинация особенно значима в связи с глобальной угрозой распространения устойчивости к антибиотикам [7]. Поэтому для изучения собственно психологических факторов нами было предпринято исследование с использованием ситуаций-моделей. Основная гипотеза исследования состояла в том, что одним из факторов принятия решения о вакцинации является действие психологических защитных механизмов.

Характеристика выборки. В пилотажном исследовании участвовало 20 испытуемых – женщины, имеющие детей в возрасте от 1 до 14 лет, и три эксперта – студенты 5-го курса факультета психологии Ярославского государственного университета. Основной этап исследования проводился с участием 76 матерей детей-пациентов в возрасте до 1 года, приходящих вместе с детьми на профилактические прививки в детские поликлиники № 1 и 5 г. Ярославля.

Методы исследования. В ходе пилотажного этапа использовалась методика исследования ситуаций проблемности [8, 9]. Испытуемым предлагалось вспомнить и описать ситуации успешного; бесполезного; приятного; неприятного обращения за медицинской помощью; самые неожиданные; результативные; пугающие; экстренные ситуации; надолго запомнившиеся ситуации.

Полученные результаты. В пилотажном исследовании было получено 90 ситуаций. Описания ситуаций независимо оценивались экспертами, не участвовавшими в сборе данных. В случае расхождения оценок экспертов в обработку включалась мода (для номинальных шкал) либо медиана (для интервальных шкал). Для оценки использовались следующие критерии:

- 1) конкретная/абстрактная;
- 2) динамическая/статическая;
- 3) главное действующее лицо;
- 4) число действующих лиц;
- 5) длительность;
- 6) эмоциональная окраска для испытуемого (позитивная, негативная, нейтральная);
- 7) неопределенность (объективно);
- 8) новизна/известность ситуации (субъективно);
- 9) локализация в континууме «прошлое – настоящее».

По результатам кластерного анализа в статистическом пакете R [10] были выделены три группы ситуаций, характеризующиеся следующими обобщенными сюжетами:

1. Родители обращаются к врачу по плану профилактических осмотров. Никаких проблем не возникает. Родители удовлетворены ситуацией. Например: «У нас и не было ситуаций таких, чтоб мы к врачам обращались. Так только обходили всех врачей через каждые 3 месяца. Нам сказали, что все хорошо!».

2. Родители распознают симптомы заболевания у ребенка и удовлетворены самим фактом самостоятельной постановки диагноза. Например: «При повышении температуры ребенок вялый и капризничает, отказывается от еды. Сейчас у меня младший жалуется на головную боль. Конечно, все зависит от возраста. Губы запекаются. Сам делается румяный, лежит мало в отличие от взрослых. Конечно, симптомы разные, смотря чем заболел. При энтеровирусной еще жалуется на боль в животе. А дальше уже и понос, и рвота».

3. Родители обращаются к врачу. Врач проводит лечение ребенка. Далее либо результат удовлетворяет родителей, либо родители обращаются к другому врачу. Пример удовлетворяющей родителей ситуации: «Обращались к врачу, когда зубки лезли. Температура была, насморк, плаксивость. Врач быстро отличила симптомы от вирусной инфекции, прописала мазь и сироп от температуры. К вечеру уже стало лучше». Неудовлетворительная для родителей ситуация: «В сельской амбулатории врачи по результатам анализов (белковая моча) поставили ребенку диагноз – пиелонефрит. Я перепугалась. Поехали сразу в областную больницу. Там ребенка осмотрели, обследовали и диагноз не подтвердили. Сказали, что ребенок здоров, никакого пиелонефрита нет».

Результаты пилотажного исследования выявили значительные трудности актуализации опыта родителей. При 9 заданных характеристиках ситуаций каждый испытуемый в среднем смог описать лишь от 4 до 5 ситуаций, причем не включающих профилактические прививки и другие варианты принятия решения. Это согласуется с данными ранее проведенного нами исследования [9], где было показано, что родители психологически структурируют ситуации взаимодействия с врачом иначе, чем медики.

Для исследования принятия решения о прививке потребовалась разработка описаний более широкого диапазона ситуаций, прямо связанных с вакцинопрофилактикой. Для этого нами были проанализированы описания ситуаций, обсуждаемых на интернет-форуме <http://yarportal.ru/>. «По мотивам» обсуждаемых на форуме ситуаций были составлены 10 описаний. Первоначальные «родительские» варианты описаний были отредактированы нами, что позволило обеспечить достоверность фактического содержания: сроки вакцинации, названия вакцин, возможные реакции ребенка и др. (табл. 4).

В содержании ситуаций были представлены четыре возможных с точки зрения медицины варианта решений: медицинский отвод (1, 2), вакцинация (5, 6, 7, 8), официальный отказ родителей (9, 10) и фальсификация прививок (3, 4). Поскольку рамочные эффекты принятия решений проявляются при оценке результатов [11], в части ситуаций нами были описаны

результаты, или, как говорят медики, исходы: положительные (3, 4, 5), отрицательные (7, 8, 10), неопределенные (1, 2, 6, 9). Также в ситуациях варьировалась эмоциональная окраска: относительно нейтральная (3, 4, 5, 6) и с выраженным негативным оттенком (1, 2, 7, 8, 9, 10).

Далее ситуации предлагались испытуемым, ответы которых фиксировались с помощью структурированного интервью. Испытуемым задавались следующие вопросы: Как, на Ваш взгляд, правильно вести себя в данной ситуации? Какие варианты действий есть у мамы? Правильно ли поступила мама? Как бы Вы на самом деле повели себя в такой ситуации? Чем Ваш вариант лучше остальных? Всего было получено 382 ответа.

Количественная обработка проводилась в свободном статистическом программном пакете R [10] после кодирования ответов.

Ответы испытуемых позволили оценить вакцинальные установки (согласие на прививку), фиксируемые в трех формах (рис. 1):

1. Абстрактная установка (например: «Я – сторонник прививок»). В такой абстрактной форме установки высказывались при обсуждении определенных ситуаций, что сделало возможной их дальнейшую статистическую обработку в контексте ситуаций, при обсуждении которых они формулировались.

2. Установка в третьем лице (например: «Эта мама зря согласилась на прививку»).

3. Установка от первого лица (например: «Я в такой ситуации согласилась бы»).

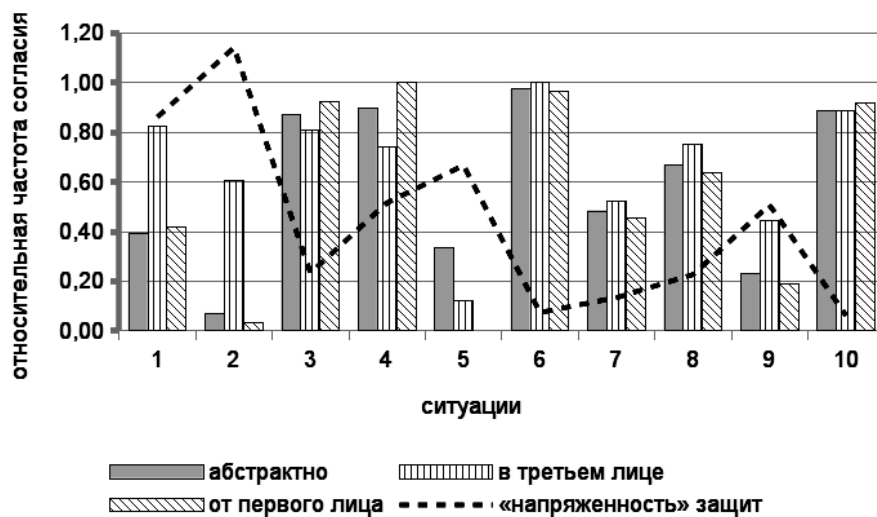


Рис. 1. Относительная частота согласия на прививку по трем сформулированным в разном лице оценкам и «напряженности» защитных механизмов в экспериментальных ситуациях

Для анализа принятия решений на материале экспериментальных ситуаций введем метрику «напряженности» психологической защиты. «Напряженность» психологической защиты оценивалась по мере рассогласования вакцинальных установок («за» прививку) в зависимости от категории ответов для каждой ситуации. На рис. 1 приведены относительные частоты согласия на прививку при абстрактной формулировке, формулировке в третьем лице и в первом лице. «Напряженность» психологических защит применительно к ситуации рассчитывалась как сумма модулей разности между данными тремя относительными частотами. На рис. 1 этот показатель отражен пунктирной ломаной линией. Медиана в исследованной группе составила 0,37. Соответственно, ситуации 1, 2, 4, 5, 9 оценены как ситуации, вызывающие относительно высокую «напряженность» защитных механизмов.

Поясним психологическое содержание показателя «напряженности». Исследования психоаналитического направления и системные исследования феномена психологических защит Н. Мак-Вильямс [12] и Л.Ю. Субботиной [13] показывают широту проявления защитных механизмов. Н. Мак-Вильямс указывает, что фактически любой психологический процесс при определенных обстоятельствах может быть использован в качестве защиты, поэтому в принципе никакой перечень защит не может считаться полным. В этом отношении с позицией клинического психоаналитика Н. Мак-Вильямс полностью согласуются полученные в рамках системного подхода данные Л.Ю. Субботиной, которая рассматривает психологическую защиту как подсистему личности, выполняющую функции адаптации и регуляции. В контексте нашего исследования важно, что защиты не только обеспечивают барьеры перед травмирующей информацией, но и создают психологическую границу между объективными факторами и субъективными образованиями, сочетая бессознательные элементы с элементами сознательных оценок.

Применительно к экспериментальным ситуациям не вполне корректно говорить о степени проявления защитных механизмов. Очевидно, что в различных формах и разной степени защитные механизмы проявляются во всех ситуациях. Принятие родителями решения о прививке ребенку достаточно точно характеризует описанную Л.Ю. Субботиной ситуацию «встречи» объективных факторов и субъективных образований [13], в которой, согласно Н. Мак-Вильямс [12], естественной и адаптивной реакцией зрелой личности является психологическая защита. Для нас важна мера, в которой защитные механизмы обеспечивают «на выходе» согласованную оценку, в целом осознаваемую и позволяющую снять неопределенность, необходимую для согласия либо отказа от прививки. «Напряженность» защитных механизмов, оцениваемая по рассогласованию по-разному (в разном лице) формулируемых испытуемыми вакцинальных установок, означает неустойчивость, неопределенность этих установок. Можно сказать, что пропорционально «напряженности» защитные механизмы испытуемых не справляются со своими адаптивной и регулятивной

функциями. Важен сам факт того, что испытуемые оказываются в неопределенности, которая может приводить к отказу от вакцинации.

Эмпирические данные подтверждают наше предположение. Судя по результатам статистического анализа приведенных ниже таблиц сопряженности, осуществленного по рекомендациям Г. Аптона [14], «напряженность» защитных механизмов способствует проявлению антивакцинальных установок. Отказ от вакцинации при всех способах фиксации чаще имеет место в «напряженных» ситуациях, чем в тех, которые не отличаются высокой напряженностью психологических защит. Минимальная связь установок и «напряженности» защит – отношение шансов ближе к единице – наблюдается при фиксации в третьем лице (табл. 2), а максимальная – при абстрактных ответах (табл. 1) и ответах в первом лице (табл. 3).

Т а б л и ц а 1

Сопряженность вакцинальных установок и «напряженности» защитных механизмов по абстрактным ответам. Связь статистически значима (отношение шансов 0,15; p-value = 5,02e-15 по точному критерию Фишера)

Ситуации	Отказ от прививки	Согласие на прививку
Не вызывающие высокой напряженности защитных механизмов	35	130
С высокой напряженностью защитных механизмов	100	56

Т а б л и ц а 2

Сопряженность вакцинальных установок и «напряженности» защитных механизмов по ответам в третьем лице. Связь статистически значима (отношение шансов 0,31; p-value = 3,98e-06 по точному критерию Фишера)

Ситуации	Отказ от прививки	Согласие на прививку
Не вызывающие высокой напряженности защитных механизмов	27	116
С высокой напряженностью защитных механизмов	75	99

Т а б л и ц а 3

Сопряженность вакцинальных установок и «напряженности» защитных механизмов по ответам от первого лица. Связь статистически значима (отношение шансов 0,13; p-value = 1,77e-13 по точному критерию Фишера)

Ситуации	Отказ от прививки	Согласие на прививку
Не вызывающие высокой напряженности защитных механизмов	25	96
С высокой напряженностью защитных механизмов	87	44

В табл. 1–3 приведены шансы на то, что испытуемый выскажет согласие на прививку в соответствующей форме (абстрактно, в третьем лице, в первом лице). По критерию Фишера оценивалось отношение шансов на то, что испытуемый согласится на прививку против шансов на отказ от

прививки в ситуациях с относительно высокой «напряженностью» защит в сравнении с ситуациями относительно «спокойных» защит. Две указанные группы ситуаций рассматривались в целом, что позволило оценить влияние именно «напряженности» защит. Поскольку испытуемые могли лишь частично отвечать на вопросы по одной или нескольким ситуациям, сумма значений в таблицах меньше общего числа полученных ответов.

Т а б л и ц а 4

Распределение ситуаций по «напряженности» защитных механизмов

Ситуации, не вызывающие высокой «напряженности» защитных механизмов	Ситуации, вызывающие относительно высокую «напряженность» защитных механизмов
<p>3. Марина гуляла с сыном Ромой (ему на тот момент было 12 месяцев) во дворе и встретила их педиатра Елену Николаевну. Врач напомнила ей о предстоящих прививках, что она их будет ждать на днях. Но Марина так и не пришла ни в ближайшие дни, ни позже. Малыш вроде рос здоровеньким. Чтобы лишний раз не рисковать здоровьем ребенка, Марина решила не делать прививки. «Все равно от них толку мало», – думала она. А когда пришло время устраивать Рому в садик, она договорилась с одним знакомым врачом, что он напишет нужные справки о сделанных прививках.</p> <p>6. Алла молодая мама. У нее есть дочка (2 года) и двойняшки (им только 6 месяцев). Дочке все прививки делали. Реакции на них были нормальные. Сейчас, услышав много различной информации о прививках, задумалась, стоит ли делать двойняшкам прививки.</p> <p>7. Оле была сделана прививка вакциной Пентаксим, защищающей от таких заболеваний, как дифтерия, столбняк, коклюш, полиомиелит и гемофильная инфекция. На четвертые сутки после прививки малышке стало плохо, ночью открылась рвота, а утром девочку едва успели довести в «скорой» до больницы. Все обошлось, но как быть с прививками? Родители девочки уверены, что причина угрожающего жизни ребенка состояния – вакцина. Медики отрицают даже самую возможность этого. Согласно официальному заключению врачей у ребенка инфекция, вероятно, ротовирусная, возникшая в поствакцинальном периоде.</p>	<p>1. Сыну Екатерины 7 месяцев. В роддоме он перенес гемолитическую болезнь из-за несовместимости крови матери и ребенка. При выписке из роддома сказали, что здоровье ребенка не дает оснований для беспокойства, хотя есть повышенная возбудимость. Ребенку был дан медицинский отвод от прививок до 6 месяцев. В 6 месяцев были на обследовании у невролога. Невролог выявил двигательные нарушения и назначил УЗИ головного мозга. УЗИ показало, что структурных изменений нет. Невролог назначил гимнастику и массаж, вопрос о прививках не обсуждал. По месту жительства педиатр настаивает на прививках. А Екатерина очень боится и не знает, что делать. С ее точки зрения, ребенок здоровый и активный, хотя плоховато спит, не ползает, и зубки не режутся. И вот ребенка назначили пробу Манту.</p> <p>2. Наталия вышла из роддома с дочкой, которой был поставлен диагноз – пиодермия. Неонатолог написал в карте медотвод на прививки (БЦЖ, АКДС). Объяснила, что лучше до года не делать такие прививки. Пришла врач – участковый педиатр. Ее не устроило решение неонатолога. Сказала, что ребенок здоров и что надо делать прививку. На все возражения Наталии, что могут быть последствия, она сказала, что та «самая умная». Сказала, чтобы тогда неонатолог написала справку о медотводе или Наталия сама писала отказ, а то их санэпидемстанция проверяет.</p> <p>4. Анна проштудировала очень много информации по поводу прививок и твердо решила не делать их своему ребенку.</p>

Ситуации, не вызывающие высокой «напряженности» защитных механизмов	Ситуации, вызывающие относительно высокую «напряженность» защитных механизмов
<p>8. Сын Елены 6 лет привит полностью. В 4,5 года болел коклюшем, причем болели 50% детей в группе. Перенес в более-менее легкой форме. В 6 лет утром проснулся и не смог встать на ноги, но «отпустило» в тот же день. Ноги были как ватные, не слушались. Елена начала «копать» вместе с врачом: накануне сделана ревакцинация (Паротит приорикс). Диагноз и причины так и не установили, ребенок поправился и снова пошел в детский сад. Обычно он болеет тяжело, температура день-два высокая и несбиваемая. А дочке (3 года) делали только БЦЖ, от остального отказывались. Она болела только один раз, по недосмотру родителей Елены (простудили ребенка зимой), осипла, но без температуры и прочих осложнений.</p> <p>10. Мария решила отказаться от прививок полностью. Несколько раз разные врачи пытались ее переубедить, но не усердствовали, не пугали и не угрожали, как говорят другие родители. Мария написала отказ, а вскоре ее сын заболел краснухой.</p>	<p>В роддоме ей повезло. Была тогда не очень осведомленная, но в период беременности уже периодически находила информацию о прививках, и факты кричаще констатировали их вред. БЦЖ не делали, а от гепатита В она писала отказ. Через месяц она лежала в больнице с острым бронхитом. И если где-то требуется справка о прививках, Анне приходится обращаться к знакомому врачу за поддельным листочком.</p> <p>5. 10-месячному Сереже сделали прививку от гепатита В. На следующий же день мама заметила у него аллергическую сыпь по всему телу. Сразу же бросилась к врачам с претензиями. Однако ничего серьезного не произошло, так проявилась реакция на вакцину, которая через 2 дня полностью прошла.</p> <p>9. Сейчас Коле полгода, мама не хочет делать ему прививку и собирается написать отказ. У ребенка наблюдаются признаки диатеза. У первого ребенка после прививок была сильная аллергическая реакция, впоследствии поставлен диагноз atopического дерматита и бронхиальной астмы.</p>

Хотя отношения шансов статистически значимо отличаются от единицы во всех таблицах, необходимо отметить, что это отличие не настолько велико, чтобы считать «напряженность» психологической защиты единственным или наиболее значимым фактором согласия или отказа от прививки. Психологическое содержание ситуации принятия решения шире, чем феноменология психологической защиты. Ситуация принятия решения включает, в частности, оценку значимости различных (субъективных, объективных, правовых) последствий вакцинации, а также возможных событий лишь субъективно, по мнению родителей, связанных с вакцинацией. Имеет значение также продолжительность временного отрезка, на котором рассматриваются события («горизонт оценки»). Влияние этих факторов будет рассмотрено нами в дальнейшем.

Выделение «напряженности» защитных механизмов определяется тем, что на данный фактор относительно легко повлиять в негативном ключе, предоставляя родителям одностороннюю информацию и отказываясь обсуждать их возражения. В этом отношении «напряженность» защитных механизмов аналогична факторам гигиены, которые описывает F. Herzberg [15].

Можно также предположить, что «напряженность» психологических защит вызывает не столько основное содержание ситуации, сколько наличие в тексте определенных лексических маркеров: «гепатит Б», «атопический дерматит», «ротавирусная инфекция», просто «инфекция», «рвота». В описаниях ситуаций, не вызывающих высокую «напряженность» защитных механизмов, таких лексических маркеров 10, а в описаниях ситуаций, вызывающих высокую «напряженность» защитных механизмов, – 16. Аналогичные примеры описаны Ю.В. Агеевой [16] и А.В. Гладилиным [17] на другом эмпирическом материале. Сходный феномен описан и на материале техник продаж. Л. Миникес [18] говорит о так называемых критериальных словах, которые оказывают влияние на решение покупателя о приобретении товаров. Весьма вероятно, что лексические маркеры действуют на психику независимо от того, связаны они в сюжете с фактом вакцинации или нет. Другими словами, если в описании ситуации присутствуют определенные лексические маркеры, значит, она «опасна» сама по себе и в ней необходимо вести себя как можно более осторожно, в частности избегать каких-либо действий, например прививки.

Если эта закономерность активизации психологических защит имеет место применительно к ситуациям, связанным с согласием на вакцинацию или отказом от нее (для ее подтверждения необходимы дополнительные исследования с использованием соответствующего набора ситуаций-стимулов), то она дает основания для практических выводов и рекомендаций. Предполагаемая закономерность удачно комбинируется с положением, согласно которому на положительное решение родителей о вакцинации влияет их информированность. Информирование может быть более эффективным с учетом факторов, вызывающих активизацию психологической защиты.

Выводы

1. Активизация психологических защитных механизмов является одним из факторов, влияющим на решение о вакцинации, принимаемое родителями.

2. Есть основания предполагать влияние лексических особенностей информации о вакцинопрофилактике на принимаемое родителями решение, проверка которого требует дополнительных исследований с использованием соответствующего набора ситуаций-стимулов.

Литература

1. Лапин И.П. Плацебо и терапия. СПб. : Лань, 2000. 224 с.
2. Катков А.Л., Крамм М.А., Фролова Е.Я. О проекте исследования моделей здоровья и факторов, влияющих на саногенное поведение населения в аспекте вакцинопрофилактики // Вопросы современной педиатрии. 2015. № 14 (1). С. 140–144.
3. Al-Iela O.Q.B., Bahari M.B., Qazaz H.K. Are parents' knowledge and practice regarding immunization related to pediatrics' immunization compliance? A mixed method study // BioMed Central. Pediatrics. 2014. № 14. P. 20. DOI: 10.1186/1471-2431-14-20.

4. Jones K.B. Surgeons' silence: a history of informed consent in orthopaedics // The Iowa orthopaedic journal. 2007. Vol. 27. P. 115.
5. Brehm S.S., Brehm J.W. Psychological reactance: A theory of freedom and control. N.Y. : Academic Press, 1981. 434 p.
6. de Almeida Neto A.C., Chen T.F. When pharmacotherapeutic recommendations may lead to the reverse effect on physician decision-making // Pharmacy World & Science. 2008. Vol. 30, No. 1. P. 3–8. DOI: 10.1007/s11096-007-9143-x
7. World Health Organization et al. Antimicrobial resistance: global report on surveillance. Geneva : WHO Press, 2014. 256 p.
8. Конева Е.В. Мышление в профессиональном и жизненном опыте. Ярославль : ЯрГУ, 2011. 384 с.
9. Конева Е.В., Солондаев В.К. Психологический анализ взаимодействия врач – пациент в педиатрии // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. 2013. № 6 (23). URL: <http://mprj.ru> (дата обращения: 21.11.2015).
10. R Core Team. R: A language and environment for statistical computing Vienna, Austria R Foundation for Statistical Computing, 2000. URL: <https://www.R-project.org> (дата обращения: 21.11.2015).
11. Канеман Д., Тверски А. Рациональный выбор, ценности и фреймы // Психологический журнал. 2003. Т. 24, № 4. С. 31–43.
12. Мак-Вильямс Н. Психоаналитическая диагностика: Понимание структуры личности в клиническом процессе. М. : Класс, 1998. 480 с.
13. Субботина Л.Ю. Психология защитного поведения. Ярославль : ЯрГУ, 2006. 220 с.
14. Аптон Г. Анализ таблиц сопряженности. М. : Финансы и статистика, 1982. 143 с.
15. Herzberg F. One more time: How do you motivate employees? // Harvard business review. 2003. Vol. 81, No. 1. P. 87–96.
16. Агеева Ю.В. Лексико-семантические маркеры речевых стратегий самопрезентации // Лингвориторическая парадигма: теоретические и прикладные аспекты. 2013. № 18. С. 7–10.
17. Гладилин А.В. Лексические маркеры предубеждений и ненависти // Человек и язык в коммуникативном пространстве: сборник научных статей. 2013. Т. 4, № 4. С. 21–26.
18. Миникес Л. Искусство делового общения. М. : Академия, 2003. 89 с.

Поступила в редакцию 13.12.2015 г.; повторно 14.01.2016 г.; принята 21.01.2016 г.

Сведения об авторах:

СОЛОНДАЕВ Владимир Константинович, кандидат психологических наук, доцент кафедры общей психологии федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего профессионального образования «Ярославский государственный университет им. П.Г. Демидова» (Ярославль, Россия).

E-mail: solond@yandex.ru

КОНЕВА Елена Витальевна, доктор психологических наук, заведующая кафедрой общей психологии Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего профессионального образования «Ярославский государственный университет им. П.Г. Демидова» (Ярославль, Россия).

E-mail: ev-kon@yandex.ru

ЧЕРНАЯ Наталия Леонидовна, доктор медицинских наук, заведующая кафедрой поликлинической педиатрии государственного бюджетного образовательного учреждения высшего профессионального образования «Ярославский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации (Ярославль, Россия).

E-mail: nlch@mail.ru

PSYCHOLOGICAL FACTORS OF DECISION-MAKING ABOUT VACCINATION

Siberian journal of psychology, 2016, 59, 125–136. DOI: 10.17223/17267080/59/8

Solondaev Vladimir K., Koneva Elena V. P.G. Demidov Yaroslavl State University (Yaroslavl, Russian Federation).

E-mail: solond@yandex.ru; ev-kon@yandex.ru

Chernaia Natalia L. Yaroslavl State Medical University (Yaroslavl, Russian Federation).

E-mail: nlch@mail.ru

Keywords: decision-making; child-patient; voluntary informed consent; vaccination; psychological defence; pediatrics.

The relevance of the research topic to medical psychology is determined by the lack of studies on the Russian samples of psychological factors of the decision-making about vaccination. According to our hypothesis one of such factors is the effect of psychological defense mechanisms.

In the pilot study the parents were asked to describe the situations when they seek pediatric care. Based on the results three groups of situations not involving decision-making on vaccination were described. The difficulties of actualization of the parents' experience were documented.

This is why the descriptions of 10 situations, developed by the authors following the discussion of vaccination on the parents' online forum, were used in the main research. The content of the situations developed by the authors comprised various decisions, consequences of vaccination, and emotional coloring of the situation. The subjects' responses were recorded in a structured interview.

The sample was formed on the basis of a voluntary informed consent obtained from 76 mothers of children under the age of 1 year, who brought their children to the ambulatory pediatric clinics of Yaroslavl during immunizations period. In total 382 responses were obtained.

The participants could give three variants of answers: an abstract one (for example: "I am a supporter of vaccinations"), in the third person (for example: "this mom should not have given her consent to vaccination"); in the first person (for example: "in such situation I would give my consent").

The research data have allowed to describe the psychological defense tension as decision-making factor. The psychological defense tension was evaluated by the divergence between three variant of answers in one situation. All the cases were divided into two groups depending on the psychological defense tension.

In all three variants of answers participants more often refuse to have their children vaccinated in situations with relatively high tension of psychological defense compared with the situations characterized by low tensions.

Psychological defense tension was marked for practical application of the obtained results. The closest analogue of the tension is the hygiene factors described by F. Herzberg.

We assume that the tension of psychological defense is caused not only by the content of the situation, but by the presence in the description of the situation of specific lexical markers: hepatitis B, vomiting, rotavirus, etc. In the situations descriptions that do not induce the intensity of the defense activity such markers are less common. Additional research will be conducted to check this assumption. Creation of awareness among parents can be more effective taking into account factors of psychological defense activation.

The research leads to the conclusion that activation of the psychological defense mechanisms in a situation of decision-making about vaccination is one of the factors associated with denial of vaccination.

References

1. Lapin, I.P. (2000) *Platsebo i terapiya* [Placebo and Therapy]. St. Petersburg: Lan'.
2. Katkov, A.L., Kramm, M.A. & Frolova, E.Ya. (2015) Project of the study of health models and factors influencing a sanogenic behaviour of the population in respect of the aspect of the vaccine prevention. *Voprosy sovremennoy pediatrii – Current Pediatrics*. 14(1). pp. 140-144. (In Russian).
3. Al-lela, O.Q.B., Bahari, M.B. & Qazaz, H.K. (2014) Are parents' knowledge and practice regarding immunization related to pediatrics' immunization compliance? A mixed method study. *BioMed Central. Pediatrics*. 14. p. 20. DOI: 10.1186/1471-2431-14-20
4. Jones, K.B. (2007) Surgeons' silence: a history of informed consent in orthopaedics. *The Iowa Orthopaedic Journal*. 27. p. 115.
5. Brehm, S.S. & Brehm, J.W. (1981) *Psychological reactance: A theory of freedom and control*. New York: Academic Press.
6. de Almeida Neto, A.C. & Chen, T.F. (2008) When pharmacotherapeutic recommendations may lead to the reverse effect on physician decision-making. *Pharmacy World & Science*. 30(1). pp. 3-8. DOI: 10.1007/s11096-007-9143-x
7. World Health Organization et al. (2014) *Antimicrobial resistance: global report on surveillance*. Geneva: WHO Press.
8. Koneva, E.V. (2011) *Myshlenie v professional'nom i zhiznennom opyte* [Thinking in a professional and life experience]. Yaroslavl: Yaroslavl State University.
9. Koneva, E.V. & Solondayev, V.K. (2013) Psikhologicheskii analiz vzaimodeystviya vrach – patsient v pediatrii [Psychological analysis of the interaction of the doctor – patient in pediatrics]. *Meditinskaya psikhologiya v Rossii*. 6(23). [Online] Available from: <http://mprj.ru>. (Accessed: 21st November 2015).
10. Foundation for Statistical Computing. (2000) *R Core Team. R: A language and environment for statistical computing*. Vienna, Austria R Foundation for Statistical Computing. [Online] Available from: <https://www.R-project.org>. (Accessed: 21st November 2015).
11. Kaneman, D. & Tverski, A. (2003) Ratsional'nyy vybor, tsennosti i freymy [The rational choice, value and frames]. *Psikhologicheskii zhurnal*. 24(4). pp. 31-43.
12. McWilliams, N. (1998) *Psikhoanaliticheskaya diagnostika: Ponimanie struktury lichnosti v klinicheskom protsesse* [Psychoanalytic diagnosis: Understanding personality structure in the clinical process]. Translated from English. Moscow: Klass.
13. Subbotina, L.Yu. (2006) *Psikhologiya zashchitnogo povedeniya* [The psychology of protective behavior]. Yaroslavl: Yaroslavl State University.
14. Upton, G. (1982) *Analiz tablits sopryazhennosti* [The Analysis of Cross-tabulated Data]. Translated from English by Yu.P. Adler. Moscow: Finansy i statistika.
15. Herzberg, F. (2003) One more time: How do you motivate employees? *Harvard Business Review*. 81(1). pp. 87-96.
16. Ageeva, Yu.V. (2013) Leksiko-semanticheskie markery rechevykh strategiy samo-prezentatsii [Lexico-semantic markers of self-presentation speech strategies]. *Lingvistoricheskaya paradigma: teoreticheskie i prikladnye aspekty*. 18. pp. 7-10.
17. Gladilin, A.V. (2013) Leksicheskie markery predubezhdeniy i nenavisti [Lexical markers of prejudice and hatred]. *Chelovek i yazyk v kommunikativnom prostranstve*. 4(4). pp. 21-26.
18. Minikes, L. (2003) *Iskusstvo delovogo obshcheniya* [The art of business communication]. Moscow: Akademiya.

Received 13.12.2015;

Revised 14.01.2016;

Accepted 21.01.2016