



Риски развития инфекционных заболеваний в субъективном восприятии жителей мегаполисов: от оценки к стратегии управления

Н.А. Лебедева-Несевря, С.Ю. Шарыпова[✉], М.Д. Корнилицына

Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования «Пермский государственный национальный исследовательский университет», ул. Букирева, д. 15, г. Пермь, 614068, Россия

АННОТАЦИЯ

Введение. Для России в «постпандемийный» период характерен относительно высокий уровень инфекционной заболеваемости, сочетающийся с «инфекционной настороженностью» населения и страхом перед возможными эпидемиями. Управление рисками для здоровья, связанными с распространением инфекций, требует комплексного подхода, затрагивающего не только функционирование системы здравоохранения, но и поведение индивидов. **Цель исследования** — выявить особенности субъективного восприятия риска развития инфекционных заболеваний и описать поведенческие риск-ассоциированные стратегии на выборке городского населения Российской Федерации. **Методы.** Эмпирическое исследование было реализовано в смешанной методологии. На первом этапе был осуществлен формализованный опрос ($n = 300$), направленный на измерение субъективного восприятия риска развития инфекционных заболеваний и поведения в отношении этого риска. На втором этапе проведен анализ глубинных интервью ($n = 11$) с целью прояснить суть поведенческих стратегий, направленных на управление риском развития инфекционных заболеваний. При работе с количественными данными использовались методы дескриптивной статистики, расчет отношения шансов (OR), корреляционный и факторный виды анализа с помощью статистического пакета SPSS Statistics 21.0. Метод анализа качественных данных — открытое и осевое кодирование. **Результаты.** Развитие инфекционных заболеваний — это наиболее значимый риск в субъективном восприятии жителей российских мегаполисов. Большинство респондентов (80%) оценивают риск на 0,5 и выше (что соответствует настораживающему и высокому уровням риска) и реализуют те или иные меры по управлению им. Детерминантами выбора стратегии являются возраст (r Пирсона = $-0,539$ при $p < 0,001$) и наличие детей (r Спирмена = $0,360$ при $p < 0,05$). Субъективная оценка риска не является статистически достоверным предиктором уровня активности индивида в отношении риска. В результате факторного анализа (объяснительная способность модели 53% при $p < 0,001$) были определены группы действий по снижению риска: 1) поиск информации, 2) создание защитного пространства, 3) взаимодействие с внешней средой. Анализ глубинных интервью позволил уточнить, что при зафиксированном стремлении к действиям само поведение индивидов можно обозначить как пассивная адаптация к риску. **Заключение.** Исследование показало, что восприятие риска не является основным и необходимым фактором выбора активной стратегии управления риском. Отказ от действий по снижению риска связан с экстернальной установкой — убежденностью в его неконтролируемости и возложением ответственности на других субъектов рискованного пространства. Полученные данные могут быть учтены при разработке и совершенствовании мер по предотвращению распространения инфекционных заболеваний, в том числе в рамках информирования о риске для здоровья.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: инфекционные заболевания, риск здоровью, оценка риска, восприятие риска, субъективный риск, стратегии управления риском

ДЛЯ ЦИТИРОВАНИЯ: Лебедева-Несевря Н. А., Шарыпова С. Ю., Корнилицына М. Д. Риски развития инфекционных заболеваний в субъективном восприятии жителей мегаполисов: от оценки к стратегии управления. *Кубанский научный медицинский вестник*. 2024;31(6):96–105. <https://doi.org/10.25207/1608-6228-2024-31-6-96-105>

ИСТОЧНИК ФИНАНСИРОВАНИЯ: статья подготовлена при поддержке гранта Российского научного фонда № 23-18-00480.

КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ: авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

ДЕКЛАРАЦИЯ О НАЛИЧИИ ДАННЫХ: данные, подтверждающие выводы этого исследования, можно получить у корреспондирующего автора по обоснованному запросу.

СООТВЕТСТВИЕ ПРИНЦИПАМ ЭТИКИ: данный вид исследования не требует прохождения экспертизы локальным этическим комитетом, исследование проведено с опорой на кодекс ESOMAR.

ВКЛАД АВТОРОВ: Н. А. Лебедева-Несевря, С. Ю. Шарыпова, М. Д. Корнилицына — разработка концепции и дизайна исследования; С. Ю. Шарыпова, М. Д. Корнилицына — сбор данных; Н. А. Лебедева-Несевря, С. Ю. Шарыпова, М. Д. Корнилицына — анализ и интерпретация результатов; С. Ю. Шарыпова — обзор литературы, проведение статистического анализа; С. Ю. Шарыпова, М. Д. Корнилицына — составление черновика рукописи и формирование его окончательного варианта; Н. А. Лебедева-Несевря — критический пересмотр черновика рукописи с внесением ценного замечания интеллектуального содержания. Все авторы одобрили финальную версию статьи перед публикацией, выразили согласие нести ответственность за все аспекты работы, подразумевающую надлежащее изучение и решение вопросов, связанных с точностью и добросовестностью любой части работы.

✉ **КОРРЕСПОНДИРУЮЩИЙ АВТОР:** Шарыпова Софья Юрьевна, кандидат социологических наук, доцент кафедры социологии федерального государственного автономного образовательного учреждения высшего образования «Пермский государственный национальный исследовательский университет». Адрес: ул. Букирева, д. 15, г. Пермь, 614068, Россия. E-mail: sonia.eliseeva@bk.ru

Получена: 30.05.2024 / Получена после доработки: 11.10.2024 / Принята к публикации: 12.11.2024

© Лебедева-Несевря Н. А., Шарыпова С. Ю., Корнилицына М. Д., 2024

Risks of infectious diseases in the subjective perception of metropolitan residents: From assessment to management strategy

Natalia A. Lebedeva-Nesevria, Sofya Yu. Sharypova✉, Maria D. Kornilitsyna

Perm State National Research University, Bukireva str., 15, Perm, 614068, Russia

ABSTRACT

Background. In the post-pandemic period, Russia is characterized by a relatively high level of infectious morbidity, combined with the “infection surveillance” of the population and fear of possible epidemics. Managing health risks associated with the spread of infections requires a comprehensive approach that addresses both the healthcare system and individual behavior. **Objective.** To identify the features of subjective risk perception regarding infectious diseases and to describe behavior risk-associated strategies in a sample of urban populations in the Russian Federation. **Methods.** An empirical study was conducted using a mixed methodology. The first phase involved a formalized survey ($n = 300$) aimed at measuring the subjective perception of infectious disease risk and related behaviors. The second phase included an analysis of in-depth interviews ($n = 11$) in order to clarify the essence of behavior strategies aimed at managing the infectious disease risk. Descriptive statistics, odds ratio calculations, as well as correlation and factor analyses were employed for processing quantitative data by means of SPSS Statistics 21.0. Qualitative data analysis involved open and axial coding. **Results.** The development of infectious diseases is perceived as the most significant risk among residents of Russian metropolitan areas. The majority of respondents (80%) rate the risk at 0.5 or higher (indicating alarming and high levels of risk) and implement various measures for its management. Determinants influencing strategy choice include age (Pearson's $r = (-)0.539$ at $p < 0.001$) and parental status (Spearman's $\rho = 0.360$ at $p < 0.05$). Subjective risk assessment is not considered a statistically significant predictor of individual activity regarding risk. Factor analysis (model explanatory capacity 53%, $p < 0.001$) identified groups of actions aimed at risk reduction: 1) information seeking, 2) creating a protective space, and 3) interacting with the external environment. In-depth interview analysis clarified that despite a documented inclination towards action, individual behavior can be characterized as passive adaptation to the risk. **Conclusion.** Risk perception is found to be not a primary or necessary factor in choosing an active risk management strategy. The reluctance to take risk-reducing actions is associated with an external locus of control, which involves a belief that risk is uncontrollable and assigning responsibility to other subjects of the risk space. The findings may be considered in the development and improvement of measures to prevent the spread of infectious diseases, including health risk communication strategies.

KEYWORDS: infectious diseases, health risk, risk assessment, risk perception, subjective risk, risk management strategies

FOR CITATION: Lebedeva-Nesevria N.A., Sharypova S.Yu., Kornilitsyna M.D. Risks of infectious diseases in the subjective perception of metropolitan residents: From assessment to management strategy. *Kuban Scientific Medical Bulletin*. 2024;31(6):96–105. <https://doi.org/10.25207/1608-6228-2024-31-6-96-105>

FUNDING: The study was supported by the Russian Science Foundation grant No. 23-18-00480.

CONFLICT OF INTEREST: The authors declare no conflict of interest.

DATA AVAILABILITY STATEMENT: Data supporting the findings of this study are available from the corresponding author upon request.

COMPLIANCE WITH ETHICAL STANDARDS: This type of research does not need approval from a local research ethics committee. The study was conducted in accordance with the ESOMAR code.

AUTHOR CONTRIBUTIONS: N.A. Lebedeva-Nesevria, S.Yu. Sharypova, M.D. Kornilitsyna — concept statement and contribution to the scientific layout; S.Yu. Sharypova, M.D. Kornilitsyna — data collection; N.A. Lebedeva-Nesevria, S.Yu. Sharypova, M.D. Kornilitsyna — analysis and interpretation of the results, S.Yu. Sharypova — literature review, statistical analysis; S.Yu. Sharypova, M.D. Kornilitsyna — drafting the manuscript and preparing its final version; N.A. Lebedeva-Nesevria — critical review of the manuscript with introduction of valuable intellectual content. All authors approved the final version of the paper before publication and assume responsibility for all aspects of the work, which implies proper study and resolution of issues related to the accuracy and integrity of any part of the work.

✉**CORRESPONDING AUTHOR:** Sofya Yu. Sharypova, Cand. Sci. (Sociology), Assoc. Prof., Department of Sociology, Perm State National Research University. Address: Bukireva str., 15, Perm, 614068, Russia. E-mail: sonia.eliseeva@bk.ru

Received: 30.05.2024 / **Revised:** 11.10.2024 / **Accepted:** 12.11.2024

ВВЕДЕНИЕ

Пандемия COVID-19 в Российской Федерации в 2020–2022 гг. сопровождалась ростом распространенности различных инфекций (например, гриппа и ОРВИ [1]). Заболеваемость всеми регистрируемыми инфекционными заболеваниями начала снижаться в 2023 г., приближаясь к средним значениям периода 2010–2019 гг.¹, однако показатель «заболеваемость инфекционными и паразитарными болезнями в расчете на 100 тыс. населения» в 2023 г.

составлял 27 156,76 сл., что выше значений 2018 г. на 17%, а значений 2019 г. — на 20%. Сохраняется высокая обеспокоенность населения в отношении угроз «массовых эпидемий, распространений СПИДа, КОВИДа» — по результатам опроса Фонда «Общественное мнение» в январе 2024 г. 35% россиян испытывали по данным поводам тревогу и опасения². Защита каждого человека от эпидемических рисков на основе модернизации механизма предотвращения инфекционных угроз является стратегической

¹ О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Российской Федерации в 2023 году: Государственный доклад. М.: Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека; 2024. 173 с.

² Страхи и тревоги россиян относительно ситуации в повседневной жизни, стране и мире. Available: <https://fom.ru/Nastroeniya/14975> (дата обращения: 03.11.2024).

задачей российского государства³. Методология анализа риска здоровью выступает одним из наиболее современных и эффективных инструментов обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения [2].

Методологическая рамка изучения рисков здоровью населения формируется сочетанием двух подходов: позитивистского, характерного для гигиены и эпидемиологии и рассматривающего риск здоровью как объективно существующую угрозу жизни или здоровью человека, вероятность развития которой можно измерить, а риск — исчислить, параметризовать [3, 4], и субъективистского, разрабатываемого в рамках социологии и психологии, интерпретирующего риск здоровью как совокупность культурно и личностно обусловленных представлений индивида о факторах и величине риска [5, 6]. Результаты оценки риска, реализованной в рамках объективистского подхода, не всегда совпадают с субъективной картиной риска индивида [7], складывающейся под воздействием его социальных установок, опыта, информационного контекста [8], модифицирующейся под влиянием страхов, убеждений, «индивидуальной чувствительности к риску» [9]. Важным является то, что именно воспринимаемый риск, а не объективно существующие опасности, направляет поведение индивида в сфере здоровья [10].

Многочисленные исследования, обобщенные в систематических обзорах, доказывают связь между воспринимаемой вероятностью и тяжестью вреда здоровью и готовностью вакцинироваться [11], уровнем физической активности [12], потреблением алкоголя [13] и курением [14]. Высокая субъективная оценка риска здоровью в период пандемии COVID-19 положительно коррелировала с соблюдением гигиенических норм и противоэпидемических предписаний (например, ношением маски и частым мытьем рук) и ответственным медицинским поведением [15]. Спад заболеваемости COVID-19 сочетался со снижением субъективных оценок риска (в первую очередь, основанных на рациональных суждениях (“analytic risk perception”)) и отказом от активных протективных действий на уровне индивидов и домохозяйств [16].

Теория запланированного поведения (обозначаемая как “behavior motivation hypothesis” в некоторых медико-социальных исследованиях [17]) трактует связь субъективных представлений о риске и поведения в сфере здоровья как линейную. Оценка негативного события как вероятно побуждает индивида снижать данную вероятность путем определенных действий (цепочка «воспринимаемый риск» — «готовность действовать» — «активность» [18]). Так, в ходе исследования 2020 г. на национальной выборке в США было установлено, что с ростом субъективной оценки вероятности заболеть коронавирусной инфекцией (вопрос «По шкале от 0 до 100% как вы оцениваете вероятность заразиться коронавирусом в ближайшие три месяца?») увеличивается степень приверженности мытью рук как профилактической практике [19]. Вместе с тем

в ряде исследований не было обнаружено достоверных связей между уровнем воспринимаемого риска и степенью реализации самосохранительного поведения. Например, среди американских женщин, характеризующих риск развития рака груди как высокий, частота прохождения маммографии, уровень двигательной активности и потребление овощей и фруктов были такими же, как у тех, кто оценивал риск как низкий [20]. Участники финского исследования, воспринимавшие риск развития сахарного диабета как высокий, не отличались по уровню физической активности от тех, кто называл риск низким [21]. Значительный корпус работ демонстрирует наличие между восприятием риска и поведением в сфере здоровья факторов-медиаторов — степени контролируемости источника (факторов) риска [22], самооффективности (веры в собственные возможности по снижению риска) [23], доверия [24], страха [25]. В исследовании особенностей самосохранительного поведения населения стран Латинской Америки в период пандемии COVID-19 показано независимое воздействие восприятия риска и страха заболеть коронавирусом на превентивное поведение [26].

Сохраняющийся в России высокий уровень инфекционной заболеваемости требует реализации комплексных профилактических мер как на уровне государства, так и на уровне семей и отдельных индивидов (вакцинопрофилактика, ответственное гигиеническое и медицинское поведение). Сформированная в ходе пандемии COVID-19 «инфекционная настороженность» населения [27] позволяет выдвинуть гипотезу о доминировании среди различных социальных групп высоких оценок рисков для здоровья, ассоциированных с распространением инфекционных заболеваний, и связанного с этими оценками высокого уровня приверженности протективным практикам. Проверке данной гипотезы посвящено настоящее исследование.

Цель исследования — выявить особенности субъективного восприятия риска развития инфекционных заболеваний и описать поведенческие риск-ассоциированные стратегии на выборке городского населения Российской Федерации.

МЕТОДЫ

Эмпирическое исследование было реализовано в смешанной методологии (стратегия последовательных вкладов, QUANT→qual) [28] с применением количественных и качественных методов сбора и анализа данных (полевой этап: весна — осень 2024 г.).

На первом этапе (QUANT) был проведен формализованный онлайн-опрос занятого населения трех городов России численностью 1 млн чел. и более (Новосибирск, Нижний Новгород, Пермь). По данным Росстата, доля городского населения в Российской Федерации составляет 75%. Почти четверть россиян (24,1%) проживают в шестнадцати населенных пунктах с численностью жите-

³ Постановление Совета Федерации Федерального собрания РФ от 22 ноября 2023 г. № 673-СФ «О реализации федерального проекта «Санитарный щит страны — безопасность для здоровья (предупреждение, выявление, реагирование)». Available: <https://npalib.ru/2023/11/22/postanovlenie673-sf-id461300/> (дата обращения: 03.11.24).

лей 1 млн человек и более. Выбранные для обследования территории репрезентируют три подгруппы российских мегаполисов: 1) города — лидеры по численности населения, входящие в первую «пятерку» (в выборку включен г. Новосибирск — третий город России по численности населения); 2) города-миллионеры, составляющие середину рейтинга (в выборку включен г. Нижний Новгород, занимающий шестое место и постепенно теряющий население); 3) города, находящиеся в нижней части списка (в выборку включен г. Пермь — предпоследнее место среди всех городов с населением 1 млн человек и более). Доля занятого населения среди городского населения Российской Федерации составляет 41,8%.

Объем выборочной совокупности онлайн-опроса составил 300 человек в возрасте от 18 до 65 лет. Способ отбора респондентов — ривер-семплинг, контролируемые параметры на этапе скрининга — территория постоянного проживания, возраст и статус занятости. Ссылка на анкету распространялась в социальных сетях (в том числе с помощью размещения постов в пабликах предприятий и организаций) и мессенджерах. Период сбора эмпирического материала — три недели. Оценка структуры выборочной совокупности а posteriori показала наличие смещения по критериям пола, уровня образования и субъективной оценки материального благополучия относительно генеральной совокупности. Большинство опрошенных имеют высшее образование (76%), состоят в зарегистрированном (46%) или незарегистрированном (24%) браке и оценивают свое финансовое положение как среднее (30%) или выше среднего (49%), отвечая, что денег хватает на продукты, одежду и иногда на вещи длительного пользования. Было принято решение осуществить взвешивание выборки по параметру пола как наиболее значимому, согласно анализу литературы, фактору восприятия рисков для здоровья. Основой для взвешивания выступила половая структура городского населения России (46% мужчин и 54% женщин). Статистический анализ данных выполнялся с учетом полученных весовых коэффициентов.

Субъективная оценка риска развития инфекционных заболеваний рассчитывалась с помощью индекса, который включал оценку вероятности возникновения негативного эффекта под воздействием фактора, умноженную на оценку тяжести вреда здоровью: $R = P \times g$, где P — вероятность, g — тяжесть. Респондентам предлагалось оценить показатели вероятности и тяжести по шкале от 1 до 10, где 1 — минимальное значение, а 10 — максимальное значение. Использовались вопросы: «Насколько вероятно, что распространение инфекционных заболеваний может негативно повлиять на ваше здоровье?» и «Насколько тяжелыми для вашего здоровья могут быть последствия распространения инфекционных заболеваний?»

Поведение в отношении риска развития инфекционных заболеваний рассматривалось в двух направлениях: 1) активное поведение, т. е. реализация конкретных действий для минимизации риска; 2) пассивное поведение и при-

чины, обуславливающие его. Тип поведения определялся через вопрос-фильтр «Предпринимаете ли Вы какие-либо действия, чтобы снизить негативное влияние распространения инфекционных заболеваний на ваше здоровье?».

Полученные количественные данные были обработаны и проанализированы с помощью статистического пакета SPSS Statistics 21.0. При работе с данными использовались методы дескриптивной статистики, расчет отношения шансов, корреляционный и факторный виды анализа.

На втором этапе (qual) была предпринята попытка детализации выделенных по результатам опроса поведенческих стратегий, направленных на управление риском развития инфекционных заболеваний. Материалами этапа стали транскрипты 11 глубинных интервью с жителями трех обследованных территорий в возрасте 18 лет и старше (7 женщин и 4 мужчины). Фокус — на конкретные поведенческие практики, реализуемые индивидом в повседневной жизни, и смыслы, которыми данные практики наделяются. Материалы интервью были транскрибированы и обобщены в соответствии с целью исследования.

РЕЗУЛЬТАТЫ

В ходе формализованного опроса респондентам был представлен перечень разнородных (внешнесредовых, социальных, производственных и пр.) факторов риска для здоровья. При ответе на многовариантный вопрос отвечающим предлагалось выбрать все факторы, представляющие реальную или потенциальную угрозу для их здоровья. Самым часто выбираемым фактором оказалось «распространение инфекционных заболеваний» — его отметили 69% опрошенных. Женщины указывали данную угрозу почти в 4 раза чаще, чем мужчины ($OR = 3,696$ с 95% ДИ 2,200–6,210⁴). Иных статистически значимых связей выбора респондентов с их социально-демографическими характеристиками обнаружено не было.

Высокий уровень риска развития инфекционных заболеваний осознается большинством россиян, проживающих в крупнейших городах РФ. Подавляющая часть опрошенных (более 60%) высоко оценивают вероятность возникновения тяжелых (на уровне 7 и выше по шкале от 1 до 10) негативных ответов со стороны здоровья под воздействием данного фактора. Примечательно, что минимальное значение («1») при оценке «вероятности» выбрал лишь один человек, а при оценке «тяжести» эта ячейка осталась пустой, ее не выбрали.

В целом, распределение ответов респондентов на вопросы о вероятности и тяжести можно считать симметричным, т. е. носящим характер нормального (см. табл. 1) — коэффициент асимметрии A^5 распределения оценок «вероятности» равен (-)0,329 при стандартной ошибке асимметрии 0,174; коэффициент асимметрии A распределения оценок «тяжести» равен (-)0,344 при стандартной ошибке асимметрии 0,176. Установлена связь между полом и оценкой вероятности (коэффициент гамма = (-)0,247 при $p < 0,05$).

⁴ Расчет отношения шансов (OR) с 95% доверительным интервалом (ДИ).

⁵ Мера отклонения распределения частоты от симметричного (нормального) распределения.

Таблица 1. Вероятность развития инфекционных заболеваний и тяжесть вреда для здоровья в оценках россиян (доля указавших значение шкалы, в % к общему числу опрошенных)

Table 1. Probability of developing infectious diseases and severity of health harm as assessed by Russians (percentage of respondents indicating scale values, % of total respondents)

Шкала	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Итого
В целом по выборке											
Вероятность	0,4	0,8	2	3,6	18,2	9,5	17	20,4	10,1	18,1	100
Тяжесть вреда	0	1,2	5,3	3,2	18,8	7,7	14,6	17,1	11,7	20,3	100
Мужчины											
Вероятность	0	0	2,2	4,4	24,4	13,3	22,2	15,6	2,2	15,6	100
Тяжесть вреда	0	0	9,3	2,3	25,6	7,0	11,6	16,3	7,0	20,9	100
Женщины											
Вероятность	0,6	1,2	1,8	3,0	14,6	7,3	14,0	23,2	14,6	19,5	100
Тяжесть вреда	0	1,9	3,1	3,8	15,0	8,1	16,3	17,5	14,4	20,0	100

Примечание: таблица составлена авторами.

Note: compiled by the authors.

Таблица 2. Меры центральной тенденции показателей субъективного восприятия риска развития инфекционных заболеваний у россиян

Table 2. Measures of central tendency for indicators of subjective risk perception regarding infectious disease development among Russians

Показатели	Вероятность			Тяжесть			Риск		
	Среднее	Медиана	Мода	Среднее	Медиана	Мода	Среднее	Медиана	Мода
Выборка в целом	0,72	0,70	0,80	0,72	0,70	1,00	0,55	0,50	1,00
Мужчины	0,68	0,70	0,50	0,69	0,70	0,50	0,49	0,42	1,00
Женщины	0,75	0,80	0,80	0,74	0,80	1,00	0,58	0,60	1,00
С высшим образованием	0,72	0,70	0,80	0,72	0,70	0,50	0,54	0,50	1,00
Без высшего образования	0,75	0,80	1,00	0,72	0,80	1,00	0,58	0,60	1,00
Есть дети до 16 лет	0,73	0,70	1,00	0,71	0,70	1,00	0,54	0,49	1,00
Нет детей до 16 лет	0,72	0,70	0,80	0,73	0,80	1,00	0,55	0,54	0,64

Примечание: таблица составлена авторами.

Note: compiled by the authors.

Для дальнейшего анализа субъективного восприятия риска значения «вероятности» и «тяжести» были переведены в шкалу от 0 до 1. На основании произведения этих значений была выявлена субъективная оценка риска развития инфекционных заболеваний у россиян, усредненное значение которой находится на уровне 0,5. Причем у мужчин среднее значение оценки риска ниже (см. табл. 2). Других особенностей в субъективном восприятии риска развития инфекционных заболеваний обнаружено не было.

Интерпретация исчисленных уровней субъективно воспринимаемого риска базировалась на предварительно определенном уровне приемлемого (допустимого) риска — от 0 до 0,29. В рамках настоящего исследования риск в диапазоне от 0,01 до 0,09 трактовался как минимальный (1,6% ответивших), в диапазоне от 0,1 до 0,29 — как допустимый/приемлемый (18,4% ответивших), от 0,3 до 0,59 — каксторажающий (36,1% ответивших) и от 0,6 до 1,0 как высокий (43,9% ответивших).

Преобладание в выборке респондентов, оценивающих риск здоровью, связанный с распространением инфек-

ционных заболеваний, как высокий, подтвердило первую часть предварительно выдвинутой гипотезы, однако статистически значимой связи между оценкой риска и интенсивностью реализации действий, направленных на его снижение, обнаружено не было. В связи с этим стратегии поведения, ориентированные на снижение риска и реализуемые россиянами, оценивались без привязки к их субъективному восприятию риска.

Опрошенное население было поделено на две группы: 1) тех, кто занимает активную позицию по управлению риском развития инфекционных заболеваний (их доля в группе выбравших этот риск составляет 87%), и 2) тех, кто пассивен в этом отношении (13%). Причинами отказа от действий для минимизации риска почти в равной степени являются исключение субъектности из управления риском (61,1% «пассивных»), отсутствие знаний (55,9%) и ресурсов (55,7%) для снижения риска. В меньшей степени респонденты выбирали вариант ответа «Потому что меня это не волнует/Потому что не хочу» (38,9% «пассивных» в отношении риска).

Таблица 3. Распространенность действий по минимизации риска развития инфекционных заболеваний среди россиян в зависимости от пола (%*)

Table 3. Prevalence of actions to minimize the risk of infectious disease development among Russians by gender (%*)

Показатели	Мужчины	Женщины	Всего
Изучаю (знаю) правила безопасности в ситуации распространения инфекционных заболеваний	89	87	88
Изучаю (знаю) информацию о том, в какие службы можно обратиться в случае распространения инфекционных заболеваний и заболевания	83	83	83
Отслеживаю информацию о распространении инфекционных заболеваний в месте проживания	78	87	84
Использую специальные средства защиты в ситуации распространения инфекционных заболеваний, например медицинская маска, антисептик	81	86	84
Соблюдаю правила безопасности в ситуации распространения инфекционных заболеваний, например гигиенические правила	94	98	97
Владею навыками по диагностированию инфекционных заболеваний и оказанию первой медицинской помощи	43	51	49
Информирую о состоянии своего здоровья окружающих людей	78	88	85
Избегаю места скопления людей в сезон активного распространения инфекционных заболеваний	81	82	82
Вакцинируюсь	81	56	64

Примечания: таблица составлена авторами; * процент указан от общего числа тех, кто предпринимает действия для снижения риска (сумма ответов превышает 100%, так как респонденты могли выбрать несколько вариантов ответа)

Notes: the table was compiled by the authors; * percentage of total number of those taking actions to reduce risk (the sum of responses exceeds 100% as respondents could select multiple options).

Корреляционный анализ позволил выявить две детерминанты, которые определяют пассивное поведение индивида в отношении риска развития инфекционных заболеваний — это возраст и наличие несовершеннолетних детей. С увеличением возраста индивиды чаще говорят об отсутствии знаний (r Пирсона = (-)0,485 при $p < 0,001$) и ресурсов (r Пирсона = (-)0,539 при $p < 0,001$), необходимых для минимизации этого риска. Наличие детей и их количество определяет уровень тревожности/волнения в отношении риска развития инфекционных заболеваний (ρ Спирмена = 0,360 при $p < 0,05$), причем в группе женщин эта связь усиливается (ρ Спирмена = 0,551 при $p < 0,05$).

Что касается активного поведения по управлению риском развития инфекционных заболеваний, то к наиболее распространенным действиям, которые россияне реализуют для минимизации этого риска, можно отнести изучение (88%) и соблюдение (97%) правил безопасности в ситуации повышенной эпидемиологической опасности (см. табл. 3). Меньше всего респонденты говорили о наличии навыков по диагностированию инфекционных заболеваний и оказанию первой медицинской помощи в ситуации болезни — этот вариант выбрали 49% опрошенных. На владение этими навыками влияет количество несовершеннолетних детей у индивида (коэффициент гамма = (-)0,234 при $p < 0,05$). В выборке большинство граждан (58%) не имеют несовершеннолетних детей, что, вероятно, в некоторой степени обуславливает низкие показатели владения навыками в сфере инфекционных заболеваний у россиян.

Статистически значимые различия в реализации действий по минимизации риска развития инфекционных заболеваний между социально-демографическими группами отмечаются лишь относительно вакцинации. Вероятность вакцинации среди мужчин почти в 3,5 раза выше, чем среди женщин (OR = 3,401 с 95% ДИ 1,611–7,180); люди, не имеющие высшего образования, почти в 2,5 раза реже заявляют о вакцинации, нежели люди с высшим образованием (OR = 0,430 с 95% ДИ 0,206–0,898).

В ходе анализа была произведена факторизация действий, к которым россияне прибегают для снижения риска развития инфекционных заболеваний. Критерий адекватности выборки Кайзера — Мейера — Олкина (КМО) находится на уровне 0,6 — это свидетельствует об удовлетворительной степени применимости факторного анализа к данной выборке. В результате факторизации была получена модель, объяснительная способность которой составляет 53% при $p < 0,001$. Модель состоит из трех групп действий по управлению риском, которые условно можно разделить на 1) поиск информации, 2) создание защитного пространства и 3) взаимодействие с внешней средой. Первый тип управления риском на индивидуальном уровне представляет собой изучение любой информации, связанной с инфекционными заболеваниями (в таблице 3 пункты 1–3, 6). Второй тип — это вакцинация и использование иных специальных средств защиты от инфекционных заболеваний, например медицинской маски или антисептика (в таблице 3 пункты 4 и 9). Третий тип управления риском является самым активным и подразумевает соблюдение

правил безопасности в рискогенной среде (личная гигиена, избегание мест скопления людей), а также высокий уровень ответственности за других людей (посредством информирования других о состоянии своего здоровья) (в таблице 3 пункты 5–8).

Выделенные типы поведения по управлению риском развития инфекционных заболеваний были сопоставлены с результатами анализа качественных данных. Обнаружено, что население воспринимает инфекционные заболевания с экстернальных позиций, не возлагая на себя ответственность за риск заражения (типичным можно считать объяснение обстоятельств развития инфекционного заболевания действием «случайных вирусов» (жен., 71 год, г. Пермь)⁶). Независимо от места, занимаемого здоровьем в иерархии ценностных ориентаций, значительная часть информантов видит его как непостоянный ресурс, подверженный внезапным изменениям («*Во время пандемии COVID-19 в любой момент можно было заболеть, даже не выходя из дома*» (муж., 23 года, г. Пермь)) и потенциальному ухудшению («*Здоровье [при рассуждении об инфекционных заболеваниях] — штука такая, внезапно может что-нибудь да и образоваться*» (муж., 31 год, г. Пермь)).

Низкие субъективные возможности управления рисками развития инфекционных заболеваний проявляются в артикуляции неспособности предвидеть опасность и противостоять угрозе, и сочетаются с темой новых/неизвестных ранее заболеваний («*Бояться можно много чего, болезней. Потом неизвестные болезни, инфекции, пандемии, раньше этого не было*» (жен., 50 лет, г. Новосибирск), «*Сейчас слышишь, что новые вирусы появляются, даже не вирусы, а новые мутации вируса, сейчас говорят, что они более заразные*» (жен., 60 лет, г. Новосибирск)).

Ограниченность контроля риска на индивидуальном уровне определяет:

1) ориентацию на внешнюю экспертизу (группа действий в объяснительной модели — «поиск информации») — «*Как человек может себя обезопасить, если он совсем не разбирается в медицинских показателях, терминах или лекарствах. Надо, получается, во всем разбираться. А как можно во всем разбираться? Никак же?*» (жен., 42 года, г. Новосибирск);

2) потребность в эффективном функционировании организаций и институтов, в том числе в части соблюдения санитарно-гигиенических норм и правил (группа действий в объяснительной модели — «взаимодействие с внешней средой») — «*Необходимо соблюдение санитарно-эпидемиологических норм со стороны школы, нормы диктуются, но, к сожалению, не всегда соблюдаются*» (жен., 40 лет, г. Нижний Новгород).

В текстах интервью актуализируется тема отчасти вынужденной самостоятельной заботы о здоровье («*Каждый человек должен заботиться о своем здоровье сам, любить себя, ценить*» (жен., 49 лет, г. Пермь)), связанной, среди прочего, с низким доверием лицам, принимающим решения в сфере управления рисками здоровью («*Бывают*

у медработников свои ошибки. Грубо говоря, укол не тот поставили или не тому укол поставили. <...> Пошел — зуб не тот вырвали. Акушерка не тот, ненужный укол поставила, тоже были проблемы» (жен., 42 года, г. Новосибирск)). При этом поведение информантов на фоне сомнений в компетенции специалистов остается пассивным.

На основании качественных данных становится очевидно, что действия, предпринимаемые населением по минимизации риска распространения инфекционных заболеваний, скорее носят потенциальный, нежели реальный характер. Доминирует стратегия пассивной адаптации, спровоцированная а) установкой (на основании когнитивного и/или эмоционального компонента) на невозможность редуцировать риск и б) внешним противостоянием среды — случайностью риска, активным включением других субъектов рискового пространства в формирование риска.

ОБСУЖДЕНИЕ

По данным исследования установлено, что жители мегаполисов России оценивают риск развития инфекционных заболеваний довольно высоко. Результаты других отечественных исследований связывают такую оценку риска с особенностями городской среды, к которым относится высокая плотность населения и связанная с ней перегруженность системы здравоохранения, что в сложной эпидемиологической ситуации негативно отразилось на здоровье жителей крупных городов [29]. С точки зрения теории фундаментальных причин [30] условия городской среды можно определить как фон или контекст существования риска развития инфекционных заболеваний, т. е. эти условия являются «риском рисков», поэтому усиливают в сознании горожан и без того весомые риски здоровью.

Психометрическая парадигма в исследовании риска [31] может быть полезной при объяснении отсутствия связи между субъективным восприятием риска и предпринимаемыми действиями для его минимизации. С позиций данного подхода значимое место в субъективной оценке риска занимают не только воспринимаемые вероятность и тяжесть, но и индивидуальные особенности человека, в частности ощущаемый контроль над риском [32]. Неспособность контролировать ситуацию разрывает связь восприятия риска и действий, активизируя в большей степени эмоциональный компонент (тревожность, страх и т. п.). Данные других исследований в этой области подтверждают, что поведение, направленное на снижение рисков, в значительной мере коррелирует с тем, насколько индивид способен контролировать риск, нежели с субъективной оценкой риска [33]. Результаты интервью показывают, что россияне относят риск развития инфекционных заболеваний к числу неконтролируемых рисков, поэтому управление этим риском кажется им невозможным.

В настоящем исследовании были определены две стратегии в отношении риска: активная и пассивная. Основными причинами пассивности являются исключение субъектности из управления риском, отсутствие знаний и ресурсов для снижения риска. Это согласуется с ре-

⁶ Цитаты из интервью в тексте выделены курсивом, при цитировании сохранена лексика респондентов.

зультатами отечественного исследования, где указано, что пассивные стратегии адаптации к вынужденному риску определяются тем, что субъект не верит в возможность решения проблемы или надеется, что ситуация решится без его участия [34]. Данные неформализованных интервью говорят о необходимости включения в дихотомию «активность — пассивность» еще одной стратегии — «пассивной адаптации». Эта стратегия, с одной стороны, подразумевает знания и возможности для минимизации риска, с другой стороны, направлена на нейтрализацию риска лишь «в своем восприятии», без активного взаимодействия с внешней средой [35].

Кроме этого, в ходе анализа неформализованных интервью отмечено, что выбор поведения в отношении риска может быть связан с уровнем доверия лицам, принимающим решения относительно этого риска. Данный вывод основывается на теории риска Э. Гидденса, где управление риском, а точнее, его снижение, опосредуется уровнем доверия к социальной системе [36]. Ключевыми аспектами успешной адаптации к риску являются не только действия по снижению риска, но и повышение адаптивных возможностей участников через укрепление доверия к государственным и властным институтам, а также к другим субъектам, принимающим решения по вопросам риска [37].

В рамках активной стратегии были выделены типы действий, направленные на минимизацию риска: 1) поиск информации, 2) создание защитного пространства и 3) взаимодействие с внешней средой. Подобные стратегии можно встретить в отечественных и зарубежных работах применительно к другим, в том числе внешнесредовым факторам риска здоровью [38, 39]. При этом проведенные интервью позволили уточнить, что перечисленные модели поведения основаны преимущественно не на личной активности, а на потенциальном выполнении действий со стороны других субъектов рискованного пространства. Население, ощущая свою уязвимость в ситуации инфекционного заболевания, считает, что риск является для них неподконтрольным, и воспринимают свою роль в процессе его минимизации незначительной в соотношении с тем, какая ответственность отводится системе здравоохранения и иным социальным институтам [40].

На сегодняшний день наблюдается высокая обеспокоенность россиян по вопросу распространения различных инфекций. Статистические данные указывают на ежегодное увеличение показателей заболеваемости инфекционными и паразитарными болезнями. Анализ литературы показал, что изучение восприятия риска, в частности риска развития инфекционных заболеваний, может быть продуктивным для объяснения поведения индивидов в сфере здоровья.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ / REFERENCES

1. Готвянская Т.П., Мукашева Е.А., Ноздрачева А.В., Сипачева Н.Б., Семенов А.В., Игнатьева А.В., Николаева О.Г., Гусева Е.В., Афонин С.А., Бурцева Е.И. Заболеваемость и популяционный иммунитет к гриппу и ОРВИ в условиях пандемии COVID-19. *Санитарный врач*. 2023;3:153–163. <https://doi.org/10.33920/med-08-2303-03>
2. Gotvyanskaya TP, Mukasheva EA, Nozdracheva AV, Sipacheva NB, Semenenko AV, Ignatieva AV, Nikolaeva OG, Guseva EV, Afonin SA,

Результаты исследования на выборке городского населения России подтверждают, что распространение инфекционных заболеваний рефлексировано населением как значимый источник возможного вреда для здоровья. В восприятии жителей мегаполисов, с учетом оценок вероятности возникновения негативного эффекта под воздействием фактора и тяжести вреда здоровью, уровень данного риска можно обозначить как настораживающий или высокий.

Согласно данным формализованного опроса большинство россиян демонстрируют активную позицию в своем поведении в отношении риска развития инфекционных заболеваний. В результате факторного анализа были выделены три группы действий для снижения данного риска: 1) поиск информации, 2) создание защитного пространства, 3) взаимодействие с внешней средой.

Ограничения исследования

Данное исследование имеет ограничение в виде невозможности экстраполяции полученных результатов на все городское население Российской Федерации, т. к. эмпирический объект исследования сужен до занятого населения российских городов с численностью жителей 1 млн человек и более.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Полученные данные были сопоставлены с результатами качественного исследования методом глубинного интервью. Было установлено, что хоть россияне и заявляют о важности определенных действий для снижения риска, в действительности доминирует стратегия пассивной адаптации, которая направлена на минимизацию риска лишь в субъективном восприятии. Невозможность применения активной стратегии спровоцирована, с одной стороны, установкой на неподконтрольность риска, с другой стороны, возложением ответственности в решении этого вопроса на иных субъектов рискованного пространства, несмотря на сомнения в их компетентности и, как следствие, низкий уровень доверия к ним. Полученные результаты могут быть полезны как для модернизации мер по предотвращению распространения инфекционных заболеваний, особенно в сложных эпидемиологических условиях, так и для совершенствования уже имеющихся программ по сохранению здоровья граждан. В частности, представляется значимой реализация дополнительных просветительских мероприятий, направленных на повышение уровня гигиенической грамотности населения в вопросах профилактики инфекционных заболеваний. Особый акцент рекомендуется делать на индивидуальных действиях, способствующих защите от инфекций, а также на профилактических ресурсах и возможностях семей и домохозяйств.

1. Burtseva EI, Incidence and population immunity to influenza and ARVI in the context of the COVID-19 pandemic. *Sanitary Doctor*. 2023;3:153–163 (In Russ.). <https://doi.org/10.33920/med-08-2303-03>

2. Онищенко Г.Г. Актуальные проблемы и перспективы развития методологии анализа риска в условиях современных вызовов безопасности для здоровья населения Российской Федерации. *Анализ риска здоровья*. 2023;4:4–18. <https://doi.org/10.21668/health.risk/2023.4.01>

- Onishchenko GG. Development of the risk analysis methodology given the current safety challenges for public health in the Russian Federation: vital issues and prospects. *Health Risk Analysis*. 2023;4:4–18 (In Russ.). <https://doi.org/10.21668/health.risk/2023.4.01.eng>
3. Онищенко Г.Г. Концепция риска и ее место в системе социально-гигиенического мониторинга (проблемы и пути решения). *Вестник Российской академии медицинских наук*. 2005;11:27–33. Onishchenko GG. Conception of health risks and its place in the system of sociohygienic monitoring (problems and approaches to their solution). *Vestnik Rossiiskoi Akademii Meditsinskikh Nauk*. 2005;11:27–33 (In Russ.).
 4. Зайцева Н.В., Онищенко Г.Г., Май И.В., Шур П.З. Развитие методологии анализа риска здоровью в задачах государственного управления санитарно-эпидемиологическим благополучием населения. *Анализ риска здоровью*. 2022;3:4–20. <https://doi.org/10.21668/health.risk/2022.3.01> Zaitseva NV, Onishchenko GG, May IV, Shur PZ. Developing the methodology for health risk assessment within public management of sanitary-epidemiological welfare of the population. *Health Risk Analysis*. 2022;3:4–20 (In Russ.). <https://doi.org/10.21668/health.risk/2022.3.01>
 5. Fischhoff B, Broomell SB. Judgment and Decision Making. *Annu Rev Psychol*. 2020;71:331–355. <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-010419-050747>
 6. Rodionova N, Vinsonneau G, Rivière S, Mullet E. Societal Risk Perception in Present Day Russia. *Human and Ecological Risk Assessment: An International Journal*. 2009;15(2):388–400. <http://dx.doi.org/10.1080/10807030902761486>
 7. Nobanee H, Alhajjar M, Alkaabi MA, Almemari MM, Alhassani MA, Alkaabi NK, Alshamsi SA, AlBlooshi HH. A Bibliometric Analysis of Objective and Subjective Risk. *Risks*. 2021;9(7):128. <http://dx.doi.org/10.3390/risks9070128>
 8. Koradecka D, Pośniak M, Widerszal-Bazyl M, Augustynska D, Radkiewicz P. A comparative study of objective and subjective assessment of occupational risk. *Int J Occup Saf Ergon*. 2010;16(1):3–22. <https://doi.org/10.1080/10803548.2010.11076826>
 9. Sjöberg L. Distal factors in risk perception. *Journal of Risk Research*. 2003;6(3):187–211. <https://doi.org/10.1080/1366987032000088847>
 10. Ferrer R, Klein WM. Risk perceptions and health behavior. *Curr Opin Psychol*. 2015;5:85–89. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2015.03.012>
 11. Brewer NT, Chapman GB, Gibbons FX, Gerrard M, McCaul KD, Weinstein ND. Meta-analysis of the relationship between risk perception and health behavior: the example of vaccination. *Health Psychol*. 2007;26(2):136–145. <https://doi.org/10.1037/0278-6133.26.2.136>
 12. Li S, Wang Y. The Relationship Between Risk Perception, Physical Activity, and Adolescent Mental Health: A Cross-Lagged Analysis. *Psychol Res Behav Manag*. 2023;16:3347–3357. <https://doi.org/10.2147/PRBM.S422982>
 13. Haller MM, Chassin L. The reciprocal influences of perceived risk for alcoholism and alcohol use over time: evidence for aversive transmission of parental alcoholism. *J Stud Alcohol Drugs*. 2010;71(4):588–596. <https://doi.org/10.15288/jsad.2010.71.588>
 14. Popova L, Owusu D, Weaver SR, Kemp CB, Mertz CK, Pechacek TF, Slovic P. Affect, risk perception, and the use of cigarettes and e-cigarettes: a population study of U.S. adults. *BMC Public Health*. 2018;18:395. <https://doi.org/10.1186/s12889-018-5306-z>
 15. Zhao Y, Jiang Y, Zhang W, Zhu Y. Relationship between Risk Perception, Emotion, and Coping Behavior during Public Health Emergencies: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Systems*. 2023;11(4):181. <https://doi.org/10.3390/systems11040181>
 16. Savadori L, Lauriola M. Risk perceptions and COVID-19 protective behaviors: A two-wave longitudinal study of epidemic and post-epidemic periods. *Soc Sci Med*. 2022;301:114949. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2022.114949>
 17. Kim HK, Chung S, Kim Y, Lee S. Conditional risk perception and protection behavior: Testing the behavior motivation hypothesis and the risk reappraisal hypothesis. *Soc Sci Med*. 2022;298:114868. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2022.114868>
 18. Maartensson H, Loi NM. Exploring the relationships between risk perception, behavioural willingness, and constructive hope in pro-environmental behaviour. *Environmental Education Research*. 2021;28(4):600–613. <https://doi.org/10.1080/13504622.2021.201529>
 19. Bruine de Bruin W, Bennett D. Relationships Between Initial COVID-19 Risk Perceptions and Protective Health Behaviors: A National Survey. *Am J Prev Med*. 2020;59(2):157–167. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2020.05.001>
 20. Bowen DJ, Alfano CM, McGregor BA, Andersen MR. The relationship between perceived risk, affect, and health behaviors. *Cancer Detect Prev*. 2004;28(6):409–417. <https://doi.org/10.1016/j.cdp.2004.08.008>
 21. Vornanen M, Kontinen H, Peltonen M, Haukkala A. Diabetes and Cardiovascular Disease Risk Perception and Risk Indicators: a 5-Year Follow-up. *Int J Behav Med*. 2021;28(3):337–348. <https://doi.org/10.1007/s12529-020-09924-2>
 22. Nordgren LF, van der Pligt J, van Harreveld F. Unpacking perceived control in risk perception: The mediating role of anticipated regret. *Journal of Behavioral Decision Making*. 2007;20(5):533–544. <https://doi.org/10.1002/bdm.565>
 23. Guo Z, Chen Y, Zhang Y, Ding C, Li M, Xu L, Jin J. Associations among risk perception, health efficacy, and health behaviors for cardiovascular disease: an application of risk perception attitude framework. *Front Cardiovasc Med*. 2023;10:1201789. <https://doi.org/10.3389/fcvm.2023.1201789>
 24. Ridenhour BJ, Sarathchandra D, Seamon E, Brown H, Leung FY, Johnson-Leon M, Megheib M, Miller CR, Johnson-Leung J. Effects of trust, risk perception, and health behavior on COVID-19 disease burden: Evidence from a multi-state US survey. *PLoS One*. 2022;17(5):e0268302. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0268302>
 25. Khanal A, Gc S, Panthee S, Paudel A, Ghimire R, Neupane G, Gaire A, Sitaula R, Bhattarai S, Khadka S, Khatri B, Khanal A, Panthee B, Wasti SP, Gc VS. Fear, Risk Perception, and Engagement in Preventive Behaviors for COVID-19 during Nationwide Lockdown in Nepal. *Vaccines (Basel)*. 2022;11(1):29. <https://doi.org/10.3390/vaccines11010029>
 26. Bonilla-Asalde CA, Rivera-Lozada O, Ipanaque-Zapata M, Castro-Alzate ES, Pacheco-Lopez R, Rivera-Lozada IC, Chong F, Sagastume LR. Fear of COVID-19, risk perception and preventive behavior in health workers: a cross-sectional analysis in middle-income Latin American countries. *Front Public Health*. 2023;11:1171246. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1171246>
 27. Blanc H, Rothier Bautzer E, Vellut N, Tran VT. Spread of awareness of COVID-19 between December 2019 and March 2020 in France. *Sci Rep*. 2024;14(1):6850. <https://doi.org/10.1038/s41598-024-56423-5>
 28. Полухина Е.В., Просьянюк Д.В. Исследования со смешанными методами (mixed methods research): интеграция количественного и качественного подходов. *Политическая концептология: журнал метадисциплинарных исследований*. 2017;1:49–56. Polukhina EV, Prosyanyuk DV. Issledovaniya so smeshannymi metodami (mixed methods research): integratsiya kolichestvennogo i kachestvennogo podkhodov [Mixed methods research: integrating quantitative and qualitative approaches]. *Politicheskaya Kontseptologiya: Zhurnal Metadistsiplinarnykh Issledovaniy*. 2017;1:49–56 (In Russ.).
 29. Мартыненко Т.С. Болезни образа жизни: здоровье человека в современном городе. *Вестник РУДН. Серия: Социология*. 2021;21(1):18–35. <https://doi.org/10.22363/2313-2272-2021-21-1-18-35> Martynenko TS. Lifestyle diseases: Health in the contemporary city. *RUDN Journal of Sociology*. 2021;21(1):18–35 (In Russ.). <https://doi.org/10.22363/2313-2272-2021-21-1-18-35>
 30. Phelan JC, Link BG, Tehranifar P. Social conditions as fundamental causes of health inequalities: theory, evidence, and policy implications. *J Health Soc Behav*. 2010;51 Suppl:S28–40. <https://doi.org/10.1177/0022146510383498>
 31. Гаврилов К.А. Психометрическая парадигма в исследовании риска: перевод на русский язык и апробация на студенческой выборке. *Мониторинг общественного мнения: экономические и социальные перемены*. 2020;2(156):33–50. <https://doi.org/10.14515/monitoring.2020.2.761> Gavrilov KA. Psychometric paradigm in risk research: a translation into Russian and a pilot study with a student sample. *Monitoring of Public Opinion: Economic and Social Changes*. 2020;2(156):33–50 (In Russ.). <https://doi.org/10.14515/monitoring.2020.2.761>
 32. Вешикова М.И. Обзор исследований восприятия опасности и перспективы его изучения в клинической психологии развития. *Психологическая наука и образование psyedu.ru*. 2014;6(4):169–181. <http://dx.doi.org/10.17759/psyedu.2014060415>

- Veschikova MI. A review of studies of danger perception and prospects of its study in clinical psychology development. *Psychological Science and Education PSYEDU.ru*. 2014;6(4):169–181 (In Russ.). <http://dx.doi.org/10.17759/psyedu.2014060415>
33. Chien PM, Sharifpour M, Ritchie BW, Watson B. Travelers' Health Risk Perceptions and Protective Behavior: A Psychological Approach. *Journal of Travel Research*. 2017;56(6):744–759. <https://doi.org/10.1177/0047287516665479>
34. Шлыкова Е.В. Отношение к риску как дифференцирующий фактор выбора способа вынужденной адаптации. *Спутник ежегодника «Россия реформирующаяся»*. 2016:1–15. Shlykova EV. Otnoshenie k risku kak differentsiruyushchii faktor vybora sposoba vyzhudennoi adaptatsii. *Sputnik Ezhegodnika «Rossiya Reformiruyushchayasya»*. 2016:1–15 (In Russ.).
35. Абгаджав Д.А., Алейников А.В., Пинкевич А.Г. Риск-рефлексивные детерминанты адаптации в условиях угроз: опыт эмпирического исследования. *Вестник РУДН. Серия: Социология*. 2023;787–789. <https://doi.org/10.22363/2313-2272-2023-23-4-787-799> Abgadzava DA, Aleinikov AV, Pinkevich AG. Risk-reflexive determinants of adaptation under threats: An empirical study. *RUDN Journal of Sociology*. 2023;787–789 (In Russ.). <https://doi.org/10.22363/2313-2272-2023-23-4-787-799>
36. Акулич М.М., Комбарова Е.В. Социологическое изучение социальных рисков: история и современность. *Вестник Тюменского университета*. 2008;4:55–62. Akulich MM, Kombarova EV. Sotsiologicheskoe izuchenie sotsial'nykh riskov: istoriya i sovremennost' [Sociological study of social risks: history and modernity]. *Vestnik Tyumenskogo Universiteta*. 2008;4:55–62 (In Russ.).
37. Мозговая А.В., Шлыкова Е.В. Социальные ресурсы и адаптация к риску: выбор стратегии (на примере социальной общности в ситуации конкретного риска). *Социологическая наука и социальная практика*. 2014;4(08):25–49. Mozgovaya AV, Shlykova EV. Social Resources and Adaptation to Risk: the Choice of Strategy (by the Example the Social Community in the Situation of Particular Risk). *Sotsiologicheskaya nauka i sotsial'naya praktika*. 2014;4(08):25–49 (In Russ.).
38. Cohen-Louck K, Saka Y. Patterns in response to chronic terrorism threats: A construct of emotional, cognitive, and behavioral responses among Israeli citizens. *Stress Health*. 2017;33(4):448–458. <https://doi.org/10.1002/smi.2728>
39. Криштальюк А.Н., Махов С.Ю. Стратегия личной безопасности. *Автономия личности*. 2011;1(3):105–110. Krshtalyuk AN, Makhov SYu. Strategiya lichnoi bezopasnosti [Personal Security Strategy]. *Avtonomiya Lichnosti*. 2011;1(3):105–110 (In Russ.).
40. Абгаджав Д.А., Пинкевич А.Г., Иванова Е.Н., Стребков А.И. Проблема риска и ответственности в современном обществе. *Вестник Санкт-Петербургского университета. Философия и конфликтология*. 2021;4:647–656. Abgadzava DA, Pinkevich AG, Ivanova EN, Strebkov AI. The problem of risk and responsibility in modern society. *Vestnik Sankt-Peterburgskogo universiteta. Filosofiya i Konfliktologiya*. 2021;4:647–656 (In Russ.).

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

Лебедева-Несевря Наталья Александровна — доктор социологических наук, доцент, профессор кафедры социологии федерального государственного автономного образовательного учреждения высшего образования «Пермский государственный национальный исследовательский университет».

<https://orcid.org/0000-0003-3036-3542>

Шарыпова Софья Юрьевна — кандидат социологических наук, доцент кафедры социологии федерального государственного автономного образовательного учреждения высшего образования «Пермский государственный национальный исследовательский университет».

INFORMATION ABOUT THE AUTHORS

Natalia A. Lebedeva-Nesevria — Dr. Sci. (Sociology), Assoc. Prof., Professor of the Department of Sociology, Perm State National Research University.

<https://orcid.org/0000-0003-3036-3542>

Sofya Yu. Sharypova — Cand. Sci. (Sociology), Assoc. Prof., Department of Sociology, Perm State National Research University.

<https://orcid.org/0000-0003-3519-8531>

звания «Пермский государственный национальный исследовательский университет».

<https://orcid.org/0000-0003-3519-8531>

Корнилицына Мария Дмитриевна — аспирант федерального государственного автономного образовательного учреждения высшего образования «Пермский государственный национальный исследовательский университет».

<https://orcid.org/0000-0003-2291-4316>

Maria D. Kornilitsyna — Postgraduate Student, Perm State National Research University.

<https://orcid.org/0000-0003-2291-4316>

✉ Автор, ответственный за переписку / Corresponding author