УДК 616-084+614.44+616.31+632.95.026
DOI: 10.56871/CmN-W.2025.18.46.024

ПОЧЕМУ ЗНАНИЯ НЕ ВСЕГДА ПРИВОДЯТ К ДЕЙСТВИЯМ: ОБЗОР МОДИФИКАТОРОВ ПЕРЕХОДА ОТ ОСВЕДОМЛЕННОСТИ К ПРАКТИКЕ В МЕДИЦИНЕ И СТОМАТОЛОГИИ

© Андрей Анатольевич Батурин[1, 2], Наталия Александровна Соколович[1], Елена Юрьевна Калинина[2, 3], Светлана Васильевна Свердлова[1], Михаил Александрович Чуркин[1], Вероника Новадниеце[1]

[1] Санкт-Петербургский государственный университет. 199034, г. Санкт-Петербург, Менделеевская линия, д. 5, Российская Федерация

[2] Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет. 194100, г. Санкт-Петербург, ул. Литовская, д. 2, Российская Федерация

[3] Научно-исследовательский институт гриппа им. А.А. Смородинцева. 197022, г. Санкт-Петербург, ул. Профессора Попова, д. 15/17, Российская Федерация

Контактная информация:
Андрей Анатольевич Батурин — аспирант кафедры стоматологии СПбГУ, старший лаборант кафедры анатомии человека СПбГПМУ. E-mail: abaturin17@gmail.com ORCID: https://orcid.org/0000-0001-8612-2348 SPIN: 7931-0856

Для цитирования:
Батурин А.А., Соколович Н.А., Калинина Е.Ю., Свердлова С.В., Чуркин М.А., Новадниеце В. Почему знания не всегда приводят к действиям: обзор модификаторов перехода от осведомленности к практике в медицине и стоматологии. Children's Medicine of the North-West. 2025;13(2):248–260. DOI: https://doi.org/10.56871/CmN-W.2025.18.46.024

Поступила: 28.02.2025 **Одобрена: 12.05.2025** **Принята к печати: 18.06.2025**

РЕЗЮМЕ. ***Введение.*** Глобализация, развитие науки и медицины способствовали повсеместному распространению знаний о мерах профилактики заболеваний, однако на практике все еще наблюдается значительный разрыв между осведомленностью о мерах профилактики заболеваний и их практическим применением. Этот феномен представляет серьезную проблему: он снижает эффективность профилактических программ и ведет к увеличению бремени заболеваний. ***Цель исследования*** — актуализировать проблему разрыва между знаниями и практическими действиями у населения. ***Задачи исследования:*** выявить, классифицировать и обосновать факторы, влияющие на переход у людей от знаний к действиям, проследить их взаимосвязи, оценить относительную значимость различных групп модификаторов в формировании разрыва. Несоответствие между осведомленностью о профилактике заболеваний и реальными действиями обусловлено сложным взаимодействием множества факторов, разделяемых на индивидуальные (психологические, ресурсные) и внешние (социальные, государственные, экологические, культурные, информационные). Хотя каждый из таких факторов может сыграть ключевую роль в конкретной ситуации, совокупный анализ их влияния указывает на определяющее значение среды, прежде всего политических факторов. Именно действия государства (или их отсутствие) в различных сферах создают общий контекст, в рамках которого формируется индивидуальный выбор и соответствующее поведение. Государственная политика воздействует на большинство барьеров, препятствующих превращению знаний о профилактике в практические действия, как непосредственно, так и косвенно. ***Полученные результаты*** могут способствовать разработке эффективных профилактических программ, задействующих влиятельные факторы возникновения разрыва. Особое значение реализация таких программ имеет в раннем возрасте, когда формирование полезных навыков закладывает фундамент приверженности профилактике и тем самым способствует благополучию будущих поколений.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: *разрыв знание–действие, осведомленность и поведение, профилактика заболеваний, барьеры реализации профилактики*

DOI: 10.56871/CmN-W.2025.18.46.024

WHY KNOWLEDGE DOES NOT ALWAYS LEAD TO ACTION: A REVIEW OF MODIFIERS OF THE AWARENESS-TO-PRACTICE TRANSITION IN MEDICINE AND DENTISTRY

© Andrey A. Baturin[1, 2], Natalia A. Sokolovich[1], Elena Yu. Kalinina[2, 3], Svetlana V. Sverdlova[1], Mikhail A. Churkin[1], Veronika Novadniece[1]

[1] Saint Petersburg State University. 5 Mendeleevskaya line, Saint Petersburg 199034 Russian Federation

[2] Saint Petersburg State Pediatric Medical University. 2 Lithuania, Saint Petersburg 194100 Russian Federation

[3] A.A. Smorodintsev Research Institute of Influenza. 15/17 Professor Popov str., Saint Petersburg 197022 Russian Federation

Contact information:
Andrey A. Baturin — postgraduate student of the Department of Dentistry at SPbSU, senior laboratory assistant of the Department of Human Anatomy at SPbSPMU. E-mail: abaturin17@gmail.com ORCID: https://orcid.org/0000-0001-8612-2348 SPIN: 7931-0856

For citation:
Baturin AA, Sokolovich NA, Kalinina EYu, Sverdlova SV, Churkin MA, Novadniece V. Why knowledge does not always lead to action: a review of modifiers of the awareness-to-practice transition in medicine and dentistry. Children's Medicine of the North-West. 2025;13(2):248–260. (In Russian). DOI: https://doi.org/10.56871/CmN-W.2025.18.46.024

Received: 28.02.2025 **Revised: 12.05.2025** **Accepted: 18.06.2025**

ABSTRACT. ***Introduction.*** Globalization and advances in science and medicine have facilitated the widespread dissemination of knowledge about disease prevention measures. However, in practice there remains a substantial gap between awareness of preventive measures and their practical application. This phenomenon is a serious problem because it undermines the effectiveness of preventive programs and increases the burden of disease. ***The aim of the study*** was to highlight the issue of this knowledge-action gap. ***Research objectives*** – to achieve this, the researchers sought to identify, classify, and substantiate the factors that influence the translation of knowledge into action and to examine their interrelationships; and assess the relative importance of different groups of these modifiers in the formation of the gap. Analysis indicates that the discrepancy between prevention awareness and actual behavior is driven by a complex interplay of numerous interrelated factors. These factors can be grouped into individual factors (such as psychological factors and personal resource constraints) and external factors (including social, governmental, environmental, cultural, and informational factors). Although each factor can play a key role in specific situations, a holistic analysis of their influence points to the decisive role of contextual influences—particularly political factors. In fact, government actions (or inaction) across various domains create the broader context within which individual choices are made and behaviors take shape. Public policy affects most of the barriers that hinder the conversion of preventive knowledge into concrete actions, both directly and indirectly. ***These findings can inform*** the development of effective disease prevention programs that target the influential factors underlying the knowledge-action gap. Implementing such programs is especially important at an early age, when the establishment of healthy habits lays the foundation for future commitment to preventive practices and thereby contributes to the well-being of future generations.

KEYWORDS: *knowledge–action gap, awareness and behavior, disease prevention, barriers to prevention implementation*

ISSN 3034-6312 (Print) ISSN 3034-6320 (Online)

ВВЕДЕНИЕ

«Мир живет опасно, либо потому, что у него мало выбора, либо потому, что он делает неправильные выборы в отношении потребления и деятельности» ("The world is living dangerously, either because it has little choice or because it is making the wrong choices about consumption and activity") — сказал один из бывших директоров Всемирной организации здравоохранения Х. Брундтлэнд.

Глобализация, развитие науки и медицины способствовали повсеместному распространению знаний о мерах профилактики заболеваний, однако на практике информация о профилактических мерах не так часто трансформируется в соответствующее поведение. По оценкам экспертов, до 90% случаев хронических заболеваний вызываются модифицируемыми поведенческими и средовыми факторами, которые ликвидируются общепризнанными мерами [1]. Тем не менее существенная часть населения не следует превентивным рекомендациям: только 10–12% придерживаются установленной нормы потребления фруктов и овощей [2], рекомендуемые уровни физической активности соблюдают 68,7% взрослых [3], более 80% курильщиков продолжают эту привычку, несмотря на осведомленность о связанных со здоровьем рисках [4].

Данный феномен разрыва между знанием и действием (намерением и реализацией, осведомленностью и практикой; англ. knowledge–action gap) обусловлен тем, что знание и сформированное на его основании намерение в среднем объясняют лишь 18–23% совершенного действия [5], оставляя более 70% влияния прочим факторам. Парадоксальная ситуация наблюдается во всем мире. Разрыв сильно влияет на общественное здравоохранение: невоплощенные знания — упущенные возможности профилактики. Для медицины критично важно выявлять модификаторы поведения и эффективно их использовать.

ЦЕЛЬ И ЗАДАЧИ ИССЛЕДОВАНИЯ

Цель исследования — актуализировать проблему разрыва между знаниями и практическими действиями.

Задачи исследования: 1) выявить, классифицировать и обосновать факторы, влияющие на переход от знаний к действиям, проследить их взаимосвязи; 2) оценить относительную значимость различных групп модификаторов в формировании разрыва.

МОДИФИКАТОРЫ ПЕРЕХОДА

Факторы, которые влияют на превращение знаний в практические действия, можно разделить на психологические и когнитивные (индивидуальные), социальные, культурные и религиозные, экологические, экономические, государственные и коммуникативные.

1. Психологические и когнитивные факторы

1.1. Мотивация как совокупность внутренних и внешних побудительных сил определяет готовность индивида инициировать и поддерживать профилактическое поведение. Ее отсутствие часто становится причиной бездействия: люди могут соглашаться с тем, что определенное поведение «правильно», но не ощущать внутреннего побуждения к нему. Мотивация формируется на основе базовых потребностей, личных желаний и системы ценностей. В структуре современных мотивов часто приоритезированы ценности, связанные с карьерным ростом, социальным статусом или материальным благополучием, забота о здоровье отодвигается на задний план [6]. При этом внутренняя (интринсивная) мотивация, основанная на личном интересе и соответствии собственным целям, обеспечивает более устойчивые поведенческие изменения по сравнению с внешней (экстринсивной) мотивацией, основанной на поощрениях или давлении извне [7].

1.2. Важную роль играют индивидуальные психологические характеристики.

1.2.1. *Самоэффективность* — вера человека в собственную способность успешно выполнить задачу, прямой предиктор действий, влияющий на инициацию (подход к задаче) и поддержание поведенческих изменений (устойчивость перед трудностями и преодоление неудач) [8]. Она формируется через личный опыт успехов, наблюдение за другими (викарное научение), социальное убеждение (поддержка значимых других) и интерпретацию собственных физиологических и эмоциональных состояний.

1.2.2. *Самоконтроль* — способность регулировать свои мысли, эмоции и поведение с целью достижения долгосрочных целей. Конструкт играет ключевую роль в поддержании профилактических действий, отказе от вредных привычек при возникновении препятствий. Теории, такие как модель эго-истощения [9], или более современные подхо-

ды, понимающие самоконтроль как распределение ресурсов и смену мотивации [10], объясняют трудности в его поддержании.

1.2.3. *Склонность к риску* (готовность человека принимать решения в условиях неопределенности) и *локус контроля* (восприятие связи между действиями и последствиями) формируют индивидуальное восприятие угроз здоровью и атрибуцию ответственности, влияя на принятие решений о профилактике. Люди более чувствительны к потерям, чем к эквивалентным выигрышам, и полезность исходов взвешивается по их вероятностям, при этом маловероятные события переоцениваются и недооцениваются большие [11, 12].

1.3. Исследования показывают, что около 43–45% ежедневных действий людей повторяются в одинаковых условиях и совершаются практически автоматически, без сознательного размышления [13].

1.3.1. *Привычка* — устойчивый поведенческий паттерн, который имеет тенденцию происходить подсознательно. Для формирования здоровой привычки, например регулярной физической активности, требуется в среднем 66 дней систематической практики, что может превышать мотивационные ресурсы [14].

1.3.2. *Зависимость* — устойчивое побуждение к определенному поведению, нарушающему психическое и соматическое состояние и приводящее со временем к синдрому отмены при прекращении этого поведения. Состояние характеризуется отсутствием самоконтроля над действием из-за эмоциональной привязанности к определенному действию или веществу, приводящему к компульсивному поведению, направленному на получение желаемого эффекта. Длительное воздействие фактора зависимости запускает нейроадаптивные процессы в мозговых структурах (аддиктивный цикл) и создает барьер для отказа от вредных практик, даже при осознании последствий.

1.4. *Негативные эмоциональные состояния* могут как мотивировать, так и препятствовать профилактическому поведению. Умеренный страх перед заболеванием способен мотивировать, однако чрезмерный страх часто ведет к защитным реакциям отрицания или избегания [15]. Хроническая тревога, не связанная с конкретной угрозой, может приводить к иррациональной оценке рисков [16]. Депрессия, сопровождаемая дисфункцией систем вознаграждения и мотивации в мозге, делает будущие полезные результаты профилактических действий субъективно менее ценными [17]. Характерные для депрессии когнитивные искажения, такие как негативные мысли, безнадежность и беспомощность, снижают веру человека в эффективность профилактических мер и способность их реализовать [18]. Стыд, особенно связанный со стигматизированными заболеваниями или образами жизни, может препятствовать обращению за помощью и поддержкой [19].

1.5. *Когнитивные искажения.* Особенность превентивных мер заключается в их «невидимых» результатах — успешная профилактика по определению означает отсутствие заболевания. Человеку свойственно недооценивать значимость предотвращенных негативных событий, так как они не вызывают страха или облегчения в момент оценки, остаются эмоционально нейтральными и абстрактными [20]. Профилактические действия и полезные привычки не дают мгновенной положительной обратной связи, а вредные привычки не приводят к немедленным негативным последствиям, что создает дополнительный барьер для мотивации профилактического поведения.

1.5.1. *Прокрастинация* — психологическая защита от тревоги и внутреннего напряжения, связанных с выполнением определенных задач, которые воспринимаются как неприятные, сложные или не имеющие немедленного вознаграждения, — характеристики, типичные для многих профилактических мер.

1.5.2. *Оптимистическое предубеждение* — люди переоценивают вероятность положительных событий и недооценивают вероятность негативных событий.

1.5.3. *Необоснованный оптимизм* («это может случиться с кем угодно, но не со мной») устраняет восприятие личной уязвимости к заболеваниям, снижая мотивацию к профилактическим действиям, так как человек не видит реальной угрозы для себя лично и считает профилактические меры избыточными.

1.5.4. *Эффект привыкания к угрозе* — многократное воздействие информации о рисках для здоровья со временем теряет свою эффективность, даже если содержательно эта информация усваивается. Эффект особенно выражен в современном информационном обществе, где люди постоянно подвергаются воздействию многочисленных предупреждений о рисках для здоровья, что приводит к снижению их мотивационного потенциала [21].

1.5.5. *Избирательное восприятие* — тенденция обращать внимание, интерпретировать и запоминать информацию, соответствующую существующим

убеждениям и ожиданиям, и игнорировать, обесценивать или искажать противоречащие им данные для поддержания когнитивной согласованности. Люди, ведущие нездоровый образ жизни, с большей вероятностью будут замечать и придавать значение информации, ставящей под сомнение эффективность профилактических мер или преуменьшающей риски нездорового поведения [22].

1.5.6. *Гиперболическое дисконтирование* — когнитивное искажение, при котором люди предпочитают меньшие немедленные вознаграждения большим отсроченным, причем ценность снижается непропорционально быстро со временем [23]. Эволюционные психологи предполагают, что такая временная ориентация могла иметь адаптивную ценность в условиях высокой неопределенности среды, характерной для ранних этапов человеческой эволюции, когда выживание в настоящем имело безусловный приоритет перед отдаленными перспективами [24]. Однако в современном мире такая временная перспектива становится дезадаптивной, препятствуя эффективной профилактике.

2. Социальные факторы

2.1. *Потребность соответствовать группе* отражает приоритизацию социальной интеграции над индивидуальными знаниями о профилактике. Групповая принадлежность основана на механизме социального подкрепления: люди склонны повторять действия, которые окружающие награждают вниманием или похвалой (социальное одобрение), и избегать тех, что порицаются (социальное неодобрение) [25]. Когда групповые нормы противоречат профилактическим знаниям, возникает когнитивный диссонанс, который чаще всего разрешается в пользу социальной конформности, а не в пользу индивидуального здоровья [26]. Профессиональные сообщества формируют специфические групповые нормы, препятствующие реализации профилактических знаний. Это особенно выражено в высококонкурентных профессиональных средах, где демонстрация приверженности работе часто ценится выше, чем забота о собственном здоровье, следование профилактическим рекомендациям может восприниматься как признак недостаточной преданности профессии или слабости, что создает значительные барьеры для внедрения профилактических знаний [27].

2.2. *Общественная поддержка или противодействие*. Социальная поддержка включает эмоциональные (эмпатия, забота), инструментальные (практическая помощь), информационные (советы) и оценочные (обратная связь) компоненты, усиливая вероятность осуществления профилактических практик [28]. Противодействие (от насмешек до саботажа), в свою очередь, блокирует профилактическое поведение, даже при высокой осведомленности [29]. Социальная изоляция как крайняя форма дефицита поддержки усиливает разрыв между знаниями и действиями, снижает внешнюю мотивацию в связи с отсутствием социальных сигналов и норм [30].

2.3. *Влияние медиа и авторитетов* формирует информационную среду и образцы для подражания. Этот процесс опирается на социально-когнитивную теорию, согласно которой люди учатся не только через собственный опыт, но и наблюдая за поведением значимых или авторитетных фигур, чьи действия воспринимаются как образцы для подражания [31]. Средства массовой информации часто акцентируют внимание на сенсационных аспектах здравоохранения, уделяя непропорционально много места редким, научно не обоснованным, но эмоционально заряженным случаям, что порождает путаницу и недоверие к официальным источникам [32, 33].

2.4. *Доверие к институтам* — фундамент для принятия рекомендаций от них, основано на уверенности людей в том, что государственные структуры компетентны, действуют в интересах общества и справедливы [34]. Прецеденты институционального произвола, такие как неэтичные медицинские эксперименты, некомпетентность, ошибки и коррупция, формируют устойчивое недоверие. Публикации работ для поддержания карьеры и видимости активности [35], создание завышенных ожиданий или подтасовка результатов компрометируют науку [36, 37]. Противоречивые рекомендации от разных инстанций или даже обновление рекомендаций могут восприниматься населением как признак ненадежности, усиливая скептицизм.

2.5. *Гендерные роли и связанные с ними социальные ожидания*, формируя устойчивые поведенческие паттерны, создают специфические барьеры (независимо от социально-экономических факторов и уровня медицинской осведомленности) [38]. Традиционные нормы маскулинности (стоицизм, самодостаточность, нежелание жаловаться или обращаться за помощью) препятствуют профилактическому поведению у мужчин [39], ожидания приоритизации заботы о других над собственным здоровьем от женщин (роль основного опекуна) часто приводит к откладыванию ими необходимых

медицинских мер [40]. Кроме того, медицинские институты могут неосознанно усиливать эти барьеры, например, интерпретируя соматические симптомы у женщин как психологические, а психологический дистресс у мужчин — как физический [41].

2.6. *Социальные нормы и ожидания*, как дескриптивные (как поступают другие), так и инъюнктивные (как должно поступать) часто оказываются более весомыми детерминантами поведения, чем фактические знания [42, 43]. Парадоксально, но стигматизация, изначально направленная на стимулирование «правильного» поведения, часто приводит к противоположным результатам: человек, сталкивающийся со стигмой, испытывает стресс, снижение самооценки и мотивации, депрессию, что, в свою очередь, препятствует трансформации знаний в действия [44]. В коллективистских культурах стигма может распространяться на всю семью, создавая дополнительные барьеры [45].

2.7. *Низкий уровень образования* приводит к сложностям в применении общих рекомендаций к индивидуальным обстоятельствам. Низкая грамотность ассоциирована со сниженным использованием профилактических услуг (например, скрининг или вакцинация), даже при наличии доступа и базовой осведомленности об их важности [46].

3. Ресурсные факторы

3.1. Несмотря на то что профилактика признается экономически выгодной в долгосрочной перспективе, она может требовать больших первоначальных и регулярных инвестиций. Возможность покупки полезных, питательных продуктов (мясо, рыба), оплаты спортивных занятий, прохождения скрининга, приобретения медицинских устройств, качественных предметов гардероба и быта, БАДов может отсутствовать. Усугубляют ситуацию более выгодные и удобные альтернативы. В условиях экономической нестабильности (кризиса, инфляции, возможности потери работы) приоритеты неизбежно смещаются в сторону краткосрочных стратегий выживания, что приводит к эффекту «фокуса на насущном» и заставляет откладывать или игнорировать долгосрочные профилактические меры, воспринимая их как менее актуальные [47].

3.2. Нехватка времени и занятость создают существенные барьеры для профилактических практик, требующих временных инвестиций: физическая активность, приготовление здоровой пищи, полноценный сон, профилактические медицинские осмотры.

4. Государственные факторы

Действия или бездействие государства на системном уровне оказывают глубокое влияние на возможность населения реализовывать знания о профилактике в жизни.

4.1. Законодательство формирует нормативную базу, регулирующую множество аспектов, связанных со здоровьем: от контроля над производством и продажей вредных товаров (табак, алкоголь, продукты с высоким содержанием сахара/жиров) до установления стандартов безопасности на рабочих местах, экологических норм и требований к городской инфраструктуре. Законы, интегрирующие обучение гигиене в образовательные программы или вводящие налоги на вредные продукты, могут создавать среду, где здоровый выбор становится «выбором по умолчанию». Отсутствие таких регуляторных мер, напротив, подрывает индивидуальные и коллективные усилия по профилактике [48].

4.2. Финансирование здравоохранения и профилактики определяет доступность услуг. Стоимость профилактических мероприятий (скрининги, вакцинация, консультации) может быть барьером, особенно в системах без всеобщего медицинского страхования или с ограниченным покрытием превентивных мер. Декларации о важности профилактики должны подкрепляться адекватным бюджетным обеспечением. Страны, инвестирующие значительные ресурсы в научно обоснованные профилактические программы и их внедрение, демонстрируют лучшие показатели здоровья населения [49–51]. Государственные программы профилактики, если они хорошо спланированы и обеспечены ресурсами, могут служить «маршрутной картой» для населения, интегрируя различные меры и делая их доступными. Отсутствие таких программ оставляет множество барьеров неразрешенными.

4.3. Политическая направленность правительства определяет философию общественного здравоохранения и приоритетность профилактики. Акцент может делаться либо на индивидуальной ответственности граждан за свое здоровье, либо на создании структурных условий, поддерживающих здоровый образ жизни. В странах с выраженной либеральной политикой разрыв знание–действие может быть шире из-за того, что профилактика остается на усмотрение индивида, повышая зависимость от его личных черт и ресурсов. Социал-демократические системы, как правило, берут на себя больше ответственности за создание поддерживающей среды [52].

4.4. Отсутствие государственной политики, контролирующей здоровую информационную среду, создает условия для развития агрессивных маркетинговых стратегий бизнеса, продвигающих нездоровые товары и привычки. Бюджеты таких компаний могут многократно превышать средства, выделяемые на общественные кампании по профилактике, создавая информационный дисбаланс, в котором сообщения о здоровом образе жизни теряются в потоке коммерческой рекламы. Дополнительно создается информационная перегрузка, и в условиях большого потока данных люди выбирают более простые стратегии принятия решений или вовсе отказываются от действия [53].

5. Культурные и религиозные факторы

5.1. Фатализм формирует убеждение, что профилактические меры либо бессмысленны, либо противоречат божественному промыслу, лишая людей мотивации к действиям, направленным на сохранение здоровья («от судьбы не уйдешь», «здоровье Бог дает»). При этом заболевания могут восприниматься как неизбежность или даже как ниспосланное испытание. Вера в предопределенность коррелирует со сниженной частотой скрининга на онкологические заболевания, выполнения физических упражнений, употребления полезных продуктов и контроля инфекционных заболеваний [54].

5.2. Традиции, глубоко укорененные в повседневной жизни и идентичности сообществ, могут как заменять собой научно обоснованные методы профилактики, так и включать потенциально вредные действия. Их предпочтение обусловлено принадлежностью к общине, они привычны и вызывают доверие, поскольку интегрированы в культурную идентичность. Традиционные способы профилактики (амулеты, телесные практики, духовные обряды, молитвы) просты и доступны, не требуют сложной инфраструктуры (профилактических центров, клиник, медицинского персонала) или оборудования, что особенно актуально для отдаленных регионов, лиц с низким социально-экономическим статусом. Общественное одобрение и поддержка укрепляет приверженность традиционным методам и одновременно усиливает сопротивление к иной информации, которая воспринимается как чужеродная, навязанная извне, угроза установленному порядку. Глубоко укоренившиеся привычки, сформированные с детства в рамках культурных традиций (например, особенности национальной кухни с высоким содержанием жиров или соли), крайне сложно изменить в зрелом возрасте, даже при наличии знаний об их потенциальном вреде.

6. Экологические факторы

Физическая среда обитания создает возможности для реализации профилактического поведения или барьеры, которые не могут быть преодолены только индивидуально.

6.1. Географическое расположение и климат влияют на доступность ресурсов и инфраструктуры. Проживание в «продовольственных пустынях», где ограничен доступ к свежим и здоровым продуктам, но широко представлена обработанная пища, затрудняет здоровое питание [55]. Неблагоприятные климатические условия (длинные холодные зимы, экстремальная жара, малое количество солнечных дней) могут ограничивать возможности для физической активности на открытом воздухе, способствуя сидячему образу жизни [56–58]. Неравномерное распределение инфраструктуры (спортивные объекты, безопасные пешеходные зоны, медицинские учреждения) особенно ощутимо в сельских и отдаленных районах. Если профилактические действия требуют значительных временных или финансовых затрат на дорогу, их вероятность снижается. Высокая стоимость логистики (например, доставки вакцин) в труднодоступные регионы может приводить к формированию «превентивных пустынь» с низким охватом населения профилактическими мерами.

6.2. Урбанизация может обеспечивать наличие и близость профилактических ресурсов, но одновременно напрямую или опосредованно создавать барьеры для реализации превентивного поведения. Городская среда характеризуется загрязнением воздуха, шумом, повышенной плотностью населения, ускоренным ритмом жизни, нехваткой времени и высокой конкуренцией. Эти факторы могут делать некоторые здоровьесберегающие практики (например, физическую активность на открытом воздухе) менее доступными и комфортными, снижают возможности и приоритет заботы о здоровье [59, 60]. Решения, позволяющие существовать в городской среде высокой плотности точек продажи нездоровой пищи, алкоголя и табака, превращают ее в пространство, где следование превентивным рекомендациям требует со-

знательных усилий, а не является естественным выбором.

7. Коммуникационные факторы

Способ представления информации о профилактике играет важную роль в ее восприятии, понимании и последующем применении.

7.1. Чрезмерная сложность изложения и использование специальной терминологии могут сделать даже базовые рекомендации непонятными [61].

7.2. Вероятность действия снижается, если информация преподносится с позиции потенциальных приобретений или отсутствия выгоды, а не потерь (эффект фрэйминга). Формулировка «если вы не будете следовать рекомендациям, вы заболеете» оказывается более мотивирующей, чем «если вы не будете следовать рекомендациям, вы упустите возможность улучшить свое здоровье» или «соблюдение рекомендаций улучшит ваше здоровье». Эффект наиболее выражен, когда проблема воспринимается как лично значимая для индивида [62].

7.3. Отсутствие эмоционального вовлечения (например, через истории, примеры из жизни, метафоры) делает информацию «чужой», не связанной с личным опытом и менее запоминающейся [63].

7.4. Форма представления данных также влияет на их усвоение [64]. Традиционные способы передачи профилактических знаний — печатные материалы, статьи, буклеты — ценны тем, что позволяют подробно изложить рекомендации и дать читателю возможность изучать материал в удобном темпе. Однако восприятие исключительно текстовой информации требует высокого уровня грамотности и абстрактного мышления. Визуальная форма (иллюстрации, инфографика, видео) усиливает восприятие за счет наглядности, облегчает когнитивную переработку, позволяя быстро связать новые сведения с уже знакомыми образами.

7.5. Затрудняет переход от знания к действию разрыв между декларативным («знать что») и процедурным («знать как») знанием. Если рекомендации слишком общие, избыточно абстрактные и непрактичные (например, «надо правильно питаться»), то человек не получает четкого плана и не понимает, какие конкретно шаги следует предпринять.

7.6. Еще один фактор — персонализация информации: если человек сомневается в релевантности рекомендаций для себя, вероятность действия снижается [65].

ВЫВОДЫ

Разрыв между знаниями населения о профилактике и их практическим применением представляет собой глобальную проблему, заключающуюся в сложном взаимодействии множества связанных факторов: индивидуальных (психологических, ресурсных) и средовых (социальных, государственных, экологических, культурных и информационных), которые, обусловливая друг друга, влияют на переход осведомленности в поведение.

Хотя каждый из рассмотренных факторов может играть ключевую роль в конкретной ситуации, анализ их совокупного влияния позволяет сделать вывод о решающем влиянии средовых факторов, прежде всего государственных. Именно действия государства (или их отсутствие) в различных сферах задают общий контекст, в котором происходит индивидуальный выбор и формируется поведение. Политика как напрямую (например, финансирование здравоохранения, законодательные меры), так и опосредованно (например, через социальные детерминанты) влияет на большинство барьеров, препятствующих трансформации знаний о профилактике в действия.

Полученные результаты могут послужить основой для разработки программ профилактики, учитывающих наиболее значимые модификаторы пути к здоровому поведению. Особое значение превентивные программы имеют в раннем возрасте, когда формирование полезных навыков закладывает фундамент для приверженности профилактике и благополучия будущих поколений.

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Вклад авторов. Все авторы внесли существенный вклад в разработку концепции, проведение исследования и подготовку статьи, прочли и одобрили финальную версию перед публикацией.

Конфликт интересов. Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

Источник финансирования. Авторы заявляют об отсутствии внешнего финансирования при проведении исследования.

ADDITIONAL INFORMATION

Author contribution. Thereby, all authors made a substantial contribution to the conception of the study,

acquisition, analysis, interpretation of data for the work, drafting and revising the article, final approval of the version to be published and agree to be accountable for all aspects of the study.

Competing interests. The authors declare that they have no competing interests.

Funding source. This study was not supported by any external sources of funding.

ЛИТЕРАТУРА

1. World Health Organization. Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks. Geneva: WHO; 2009.
2. Lee S.H., Moore L.V., Park S., Harris D.M., Blanck H.M. Adults Meeting Fruit and Vegetable Intake Recommendations — United States, 2019. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2022;71(1):1–9. DOI: 10.15585/mmwr.mm7101a1.
3. Strain T., Flaxman S., Guthold R., Semenova E., Cowan M., Riley L.M., Bull F.C., Stevens G.A. National, regional, and global trends in insufficient physical activity among adults from 2000 to 2022: a pooled analysis of 507 population-based surveys with 5·7 million participants. Lancet Glob Health. 2024;12(8):e1232–e1243. DOI: 10.1016/S2214-109X[24]00150-5.
4. Trofor A.C., Papadakis S., Lotrean L.M., Radu-Loghin C., Eremia M., Mihaltan F., Driezen P., Kyriakos C.N., Mons U., Demjén T., Nogueira S.O., Fernández E., Tountas Y., Przewoźniak K., McNeill A., Fong G.T., Vardavas C.I. EUREST-PLUS consortium. Knowledge of the health risks of smoking and impact of cigarette warning labels among tobacco users in six European countries: Findings from the EUREST-PLUS ITC Europe Surveys. Tob Induc Dis. 2019;16:A10. DOI: 10.18332/tid/99542.
5. Conner M., Norman P. Understanding the intention-behavior gap: The role of intention strength. Front Psychol. 2022;13:923464. DOI: 10.3389/fpsyg.2022.923464.
6. Conner M., Abraham C., Prestwich A., Hutter R., Hallam J., Sykes-Muskett B., Morris B., Hurling R. Impact of goal priority and goal conflict on the intention-health-behavior relationship: Tests on physical activity and other health behaviors. Health Psychol. 2016;35(9):1017–26. DOI: 10.1037/hea0000340.
7. Matthews J.A., Matthews S., Faries M.D., Wolever R.Q. Supporting Sustainable Health Behavior Change: The Whole is Greater Than the Sum of Its Parts. Mayo Clin Proc Innov Qual Outcomes. 2024;8(3):263–275. DOI: 10.1016/j.mayocpiqo.2023.10.002.
8. Bandura A. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. Psychol Rev. 1977;84(2):191–215. DOI: 10.1037//0033-295x.84.2.191.
9. Baumeister R.F., Bratslavsky E., Muraven M., Tice D.M. Ego depletion: is the active self a limited resource? J Pers Soc Psychol. 1998;74(5):1252–65. DOI: 10.1037//0022-3514.74.5.1252.
10. Inzlicht M., Schmeichel B.J., Macrae C.N. Why self-control seems (but may not be) limited. Trends Cogn Sci. 2014;18(3):127–33. DOI: 10.1016/j.tics.2013.12.009.
11. Kahneman D., Tversky A. Prospect theory: an analysis of decision under risk. Econometrica. 1979;47(2):263–291.
12. Tagini S., Brugnera A., Ferrucci R., Mazzocco K., Pievani L., Priori A., Ticozzi N., Compare A., Silani V., Pravettoni G., Poletti B. Attachment, Personality and Locus of Control: Psychological Determinants of Risk Perception and Preventive Behaviors for COVID-19. Front Psychol. 2021;12:634012. DOI: 10.3389/fpsyg.2021.634012.
13. Wood W., Quinn J.M., Kashy D.A. Habits in everyday life: thought, emotion, and action. J Pers Soc Psychol. 2002;83(6):1281–97.
14. Lally P., van Jaarsveld CHM., Potts HWW., Wardle J. How are habits formed: modelling habit formation in the real world. Eur J Soc Psychol. 2010;40(6):998–1009. DOI: 10.1002/ejsp.674.
15. Witte K. Putting the fear back into fear appeals: The extended parallel process model. Communication Monographs. 1992;59(4):329–349.
16. Hengen K.M., Alpers G.W. What's the Risk? Fearful Individuals Generally Overestimate Negative Outcomes. Front Psychol. 2019;10:1676.
17. Bains N., Abdijadid S. Major Depressive Disorder. In: StatPearls [Internet]. 2025.
18. Abramson L.Y., Seligman M.E., Teasdale J.D. Learned helplessness in humans: critique and reformulation. J Abnorm Psychol. 1978;87(1):49–74.
19. Dolezal L. Shame anxiety, stigma and clinical encounters. J Eval Clin Pract. 2022;28(5):854–860.
20. Baron J., Hershey J.C. Outcome bias in decision evaluation. J Pers Soc Psychol. 1988;54(4):569–79.
21. So J., Kim S., Cohen H. Message fatigue: Conceptual definition, operationalization, and correlates. Communication Monographs. 2017;84.
22. Hart W., Albarracín D., Eagly A.H., Brechan I., Lindberg M.J., Merrill L. Feeling validated versus being correct: a meta-analysis of selective exposure to information. Psychol Bull. 2009;135(4):555–88. DOI: 10.1037/a0015701.
23. Frederick S., Loewenstein G., O'Donoghue T. Time Discounting and Time Preference: A Critical Review. J Econ Lit. 2002;40:351–401.
24. Pepper G.V., Nettle D. The behavioural constellation of deprivation: Causes and consequences. Behav Brain Sci. 2017;40:e314.

25. Kohls G., Perino M.T., Taylor J.M., Madva E.N., Cayless S.J., Troiani V., Price E., Faja S., Herrington J.D., Schultz R.T. The nucleus accumbens is involved in both the pursuit of social reward and the avoidance of social punishment. Neuropsychologia. 2013;51(11): 2062–9. DOI: 10.1016/j.neuropsychologia.2013.07.020.
26. Stok F.M., de Ridder D.T., de Vet E., de Wit J.B. Don't tell me what I should do, but what others do: the influence of descriptive and injunctive peer norms on fruit consumption in adolescents. Br J Health Psychol. 2014;19(1):52–64. DOI: 10.1111/bjhp.12030.
27. Sharp M.L., Fear N.T., Rona R.J., Wessely S., Greenberg N., Jones N., Goodwin L. Stigma as a barrier to seeking health care among military personnel with mental health problems. Epidemiol Rev. 2015;37:144–62. DOI: 10.1093/epirev/mxu012.
28. Lieber S.B., Moxley J., Mandl L.A., Reid M.C., Czaja S.J. Social support and physical activity: does general health matter? Eur Rev Aging Phys Act. 2024;21(1):16. DOI: 10.1186/s11556-024-00347-6.
29. Ogden J., Quirke-McFarlane S. Sabotage, Collusion, and Being a Feeder. Curr Obes Rep. 2023;12(2):183–190.
30. Yu J., Xie L., Chen S., Fang Z., Zhu L., Zhang H., Xu R.H., Yang H., Dong D. Social support and medication adherence among adult myasthenia gravis patients in China: the mediating role of mental health and self-efficacy. Orphanet J Rare Dis. 2024;19(1):143. DOI: 10.1186/s13023-024-03145-6.
31. Bandura A. Social learning theory. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall; 1977.
32. Stimpson J.P., Ortega A.N. Social media users' perceptions about health mis- and disinformation. Health Aff Sch. 2023;1(4):qxad050.
33. Ballard A., Miller J. The effects of medical misinformation on the American public. Ballard Brief. 2022.
34. Hall M.A., Dugan E., Zheng B., Mishra A.K. Trust in physicians and medical institutions: what is it, can it be measured, and does it matter? Milbank Q. 2001;79(4):613–39. DOI: 10.1111/1468-0009.00223.
35. Hossenfelder S. Lost in math: How beauty leads physics astray. Basic Books; 2018.
36. Intemann K. Understanding the problem of "hype": exaggeration, values, and trust in science. Can J Philos. 2020;52(1):1–16.
37. Piller C. Blots on a field? Science. 2022;377(6604): 358–363.
38. Galasso V., Pons V., Profeta P., Becher M., Brouard S., Foucault M. Gender differences in COVID-19 attitudes and behavior: Panel evidence from eight countries. Proc Natl Acad Sci U S A. 2020;117(44):27285–27291. DOI: 10.1073/pnas.2012520117.
39. Courtenay W.H. Constructions of masculinity and their influence on men's well-being. Soc Sci Med. 2000;50(10):1385–401.
40. Chor J., Garcia-Ricketts S., Young D., Hebert L.E., Hasselbacher L.A., Gilliam M.L. Well-woman Care Barriers and Facilitators of Low-income Women Obtaining Induced Abortion after the Affordable Care Act. Womens Health Issues. 2018;28(5):387–392. DOI: 10.1016/j.whi.2018.03.009.
41. Hamberg K. Gender bias in medicine. Womens Health (Lond). 2008;4(3):237–43.
42. Borsari B., Carey K.B. Descriptive and injunctive norms in college drinking. J Stud Alcohol. 2003;64(3):331–41.
43. Strough J., Stone E.R., Parker A.M., Bruine de Bruin W. Perceived Social Norms Guide Health Care Decisions for Oneself and Others: A Cross-Sectional Experiment in a US Online Panel. Med Decis Making. 2022;42(3):326–340. DOI: 10.1177/0272989X211067223.
44. Hunger J.M., Montoya A.K., Edrosolan K., Tan J., Hubbard A.S., Tomiyama A.J. Ecological Momentary Assessment of Weight Stigma and Eating Behavior in Everyday Life. Ann Behav Med. 2024;58(6):457–462. DOI: 10.1093/abm/kaae012.
45. Noor A., Earnshaw V. Internalized HIV stigma in a collectivist culture. Hum Nat J Soc Sci. 2023;4:414–423.
46. Berkman N.D., Sheridan S.L., Donahue K.E., Halpern D.J., Crotty K. Low health literacy and health outcomes: an updated systematic review. Ann Intern Med. 2011;155(2):97–107. DOI: 10.7326/0003-4819-155-2-201107190-00005.
47. World Health Organization. Maintaining essential health services during an economic crisis. WHO Policy Brief, 2010.
48. UNICEF. Policy Brief: Marketing of Unhealthy Foods and Non-Alcoholic Beverages to Children. New York; 2023.
49. OECD. Preventive Health Care Spending — in: Health at a Glance 2021. Paris: OECD Publishing; 2021.
50. Александрова Г.А., Бачманов А.А., Булкина И.А. и др. Здоровье населения региона и приоритеты здравоохранения. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2010. EDN: UKMFFR.
51. Медик В.А., Токмачев М.С. Руководство по статистике здоровья и здравоохранения. М.: Медицина; 2006. EDN QLMGUT.
52. Navarro V., Muntaner C., Borrell C., Benach J., Quiroga A., Rodríguez-Sanz M., Vergés N., Pasarín M.I. Politics and health outcomes. Lancet. 2006;368(9540):1033–7. DOI: 10.1016/S0140-6736(06)69341-0.
53. Hong H., Kim H.J. Antecedents and Consequences of Information Overload in the COVID-19 Pandemic. Int J Environ Res Public Health. 2020;17(24):9305. DOI: 10.3390/ijerph17249305.
54. Cohn L.D., Esparza del Villar O.A. Fatalism and health behavior: a meta-analytic review. Colec. Reportes Técnicos, Univ. Autónoma de Ciudad Juárez; 2015.

55. Key J., Burnett D., Babu J.R., Geetha T. The Effects of Food Environment on Obesity in Children: A Systematic Review. Children (Basel). 2023;10(1):98. DOI: 10.3390/children10010098.
56. Turrisi T.B., Bittel K.M., West A.B., Hojjatinia S., Hojjatinia S., Mama S.K., Lagoa C.M., Conroy D.E. Seasons, weather, and device-measured movement behaviors: a scoping review from 2006 to 2020. Int J Behav Nutr Phys Act. 2021;18(1):24. DOI: 10.1186/s12966-021-01091-1.
57. Лагно О.В., Завьялова А.Н. Пропедевтические знания — в помощь начинающему врачу-педиатру. Медицина: теория и практика. 2021;6(1):45–54.
58. Колтунцева И.В., Сахно Л.В., Баирова С.В. и др. Соответствие рациона школьников принципам здорового питания. Роль образовательных программ. Медицина и организация здравоохранения. 2023;8(4):42–54. DOI: 10.56871/MHCO.2023.35.94.004.
59. Батурин А.А., Соколович Н.А., Свердлова С.В. и др. Анализ программ профилактики стоматологических заболеваний детей дошкольного возраста: обзор литературы. Институт стоматологии. 2024;4(105):82–83. EDN: UPZXRK.
60. Srivastava K. Urbanization and mental health. Ind Psychiatry J. 2009;18(2):75–6.
61. Gotlieb R., Praska C., Hendrickson M.A., Marmet J., Charpentier V., Hause E., Allen K.A., Lunos S., Pitt M.B. Accuracy in Patient Understanding of Common Medical Phrases. JAMA Netw Open. 2022;5(11):e2242972. DOI: 10.1001/jamanetworkopen.2022.42972.
62. Bosone L., Martinez F. When, How and Why is Loss-Framing More Effective than Gain- and Non-Gain-Framing in the Promotion of Detection Behaviors? Int Rev Soc Psychol. 2017;30:184–192. DOI: 10.5334/irsp.15.
63. Dudley M.Z., Squires G.K., Petroske T.M., Dawson S., Brewer J. The Use of Narrative in Science and Health Communication: A Scoping Review. Patient Educ Couns. 2023;112:107752. DOI: 10.1016/j.pec.2023.107752.
64. Abudiyab N.A., Alanazi A.T. Visualization Techniques in Healthcare Applications: A Narrative Review. Cureus. 2022;14(11):e31355. DOI: 10.7759/cureus.31355.
65. Religioni U., Barrios-Rodríguez R., Requena P., Borowska M., Ostrowski J. Enhancing Therapy Adherence: Impact on Clinical Outcomes, Healthcare Costs, and Patient Quality of Life. Medicina (Kaunas). 2025;61(1):153. DOI: 10.3390/medicina61010153.

REFERENCES

1. World Health Organization. Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks. Geneva: WHO; 2009.
2. Lee S.H., Moore L.V., Park S., Harris D.M., Blanck H.M. Adults Meeting Fruit and Vegetable Intake Recommendations — United States, 2019. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2022;71(1):1–9. DOI: 10.15585/mmwr.mm7101a1.
3. Strain T., Flaxman S., Guthold R., Semenova E., Cowan M., Riley L.M., Bull F.C., Stevens G.A. National, regional, and global trends in insufficient physical activity among adults from 2000 to 2022: a pooled analysis of 507 population-based surveys with 5·7 million participants. Lancet Glob Health. 2024;12(8):e1232–e1243. DOI: 10.1016/S2214-109X[24]00150-5.
4. Trofor A.C., Papadakis S., Lotrean L.M., Radu-Loghin C., Eremia M., Mihaltan F., Driezen P., Kyriakos C.N., Mons U., Demjén T., Nogueira S.O., Fernández E., Tountas Y., Przewoźniak K., McNeill A., Fong G.T., Vardavas C.I. EUREST-PLUS consortium. Knowledge of the health risks of smoking and impact of cigarette warning labels among tobacco users in six European countries: Findings from the EUREST-PLUS ITC Europe Surveys. Tob Induc Dis. 2019;16:A10. DOI: 10.18332/tid/99542.
5. Conner M., Norman P. Understanding the intention-behavior gap: The role of intention strength. Front Psychol. 2022;13:923464. DOI: 10.3389/fpsyg.2022.923464.
6. Conner M., Abraham C., Prestwich A., Hutter R., Hallam J., Sykes-Muskett B., Morris B., Hurling R. Impact of goal priority and goal conflict on the intention-health-behavior relationship: Tests on physical activity and other health behaviors. Health Psychol. 2016;35(9):1017–26. DOI: 10.1037/hea0000340.
7. Matthews J.A., Matthews S., Faries M.D., Wolever R.Q. Supporting Sustainable Health Behavior Change: The Whole is Greater Than the Sum of Its Parts. Mayo Clin Proc Innov Qual Outcomes. 2024;8(3):263–275. DOI: 10.1016/j.mayocpiqo.2023.10.002.
8. Bandura A. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. Psychol Rev. 1977;84(2):191–215. DOI: 10.1037//0033-295x.84.2.191.
9. Baumeister R.F., Bratslavsky E., Muraven M., Tice D.M. Ego depletion: is the active self a limited resource? J Pers Soc Psychol. 1998;74(5):1252–65. DOI: 10.1037//0022-3514.74.5.1252.
10. Inzlicht M., Schmeichel B.J., Macrae C.N. Why self-control seems (but may not be) limited. Trends Cogn Sci. 2014;18(3):127–33. DOI: 10.1016/j.tics.2013.12.009.
11. Kahneman D., Tversky A. Prospect theory: an analysis of decision under risk. Econometrica. 1979;47(2):263–291.
12. Tagini S., Brugnera A., Ferrucci R., Mazzocco K., Pievani L., Priori A., Ticozzi N., Compare A., Silani V., Pravettoni G., Poletti B. Attachment, Personality and Locus of Control: Psychological Determinants of Risk Perception and Preventive Behaviors for COVID-19. Front Psychol. 2021;12:634012. DOI: 10.3389/fpsyg.2021.634012.

13. Wood W., Quinn J.M., Kashy D.A. Habits in everyday life: thought, emotion, and action. J Pers Soc Psychol. 2002;83(6):1281–97.
14. Lally P., van Jaarsveld CHM., Potts HWW., Wardle J. How are habits formed: modelling habit formation in the real world. Eur J Soc Psychol. 2010;40(6):998–1009. DOI: 10.1002/ejsp.674.
15. Witte K. Putting the fear back into fear appeals: The extended parallel process model. Communication Monographs. 1992;59(4):329–349.
16. Hengen K.M., Alpers G.W. What's the Risk? Fearful Individuals Generally Overestimate Negative Outcomes. Front Psychol. 2019;10:1676.
17. Bains N., Abdijadid S. Major Depressive Disorder. In: StatPearls [Internet]. 2025.
18. Abramson L.Y., Seligman M.E., Teasdale J.D. Learned helplessness in humans: critique and reformulation. J Abnorm Psychol. 1978;87(1):49–74.
19. Dolezal L. Shame anxiety, stigma and clinical encounters. J Eval Clin Pract. 2022;28(5):854–860.
20. Baron J., Hershey J.C. Outcome bias in decision evaluation. J Pers Soc Psychol. 1988;54(4):569–79.
21. So J., Kim S., Cohen H. Message fatigue: Conceptual definition, operationalization, and correlates. Communication Monographs. 2017;84.
22. Hart W., Albarracín D., Eagly A.H., Brechan I., Lindberg M.J., Merrill L. Feeling validated versus being correct: a meta-analysis of selective exposure to information. Psychol Bull. 2009;135(4):555–88. DOI: 10.1037/a0015701.
23. Frederick S., Loewenstein G., O'Donoghue T. Time Discounting and Time Preference: A Critical Review. J Econ Lit. 2002;40:351–401.
24. Pepper G.V., Nettle D. The behavioural constellation of deprivation: Causes and consequences. Behav Brain Sci. 2017;40:e314.
25. Kohls G., Perino M.T., Taylor J.M., Madva E.N., Cayless S.J., Troiani V., Price E., Faja S., Herrington J.D., Schultz R.T. The nucleus accumbens is involved in both the pursuit of social reward and the avoidance of social punishment. Neuropsychologia. 2013;51(11):2062–9. DOI: 10.1016/j.neuropsychologia.2013.07.020.
26. Stok F.M., de Ridder D.T., de Vet E., de Wit J.B. Don't tell me what I should do, but what others do: the influence of descriptive and injunctive peer norms on fruit consumption in adolescents. Br J Health Psychol. 2014;19(1):52–64. DOI: 10.1111/bjhp.12030.
27. Sharp M.L., Fear N.T., Rona R.J., Wessely S., Greenberg N., Jones N., Goodwin L. Stigma as a barrier to seeking health care among military personnel with mental health problems. Epidemiol Rev. 2015;37:144–62. DOI: 10.1093/epirev/mxu012.
28. Lieber S.B., Moxley J., Mandl L.A., Reid M.C., Czaja S.J. Social support and physical activity: does general health matter? Eur Rev Aging Phys Act. 2024;21(1):16. DOI: 10.1186/s11556-024-00347-6.
29. Ogden J., Quirke-McFarlane S. Sabotage, Collusion, and Being a Feeder. Curr Obes Rep. 2023;12(2):183–190.
30. Yu J., Xie L., Chen S., Fang Z., Zhu L., Zhang H., Xu R.H., Yang H., Dong D. Social support and medication adherence among adult myasthenia gravis patients in China: the mediating role of mental health and self-efficacy. Orphanet J Rare Dis. 2024;19(1):143. DOI: 10.1186/s13023-024-03145-6.
31. Bandura A. Social learning theory. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall; 1977.
32. Stimpson J.P., Ortega A.N. Social media users' perceptions about health mis- and disinformation. Health Aff Sch. 2023;1(4):qxad050.
33. Ballard A., Miller J. The effects of medical misinformation on the American public. Ballard Brief. 2022.
34. Hall M.A., Dugan E., Zheng B., Mishra A.K. Trust in physicians and medical institutions: what is it, can it be measured, and does it matter? Milbank Q. 2001;79(4):613–39. DOI: 10.1111/1468-0009.00223.
35. Hossenfelder S. Lost in math: How beauty leads physics astray. Basic Books; 2018.
36. Intemann K. Understanding the problem of "hype": exaggeration, values, and trust in science. Can J Philos. 2020;52(1):1–16.
37. Piller C. Blots on a field? Science. 2022;377(6604):358–363.
38. Galasso V., Pons V., Profeta P., Becher M., Brouard S., Foucault M. Gender differences in COVID-19 attitudes and behavior: Panel evidence from eight countries. Proc Natl Acad Sci U S A. 2020;117(44):27285–27291. DOI: 10.1073/pnas.2012520117.
39. Courtenay W.H. Constructions of masculinity and their influence on men's well-being. Soc Sci Med. 2000;50(10):1385–401.
40. Chor J., Garcia-Ricketts S., Young D., Hebert L.E., Hasselbacher L.A., Gilliam M.L. Well-woman Care Barriers and Facilitators of Low-income Women Obtaining Induced Abortion after the Affordable Care Act. Womens Health Issues. 2018;28(5):387–392. DOI: 10.1016/j.whi.2018.03.009.
41. Hamberg K. Gender bias in medicine. Womens Health (Lond). 2008;4(3):237–43.
42. Borsari B., Carey K.B. Descriptive and injunctive norms in college drinking. J Stud Alcohol. 2003;64(3):331–41.
43. Strough J., Stone E.R., Parker A.M., Bruine de Bruin W. Perceived Social Norms Guide Health Care Decisions for Oneself and Others: A Cross-Sectional Experiment in a US Online Panel. Med Decis Making. 2022;42(3):326–340. DOI: 10.1177/0272989X211067223.

44. Hunger J.M., Montoya A.K., Edrosolan K., Tan J., Hubbard A.S., Tomiyama A.J. Ecological Momentary Assessment of Weight Stigma and Eating Behavior in Everyday Life. Ann Behav Med. 2024;58(6):457–462. DOI: 10.1093/abm/kaae012.
45. Noor A., Earnshaw V. Internalized HIV stigma in a collectivist culture. Hum Nat J Soc Sci. 2023;4:414–423.
46. Berkman N.D., Sheridan S.L., Donahue K.E., Halpern D.J., Crotty K. Low health literacy and health outcomes: an updated systematic review. Ann Intern Med. 2011;155(2):97–107. DOI: 10.7326/0003-4819-155-2-201107190-00005.
47. World Health Organization. Maintaining essential health services during an economic crisis. WHO Policy Brief, 2010.
48. UNICEF. Policy Brief: Marketing of Unhealthy Foods and Non-Alcoholic Beverages to Children. New York; 2023.
49. OECD. Preventive Health Care Spending — in: Health at a Glance 2021. Paris: OECD Publishing; 2021.
50. Aleksandrova G.A., Bachmanov A.A., Bulkina I.A. et al. Health of the regional population and healthcare priorities. Moscow: GEOTAR-Media; 2010. (In Russian). EDN: UKMFFR.
51. Medik V.A., Tokmachev M.S. Handbook of Health and Healthcare Statistics. Moscow: Meditsina; 2006. (In Russian). EDN: QLMGUT.
52. Navarro V., Muntaner C., Borrell C., Benach J., Quiroga A., Rodríguez-Sanz M., Vergés N., Pasarín M.I. Politics and health outcomes. Lancet. 2006;368(9540):1033–7. DOI: 10.1016/S0140-6736(06)69341-0.
53. Hong H., Kim H.J. Antecedents and Consequences of Information Overload in the COVID-19 Pandemic. Int J Environ Res Public Health. 2020;17(24):9305. DOI: 10.3390/ijerph17249305.
54. Cohn L.D., Esparza del Villar O.A. Fatalism and health behavior: a meta-analytic review. Colec. Reportes Técnicos, Univ. Autónoma de Ciudad Juárez; 2015.
55. Key J., Burnett D., Babu J.R., Geetha T. The Effects of Food Environment on Obesity in Children: A Systematic Review. Children (Basel). 2023;10(1):98. DOI: 10.3390/children10010098.
56. Turrisi T.B., Bittel K.M., West A.B., Hojjatinia S., Hojjatinia S., Mama S.K., Lagoa C.M., Conroy D.E. Seasons, weather, and device-measured movement behaviors: a scoping review from 2006 to 2020. Int J Behav Nutr Phys Act. 2021;18(1):24. DOI: 10.1186/s12966-021-01091-1.
57. Lagno O.V., Zavyalova A.N. Propaedeutic knowledge to help a novice pediatrician. Medicine: Theory and Practice. 2021;6(1):45–54. (In Russian).
58. Koltuntseva I.V., Sakhno L.V., Bairova S.V. et al. Compliance of schoolchildren's diet with the principles of healthy eating. The role of educational programs. Medicine and Health Organization. 2023;8(4):42–54. (In Russian). DOI: 10.56871/MHCO.2023.35.94.004.
59. Baturin A.A., Sokolovich N.A., Sverdlova S.V. et al. Analysis of programs for the prevention of dental diseases in preschool children: a literature review. Institute of Dentistry. 2024;4(105):82–83. (In Russian). EDN: UPZXRK.
60. Srivastava K. Urbanization and mental health. Ind Psychiatry J. 2009;18(2):75–6. (In Russian).
61. Gotlieb R., Praska C., Hendrickson M.A., Marmet J., Charpentier V., Hause E., Allen K.A., Lunos S., Pitt M.B. Accuracy in Patient Understanding of Common Medical Phrases. JAMA Netw Open. 2022;5(11):e2242972. DOI: 10.1001/jamanetworkopen.2022.42972.
62. Bosone L., Martinez F. When, How and Why is Loss-Framing More Effective than Gain- and Non-Gain-Framing in the Promotion of Detection Behaviors? Int Rev Soc Psychol. 2017;30:184–192. DOI: 10.5334/irsp.15.
63. Dudley M.Z., Squires G.K., Petroske T.M., Dawson S., Brewer J. The Use of Narrative in Science and Health Communication: A Scoping Review. Patient Educ Couns. 2023;112:107752. DOI: 10.1016/j.pec.2023.107752.
64. Abudiyab N.A., Alanazi A.T. Visualization Techniques in Healthcare Applications: A Narrative Review. Cureus. 2022;14(11):e31355. DOI: 10.7759/cureus.31355.
65. Religioni U., Barrios-Rodríguez R., Requena P., Borowska M., Ostrowski J. Enhancing Therapy Adherence: Impact on Clinical Outcomes, Healthcare Costs, and Patient Quality of Life. Medicina (Kaunas). 2025;61(1):153. DOI: 10.3390/medicina61010153.