

ԵՐԵՎԱՆԻ ՊԵՏԱԿԱՆ ՀԱՄԱԼՍԱՐԱՆ

**ՔՈՎԻԴ-19-Ի ՓՈՐՁԱՌՈՒԹՅՈՒՆԸ
ՀԱՅԱՍՏԱՆՈՒՄ.
ԱՐՁԱԳԱՆՔԸ ԵՎ ՍՈՑԻԱԼ-
ՀՈԳԵԲԱՆԱԿԱՆ ՀԵՏԵՎԱՆՔՆԵՐԸ**

Խաչատրյան Նարինե

Գրիգորյան Անի

Մանուսյան Սոնա

Հակոբջանյան Աննա

Պողոսյան Անի

ԵՐԵՎԱՆ

ԵՊՀ ՀՐԱՏԱՐԱԿՉՈՒԹՅՈՒՆ

2023

ՀՏԴ 159.9:316.6

ԳՄԴ 88.5

Ք 853

*Հրատարակության է երաշխավորել
ԵՊՀ գիտական խորհուրդը:*

Հետազոտությունն անցկացվել է ՀՀ ԳԿ-ի «Հասարակական գիտություններ» և «Հայագիտություն և հումանիտար գիտություններ» բնագավառների մասնագիտություններով օտարերկրյա գործընկերոջ ընդգրկմամբ գիտական դրամաշնորհի (20TTSN-070) շրջանակում:

Խաչատրյան Ն., Գրիգորյան Ա., Մանուսյան Ս.,

Հակոբջանյան Ա., Պողոսյան Ա.

Ք 853 *ՔՈՎԻԴ-19*-ի փորձառությունը Հայաստանում. արձագանքը և սոցիալ-հոգեբանական հետևանքները / Ն. Խաչատրյան, Ա. Գրիգորյան, Ս. Մանուսյան, Ա. Հակոբջանյան, Ա. Պողոսյան: -Եր.: ԵՊՀ հրատ., 2023, 186 էջ:

Մենագրությունում անդրադարձ է կատարվել *ՔՈՎԻԴ-19*-ի պայմաններում հոգեբանական բարեկեցության հիմնախնդրին, և ցույց է տրվել առողջության պահպանմանն ուղղված համոզմունքների և կանխարգելող ու օգնող վարքաձևերի պայմանավորող նշանակությունը վերջինիս համար: Վերլուծական առանձին ուղղություն է կազմել մարդկանց՝ քովիդի դեմ (չ)պատվաստման վարքի հիմքում ընկած համոզմունքների, հույզերի և սոցալ-ժողովրդագրական տարբեր գործոնների դերի ուսումնասիրությունը: Որակական տվյալների հիման վրա անդրադարձ է կատարվել անհատների՝ *ՔՈՎԻԴ-19*-ի սուրբեկտիվ փորձառությանը՝ ուրվագծելով համավարակի սոցիալ-հոգեբանական հետևանքները:

Աշխատանքը հետաքրքիր կարող է լինել հոգեբանների, սոցիալական ոլորտի հետազոտողների, ինչպես նաև հանրային առողջության ոլորտի մասնագետների համար: Ուսումնասիրության արդյունքների կիրառությունը բավականին լայն է՝ անհատական աջակցող աշխատանքից մինչև հանրային իրազեկման միջոցառումների բովանդակության մշակում:

ՀՏԴ 159.9:316.6

ԳՄԴ 88.5

ISBN 978-5-8084-2643-6

<https://doi.org/10.46991/YSUPH/9785808426436>

© ԵՊՀ հրատ., 2023

© Հեղ. խումբ, 2023

ԲՈՎԱՆԴԱԿՈՒԹՅՈՒՆ

Երախտագիտության խոսք	5
Ներածություն	6

Հակորջանյան Ա.

Հոգեբանական բարեկեցությունը և <i>ՔՈՎԻԴ-19</i> առողջության պահպանմանն ուղղված համոզմունքների և դիմակայելու վարքաձևերի պայմանավորող նշանակությունը համավարակի բռնկման սկզբում և երկու տարի անց	16
--	----

Պողոսյան Ա., Խաչատրյան Ն.

<i>ՔՈՎԻԴ-19</i> -ի դեմ պատվաստվելու և չպատվաստվելու հետ կապված հույզեր և համոզմունքներ. համեմատական վերլուծություն՝ ըստ ժողովրդագրական գործոնների	40
---	----

Խաչատրյան Ն.

<i>ՔՈՎԻԴ-19</i> վարակի դեմ պատվաստվելու և չպատվաստվելու հիմքում ընկած համոզմունքները	61
--	----

Խաչատրյան Ն., Գրիգորյան Ա.

<i>ՔՈՎԻԴ-19</i> -ի հետ կապված դավադրապաշտական համոզմունքների կանխորոշիչներն ու հետևանքները	81
--	----

Գրիգորյան Ա.

Հետևե՞լ կառավարության և առողջապահական ինստիտուտների որոշումներին, թե՞ ոչ. վստահության դերը <i>ՔՈՎԻԴ-19</i> համավարակի դեմ պայքարում	102
---	-----

Գրիգորյան Ա.

Վստահությունը՝ որպես սուբյեկտիվ բարեկեցությունը պայմանավորող գործոն <i>ՔՈՎԻԴ-19</i> -ի պայմաններում. համավարակի դիմակայելու վարքաձևերի միջնորդավորող նշանակությունը	125
---	-----

Մանուսյան Ս.

ՔՈՎԻԴ-19՝ որպես ապրված փորձ. համավարակի ընկալվող հոգեբանական հետևանքները մարդկանց ինքնանդրադարձներում	139
Ամփոփում	179
SUMMARY	184
РЕЗЮМЕ.....	185

ԵՐԱԽՏԱԳԻՏՈՒԹՅԱՆ ԽՈՍՔ

Սույն հետազոտական նախագծի իրականացման համար խորին երախտագիտություն եմ հայտնում մեր միջազգային գործընկերներին՝ պրոֆեսորներ Ջուլիա Անդրիգետտոյին (Institute of Cognitive Sciences and Technologies, National Research Council of Italy and Senior Researcher at the Institute for Future Studies, Stockholm, Sweden) և Ահարոն Սզեկելին (Collegio Carlo Alberto, Italy)՝ նախագծի իրականացման ընթացքում ցուցաբերած մասնագիտական աջակցության, քննարկումների, խորհուրդների և առաջարկությունների համար:

Երախտիքի խոսք եմ հղում պրոֆեսոր Մագդալենա Ժեմոյտել Պիոտրովկային (Cardinal Stefan Wyszyński University Warsaw Institute of Psychology)՝ միջմշակութային համագործակցության և նախագծի իրականացման գործում մեթոդաբանական աջակցության և փորձագիտական դիտարկումների համար:

Խորին շնորհակալություն եմ հայտնում «Անձի հոգեբանություն և հոգեբանական խորհրդատվություն» մագիստրոսական ծրագրի ուսանողներին՝ Ծաղիկ Միքայելյանին, Էդիտա Առաքելյանին, Անի Ենոքյանին, Հեղինե Մարգարյանին, Սյուզաննա Մանասյանին, Վանեսա Սարգսյանին, հոգեբանության բակալավրիատի երկրորդ և երրորդ կուրսի մի խումբ ուսանողներին՝ տվյալների հավաքագրման գործընթացում մեզ մեծապես աջակցելու համար, ինչպես նաև մեր բոլոր հարցումների, հարցազրույցների մասնակիցներին՝ իրենց ժամանակը տրամադրելու և կարծիքներ հայտնելու համար:

Հատուկ շնորհակալություն եմ հայտնում Երևանի պետական համալսարանի ղեկավարությանը, ԵՊՀ փիլիսոփայության և հոգեբանության ֆակուլտետի մեր բոլոր գործընկերներին հետազոտական նախագծի իրականացման հարցում մեզ աջակցելու համար:

Եվ վերջապես շնորհակալություն եմ հայտնում հետազոտական թիմի անդամներին՝ Անի Գրիգորյանին, Սոնա Մանուսյանին, Աննա Հակոբջանյանին և սույն հետազոտական նախագծի շրջանակներում իր մագիստրոսական թեզը պաշտպանած Անի Պողոսյանին՝ միասին կատարած հետաքրքիր և ստեղծագործ աշխատանքի համար:

*Նարինե Խաչատրյան
Հետազոտական նախագծի ղեկավար*

ՆԵՐԱԾՈՒԹՅՈՒՆ

2020թ. Կորոնավիրուսային համավարակի ի հայտ գալը լուրջ մարտահրավեր էր հանրային առողջության համար ամբողջ աշխարհում: Այն ունեցավ ազդեցություն հասարակական կյանքի գրեթե բոլոր ոլորտների վրա: *ՔՈՎԻԴ-19*¹ լակմուսային թղթի նման ցույց տվեց հասարակական համակարգի խնդիրները: Համաճարակային այս իրողությունը ազդեցիկ էր նաև առանձին մարդկանց և հասարակությունների կենսակերպի և ընդունված սոցիալական պրակտիկաների վերափոխման առումներով: Որոշ հասարակություններ ավելի արագ հարմարվեցին հասարակական կյանքի կազմակերպման նոր պահանջներին, որոշները՝ ոչ այնքան: Մերժում-տագնապ-սթրես-հարմարում-ընտելացում-հոգնություն ցիկլերով անցնում էին, անշուշտ, բոլոր երկրներում, սակայն որոշներում տեղի մշակութային, քաղաքական և այլ գործոններ նպաստում էին նոր ճգնաժամը համարժեք դիմավորելուն, մինչդեռ մյուսներում՝ խոչընդոտում:

ՀՀ-ում 2020թ. մարտի 16-ին հայտարարվեց արտակարգ դրություն, իսկ մարտի 17-ից ՀՀ ողջ տարածքում սկսեցին գործել խիստ սահմանափակումներ. դադարեցվեցին և սահմանափակվեցին գործունեության մի շարք տեսակներ, սահմանափակվեց մարդկանց տեղաշարժվելու իրավունքը՝ համաճարակային կանոնների խիստ պահպանմամբ, սահմանվեց ՀՀ տարածք մուտք գործելու և դուրս գալու հատուկ ռեժիմ, ինչպես նաև անձանց պարտադիր ինքնամեկուսացում: Տնտեսական ճգնաժամից խուսափելու համար մայիսից կառավարության որոշմամբ թույլատրվեցին որոշակի մեղմացումներ (օր.՝ սրճարանների, ռեստորանների բացթողա գործունեություն, պրոֆեսիոնալ սպորտային ակումբների գործու-

¹ Ժողովածուի տեքստերում *ՔՈՎԻԴ-19* եզրին զուգահեռ փոխարինաբար կօգտագործվի ավելի պարզեցված՝ քովիդ ձևը: Այս բառերը մատնանշում են Կորոնավիրուսի հարուցած հիվանդությունը, ինչպես նաև միջազգային գրականության մեջ երբեմն կիրառվում են ավելի լայն համավարակի իմաստով: Առհասարակ, համավարակին առնչվող բառապաշարը նոր է, և մինչ այժմ էլ հստակ հետևողականություն չկա դրանց հայերեն ձևերի կիրառման հարցում:

նեություն), ինչը համընկավ վարակի տարածման առաջին գագաթային փուլի հետ:

Քովիդի փորձառության սկզբնական ժամանակահատվածում հասարակական կյանքի սահմանափակումները, մի կողմից, և տեղեկատվության պակասը, մյուս կողմից, նպաստեցին խորը անորոշության և կենսական վտանգի ընկալումներին: Կարելի է ասել, որ այս ժամանակահատվածը նոր իրավիճակի ընդունման, վարակի տարածման վտանգի ընկալման ժխտման փուլ էր՝ մինչ վարակի առաջին բռնկումը: Մակայն հանրային տրամադրությունների փոփոխություն սկսվեց նկատվել արդեն մայիս ամսվանից, երբ հաստատված դեպքերն աճում էին, իսկ հանրային քննարկումներից կարելի էր ենթադրել, որ մարդիկ բաժանված էին տարբեր խմբերի՝ դավադրության տեսություններն ընդունողներ, վարակը ժխտողներ և ընդունողներ, կառավարության ցուցումներին հետևողներ և այլն:

2020թ. հոկտեմբեր-նոյեմբեր ամիսները համարվեցին համավարակի բռնկման երկրորդ ալիքը, երբ վարակվածների թիվը կտրուկ աճեց՝ հասնելով օրական 1000-ից ավելիին: Մեպտեմբերի 11-ին արտակարգ դրությունն արդեն հանվել էր, սակայն պարտադիր էր համաճարակային կանոններին հետևելը: Կրթական համակարգը և գործունեության որոշ ձևեր աշխատում էին առցանց եղանակով: Այս ժամանակահատվածը համընկնում է Արցախյան երկրորդ պատերազմի հետ: Պատերազմի՝ առավել ուժեղ սթրեսածին գործոն լինելն անմիջականորեն ազդում է թե՛ վարակի տարածման տեմպերի, և թե՛ մարդկանց վարքային փոփոխությունների վրա: Վերջինները փոխկապված են, քանզի գործող սահմանափակումների առկայության պայմաններում էլ ուղղակի անհրաժեշտություն էր առաջանում կանոնը խախտելու (օրինակ՝ զոհված զինծառայողի հուղարկավորությանը սահմանված քանակից շատ մարդկանց հավաքվելը): Եթե նախորդ փուլի ընթացքում կարելի էր առանձնացնել Կորոնավիրուսի առնչությամբ համոզմունքների և վարքի տարբերություններ տարբեր մարդկանց շրջանում, ապա այս փուլում պատերազմի գործոնը երկրորդ պլան էր մղել համավարակի իրավիճակի լրջության ընկալումը և հակահամաճարակային կանոնների պահպանումը:

2021թ. մարտ-մայիս ամիսներին գրանցվեց վարակի բռնկման երրորդ ալիքը, սակայն տարածման տեմպերն դանդաղ էին նախորդ բռնկման

համեմատ: 2021թ. փետրվար ամսից սկսած՝ ՀՀ քաղաքացիները հնարավորություն են ստանում Կորոնավիրուսի դեմ պատվաստվելու: Կարելի է ասել, որ սկսվում է պատվաստումային գործընթացի նոր փուլ, և վիրուսի ծագմանն ու տարածմանն առնչվող պատկերացումները սկսում են վերափոխվել պատվաստմանն առնչվող մոտեցումների արտահայտման:

2021թ. օգոստոս ամսից սկսվեց Կորոնավիրուսի թերևս ամենամահաբեր ալիքը՝ պայմանավորված Դելտա շտամի տարածմամբ: Հակահամաճարակային կանոնները և որոշ սահմանափակումները պահպանվում են: Անցում է կատարվում առցանց կրթության ձևաչափից առկայի, և որոշ փորձագետների կարծիքով, այս փուլում վարակվածների թվի աճը պայմանավորված է ուսումնական գործընթացների առցանցից առկա անցնելով²: Պատվաստումների գործընթացը ՀՀ-ում շարունակվում է, սակայն նվազ տեմպերով: Քաղաքացիների պատվաստմանը խթանելու համար ՀՀ կառավարությունը որոշում կայացրեց, որ 2021թ. հոկտեմբերի 1-ից բոլոր աշխատող քաղաքացիները պարտավոր են գործատուին տրամադրել կա՛մ *ՔՈՎԻԴ-19*-ի դեմ պատվաստում անցնելու մասին տեղեկանք, կա՛մ յուրաքանչյուր 14 օրը մեկ անգամ ներկայացնել ՊՇՌ թեստի պատասխան (առավելագույնը 72 ժամ առաջ), իսկ դեկտեմբերի 1-ից պատվաստում չանցած քաղաքացիները պետք է շաբաթը մեկ անգամ ՊՌՇ թեստի պատասխան ներկայացնեն գործատուներին:

Այս ժամանակահատվածում աչքի են ընկնում հակապատվաստումային տարբեր խմբեր, որոնք ակտիվորեն պայքարում են իրականացվող պատվաստումային գործընթացի դեմ: Տարածվող դավադրության տեսություններն իրենց ազդեցությունն են թողնում նաև մարդկանց համոզմունքների, հետևաբար նաև վարքի վրա՝ հակված լինելով մերժել պատվաստումը՝ որպես համավարակի հաղթահարման միջոց: Եթե վիրուսի տարածման առաջին փուլում Կորոնավիրուսի մերժման միտում կարելի էր նկատել, ապա այս փուլում ակնհայտ է պատվաստումային գործընթացի մերժումը նոր ձևավորվող համոզմունքների և առհասարակ առողջությանն ուղղված համոզմունքների համատեքստում:

² Խաչատրյան Մ. (2021). Հայաստանում երեկ գրանցվել է քովիդով վարակվածության վերջին ամիսների ամենաբարձր ցուցանիշը, Retrieved from <https://www.azatutyun.am/a/31466794.html> (29.08.2023):

2022թ. հունվարից տարածվեց վիրուսի նոր՝ օմիկրոն տեսակը, որն ավելի արագ էր տարածվում, սակայն հիվանդությունն ինքնին ավելի թեթև էր ընթանում: 2022թ. հունվարի 22-ից մինչև մայիսի 2-ը հանրային ցանկացած վայր մուտք գործելիս (սննդի օբյեկտ, հյուրանոց, մարզասրահ, գրադարան և թանգարան և այլ մշակութային գործունեություն իրականացնող կազմակերպություն) քաղաքացիները պետք է ներկայացնեին պատվաստման սերտիֆիկատ կամ ՊՇՌ՝ հետազոտության բացասական արդյունքը հավաստող առավելագույնը 72 ժամ վաղեմության սերտիֆիկատ: Իսկ արդեն մարտ ամսից սկսած՝ փակ տարածքներում դիմակ կրելու պարտադիր պահանջը հանվեց, բացառությամբ՝ բժշկական օգնություն և սպասարկում իրականացնող կազմակերպությունների: Կարելի էր նկատել, որ այս փուլից սկսած, անցնելով իրենց բնականոն կենսակերպին, մարդիկ «մոռացան» Կորոնավիրուսի ու հիվանդության կանխարգելմանն ուղղված անվտանգության կանոնների պահպանման մասին:

2023թ. ավարտին լրանում է Կորոնավիրուսի՝ որպես արտակարգ իրավիճակի չորրորդ տարին: Այդ կապակցությամբ Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպության գլխավոր տնօրենը հունվարի 27-ի իր ելույթում նշել է, որ *ՀՈՎԻԴ-19* համավարակը շարունակում է մնալ հանրային առողջապահության ոլորտում միջազգային նշանակության արտակարգ իրավիճակ՝ առողջությանը և առողջապահական համակարգերին էական վնաս պատճառելու կարողությամբ³: Տնօրենը նաև կոչ է արել բարձրացնել պատվաստումային և թեստավորման գործընթացները, շարունակել համաճարակային իրավիճակին համապատասխան միջոցառումների կիրառումը՝ բնակչության և առողջապահական համակարգերի խոցելիությունը լուծելու համար:

Հայաստանում պաշտոնապես գրանցված վարակման դեպքերը, ըստ վերջին տվյալների (հունիս 28, 2023 դրությամբ), կազմում են 449233 մարդ, որից մահերը՝ 8751 մարդ: Պատվաստումների ընդհանուր թիվը 100 բնակչի հաշվով կազմել է 72.9 մարդ, երկու ամբողջական ընդունված դեղաչափի թիվը՝ 33.64 մարդ, իսկ առնվազն մեկ կամ ավել բուստեր դեղաչափով՝

³ COVID-19 համավարակը շարունակում է մնալ հանրային առողջապահության ոլորտում միջազգային նշանակության արտակարգ իրավիճակ (2023), Retrieved from <https://covid.ncdc.am/news/the-covid-19-pandemic-remains-a-public-health-emergency-of-international-concern> (29.08.2023):

ընդամենը 1.53 մարդ⁴: Այս տվյալները ցույց են տալիս, որ պատվաստման գործընթացը դեռ ընթանում է դանդաղ:

Համավարակի այս կամ այն կողմի՝ հանրային ընկալումների, կառավարության քայլերի հանդեպ վստահության, հասարակական, տնտեսական, իրավական բնույթի հետևանքների վերաբերյալ մի շարք ուսումնասիրություններ են իրականացվել մեզանում: Մարդկանց առաջին հակազդումների, առողջապահական ինստիտուտների և կառավարության գործողությունների վերաբերյալ հանրային ընկալումների ուսումնասիրությանն են նվիրված եղել 2020թ. ամռանը ՀՌԿԿ-Հայաստանի⁵, Բրեվիս կազմակերպության⁶ կողմից իրականացված ներկայացուցչական հարցումները: «*ՔՈՎԻԴ-19* համավարակի հասարակական, տնտեսական և իրավական դրսևորումները Հայաստանի Հանրապետությունում» հետազոտությունն անդրադարձել է 2020թ. մարտի 16-ից ՀՀ-ում հասարակական կյանքի տարբեր ոլորտներում տեղի ունեցած փոփոխություններին⁷: 2021թ. Սոցիոսկոպ հետազոտական ՀԿ-ի կողմից իրականացվել է «Կորոնավիրուսի համավարակի ազդեցությունը խոցելի խմբերի և նրանց աշխատանքային իրավունքների վրա. կանանց փորձառության ուսումնասիրություն» հետազոտությունը⁸: Հրապարակվել են նաև աշխատանքներ համավարակի ֆինանսատնտեսական հետևանքների թուլացմանն

⁴ World Health Organization. WHO Coronavirus (COVID-19) dashboard, Retrieved from <https://covid19.who.int/table> (29.08.2023):

⁵ The Caucasus Research Resource Center (CRRC)-Armenia (2020). Armenia: Citizens' Perceptions on COVID-19, Retrieved from https://www.crrc.am/wp-content/uploads/2020/08/WB-COVID-Final-Report_v.5-1.pdf (29.08.2023):

⁶ International Republican Institute's (IRI) Center for Insights in Survey Research (2020). Public Opinion Survey: Residents of Armenia, https://www.iri.org/wp-content/uploads/-2020/07/7.14.2020_armenia_survey_on_covid_19_response.pdf (29.08.2023):

⁷ Մկրտչյան Ա., Օսիպյան Ա., Սահակյան Ս. (2020) COVID-19 համավարակի հասարակական, տնտեսական և իրավական դրսևորումները Հայաստանի Հանրապետությունում, Retrieved from <https://www.kas.de/documents/269781/0/Die+wirtschaftlichen%2C+rechtlichen+und+gesellschaftspolitischen+Veränderungen+in+Armenien+aufgrund+von+COVID-19.pdf/cbab5ac9-7cb1-00e2-1e4a-4e5380280fc6?version=1.2&t=1599474150327> (29.08.2023):

⁸ Սոցիոսկոպ ՀԿ (2022). Կորոնավիրուսի համավարակի ազդեցությունը խոցելի խմբերի և նրանց աշխատանքային իրավունքների վրա. կանանց փորձառության ուսումնասիրություն, Retrieved from https://socioscope.am/wp-content/uploads/2022/09/2022_Covid-and-Womens-Labour-Rights-2.pdf (29.08.2023):

ուղղված հայաստանյան սոցիալական քաղաքականության⁹, ինչպես նաև աշխատաշուկայի փորձառության ու կարիերային սպասելիքների փոփոխությունների վերաբերյալ¹⁰: Այս բոլոր ուսումնասիրությունների հետ մեկտեղ կարևոր են նաև սոցիալ-հոգեբանական ուղղվածություն ունեցող վերլուծություններ, որոնք անդրադառնում են վտանգի և անորոշության պայմաններում մարդկանց վարքի հիմքում ընկած դրդապատճառների, ընկալումների և համոզմունքների, հուզական դրսևորումների ուսումնասիրմանը: Այս գործոնների վերհանումը նույնպես կարևոր է համավարակի և նման այլ ճգնաժամային իրավիճակների կառավարման և հաղթահարմանն ուղղված արդյունավետ ռազմավարությունների մշակման համար:

Տվյալ կոլեկտիվ մենագրությունը պատրաստվել է «**Անձ և սոցիալական վարք. Covid-19-ի կարճաժամկետ և երկարաժամկետ հոգեբանական հետևանքները Հայաստանում**» հետազոտական ծրագրի (20TSSH_070) շրջանակներում, որը ֆինանսավորվել է ՀՀ ԿԳՄՄՆ Գիտության կոմիտեի կողմից: Ծրագիրը իրականացվել է 2020-2023թթ.: Բազմամեթոդ հետազոտական նախագծի նպատակն էր ուսումնասիրել *ՔՈՎԻԴ-19*-ից բխող իրավիճակի հանդեպ մարդկանց հակազդումներն անձի և սոցիալական վարքի մակարդակներում՝ դիտարկելով հանրային առողջության սպառնալիքով և դրանից բխող սահմանափակումներով պայմանավորված կարճաժամկետ և երկարաժամկետ հոգեբանական հետևանքները:

ՔՈՎԻԴ-19-ի բռնկման և տարածման սկզբնական փուլում մենք իրականացրել ենք երկու լայնահատույթային (cross-sectional) ուսումնասիրություններ՝ մեր հասարակության առաջին հակազդումներն ու մտահոգությունները, դրանց հիմքում ընկած հուզական և կոգնիտիվ գործոններն ուսումնասիրելու համար: Երկուսն էլ միջմշակութային հետազոտական նախագծերի մաս են կազմել:

⁹ Aslanyan G., Baghdasaryan V., & Shakhmuradyan G. (2021). Armenia's Social Policy Response to COVID-19: Mitigating Expectations, Financial Stress, and Anxiety (pp. 3-10), Retrieved from <https://www.research-collection.ethz.ch/bitstream/handle/20.500.11850/468546/CAD119.pdf?sequence=2&isAllowed=y> (29.08.2023):

¹⁰ Aslanyan G. & Barseghyan G. (2021) Labor Market Experiences and Expectations Amid COVID-19 Crisis, Retrieved from https://cbe.aua.am/files/2021/11/Aslanyan_Barseghyan_Labor-Market-Under-Covid-21.01.pdf (29.08.2023):

1. Առաջին հարցումն իրականացվել է «ՔՈՎԻԴ-19-ի համավարակը և սոցիալական նորմերը» 43 երկրի մասնակցությամբ միջմշակութային հետազոտական նախագծի շրջանակում 2020թ. ապրիլ-մայիս ամիսներին: Նախագծի համակարգողներ՝ Giulia Andrighetto (Institute of Cognitive Sciences and Technologies, National Research Council of Italy and Institute for Future Studies, Stockholm, Sweden); Aron Szekely (Collegio Carlo Alberto, Italy); Michele Gelfand (University of Maryland, USA); Kimmo Eriksson (Stockholm University, Sweden): Նախագծի շրջանակներում պատրաստվել է մեկ հոդված, որը գրախոսության փուլում է¹¹: Հայաստանյան հարցմանը մասնակցել է 390 հոգի ($M_{age}= 24.30$, $SD=8.652$, Range 11-62), որից 54.8%-ը՝ կին:

2. Երկրորդ հարցումն իրականացվել է «ՔՈՎԻԴ-19-ի հակազդումների հիմքում ընկած անձնային, հուզական և կոգնիտիվ գործոնները» միջմշակութային նախագծի շրջանակում 2020թ. մայիս-հունիս ամիսներին, որին մասնակցել է 48 երկիր: Նախագծի համակարգող՝ Magdalena Żemojtel-Piotrowska (Cross-cultural Psychology Center, Cardinal Stefan Wyszyński University Warsaw, Poland): Նախագծի շրջանակներում տպագրվել է երկու հոդված^{12,13}: Հայաստանյան հարցմանը մասնակցել է 237 հոգի (64.1% կին, $M=29.75$, $SD=10.693$, Range՝ 18-ից 58 տարեկան):

Նախագծի երրորդ հարցումն իրականացվել է 2021թ. նոյեմբեր-դեկտեմբեր ամիսներին՝ նպատակ ունենալով ուսումնասիրելու ՔՈՎԻԴ-19-ի պատվաստումների վերաբերյալ մարդկանց համոզմունքները, պատվաստվելու մտադրության առկայության/բացակայության, պատվաստվելու/չպատվաստվելու վարքի հիմքում ընկած սոցիալ-հոգեբանական գործոնները: Հարցման այս ժամանակահատվածը ընտրելիս հաշվի է առնվել այն հանգամանքը, որ Հայաստանում պատվաստման գործընթացի մեկ-

¹¹ Andrighetto G., Szekely A., Guido A., Arikan G., Aycan Z., Bankar S., Barrera D., Basnight-Brown D.,... Khachatryan N., Grigoryan A.,... & Eriksson K. Changes in social norms during the early stages of the Covid-19 pandemic across 43 countries (in review).

¹² Sawicki, A. J., Żemojtel-Piotrowska, M., Balcerowska, J. M., Sawicka, M. J., Piotrowski, J., Sedikides, C., ...Khachatryan N.G.,...& Zand, S. (2022). The fear of COVID-19 scale: Its structure and measurement invariance across 48 countries. *Psychological Assessment*, 34(3), 294–310. <https://doi.org/10.1037/pas0001102>.

¹³ Brzóśka P., Żemojtel-Piotrowska, M., Piotrowski, J., ... Khachatryan N., ... & Yagiyayev I. Testing the Underlying Structure of Unfounded Beliefs about COVID-19 around the World. *Thinking and Reasoning*, 2023, DOI: 10.1080/13546783.2023.2259539.

նարկից (2021 ապրիլ) մինչև 2021թ. սեպտեմբերն ընկած ժամանակահատվածում Հայաստանը պատվաստված մարդկանց քանակով զիջել է տարածաշրջանի բոլոր երկրներին (բնակչության առնվազն 6.7%-ն է ստացած եղել պատվաստանյութի առաջին դեղաչափը¹⁴), ինչպես նաև նույն թվականի հոկտեմբերի մեկից ուժի մեջ է մտել կառավարության որոշումը, որով գործատուն իրավունք էր ստանում աշխատողին չրոյլատրել ներկայանալու աշխատանքի վայր, եթե վերջինը չի տրամադրում պատվաստման կամ ՊՇՌ թեստի բացասական տեղեկանքներ¹⁵: Այս փուլում հարցմանը մասնակցել է 261 հոգի ($M=25.65$, $SD=9.826$; Range 17-67; 61.6%-ը կին):

Նախագծի վերջին հարցումն իրականացվել է 2022թ. նոյեմբեր-դեկտեմբեր ամիսներին: Նպատակ ունեինք ուսումնասիրելու մարդկանց՝ կանխարգելիչ համոզմունքների և վարքի առանձնահատկությունները, համավարակային իրավիճակին ուղղված հակազդումների փոփոխությունները՝ Կորոնավիրուսի դեմ պայքարի երկամյա փորձի հիման վրա: Հարցմանը մասնակցել է 784 հոգի (66.8% կին, $M=24.93$, $SD=9.311$, Range 18-64):

Նախագիծը ներառել է նաև որակական ուսումնասիրություն, որի նպատակն է եղել դուրս բերել և խորքային նկարագրել *ՔՈՎԻԴ-19*-ի՝ որպես հիվանդության և որպես համավարակային իրավիճակի սուբյեկտիվ փորձառությունը՝ ընկալվող ազդեցությունները, (վերա)իմաստավորումները, հաղթահարման ուղիները: Որակական բաղադրիչն ուղղված էր նաև սոցիալ-մշակութային համատեքստ տրամադրելու՝ քանակական տվյալների խորքային մեկնաբանության համար: Որակական ուսումնասիրությունը հիմնվել է 2021թ. գարնանից 2022թ. վերջն ընկած ժամանակահատվածում իրականացված խորքային հարցազրույցների վրա, որոնց ընտրանքը կազմել են 22-65տ., աշխատող և չաշխատող/ուսանող, *ՔՈՎԻԴ-19*-ի տարբեր փորձառություններով, հիմնականում բարձրագույն կրթություն ունեցող թվով 25 մասնակից՝ համաչափ սեռային բաշխմամբ:

¹⁴ Սահակյան Ն. (2021). Հայաստանը քովիդի դեմ պատվաստումների ցուցանիշով զիջում է տարածաշրջանի երկրներին. ինչո՞ւ են խուսափում պատվաստվելուց, Retrieved from <https://www.azatutyun.am/a/31448132.html> (29.08.2023):

¹⁵ Պատվաստման կամ ՊՇՌ թեստի սերտիֆիկատ չներկայացնելը կարող է հանգեցնել ընդհուպ աշխատանքից ազատման (2021), <https://iravaban.net/359895.html>:

Հարցազրույցների մի խումբ է անցկացվել նաև բուժաշխատողների՝ որպես առանցքային տեղեկատուների հետ. ուսումնասիրությունն ամբողջացրել են փորձագիտական հարցազրույցները հանրային առողջության մասնագետների հետ:

Վերոնշյալ փուլերի ուսումնասիրությունները սույն աշխատանքում ներկայացված են յոթ հոդվածով հետևյալ տրամաբանությամբ: Առաջին հոդվածում *Ս. Հակոբջանյանը* անդրադարձ է կատարել հոգեբանական բարեկեցության հիմնախնդրին *ՔՈՎԻԴ-19*-ի պայմաններում՝ դիտարկելով առողջության պահպանմանն ուղղված համոզմունքների և համավարակին դիմակայելու վարքաձևերի պայմանավորող նշանակությունը: Ստացված տվյալները թույլ են տվել համեմատական վերլուծություն իրականացել համավարակի բոնկման սկզբում և երկու տարի անց՝ ցույց տալով, թե որ համոզմունքները և վարքաձևերն են արդյունավետ եղել հոգեբանական բարեկեցության տեսանկյունից:

Ս. Պողոսյանի և Ն. Խաչատրյանի հոդվածում անդրադարձ է կատարվել այն սոցիալ-հոգեբանական գործոններին, որոնք նշանակություն են ունեցել պատվաստվելու կամ չպատվաստվելու դեպքում: Մասնավորապես, դիտարկվել են *ՔՈՎԻԴ-19*-ի հետ կապված վախերը, առողջության մտահոգությունները և դավադրապաշտական համոզմունքները: Այս գործոնները դիտարկվել են համեմատության մեջ՝ ըստ տարբեր ժողովրդագրական ցուցանիշների, ինչը թույլ է տվել դուրս բերել հասարակության տարբեր շերտերի խոցելիության հոգեբանական գործոնները և, ըստ այդմ, մշակել պատվաստմանն ուղղված թիրախավորված կոնտենտ:

Այնուհետև, *Ն. Խաչատրյանի* հոդվածում հատուկ շեշտադրում է արվել այն խնդրին, թե *ՔՈՎԻԴ-19*-ի հետ կապված որ համոզմունքները կանխորոշիչ դեր ունեն պատվաստվելու որոշում կայացնելու համար: Որպես կանխորոշիչներ դիտարկվել են պատվաստման շուրջ դավադրապաշտական համոզմունքները, պատվաստման հետևանքով առողջության հետ կապված մտահոգությունները, պատվաստման արդյունավետության համոզմունքը:

Ն. Խաչատրյանի և Ս. Գրիգորյանի հոդվածում ներկայացվում են դավադրապաշտական համոզմունքների ձևավորմանը նպաստող հույզերը՝ *ՔՈՎԻԴ-19* վարակից և պատվաստումից վախերը՝ որպես կանխորոշիչներ և հակապատվաստումային հանրային վարքի միտվածությունը՝ որ-

պես դավադրապաշտական համոզմունքների ընդունման հետևանք: Դավադրապաշտական համոզմունքների և հակապատվաստումային վարքի դրսևորման համար որպես միջնորդավորող գործոններ դիտարկվել են գիտության հանդեպ հավատի և պատվաստումների ընդունման դիրքորոշումները:

Ա. Գրիգորյանի հաջորդ երկու հոդվածներն ուղղված են վստահության հիմնախնդրի ուսումնասիրմանը համավարակի պայմաններում: Առաջին հոդվածում ցույց է տրվում, թե ինչպիսի դեր կարող է ունենալ ինստիտուցիոնալ և մարդկանց հանդեպ վստահությունը Կորոնավիրուսի նման ճգնաժամային իրավիճակի դեմ պայքարի գործում՝ հենց մեր հասարակության օրինակով: Երկրորդ հոդվածն ուղղված է պարզելու, թե ինչպիսին է մարդկանց հանդեպ վստահության և ինստիտուցիոնալ վստահության հարաբերությունը *ՔՈՎԻԴ-19*-ի վարքաձևերի և սուբյեկտիվ բարեկեցության հետ, ստուգելու վարքաձևերի՝ որպես միջնորդավորող գործոնի նշանակությունը վստահության տարբեր չափումների և սուբյեկտիվ բարեկեցության միջև կապի համար:

Ս. Մանուսյանի հոդվածը հիմնված է հետազոտական նախագծի որակական տվյալների՝ անցկացված խորքային և փորձագիտական հարցազրույցների արդյունքների վրա: Քովիդի մասին պատկերացումների, հոգեբանական դժվարությունների, ազդեցության, ինչպես նաև հաղթահարման գործոնների վերաբերյալ մասնակիցների ինքնանդրադարձի թեմատիկ վերլուծության հիման վրա դուրս են բերվել քովիդի՝ որպես սուբյեկտիվ փորձառության գերիշխող թեմաները, հետագա ճգնաժամերին ընդառաջ դրանց և՛ խնդրային, և՛ ռեսուրսային կողմերը:

Աշխատանքը հետաքրքիր կարող է լինել հոգեբանների, սոցիալական ոլորտի հետազոտողների, ինչպես նաև հանրային առողջության ոլորտի մասնագետների համար: Ուսումնասիրության արդյունքների կիրառությունը բավականին լայն է՝ անհատական աջակցող աշխատանքից մինչև հանրային իրազեկման միջոցառումների բովանդակության մշակում:

**ՀՈԳԵԲԱՆԱԿԱՆ ԲԱՐԵԿԵՑՈՒԹՅՈՒՆԸ ԵՎ ՔՈՎԻԴ-19
ԱՌՈՂՋՈՒԹՅԱՆ ՊԱՀՊԱՆՄԱՆՆ ՈՒՂՂՎԱԾ
ՀԱՄՈՁՄՈՒՆՔՆԵՐԻ ԵՎ ԴԻՄԱԿԱՅԵԼՈՒ ՎԱՐՔԱԶԵՎԵՐԻ
ՊԱՅՄԱՆԱՎՈՐՈՂ ՆՇԱՆԱԿՈՒԹՅՈՒՆԸ ՀԱՄԱՎԱՐԱԿԻ
ԲՈՆԿՄԱՆ ՍԿԶԲՈՒՄ ԵՎ ԵՐԿՈՒ ՏԱՐԻ ԱՆՑ**

Աննա Հակոբջանյան

Ներածություն

Առողջության պահպանման, առողջության և հիվանդության ընկալման հետ կապված հարցերն առավել սրվում են առողջությանն անմիջականորեն վտանգ սպառնացող իրավիճակներում: Այդպիսի իրավիճակ էր ՔՈՎԻԴ-19 համավարակը, որը համաշխարհային մարտահրավեր դարձավ մարդկության համար՝ ոչ միայն արտակարգ պայմաններում առողջությունը պահպանելու խնդրին բախվելու իմաստով, այլև նոր՝ ավելի աղապտիվ վարքաձևեր ձևավորելու տեսանկյունից: Այնուամենայնիվ, անորոշության պայմաններում ձևավորվեցին նաև վարքի կարգավորման անհատական միջոցներ՝ ստեղծված իրավիճակում սուբյեկտիվ բարեկեցությանը նպաստելու համար: Հոգեբանական բարեկեցության հիմքը բացի առողջության պահպանումից, նաև երջանկության, կյանքով բավարարվածության զգացման հնարավորություններն են: Հասկանալի է, որ համավարակի պատճառով ի հայտ եկած անցանկալի հետևանքները խաթարում են բարեկեցության հիմքերը: Առաջացած իրավիճակը, լինելով սթրեսային, անորոշ և հարմարման նոր ձևեր պահանջող, նաև հոգեբանական բարեկեցության հիմնախնդիրը անկայուն պայմաններում նորովի դիտարկելու համար առիթ ստեղծեց: Մասնավորապես, սույն հոդվածում մենք անդրադառնում ենք հոգեբանական բարեկեցությունը պայմանավորող վարքի ձևերին, որոնք են այն միջոցները, որ կանխորոշում են հոգեբանական բարեկեցությունն արտասովոր պայմաններում:

Ինչպես տարբեր հետազոտությունների, այնպես էլ մեր ուսումնասիրության այն արդյունքները, որոնք մենք կքննարկենք ստորև, ուրվագծում են հոգեբանական բարեկեցության ապահովման համար հատկապես պրոսոցիալական վարքի՝ համավարակի պայմաններում այլ մարդկանց օգնելու կարևորությունը:

Առողջությանն ուղղված վարք. առողջությունը պահպանելու սոցիալ-հոգեբանական ասպեկտները

Առողջությանն ուղղված նոր վարքի ձևավորման համար էական նշանակություն ունի այն, թե ինչպիսի մտքեր և վերաբերմունք ունի մարդը առողջությանը և հիվանդությանը: Դրանք էլ իրենց հերթին կապված են առհասարակ առողջության ու հիվանդության վերաբերյալ անձի ունեցած համոզմունքների հետ: Ընկալումները, մտքերն ու համոզմունքներն ընկած են դրսևորվող վարքի հիմքում: Հետևաբար, առողջությանն առնչվող վարքը հասկանալու համար անհրաժեշտ է դիտարկել այն մտքերի և համոզմունքների միջոցով (Forshaw, 2002):

Առողջ վարքը կամ *առողջությանն առնչվող վարքը* Դեյվիդ Գոչմանը (Gochman, 1997) մեկնաբանում է որպես անհատների, խմբերի ու կազմակերպությունների կողմից արվող գործողություններ, դրանց հետևանքներ և դետերմինանտներ, որոնցից բխում են սոցիալական և ռազմավարական փոփոխություններ, զարգանում են քոփինգ հմտություններն ու բարելավվում է կյանքի որակը: Առողջությանն առնչվող վարքի ուսումնասիրության վերաբերյալ կան տարբեր մոտեցումներ և տեսական մոդելներ, որոնք կիրառվում են և՛ հետազոտություններում, և՛ պրակտիկ ոլորտում՝ փոփոխելու անառողջ վարքաձևերը:

Այս հոդվածում նպատակահարմար ենք գտնում անդրադառնալ առողջությանն առնչվող վարքը մեկնաբանող առաջին մոդելներից մեկին՝ *առողջության վերաբերյալ համոզմունքների մոդելին*, որը ստեղծվել է 1950-ականներին Գ. Հոխբաումի (Hochbaum, Rosenstock & Kegels, 1952) կողմից և կապվում է ամերիկյան հանրային առողջության ծառայությունում առաջարկվող կանխարգելիչ հետազոտությունների, մասնավորապես՝ տուբերկուլյոզի հայտնաբերմանն ուղղված կանխարգելիչ աշխատանքների անարդյունավետությունը բացատրելու հետ:

Ըստ այս մոդելի՝ առողջության համար որևէ գործողության պատ-
րաստ լինելը կախված է նրանից, թե անձի կողմից ինչպես է ընկալվում
հիվանդության վտանգավորությունը: Այս ընկալումն իր հերթին ձևավոր-
վում է մի քանի բաղադրիչներից. անձի՝ հիվանդության նկատմամբ *խոցե-
լիության* (susceptibility) և դրա պոտենցիալ *ծանրության* (severity) ընկա-
լում, *գործողության խթան* (the cue for action), որը կարող է լինել կա՛մ
սուբյեկտիվ ընկալմամբ, կա՛մ առողջության մասին օբյեկտիվ տեղեկա-
տվությունից ելնելով: Վարքը բնորոշվում է խոցելիության ու ծանրության
նվազեցմանն ուղղված գործողությունից ստացվող պոտենցիալ *շահի*
(benefits) գնահատմամբ, իսկ շահերն այնուհետև բախվում են ֆիզիկա-
կան, հոգեբանական, ֆինանսական և այլ ծախսերի կամ *խոչընդոտների*
ընկալման (barriers) հետ (Renner & Schwarzer, 2005):

Հիվանդության ծանրության վերաբերյալ ընկալումը սովորաբար
ձևավորվում է բժշկական տեղեկատվությունից, սակայն կարող է
հիմնված լինել նաև այն համոզմունքների վրա, թե ինչպիսի հետևանքներ
կունենա հիվանդությունն ու ինչպես կազդի ամբողջ կյանքի վրա առեա-
սարակ (Janz & Becker, 1984): Ըստ տեսության՝ առողջությանն ուղղված
վարք ձևավորելու համար առավել զգայուն բաղադրիչ է ընկալվող խոցե-
լիությունը. որքան խոցելի և ռիսկային է անձն ընկալում հիվանդությունը,
այնքան հավանականությունը մեծ է, որ կձևավորվի այդ ռիսկը փոքրաց-
նող առողջ վարքաձև, սակայն խոցելիության ընկալումն ունի նաև հակա-
ռակ կողմը, այսինքն՝ որքան քիչ ռիսկային է ընկալվում հիվանդությունը,
այնքան ավելի արագ են ձևավորվում անառողջ վարքաձևեր (Hayden,
2022):

Ընկալվող շահերը կամ օգուտները անձի համոզմունքներն են այն
մասին, թե որքանով են արդյունավետ այն գործողությունները և վարքի
նոր ձևերը, որոնք ուղղված են հիվանդության ռիսկայնության նվազեցմա-
նը: Ընկալվող խոչընդոտները անձի կողմից գնահատվող բոլոր այն ար-
գելքներն են, որոնք կարող են խանգարել նոր վարքի ձևավորմանը: Առող-
ջության վերաբերյալ համոզմունքների մոդելում այս բաղադրիչն ամե-
նանշանակալիցն է վարքի փոփոխման համար, քանի որ անձը հակա-
կշռում է իր վարքի արդյունավետությունն ընկալվող խոչընդոտներին.
վարքի նոր ձևերը հաճախ ծախսեր են պահանջում, տհաճ են, ժամանա-
կատար և այլն՝ չնայած դրանց ավելի առողջ լինելուն: Այսպիսով, ինչպես

կարելի է նկատել, առաջին երկու բաղադրիչները (ծանրության և խոցելիության ընկալումը) գործողությունների իրականացման նախնական խթաններն են, իսկ շահերի և խոչընդոտների ընկալումն արդեն նպաստում է վարքի փոփոխման համար գործողությունների որոշակիացմանը:

Առողջությանն ուղղված վարքի ձևավորումն անհրաժեշտ է առաջին հերթին, իհարկե, առողջության պահպանման և բարելավման համար, իսկ առողջության բարելավումն անմիջականորեն կապված է կյանքի որակի բարելավման, ընդհանուր առմամբ, մարդու բարեկեցության ապահովման հետ, քանի որ առողջությունը կենսասոցիալական գործոնների և գործընթացների փոխկապված համակարգ է: Քովիդի պայմաններում առաջ եկած խնդիրը ոչ այնքան առողջության բարելավումն էր, որքան դրա պահպանումը և ընկալվող վտանգի հետևանքով նոր՝ կանխարգելիչ վարքի ձևավորումը: Առողջության վերաբերյալ համոզմունքները էական դեր ունեն այդ վարքի ձևավորման, որպես արդյունք՝ նաև հոգեբանական բարեկեցության ապահովման գործում: Մի շարք հետազոտություններում առողջության վերաբերյալ համոզմունքների մոդելը կիրառվել է՝ հասկանալու համար համավարակի պայմաններում կանխարգելիչ վարքի առաջացման հնարավորությունները: Դրանցից մեկի մետավերլուծությունը ցույց է տալիս, որ տարբեր հետազոտություններում առողջության վերաբերյալ համոզմունքների մոդելն ունի բարձր կանխատեսելիություն՝ քովիդին առնչվող վարքը բացատրելու համար (Zewdie և այլք, 2022): Մեկ այլ հետազոտության արդյունքներով փաստվում է, որ քովիդի դեմ իրականացվող առողջական միջամտությունների արդյունավետ ռազմավարությունների մշակման համար կարևոր է հասկանալ ընկալվող համոզմունքները (Alagili & Bamashmous, 2021):

Հոգեբանական բարեկեցություն. ի՞նչն է ապահովում բարեկեցությունը կյանքի կայուն և անկայուն իրավիճակներում

Առողջությունը սահմանվում է որպես ոչ միայն պարզապես հիվանդությունների բացակայություն, այլև բարեկեցության վիճակ (World Health Organization [WHO], 2006): Վերջին տարիներին առողջության համար սպառնալից իրավիճակներում հատկապես բարդ է ոչ միայն հիվանդություններից խուսափելը, այլև բարեկեցությունն ապահովելը: Այս իմաստով, ժամանակակից աշխարհում կարծես թե առաջնահերթություն

է դառնում անձի բարեկեցության ապահովման խնդիրը՝ անկախ սպառնալիքներից, գուցե երբեմն էլ՝ ի հեճուկս սթրեսային իրականության: Մրանով է հավանաբար պայմանավորված այն հանգամանքը, որ սուբյեկտիվ բարեկեցության հիմնախնդիրը ներառված է որոշ երկրների պետական քաղաքականության մշակման գործընթացում (Diener, 2006):

Մարդու բարեկեցության, երջանկության հարցերի ուսումնասիրություններում կիրառվում են տարբեր հասկացություններ, որոնցով փորձում են տալ հիմնախնդրի մեկնաբանությունը: Այդպիսիք են հոգեբանական բարեկեցությունը, սուբյեկտիվ բարեկեցությունը, կյանքով բավարարվածությունը: Հոգեբանական բարեկեցությունը անձի սուբյեկտիվ փորձի իմաստավորումն է՝ դետերմինավորված այնպիսի արժեքներով, որոնք ներառում են երջանիկ կյանքը, ինքնաիրացումը և այլն (Խաչատրյան, Գրիգորյան, Հակոբջանյան, Մանուսյան, 2021):

Բարեկեցությունը, ընդհանուր առմամբ, բավականին լայն հասկացություն է: Այն դիտարկվում է որպես բազմագործոն կառուցվածք, որում արտացոլվում է սոցիալ-մշակութային, տնտեսական, հոգեբանական, ֆիզիկական և հոգևոր գործոնների բարդ փոխկապակցվածություն: Հոգեբանական բարեկեցությունը ևս բազմաբաղադրիչ է: Ըստ Մ. Սելիգմանի առաջարկած PERMA¹ մոդելի՝ բարեկեցության բաղադրիչներն են դրական հույզերը, ներգրավվածությունը, հարաբերությունները, իմաստը և ձեռքբերումները (Seligman, 2011): Ըստ Ք. Ռիֆի՝ հոգեբանական բարեկեցությունը ներառում է *ինքնավարությունը*՝ սեփական համոզմունքներին և սկզբունքներին հետևելու կարողությունը, *ինքնաընդունումը*՝ ինքնաճանաչումը, սեփական հնարավորությունների և սահմանափակումների գիտակցումը, *անձնային աճը*՝ որպես շարունակական զարգացում և ինքնաիրացման զգացում, *նպատակը*՝ կյանքի իմաստավորվածության և կյանքում նպատակի առկայությունը, *դրական փոխհարաբերությունները*՝ նշանակալի անձանց հետ խորքային կապերը և *շրջապատող աշխարհի դժվարությունների հաղթահարման կարողությունը* (Ryff, 2013): Ի լրումն Ռիֆի առանձնացրած բաղադրիչների՝ անձի դրդապատճառային ոլորտն ուսումնասիրող ինքնորոշման տեսության համաձայն՝ հոգեբա-

¹ PERMA-ն հապավում է՝ ձևավորված հետևյալ հասկացություններից՝ Positive emotions (Դրական հույզեր), Engagement (Ներգրավվածություն), Relationships (Հարաբերություններ), Meaning (Իմաստ), Accomplishments (Ձեռքբերումներ):

նական բարեկեցությունը և օպտիմալ գործառնությունը հիմնված են ինքնավարության, կոմպետենտության և կապվածության պահանջմունքերի վրա: Ընդ որում՝ միջավայրն անուղղակիորեն ազդում է բարեկեցության և առողջության վրա՝ խթանելով կամ խոչընդոտելով այդ պահանջմունքների բավարարմանը, իսկ դրանցից որևէ մեկի բավարարմանը խոչընդոտելու դեպքում խախտվում է գործառնական համակարգը (Deci & Ryan, 2008):

Հասկանալի է, որ հոգեբանական բարեկեցության համար անհրաժեշտ է լայն ներառվածություն սեփական կյանքի տարբեր ոլորտներում: Կյանքի համեմատաբար կայուն պայմաններում այս հիմնախնդրին անդրադարձը ենթադրում է անձի ինքնազարգացման, սեփական հնարավորությունների և ռեսուրսների բացահայտման, սոցիալական կապերի ձևավորման և ներգրավման, կոմպետենտության բարձրացման հարցերի քննարկում:

Առողջության պահպանմանն ուղղված վարքի մի շարք ուսումնասիրություններով բացահայտվել է, որ ֆիզիկական ակտիվությունը, մարզումները բարելավում են հոգեբանական բարեկեցությունը: Օրինակ, բացահայտվել է բացասական փոխկապվածություն՝ կատարված վարժությունների քանակի և դեպրեսիայի, ինչպես նաև տագնապայնության մակարդակի միջև (Morgan & O'Connor 1988; McDonald & Hodgdon 1991; մեջբերված է՝ ըստ Ogden, 2007): Ֆիզիկական ակտիվության և հոգեբանական բարեկեցության միջև կապը բացատրվում է հոգեֆիզիոլոգիական մոտեցումներով: Օրինակ, բացահայտվել է, որ ֆիզիկական ակտիվությունը հանգեցնում է էնդորֆինների աճի (Steinberg & Sykes 1985; մեջբերված է՝ ըստ Ogden, 2007), իսկ գլխուղեղում ավելանում է նորէպինեֆրինը, որի նվազումը կարող է հանգեցնել դեպրեսիայի: Սակայն, ինչպես վերը նշեցինք, արտակարգ իրավիճակներում, երբ կան ֆիզիկական սահմանափակումներ, մասնավորապես՝ համավարակի դեպքում լոբդաուն, սոցիալական հեռավորության պահպանում, շփումների էական նվազում, ոչ միշտ է հնարավոր ապահովել հոգեբանական բարեկեցությունը առօրյա, երբեմնի սովորական վարքաձևերով: Ընդհակառակը, հետազոտողները նշում են, որ սոցիալական մեկուսացումն ու միայնությունը կարող են հանգեցնել տագնապայնության, դեպրեսիայի, ինքնավնասման և ինքնասպանության հակումների (Holmes և այլք, 2020): Լեհաստանում կատար-

ված ուսումնասիրության արդյունքներով կան նաև տվյալներ, որոնց համաձայն՝ լոքդաունի ընթացքում բարձրացել են մարդկանց անառողջ սնվելու, ծխելու և ալկոհոլ օգտագործելու հակումները (Sidor & Rzymiski, 2020): Կան նաև հետազոտություններ, որոնց համաձայն՝ հիվանդության ծանր ընթացքի ռիսկերը նվազեցնելու լոքդաունի արդյունավետ քաղաքականությունը դրական ազդեցություն է ունեցել սուբյեկտիվ բարեկեցության մակարդակի բարձրացման վրա, սակայն, այնուամենայնիվ, նշվում է նաև, որ եթե լոքդաունի պայմաններում իրականացվող աջակցության միջոցառումները կապված են սոցիալ-տնտեսական ցածր կարգավիճակ ունեցող խմբերի շրջանում սթրեսի, անհանգստության և բացասական ազդեցության զգալի կրճատման հետ, ապա այս բարելավումների պահպանումը կախված կլինի կառավարության տնտեսական աջակցության կայունությունից և աշխատողներին կայուն և ապահով վիճակ վերադարձնելու կարողությունից, այլապես սահմանափակումների ավարտից հետո կարող են սկսվել հոգեկան առողջության իրական մարտահրավերները (Foa, Gilbert, & Fabian, 2020):

Սթրեսի հաղթահարմանն ուղղված ռազմավարությունները հաճախ կարող են անառողջ բնույթի լինել և դրանով ոչ միայն չնվազեցնել սթրեսի մակարդակը, այլև խոչընդոտել սթրեսակայունության ձևավորմանը, դժվարին պայմաններում կենսակայունության դրսևորմանը: Հենց այս պատճառով կարևոր է ուսումնասիրել և բացահայտել այնպիսի վարքաձևեր, որոնք դրականորեն են կապվում հոգեբանական բարեկեցության հետ:

Դրական տրամադրության, լավ ինքնազգացողության համար այդպիսի խթանող վարքաձև է պրոսոցիալական, օգնող վարքը, որը համարվում է դրական տրամադրությունը պահպանելու ռազմավարություն (Rosenhan, Salovey, & Hargis, 1981): Քոլիդի համաշխարհային անբարենպաստ պայմաններում պրոսոցիալական վարքի միջմշակութային ուսումնասիրությունները Լատինական և Հյուսիսային Ամերիկայում, Ասիայում և Եվրոպայում ցույց են տալիս, որ օգնող վարքը նշանակալի կանխորոշիչ է հոգեբանական բարեկեցության համար (Haller և այլք, 2022): Մեկ այլ հետազոտական մոդելով (Miles, Andiappan, Upenieks, & Orfanidis, 2022)՝ պրոսոցիալական վարքը համավարակի ընթացքում դիտարկվում է որպես հոգեբանական բարեկեցության մակարդակի բարձ-

րացմանն ուղղված և միաժամանակ տագնապն ու անհանգստությունը նվազեցնող գործոն, քանի որ բարի գործերը կարող են առաջացնել դրական մտքեր, որոնք էլ իրենց հերթին կնպաստեն այլ դրական գործողությունների իրականացմանը, անձի՝ ինքն իրենից գոհունակության զգացման բարձրացմանը, որն էլ հիմք կլինի դրական հույզերի առաջացման և բարեկեցության մակարդակի բարձրացման համար: Ըստ նշված հետազոտության արդյունքների՝ դրական հույզերն ու երջանկությունն ավելի բարձր են այն մարդկանց մոտ, ովքեր օգնող, դրական վարք են ցուցաբերում այլ մարդկանց հանդեպ, քան նրանց, ովքեր կենտրոնացած են իրենց գործողությունների վրա: Պրոսոցիալական գործողությունները, հիմնվելով «Ճիշտ և լավ» լինելու համոզմունքի վրա, կարող են նաև ձևավորել անձնային իմաստներ, ինչպես նաև դրական փոխհարաբերություններ, որոնք հիմք կդնեն կայուն սոցիալական կապերի (Miles, Andiappan, Upenieks, & Orfanidis, 2022):

Ինչպես նշվեց, ուրիշին ուղղված օգնող վարքի ձևերն առավել նպաստավոր են բարեկեցության համար, սակայն պետք է նշել, որ սոցիալամետ վարքը կարող է ներառել և՛ ինքն իրեն, և՛ ուրիշին ուղղված վարքի ձևեր, որոնք նպաստում են հոգեբանական բարեկեցությանը: Այդպիսի վարքի օրինակ կարող են լինել առողջությանն ուղղված վարքաձևերը, ինչպիսիք են Կորոնավիրուսի տարածման կանխարգելմանն ուղղված դիմակներ կրելը կամ սոցիալական հեռավորության պահպանումը, ավելի ուշ նաև՝ պատվաստվելը, քանի որ այս գործողություններն ուղղված էին պաշտպանելու և՛ սեփական անձը, և՛ ուրիշներին: 2020թ. ընթացքում իրականացված լոնգիտյուդ (երկայնական) ուսումնասիրությամբ գնահատվել է երկու տիպի վարք, որոնք ուղղված էին ուրիշներին օգնելուն, և ուսումնասիրվել են սոցիալ-հուզական բարեկեցության փոփոխությունները երեք ամսվա ընթացքում համատարած քրոնիկ հոգեբանական սթրեսորի՝ Կորոնավիրուսային համավարակի ժամանակ: Վարքի երկու խմբերը հետևյալներն էին՝ առողջությանն ուղղված կանխարգելիչ վարք՝ պաշտպանելու սեփական և ուրիշների ֆիզիկական առողջությունը, և պրոսոցիալական, օգնող վարք՝ խթանելու ավելի լայն համայնքի հոգեբանական և ֆինանսական բարեկեցությունը: Հետազոտության արդյունքները փաստում են, որ կանխարգելիչ վարքաձևերը ժամանակի ընթացքում հոգեբանորեն պաշտպանում են անհատին: Առողջությանն ուղղված կան-

խարգելիչ վարքաձևերը, ինչպիսիք են դիմակ կրելը կամ տանը մնալը, ժամանակի ընթացքում կապված էին ավելի քիչ դեպրեսիվ ախտանիշների հետ: Իսկ բացահայտ պրոսոցիալական վարքաձևերը, ինչպիսիք են, օրինակ, աշխատողին շնորհակալություն հայտնելը կամ կամավոր լինելը, ժամանակի ընթացքում կապված էին միայնության զգացման նվազման հետ (Inagaki, MacCormack & Muscatell, 2022): Մեր հարցազրույցներից դուրս բերված որակական արդյունքները ևս հավաստում են, որ առողջությանն ուղղված վարքը և դրա միջոցով սուբյեկտիվ բարեկեցությանը հասնելու մարդկանց դիրքորոշումները դրականորեն վերանայվել են²:

Առողջության և կյանքի համար սպառնալիքներով տեսական սթրեսի պայմաններում հոգեբանական բարեկեցությունը կանխորոշող գործոնները մեր ուսումնասիրությամբ ևս դիտարկվել են: Ներկայացվող հետազոտությունն իրականացվել է համավարակի բռնկման առաջին տարում և երկու տարի անց:

ՔՈՎԻԴ-19 համավարակի պայմաններում հոգեբանական բարեկեցությունը պայմանավորող վարքաձևերի ու համոզմունքների ուսումնասիրություն

Համավարակի պայմաններում հոգեբանական բարեկեցությունը պայմանավորող վարքաձևերը և համոզմունքները պարզելու նպատակով իրականացրել ենք երկու լայնահատույթային հետազոտություն՝ համավարակի բռնկման առաջին տարում՝ հետազոտական տվյալները հավաքագրվել են 2020թ. մայիս-հունիս ամիսներին և երկու տարի անց՝ 2022թ. նոյեմբեր-դեկտեմբեր ամիսներին առցանց եղանակով: Հետազոտության տարբեր հաստոյթներում նպատակ ենք ունեցել դիտարկելու հոգեբանական բարեկեցությունը կանխորոշող գործոնների դերը՝ պայմանավորված համավարակի տարբեր փուլերի ընթացքում դրսևորվող վարքի առանձնահատկություններով: Վարքային այնպիսի դրսևորումները, ինչպիսիք են ապրանքների կուտակումը, ձեռքերը հաճախակի լվանալը, այլ մարդկանց օգնելը, իրենց հերթին տարբեր փուլերում պատճառականացված են եղել տարբեր գործոններով՝ սահմանափակումների առկայությամբ կամ

² Տե՛ս Ս. Մանուսյանի «ՔՈՎԻԴ-19-ը՝ որպես ապրված փորձ. համավարակի ընկալվող հոգեբանական հետևանքները մարդկանց ինքնանդրադարձներում» հոդվածում:

բացակայությամբ, ժամանակի գործոնով՝ իրավիճակին հարմարվելու տեսանկյունից և այլն:

Նշենք, որ համավարակի առաջին ալիքի սկզբում (2020թ. մարտ-մայիս) կառավարության որոշմամբ ՀՀ-ում գործում էին անձանց տեղաշարժի ամենալայնածավալ սահմանափակումները, իսկ մայիս ամսից գործադրվեցին սահմանափակումների որոշ մեղմացումներ՝ այնուամենայնիվ պահպանելով կանխարգելիչ վարքին առնչվող կարգերը՝ դրսում պարտադիր դիմակ կրելու, հանրային վայրերում 1,5մ սոցիալական հեռավորություն պահպանելու, կրթության հեռավար ձևին անցնելու³: Ուսումնասիրության իրականացման երկրորդ փուլում նշված սահմանափակումներն այլևս չէին գործում:

Իրականացված հետազոտության երկու փուլերում էլ օգտագործվել է միևնույն մեթոդական գործիքակազմը, որն ուղղված էր բացահայտելու, թե ինչպիսին է հոգեբանական բարեկեցության համար համավարակին դիմակայելու վարքաձևերի պայմանավորող նշանակությունը Կորոնավիրուսի բռնկման սկզբում և երկու տարի անց, ինչպես նաև հասկանալու՝ փոխվում են արդյոք բարեկեցությունը պայմանավորող կանխորոշիչները, երբ ժամանակի հետ փոխվում է մարդկանց՝ վտանգի սուբյեկտիվ ընկալումը:

Հետազոտության գործիքակազմը

«Առողջությանն ուղղված համոզմունքների մոդել» հարցարանն առողջության համոզմունքների սանդղակի (Champion, 1984) ձևափոխված տարբերակն է, որը նախատեսված է քովիդի վերաբերյալ առողջության համոզմունքների չափման համար: Գնահատումը կատարվել է 1-ից («բացարձակ համաձայն չեմ») մինչև 7 («լիովին համաձայն եմ») միավորանոց սանդղակով: Հարցարանը բաղկացած է 20 հարցից և ունի 5 գործոն.

1. Հավանականություն (Chance). հարցերը վերաբերում են մարդու համոզվածությանը՝ Կորոնավիրուսով վարակվելու հավանականությանը ($\alpha=0.648$): Օրինակ՝ «Հավանականությունը, որ կվարակվեմ Կորոնավիրուսով կյանքիս ընթացքում, շատ մեծ է»:

³ ՀՀ Պարենտի որոշումներ, Retrieved from <https://www.bdoarmenia.am/hy-am/covid19/hh-պարենտի-որոշումներ> (29.08.2023):

2. Ծանրություն (Severity). հարցերը վերաբերում են մարդու համոզվածությանը՝ Կորոնավիրուսի բացասական ազդեցությանը ($\alpha=0.760$): Օրինակ՝ *«Եթե վարակվեմ Կորոնավիրուսով, ապա երկար ժամանակ կունենամ նաև այլ տարբեր հիվանդություններ»*:

3. Կանխարգելում (Gaining prevention). հարցերը վերաբերում են մարդու համոզվածությանը՝ Կորոնավիրուսի դեմ կանխարգելիչ գործողությունների նշանակությանը ($\alpha=0.535$): Օրինակ՝ *«Ձեռքերս հաճախակի լվանալը թույլ է տալիս շատ չանհանգստանալ վարակվելու հավանականության համար»*:

4. Արդյունավետ կանխարգելում (Efficacy prevention). հարցերը վերաբերում են մարդու համոզվածությանը՝ քովիդի կանխարգելման համար իր իսկ կողմից կատարվող գործողությունների արդյունավետությանը ($\alpha=0.630$): Օրինակ՝ *«Նույնիսկ եթե վարակվեմ Կորոնավիրուսով, իմ ջանքերի շնորհիվ ես կապաքինվեմ»*:

5. Խոչընդոտներ (Barriers). հարցերը վերաբերում են քովիդի կանխարգելմանն ուղղված տարբեր գործողությունների կատարման խոչընդոտներին ($\alpha=0.494$): Օրինակ՝ *«Ես ժամանակ չունեմ կանխարգելիչ միջոցներ ձեռնարկելու համար»*:

Նշենք, որ այս ուսումնասիրության մեջ առողջության համոզմունքների ամբողջ մոդելը չի օգտագործվել: Ուսումնասիրության երկու փուլերում էլ վերլուծվել են առանձին հարցեր, որոնք վերաբերում էին ծանրության և կանխարգելման համոզմունքներին, քանի որ համոզմունքների այս խմբերով է պայմանավորվում համավարակի իրավիճակում վտանգի ընկալման փոփոխությանը:

«Վարքաձևեր» հարցարանն ուղղված է այն վարքաձևերի ուսումնասիրմանը, որոնք իրականացվում են համավարակին ի պատասխան (Nowak և այլք, 2020): Վարքաձևերը խմբավորվում են երեք չափումներում՝ *կանխարգելող* (տանը մնալ, ախտահանել, ձեռքերը լվանալ, ինֆորմացիա որոնել), *ապրանքներ կուտակող* (սնունդ, մաքրող միջոցներ, դիմակներ) և *օգնող* (ֆիզիկական և հոգեբանական աջակցություն): Հարցվողները պատասխանել են հետևյալ հարցին. *«Կորոնավիրուսի համավարակի բռնկմանն ի պատասխան՝ ո՞ր վարքաձևերն եք նախաձեռնել անցած շաբաթվա ընթացքում»*՝ պատասխանելով 1-ից («միանշանակ ոչ») մինչև 4 («միանշանակ այո») միավորի միջակայքում: Վարքաձևերի յու-

րաքանցյուր չափման համար ներքին համաձայնեցվածության ցուցանիշները համապատասխանաբար այսպիսին են՝ 0.733, 0.713, 0.607:

«Հոգեկան առողջության կոնտինուում» հարցարանի կարճ տարբերակը՝ բաղկացած 14 պնդումից, կիրառվել է հոգեբանական բարեկեցության չափման համար (Short Form of Mental Health Continuum (MHC-SF)): Այն միավորում է բարեկեցության երեք բաղադրիչները՝ հուզական, սոցիալական և անձնային: Հուզական բարեկեցությունը ներկայացված է երեք պնդումով (երջանկություն, կյանքով հետաքրքրվածություն, բավարարվածություն), հոգեբանական բարեկեցությունը՝ վեց (ինքնաընդունում, միջավայրին տիրապետում, ուրիշների հետ դրական հարաբերություններ, անձնային աճ, նպատակաուղղվածություն, ինքնավարություն), իսկ սոցիալական բարեկեցությունը՝ հինգ (սոցիալական աճ, սոցիալական ինտեգրացիա, սոցիալական համախմբվածություն, սոցիալական ներդրում, սոցիալական ընդունում): Հարցվողները յուրաքանչյուր պնդում պետք է գնահատեին Լիկերտի՝ վեց բալանոց սանդղակով՝ հիմնվելով նախորդ ամսվա ընթացքում իրենց ունեցած փորձառության վրա (հարցարանի ներքին համաձայնեցվածությունը՝ $\alpha=0.889$):

Հետազոտության նպատակից ելնելով՝ ուսումնասիրության յուրաքանչյուր փուլի համար առանձնացվել են հետազոտական խնդիրներ:

Ուսումնասիրություն 1

Համավարակի բռնկման առաջին փուլի ուսումնասիրության համար դրվել է հետևյալ հետազոտական խնդիրը. ուսումնասիրել առողջության պահպանմանն ուղղված՝ կանխարգելիչ ու քովիդի ծանր ազդեցության վերաբերյալ համոզմունքների և համավարակին դիմակայելու վարքաձևերի կանխորոշիչ դերը հոգեբանական բարեկեցության համար:

Հետազոտական ընտրանքը կազմում է 237 մասնակից (64.1% կին, $M=29.75$, $SD=10.693$, միջակայք՝ 18-ից 58 տարեկան): Ընտրանքի 41.4%-ը ունի բարձրագույն կրթություն (մագիստրոսի և ավելի բարձր կրթական աստիճան), 62.4%-ը աշխատում է, 82.3%-ը տվյալ ժամանակահատվածում վարակված չի եղել Կորոնավիրուսով, 64.1%-ը բնակվում է մայրաքաղաքում: Հետազոտության մասնակիցներն իրենց տնտեսական դրությունը հիմնականում գնահատել են միջինից մի փոքր բարձր ($M=4.44$,

SD=1.132)՝ 1-«միջինից շատ ցածր» և 7- «միջինից շատ բարձր» սանդղակի հիման վրա:

Տվյալների վերլուծություն և մեկնաբանություն

Հոգեբանական բարեկեցության համար առողջության պահպանմանն ուղղված համոզմունքների և Կորոնավիրուսին դիմակայելու վարքաձևերի պայմանավորող նշանակությունը պարզելու համար իրականացրել ենք հիերարխիկ ռեգրեսիոն վերլուծություն (Աղյուսակ 1)⁴: Մոդելում ընտրել ենք անկախ փոփոխականների հետևյալ հաջորդականությունը. առաջին մակարդակում՝ ժողովրդագրական որոշ ցուցանիշներ՝ որպես վերահսկվող փոփոխականներ (սեռ, տարիք, կրթություն, աշխատանքային կարգավիճակ, բնակության վայր, տնտեսական դրության ինքնագնահատում, վարակված լինելու հանգամանք), երկրորդ մակարդակում՝ առողջության պահպանմանն ուղղված համոզմունքները, մասնավորապես ձեռքերի հաճախակի լվանալու կանխարգելիչ համոզմունքն ու համավարակի՝ առողջության վրա ծանր ազդեցության վերաբերյալ համոզմունքը, երրորդ մակարդակում՝ Կորոնավիրուսին դիմակայելու վարքաձևերը (կանխարգելող, կուտակող և օգնող):

⁴ Ռեգրեսիոն մեթոդի ընտրությունը հիմնավորելու նպատակով նախապես ստուգել ենք փոփոխականների բազմափոխկապվածության (multicollinearity) ցուցանիշը: Որպես չափորոշիչ ընդունել ենք ինֆլացիայի փոփոխայնության գործոնը (VIFvariance inflation factor), որի արժեքը մեր փոփոխականների համար վիճակագրորեն թույլատրելի միջակայքում է ($>1 <10$):

Աղյուսակ 1. Հոգեբանական բարեկեցության հիմքում ընկած առողջության պահպանման համոզմունքների և համավարակի նիմակալելու վարքաձևերի ռեգրեսիոն վերլուծություն (Ուսումնասիրություն 1)

		Model 1		Model 2			Model 3		
	Coeff. B	Adjusted R ² =0.098	Adjusted R ² =0.112	Adjusted R ² =0.177					
		95% CI	p value	B	95% CI	p value	B	95% CI	p value
Մեռ									
Արական		Reference							
Իգական	0.123	-0.162, 0.407	0.396	0.110	-0.172, 0.393	0.442	- 0.039	-0.323, 0.246	0.788
Աշխատանքային կարգավիճակ									
Չաշխատող		Reference							
Աշխատող	0.410	0.123, 0.696	0.005	0.386	0.101, 0.671	0.008	0.377	0.101, 0.653	0.008
Կրթություն									
Բարձրագույն կրթություն չունեցող		Reference							
Բարձրագույն կրթություն ունեցող	-0.316	-0.617, -0.015	0.04	- 0.278	-0.580, 0.023	0.07	- 0.236	-0.531, 0.059	0.116
Բնակության վայր									
Երևանում չբնակվող		Reference							
Երևանում բնակվող	0.009	-0.262, 0.279	0.949	0.034	-0.235, 0.304	0.801	0.024	-0.240, 0.287	0.859
Վարակված լինելու հանգամանք									
Չվարակված		Reference							
Վարակված	0.185	-0.166, 0.535	0.300	0.195	-0.154, 0.544	0.271	0.088	-0.253, 0.428	0.611

<i>Տարիք</i>	0.016	0.002, 0.030	0.023	0.014	0.000, 0.028	0.046	0.013	0.000, 0.027	0.050
<i>Տնտեսական դրու- թյուն</i>	0.146	0.031, 0.261	0.013	0.133	0.018, 0.248	0.024	0.085	-0.031, 0.200	0.149
<i>Ձեռքերը հաճախակի լվանալու կանխար- գելիչ համոզմունք</i>				0.049	-0.033, 0.130	0.243	0.024	-0.059, 0.108	0.567
<i>Քովիդի համավարա- կի առողջության վրա ծանր ազդեցու- թյան վերաբերյալ համոզմունքը</i>				0.068	-0.014, 0.149	0.103	0.048	-0.032, 0.128	0.238
<i>Կանխարգելող վար- քաձև</i>							-0.082	-0.298, 0.134	0.455
<i>Կուտակող վարքաձև</i>							0.200	0.015, 0.386	0.035
<i>Օգնող վարքաձև</i>							0.335	0.128, 0.541	0.002

Վերլուծության արդյունքների համաձայն՝ ռեգրեսիոն մոդելի բացատրական նշանակությունը 17.7% է ($F=4.606$, $p<0.001$): Սուբյեկտիվ բարեկեցության համար վիճակագրորեն նշանակալից կանխորոշիչներ են տարիքը ($B=0.013$, $p=0.050$) և աշխատանքային կարգավիճակը ($B=0.377$, $p=0.008$), կուտակող ($B=0.2$, $p=0.035$) և օգնող վարքաձևերը ($B=0.335$, $p=0.002$): Ստացվում է, որ ավելի բարձր տարիքի և աշխատող մարդկանց մոտ կուտակող և օգնող վարքաձևերը դրական նշանակություն են ունեցել սուբյեկտիվ բարեկեցության համար: Հատկապես այս գործոնների պայմանավորող նշանակությունը բարեկեցության համար կարելի է մեկնաբանել այն հանգամանքով, որ աշխատող մարդիկ պահպանել են իրենց սոցիալական պատկանելության զգացումը՝ միևնույն ժամանակ պահպանելով եկամուտ ստանալու հնարավորությունը: Համավարակի բռնկման առաջին ալիքի ընթացքում առավել մեծ էր տագնապն ու անորոշությունը, ինչի հետևանքով սննդի և այլ անհրաժեշտ ապրանքների կուտակումը կարծես ապահովության զգացում էր հաղորդում մարդկանց: Իհարկե նման իրավիճակում դժվար է խոսել անձի՝ ընդգրկուն իմաստով բարեկեցության մասին, սակայն անորոշության պայմաններում ապահովության զգացումը կարող է հոգեբանական բարեկեցության հիմք լինել՝ այլ գործոնների հետ գումարային միասնությամբ: Փաստորեն, մեր ուսումնասիրության արդյունքները ևս ցույց տվեցին, որ օգնող վարքը նշանակալի կանխորոշիչ է հոգեբանական բարեկեցության համար: Այս դեպքում բարձր տարիքի և աշխատող մարդկանց մոտ կուտակող և օգնող վարքաձևերը միասին են պայմանավորում բարեկեցությունը, ինչը նշանակում է, որ արտակարգ, սթրեսային պայմաններում դիմակայելու համար հասուն տարիքում անհրաժեշտ է սոցիալ-տնտեսական վիճակի կայունություն (աշխատանք ունենալը և ապրանքներ ձեռք բերելու, կուտակելու հնարավորությունը), որը կառաջացնի ապահովության զգացում, սակայն կարելի է ասել, որ միայն այս ասպեկտը բավարար չէ, և հոգեբանական բարեկեցության համար անհրաժեշտ է նաև ուրիշին ուղղված՝ պրոսոցիալական վարքի ձևավորում:

Ուսումնասիրություն 2

Քանի որ համավարակի բռնկման սկզբում մեր առաջին ուսումնասիրության արդյունքներով բացահայտվեց օգնող վարքաձևի պայմանավոր-

րող նշանակությունը բարեկեցության համար, երկրորդ ուսումնասիրությանը ցանկանում ենք հասկանալ **առաջադրված հետևյալ հետազոտական խնդիրները**.

1. Արդյո՞ք համավարակի դիմակայելու վարքաձևերի պայմանավորող նշանակությունը փոխվել է համավարակի երկամյա փորձառության հիման վրա:
2. Արդյո՞ք ժամանակը դեր ունի երկու ալիքների միջև օգնող վարքի փոփոխության համար:

Հետազոտական ընտրանքը կազմում է 784 մասնակից (66,8% կին, $M=24.93$, $SD=9.311$, միջակայք՝ 18-ից 64 տարեկան): Հետազոտական ընտրանքի 16.6%-ը ունի մագիստրոսական աստիճան և բարձր, 53.2%-ը աշխատում է, 57.5%-ը վարակվել է քովիդով, 32%-ը նշել է, որ վարակվելուց հետո ունեցել է երկարաժամկետ հետևանքներ: 52.1%-ը նշել է, որ ընտանիքի անդամներից կամ մտերիմներից ունեցել են ծանր հետևանքներ վարակվելու հետևանքով: 25.5%-ը (200 հոգի) նշել է, որ ընտանիքի անդամներից կամ մտերիմներից մահացել են քովիդի հետևանքով:

Տվյալների վերլուծություն և մեկնաբանություն

Այս փուլում հավաքագրված տվյալների վերլուծության համար կառուցել ենք հիերարխիկ ռեգրեսիոն մոդել (Աղյուսակ 2)՝ նույն փոփոխականների համանման հաջորդականությամբ, ինչպես առաջին փուլի տվյալների համար:

Աղյուսակ 2. Հոգեբանական բարեկեցության հիմքում ընկած առողջության պահպանման համոզմունքների և համավարակին դիմակայելու վարքաձևերի ռեգրեսիոն վերլուծություն (Ուսումնասիրություն 2)

	Model 1 Adjusted R ² =0.326			Model 2 Adjusted R ² =0.729			Model 3 Adjusted R ² =0.737		
	Coeff. B	95% CI	p value	B	95% CI	p value	B	95% CI	p value
<i>Մեղ</i>									
Արական	Reference								
Իգական	-0.134	-0.293, 0.026	0.100	- 0.125	-0.283, 0.033	0.121	- 0.166	-0.323, - 0.008	0.039
<i>Աշխատանքային կարգավիճակ</i>									
Չաշխատող	Reference			Reference			Reference		
Աշխատող	0.194	0.046, 0.342	0.01	0.189	0.042, 0.337	0.012	0.195	0.051, 0.339	0.008
<i>Կրթություն</i>									
Բարձրագույն կրթություն չունեցող	Reference								
Բարձրագույն կրթություն ունեցող	-0.003	-0.195, 0.189	0.975	0.005	-0.185, 0.196	0.955	0.057	-0.131, 0.244	0.554
<i>Բնակության վայր</i>									
Երևանում չբնակվող	Reference								
Երևանում բնակվող	-0.065	-0.210, 0.080	0.380	- 0.052	-0.196, 0.092	0.481	- 0.040	-0.181, 0.102	0.582
<i>Վարակված լինելու հանգամանք</i>									
Չվարակված	Reference								
Վարակված	-0.002	-0.173, 0.170	0.985	-0.014	-0.185, 0.156	0.868	0.027	-0.141, 0.194	0.755

<i>Տարիք</i>	0.010	0.002, 0.018	0.010	0.010	0.002, 0.018	0.012	0.008	0.001, 0.016	0.027
<i>Տնտեսական դրու- թյուն</i>	0.198	0.135, 0.262	<0.0001	0.194	0.131, 0.257	<0.0001	0.192	0.130, 0.253	<0.0001
<i>Ձեռքերը հաճախակի լվանալու կանխար- գելիչ համոզմունք</i>				0.075	0.029, 0.121	0.001	0.049	0.002, 0.095	0.040
<i>Քովիդի համավարա- կի առողջության վրա ծանր ազդեցու- թյան վերաբերյալ համոզմունքը</i>				0.007	-0.038, 0.051	0.766	0.001	-0.101, 0.105	0.955
<i>Կանխարգելող վար- քաձև</i>							0.126	0.002, 0.255	0.054
<i>Կուտակող վարքաձև</i>							0.002	-0.101, 0.105	0.966
<i>Օգնող վարքաձև</i>							0.146	0.057, 0.236	0.001

Վերլուծության արդյունքների համաձայն՝ ռեգրեսիոն մոդելի բացատրական նշանակությունը 13.6% է ($F=7.250$, $p<0.001$): Սուբյեկտիվ բարեկեցության համար վիճակագրորեն նշանակալից կանխորոշիչներ են տարիքը ($B=0.008$, $p=0.027$), սեռը ($B=-0.166$, $p=0.039$), աշխատանքային կարգավիճակը ($B=0.195$, $p=0.008$), տնտեսական դրությունը ($B=0.192$, $p<0.001$), կանխարգելիչ համոզմունքը ($B=0.049$, $P=0.04$), կանխարգելիչ ($B=0.126$, $p=0.054$) և օգնող վարքաձևերը ($B=0.146$, $p=0.001$): Ստացվում է, որ ավելի բարձր տարիքի, աշխատող, իրենց տնտեսական դրությունը բարձր գնահատող տղամարդկանց մոտ ձեռքերը հաճախակի լվանալու հետ կապված կանխարգելիչ համոզմունքը, կանխարգելիչ ու օգնող վարքաձևերը դրական նշանակություն ունեն սուբյեկտիվ բարեկեցության համար: Ինչպես տեսնում ենք, երկու ալիքներից ստացված արդյունքների վերլուծություններով հստակ բացահայտվում է օգնող վարքաձևի պայմանավորող նշանակությունը, հետևաբար պետք է շեշտադրել օգնող վարքի հաստատունությունը սուբյեկտիվ բարեկեցության համար քովիդի պայմաններում: Իրենց տնտեսական դրությունը բարձր գնահատող տղամարդկանց մոտ ձեռքերը հաճախակի լվանալու հետ կապված կանխարգելիչ համոզմունքի նշանակալիությունը հավանաբար ևս կապված է աշխատող տղամարդկանց սոցիալ-տնտեսական կարգավիճակի հետ, այսինքն՝ բարեկեցության ապահովման համար, մի կողմից, անհրաժեշտ է նյութական ապահովվածություն, սակայն, մյուս կողմից, այդ կարգավիճակը պահպանել հնարավոր է՝ կանխարգելելով վիրուսով վարակվելու հավանական սպառնալիքը: Քանի որ կանխարգելիչ միջոցառումների և հիգիենայի պահպանման գործողությունների շարքում առողջապահության համաշխարհային կազմակերպությունում հատկապես շեշտադրվում էր ձեռքերը հաճախակի լվանալու կարևորությունը²⁰, ենթադրում ենք, որ այս պատճառով է առավել նշանակալից հենց այս կանխարգելիչ համոզմունքը: Առողջությանն ուղղված՝ կանխարգելիչ վարքաձևերը, ինչպես վերը նշել ենք, տարբեր հետազոտություններով բացահայտվել են որպես բարեկեցության կանխորոշիչներ: Ընդ որում՝ այդպիսի վարքաձևերի իրականացումը, ուղղված լինելով առողջական վերջնարդյունքներին, սովորաբար

²⁰ World Health Organization (2020). Handwashing an effective tool to prevent COVID-19, other diseases. Retrieved from <https://www.who.int/southeastasia/news/detail/15-10-2020-handwashing-an-effective-tool-to-prevent-covid-19-other-diseases> (29.08.2023).

միջնորդավորված է տագնապի և անհանգստության նվազեցմամբ, որի հետևանքով բարձրանում է նաև վստահությունը, վարքի ինքնարդյունավետությունը (Schwarzer, 2014): Այսինքն՝ տվյալ դեպքում կանխարգելիչ համոզմունքը և դրանից բխող կանխարգելիչ վարքի իրականացումը նպաստավոր գործոններ են սուբյեկտիվ բարեկեցության համար, քանի որ բարձրացնում են անձի ինքնարդյունավետությունը և համավարակով պայմանավորված դժվարությունները հաղթահարելու կարողությունը: Ինչ վերաբերում է օգնող վարքաձևին, դրա իրականացումը կարող է պայմանավորված լինել ինքնավարության, կոմպետենտության և կապվածության բազային հոգեբանական պահանջմունքներով, որոնց բավարարումն էլ, ինչպես վերը նշել ենք, ապահովում է հոգեբանական բարեկեցությունը: Վերլուծական մոդելի արդյունքները թույլ են տալիս նաև ենթադրել, որ հատկապես ավելի բարձր տարիքի տղամարդկանց շրջանում կարող է արտահայտված լինել նշված բազային պահանջմունքների բավարարման անհրաժեշտությունը, քանզի մեր սոցիալ-մշակութային համատեքստից ելնելով՝ դժվարությունների հաղթահարման, պատասխանատվության, կոմպետենտության առնչությամբ սպասելիքները հասարակության մեջ ավելի մեծ են տղամարդկանցից: Այս իմաստով, հնարավոր է, որ բարձր գնահատվող տնտեսական դրությունը և աշխատող լինելը հասուն տարիքի տղամարդու համար բավարարում է ինքնավարության պահանջմունքը, կանխարգելիչ համոզմունքը և կանխարգելիչ վարքաձևը՝ կոմպետենտության, իսկ օգնող վարքաձևը՝ կապվածության պահանջմունքները:

Ռեգրեսիոն առանձին վերլուծության միջոցով երկու ալիքների միջև օգնող վարքաձևի արտահայտվածության փոփոխության գնահատումը ցույց է տվել, որ քովիդի վերջին ալիքի ընթացքում օգնող վարքաձևի արտահայտվածությունը մեծացել է առաջինի համեմատ ($M_1=2.095$; $M_2=2.800$), իսկ ժամանակային էֆեկտի բացատրական նշանակությունը 9.9% է ($F=107.218$; $P<0.001$): Սա կարող է նշանակել, որ համավարակի երկամյա փորձառությունը նպաստել է այլ մարդկանց օգնելու վարքի արտահայտվածության ավելացմանը, մեծացել է փոխօգնության միտումը:

Ամփոփում

Այսպիսով, ամփոփելով ուսումնասիրության արդյունքները՝ կարևորում ենք շեշտադրել օգնող վարքի դրական դերը՝ որպես հոգեբանական

բարեկեցությունը պայմանավորող վարքաձև *ՔՈՎԻԴ-19* համավարակի պայմաններում: Ինչպես նկատեցինք, երկու փուլերի ուսումնասիրությունների արդյունքները ցույց տվեցին, որ հոգեբանական բարեկեցության համար երկու ուսումնասիրության արդյունքներով էլ կայուն կանխորոշիչ էր օգնող վարքաձևը: Միննույն ժամանակ, կանխորոշիչ գործոնները տարբերվում են համավարակի բռնկման տարբեր շրջաններում: Առաջին փուլի ընթացքում նշանակալի էր կուտակող վարքի դերը, իսկ առողջության պահպանման վերաբերյալ համոզմունքները չունեին կանխորոշիչ նշանակություն, սակայն երկրորդ ուսումնասիրության արդյունքների համաձայն՝ և՛ կանխարգելման համոզմունքները, և՛ կանխարգելիչ վարքն ունեն պայմանավորող նշանակություն: Կարելի է ենթադրել, որ ուսումնասիրության առաջին փուլում, երբ դեռ համավարակը նոր էր, մարդկանց մոտ հստակ ձևավորված չէր այն համոզմունքը, որ ձեռքերը լվանալը օգտակար է, համապատասխանաբար՝ ամրապնդված չէր նաև կանխարգելիչ վարքը, մինչդեռ համավարակին դիմակայելու երկամյա փորձը նպաստել է կանխարգելիչ համոզմունքի ու վարքի ամրապնդմանը:

Պրոսոցիալական, օգնող վարքն էական նշանակություն ունի դժվարին, վտանգավոր պայմաններում ոչ միայն դիմակայելու, այլև այդ պայմաններում բարեկեցություն ապահովելու համար: Մեր երկու փուլերի ուսումնասիրությունները ապացուցեցին օգնող վարքի կարևոր նշանակությունը սուբյեկտիվ բարեկեցության համար: Օգնող վարքաձևը, ստացվում է, առավել կայուն է, քանի որ բազային է մարդկային համակեցության համար: Եթե ուրիշին օգնելու օգուտների տեսանկյունից մենք խոսում ենք անձի սուբյեկտիվ բարեկեցությանը նպաստելու մասին, ապա օգնող վարքի արտահայտվածության մեծացումը կարող է դիտարկվել որպես հասարակության մեջ փոխօգնության ձևավորում՝ նպաստելով հանրային/հասարակական բարեկեցությանը: Քանի որ վարքի ձևավորման համար հիմնարար է այդ վարքի հիմքում ընկած համոզմունքների դերը, ապա կարելի է ասել, որ օգնող վարքի ձևավորման գործում առանցքային կարող է լինել «ուրիշին օգնելով՝ օգնում եմ ինքս ինձ» համոզմունքը, որը հիմք կհանդիսանա օգնող վարքի և փոխօգնության ձևավորման համար: Այս առումով օգնող վարքաձևը կարող է նաև ավելի լայն՝ հանրային առողջապահական նշանակություն ձեռք բերել նմանատիպ արտակարգ

իրավիճակներում, ինչպիսին Կորոնավիրուսային համավարակն էր՝ հանրության բարեկեցությանը նպաստելու համար:

Գրականության ցանկ

Խաչատրյան Ն., Գրիգորյան Ա., Հակոբջանյան Ա., Մանուսյան Մ. (2021), Կյանքով բավարարվածությանը նպաստող գործոնների նշանակությունը *ՔՈՎԻԴ-19* համավարակի պայմաններում, *Բանբեր Երևանի համալսարանի, Փիլիսոփայություն, Հոգեբանություն*, 3(36), 63-74:

Alagili, D. E., & Bamashmous, M. (2021). The Health Belief Model as an explanatory framework for COVID-19 prevention practices. *Journal of infection and public health*, 14(10), 1398-1403, <https://doi.org/10.1016/j.jiph.2021.08.024>.

Champion, V. L. (1984). Instrument development for health belief model constructs. *ANS. Advances in nursing science*, 6 (3), 73-85, <https://doi.org/10.1097/00012272-198404000-00011>.

Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2008). Self-determination theory: A macrotheory of human motivation, development, and health. *Canadian Psychology / Psychologie canadienne*, 49 (3), 182–185. <https://doi.org/10.1037/a0012801>.

Diener, E. (2006). Guidelines for national indicators of subjective well-being and ill-being. *Journal of Happiness Studies: An Interdisciplinary Forum on Subjective Well-Being*, 7(4), 397–404. <https://doi.org/10.1007/s10902-006-9000-y>.

Forshaw, M. (2002). *Essential health psychology*. Oxford University Press.

Foa, R. S., Fabian, M., & Gilbert, S. (2022). Subjective well-being during the 2020-21 global coronavirus pandemic: Evidence from high frequency time series data. *PloS one*, 17 (2), e0263570, <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0263570>.

Gochman, D. S. (Ed.). (1997). *Handbook of health behavior research II: Provider determinants*. Plenum Press. <https://doi.org/10.1007/978-1-4899-1760-7>.

Haller, E., Lubenko, J., Presti, G., Squatrito, V., Constantinou, M., Nicolaou, C., ... & Gloster, A. T. (2022). To help or not to help? Prosocial behavior, its association with well-being, and predictors of prosocial behavior during the coronavirus disease pandemic. *Frontiers in Psychology*, 12, 775032, <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.775032>.

Hayden, J. (2022). *Introduction to health behavior theory*. Jones & Bartlett Learning.

Hochbaum, G., Rosenstock, I., & Kegels, S. (1952). Health belief model. *United States public health service*, 1, 78-80.

Holmes, E. A., O'Connor, R. C., Perry, V. H., Tracey, I., Wessely, S., Arseneault, L., ... & Bullmore, E. (2020). Multidisciplinary research priorities for the COVID-19 pandemic: a call for action for mental health science. *The Lancet Psychiatry*, 7(6), 547-560, [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30168-1](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30168-1).

- Inagaki, T. K., MacCormack, J. K., & Muscatell, K. A.** (2022). Prosocial and positive health behaviors during a period of chronic stress protect socioemotional well-being. *Affective Science*, 3(1), 160-167, <https://doi.org/10.1007/s42761-021-00095-1>.
- Janz, N. K., & Becker, M. H.** (1984). The health belief model: A decade later. *Health education quarterly*, 11(1), 1-47, <https://doi.org/10.1177/109019818401100101>.
- Miles, A., Andiappan, M., Upenieks, L., & Orfanidis, C.** (2022). Using prosocial behavior to safeguard mental health and foster emotional well-being during the COVID-19 pandemic: A registered report of a randomized trial. *PloS one*, 17(7), e0272152, <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0245865>.
- Nowak, B., Brzóska, P., Piotrowski, J., Sedikides, C., Żemojtel-Piotrowska, M., & Jonason, P. K.** (2020). Adaptive and maladaptive behavior during the COVID-19 pandemic: The roles of Dark Triad traits, collective narcissism, and health beliefs. *Personality and individual differences*, 167, 110232, <https://doi.org/10.1016/j.paid.2020.110232>.
- Ogden, J.** (2007) *Health Psychology: A Textbook*. 4th Edition, McGraw-Hill, New York.
- Renner, B., & Schwarzer, R.** (2005). Risk and health behaviors. Documentation of the scales of the research project: “Risk Appraisal consequences in Korea” (RACK), Retrieved from <http://www.gesundheitsrisiko.de/docs/RACKEnglish.pdf> (27.08.2023).
- Rosenhan, D. L., Salovey, P., & Hargis, K.** (1981). The joys of helping: Focus of attention mediates the impact of positive affect on altruism. *Journal of Personality and Social Psychology*, 40(5), 899-905, <https://doi.org/10.1037/0022-3514.40.5.899>.
- Ryff, C. D.** (2013). Psychological well-being revisited: Advances in the science and practice of eudaimonia. *Psychotherapy and psychosomatics*, 83(1), 10-28, <https://doi.org/10.1159/000353263>.
- Schwarzer, R.** (Ed.). (2014). *Self-efficacy: Thought control of action*. Taylor & Francis.
- Seligman, M. E.** (2011). *Flourish: A visionary new understanding of happiness and well-being*. Simon and Schuster.
- Sidor, A., & Rzymiski, P.** (2020). Dietary choices and habits during COVID-19 lockdown: experience from Poland. *Nutrients*, 12(6), 1657, <https://doi.org/10.3390/nu12061657>.
- World Health Organization.** (2006). Constitution of the World Health Organization. Basic documents, Retrieved from https://apps.who.int/gb/bd/pdf_files/BD_49th-en.pdf (27.08.2023).
- Zewdie, A., Mose, A., Sahle, T., Bedewi, J., Gashu, M., Kebede, N., & Yimer, A.** (2022). The health belief model's ability to predict COVID-19 preventive behavior: A systematic review. *SAGE open medicine*, 10, 20503121221113668, <https://doi.org/10.1177/20503121221113668>.

**ՔՈՎԻԴ-19-ի ԴԵՄ ՊԱՏՎԱՍՏՎԵԼՈՒ ԵՎ ԶՊԱՏՎԱՍՏՎԵԼՈՒ
ՀԵՏ ԿԱՊՎԱԾ ՀՈՒՅՁԵՐ ԵՎ ՀԱՄՈՁՄՈՒՆՔՆԵՐ.
ՀԱՄԵՄԱՏԱԿԱՆ ՎԵՐԼՈՒԾՈՒԹՅՈՒՆ՝ ԸՍՏ
ԺՈՂՈՎՐԴԱԳՐԱԿԱՆ ԳՈՐԾՈՆՆԵՐԻ**

Անի Պողոսյան, Նարինե Խաչատրյան

2020 թվականից սկսած՝ վարակիչ հիվանդությունների դեմ պայքարում հանրային առողջությանն ուղղված գլոբալ մարտահրավերներից մեկը կապված է նոր Կորոնավիրուսի՝ *ՔՈՎԻԴ-19*-ի հետ: Կորոնավիրուսային վարակի տարածման առաջին իսկ օրերից խոսվում էր հիվանդության արդյունավետ բուժման միջոցների որոնման անհրաժեշտության մասին: Ամբողջ աշխարհում, այդ թվում և Հայաստանում, *ՔՈՎԻԴ-19*-ի դեմ ընթացիկ բուժական միջամտությունը հիմնականում կենտրոնացած էր վարակի վերահսկման, արդյունավետ պատվաստումների և բուժման արագության վրա: Սակայն այդ միջոցները գործածելու ընթացքը հարթ չէր և ուղեկցվում էր լրացուցիչ դժվարություններով՝ կապված հատկապես պատվաստումների իրականացման հետ: Բանն այն է, որ չնայած *ՔՈՎԻԴ-19* հաղթահարելու արդյունավետ միջոցներ ունենալը շատ սպասված էր մարդկանց համար՝ հիվանդության դեմ պատվաստանյութերի ստեղծումը սկզբնական փուլում Հայաստանում ամեննին չստացավ ակնկալվող դրական արձագանքը: *ՔՈՎԻԴ-19*-ի վիրուսը նոր էր՝ մարդկությանը դեռևս անհայտ, և ինչպես մյուս վիրուսները, տարածվում էր աննկատ ու արագ՝ առաջ բերելով վարակվելու անխուսափելիության, իրավիճակը վերահսկելու անկարողության և դրանց հետ կապված վախի ու տագնապի զգացողություն: Այդ ամենի կողքին մարդկանց նախորդ փորձառությունը փաստում էր, որ արդեն ծանոթ վիրուսների դեմ պատվաստումների ստեղծումը պահանջում է երկարատև ժամանակ, մինչդեռ *ՔՈՎԻԴ-19*-ի դեմ պատվաստանյութերը ստեղծվեցին հարաբերականորեն կարճ ժամանակահատվածում: Վարակի տարածմանը զուգահեռ ըն-

թանում էր նաև մեկ այլ գործընթաց՝ ինֆոդեմիա՝ համաշխարհային մակարդակով առողջապահության ոլորտում արտակարգ իրավիճակի ժամանակ չափազանց քանակով կեղծ, հակասական և ոչ ճշգրիտ տեղեկատվության տարածում, ինչը ևս նպաստում էր տագնապի և անհանգստության աճին (Islam և այլք, 2020): 2020 թ. հունիս ամսին Հայաստանում անցկացված հարցումները ցույց են տալիս, որ հարցվածների գրեթե 50%-ը համարում է, որ ԶԼՄ-ներում «ամեն օր» կամ «գրեթե ամեն օր» հանդիպում է *ՔՈՎԻԴ-19*-ի վերաբերյալ ապակողմնորոշիչ կամ կեղծ տեղեկատվության¹: Այս և այլ գործոններ ի վերջո հանգեցրին *ՔՈՎԻԴ-19*-ի և դրա դեմ պատվաստումների վերաբերյալ տարատեսակ պատկերացումների առաջացմանը և տարածմանը՝ հարուցելով վիրուսի ծագման, լրջության և դրա դեմ պայքարի միջոցների վերաբերյալ աննախադեպ քննարկումներ ու հուզումներ, ինչն էլ, ամենայն հավանականությամբ, բերեց Հայաստանում պատվաստումների զգալիորեն ցածր ցուցանիշների արձանագրման:

Պատվաստման ցուցանիշներ և պատվաստման շուրջ մտահոգություններ. համեմատական վերլուծություն՝ ըստ երկրների և ժողովրդագրական գործոնների

ՔՈՎԻԴ-19-ի վերաբերյալ 2020թ. հուլիս-2021թ. մարտ ժամանակահատվածում արված գլոբալ հարցումը ցույց է տվել, որ մինչև պատվաստման հանրային լայն գործարկումը երկրների միջև տեսանելի է տարամիտվածություն պատվաստման ցուցանիշներում: Կան երկրներ (օրինակ՝ Վիետնամը), որոնք հենց սկզբից գրանցել են մոտ 80% պատրաստակամություն հարցման տարբեր փուլերի ընթացքում, և կան երկրներ, որտեղ ժամանակի ընթացքում մեծացել է պատվաստման ընդունման դիրքորոշումը, օրինակ՝ ԱՄՆ, Լեհաստան: Ընդհանուր առմամբ, 67 տարբեր երկրների համեմատությունը ցույց է տվել, որ սկզբնական փուլում մինչև պատվաստման հանրային շրջանառումը, սկսած 2020թ. վերջից, նկատելի է միջինում 57%-ից մինչև 71% բարելավում պատվաստման ընդունման մեջ (Collis և այլք, 2022): Հայաստանի քաղաքացիները, ի տարբերություն

¹ International Republican Institute's (IRI) Center for Insights in Survey Research (2020). Public Opinion Survey: Residents of Armenia, https://www.iri.org/wp-content/uploads/2020/07/7.14.-2020_armenia_survey_on_covid_19_response.pdf (29.08.2023).

շատ երկրների, ավելի դանդաղ արձագանքեցին պատվաստման առաջնահերթությանը: Ըստ Հայաստանում 2020 և 2021թթ. հանրային կարծիքի ուսումնասիրության՝ հարցվողների կեսից ավելին նշում է, որ չի դիմի պատվաստվելու (2020թ.՝ 56%, իսկ 2021թ.՝ 63%), և մտադիր է պատվաստվել միայն 30%-ը 2020թ., և 26%-ը՝ 2021թ.: Այս տարբերությունները կարող են պայմանավորված լինել տարբեր՝ ինչպես ժողովրդագրական, այնպես էլ սոցիալ-հոգեբանական գործոններով: Պատվաստվելու պատրաստակամության հարցում վիճակագրորեն նշանակալի տարբերություն է դուրս բերվել սեռային և տարիքային խմբերի մեջ: Կանայք ավելի քիչ են հակված պատվաստվելու (21%), քան տղամարդիկ (33%): Երիտասարդներն ավելի քիչ են հակված անձամբ դիմելու պատվաստման համար (20%), քան 56+տարիքային խմբի հարցվածները (38%)²: Սկզբնական ժամանակահատվածում իրականացված հարցումները ցույց են տալիս, որ մարդկանց՝ պատվաստվելու կամ չպատվաստվելու մտադրությունը մեծ մասամբ պայմանավորված է նաև պատվաստման և պատվաստանյութերի նկատմամբ վստահությամբ: Այսպես, օրինակ, պատվաստման մտադրություն ունեցողներից 78%-ը նշում է, որ ապահովագրված իրեն կզգա պատվաստվելու դեպքում, իսկ 19%-ը նշում է պատվաստումների պարտադիր լինելու փաստը: Պատվաստման մտադրություն չունեցող մարդկանց 53%-ը նշում է, որ ընդհանրապես չի վստահում պատվաստանյութերին, իսկ 43%-ը նշում է, որ չի պատվաստվի, եթե չլինեն տվյալ պատվաստանյութի համար անվտանգության երաշխիքներ³:

Տարբեր երկրներում պատվաստվելու ցուցանիշները կարող են պայմանավորված լինել մի շարք գործոններով, մասնավորապես՝ առողջապահական համակարգի ծառայությունների հասանելիության և պատվաստումների իրականացման մեկնարկային ժամանակահատվածների տարբերություններով: Առաջին պատվաստումից հետո (դեկտեմբերի 13, 2020թ.) հավաքագրված գլոբալ տվյալների բազայից կարելի է տեսնել, թե ինչպես են տարբերվում երկրների պատվաստման ցուցանիշները (Mathieu և այլք, 2021): Առաջին պատվաստումից մոտավորապես 4 ամիս

² ՀՌԴ-Հայաստան (2021). Հանրային կարծիքի ուսումնասիրություն ՀՀ գերակա ոլորտների վերաբերյալ, Retrieved from https://www.crrc.am/wp-content/uploads/2019/03/REPORT_2021_ARM_FINAL.pdf (29.08.2023):

³ Տե՛ս նույն տեղը:

հետո 169 երկրներից ստացված տվյալները ցույց են տալիս էական տարբերություններ երկրների միջև: Օրինակ՝ Միացյալ Թագավորությունում բնակչության 46.7%-ը արդեն ստացել էր առաջին պատվաստումը, իսկ 8.4%-ը՝ երկրորդ դեղաչափը: Իսրայելում 61.2%-ը ստացել էր առաջին դեղաչափը, և 56.5%-ը ամբողջովին պատվաստվել էր: ԱՄՆ-ում 32.9%-ը արդեն ստացել էր առաջին պատվաստումը, և միայն 19%-ը ամբողջությամբ պատվաստվել էր:

2021թ. մարտի 28-ին Հայաստանը ստացավ Կորոնավիրուսի դեմ պատվաստանյութերի առաջին խմբաքանակը⁴, սակայն բնակչության շրջանում պատվաստվելու աճ առաջին անգամ նկատվեց օգոստոս ամսին⁵՝ միգուցե պայմանավորված Դելտա շտամի տարածմամբ: Այս նոր ալիքը դարձավ ամենամահաբերը՝ մահացության ամենաշատ դեպքերը գրանցելով հենց հոկտեմբեր-նոյեմբեր ամիսներին. 2021թ. նոյեմբերի 11-ին արձանագրվեց Կորոնավիրուսով մահերի 70 դեպք, ինչը համավարակի բռնկումից ի վեր ամենաբարձր ցուցանիշն էր⁶:

Սակայն, 2021թ. նոյեմբեր ամսվա տվյալներով պատվաստման ամբողջական դեղաչափ ստացել էր երկրի բնակչության 16%-ը⁷: Համեմատության համար նույն ժամանակահատվածում հարևան Վրաստանում պատվաստման ամբողջական դեղաչափ ստացել էր երկրի բնակչության 27%-ը, Ադրբեջանում՝ 44%-ը, Իրանում՝ 53%-ը, իսկ Թուրքիայում՝ 59%-ը⁸: Ինչպես տեսնում ենք, անգամ պատվաստանյութերի առկայության դեպքում Հայաստանում մեծ չէր պատվաստվելու պատրաստակամությունը:

⁴ Եվրոպական միությունը և ՄԱԿ-ի Հայաստանյան գրասենյակը ողջունում են Հայաստան COVAX նախաձեռնության միջոցով *COVID-19*-ի դեմ պատվաստանյութերի մատակարարումը (2021), Retrieved from <https://uni.cf/3upKxP5> (29.08.2023):

⁵ Վիճակագրություն, Retrieved from

https://covid.ncdc.am/statistics?archive_date_daily=&archive_date_testing=&archive_date_deaths=&archive_date_vaccines=01.09.2021%20-%2031.12.2021&archive_date_health=&curr_statistic_tab=vaccines_tab&fbclid=IwAR33-r26-MzvGuZj0VDtQFUU9aKIR7eev_YPIKIEtWTyKNoi1-KeMeWh8xek#vaccines_tab (29.08.2023):

⁶ Դարբինյան Ա. (2022). Հայաստանում Քովիդի 4 ալիքները. արդյո՞ք ամենամահաբեր ալիքն անցյալում է, Retrieved from <https://ampop.am/four-waves-of-covid-19-in-armenia/> (29.08.2023):

⁷ Coronavirus (COVID-19) Vaccinations, Retrieved from <https://ourworldindata.org/covid-vaccinations?country=ARM~IRN~GEO~TUR> (29.08.2023):

⁸ Տե՛ս նույն տեղը:

Հետաքրքիր է դիտարկել, թե բնակչության որ շերտերն են ցուցաբերում ավելի մեծ պատրաստակամություն պատվաստվելու և հակառակը, պատվաստվելու երկմտանք, և ինչով դա կարող է պայմանավորված լինել: 2020թ. Իսրայելում՝ 1947 հետազոտվողների (այդ թվում և բուժաշխատողների) շրջանում իրականացված ուսումնասիրության արդյունքներով որպես *ՔՈՎԻԴ-19*-ի պատվաստումներին դիմելու ցանկության դրական կանխորոշիչ գործոններ դուրս են բերվել առողջապահական ոլորտում, մասնավորապես՝ վարակված հիվանդների բուժման բաժանմունքներում աշխատելը, կարանտինի ընթացքում գործազրկությունը (պատվաստումները ընդունելու միտումը առավել բարձր էր (96%) այն հետազոտվողների շրջանում, ովքեր կորցրել էին իրենց աշխատանքը ճգնաժամի հետևանքով), սեռը (տղամարդիկ ավելի պատրաստակամ են եղել դիմելու պատվաստումներին), իսկ որպես բացասական կանխորոշիչ գործոն՝ առանձնացվել է ընտանիքում երեխաների առկայությունը: Ընդ որում՝ ինչպես բուժաշխատողների, այնպես էլ հասարակության շրջանում տարածված գլխավոր մտահոգությունը եղել է պատվաստումների անվտանգությունը՝ հաշվի առնելով դրանց ստեղծման արագությունը: Առավել հաճախ հնչող մտահոգությունները ներառել են պատվաստանյութերի որակի վերահսկողության, դրանց պոտենցիալ կողմնակի ազդեցությունների, *ՔՈՎԻԴ-19*-ին ասոցացվող հիվանդություններին վերաբերող հարցերը (Dror և այլք, 2020): 2021թ. ԱՄՆ-ում իրականացված մեկ այլ ուսումնասիրության տվյալներով *ՔՈՎԻԴ-19*-ի պատվաստումներին դիմելու երկմտանքն ավելի արտահայտված է 25-39 տարեկան երիտասարդների շրջանում, իսկ 65 և ավելի տարիքային խմբերի հետազոտվողների շրջանում այն ամենացածրն է եղել: Ուսումնասիրության առաջին փուլում (հունվար) պատվաստման երկմտանքն առավել արտահայտված է եղել կանանց շրջանում, իսկ արդեն երկրորդ փուլում (մարտ) կանանց ու տղամարդկանց ցուցանիշները հավասարվել են: Որպես պատվաստման երկմտանքը պայմանավորող գործոն՝ առանձնացվել է կրթությունը (երկմտանքը առավել արտահայտված է բարձրագույն կրթություն չունեցողների շրջանում): Որպես պատվաստումների երկմտանքի պատճառներ՝ հետազոտվողների 50%-ը նշել է պատվաստումների անվտանգության վերաբերյալ մտահոգությունները, առնվազն 20%-ը՝ անձամբ իրենց համար պատվաստվելու կարիքի բացակայությունը, և մոտավորապես 30%-ը՝ պատ-

վաստումներին կամ կառավարությանը չվստահելը (Beleche և այլք, 2021): 2021թ. հունվար և մարտ ամիսներին Սաուդյան Արաբիայում 658 հետազոտվողների շրջանում իրականացված ուսումնասիրության արդյունքներով ամուսնացած հետազոտվողների շրջանում ավելի բարձր է *ՔՈՎԻԴ-19*-ի դեմ պատվաստվելու պատրաստակամությունը (53.85%), քան չամուսնացածների շրջանում (46.55%), որպես պատվաստվելու պատրաստակամությունը պայմանավորող գործոն՝ առանձնացվել է կրթությունը (պատվաստվելու առավել պատրաստակամ են եղել բարձրագույն կրթություն ունեցող հետազոտվողները (45.30%): Հետաքրքրական է, որ *ՔՈՎԻԴ-19*-ի դեմ պատվաստվելու պատրաստակամության տարբերություններ դուրս են բերվել նաև ըստ ընտանիքի անդամների քանակի (բազմանդամ՝ 6 և ավելի երեխաներ ունեցող մարդիկ ավելի պատրաստակամ են եղել պատվաստվելու (59.26%), քան 5 և պակաս երեխաներ ունեցող հետազոտվողները (40.74%): Պատվաստվելու պատրաստակամության տարբերություններ դուրս են բերվել՝ ըստ տարիքի (26-35 տարեկանների (41.03%) շրջանում պատվաստվելու պատրաստակամությունը բարձր է եղել) և ըստ սեռի (տղամարդկանց շրջանում պատվաստվելու պատրաստակամությունը ավելի բարձր է եղել (54.99%): Պատվաստվելու բարձր պատրաստակամություն են ունեցել նաև սոցիալ-տնտեսական միջին կարգավիճակ ունեցող հետազոտվողները (82.62%): Որպես պատվաստումներից հրաժարվելու գլխավոր պատճառ՝ առանձնացվել են առողջապահական համակարգին անվստահությունը և պատվաստումների վտանգավոր լինելը (AL-Mohaithef, Padhi, & Ennaceur, 2021):

Ինչպես տեսնում ենք այլ երկրներում իրականացված ուսումնասիրություններից, թեև երկրները համեմատվում են ըստ պատվաստման ցուցանիշների, այնուամենայնիվ միևնույն հասարակության մեջ տարբերություններ են նկատվում բնակչության տարբեր շերտերի միջև՝ ըստ պատվաստվելու պատրաստակամության և երկմտանքի: Այս իմաստով հետաքրքիր է դիտարկել ժողովրդագրական տարբեր գործոններով պայմանավորված մարդկանց պատվաստվելու կամ չպատվաստվելու վարքը՝ Կորոնավիրուսային հիվանդության հասկացման արդյունքում ներքնայնացված համոզմունքների և հույզերի տեսանկյունից:

Հետազոտության մեթոդաբանություն

Հետազոտությունները ցույց են տալիս, որ պատվաստումների նկատմամբ վերաբերմունքը կապակցված է այնպիսի գործոնների հետ, ինչպիսիք են *վախը, տագնապը, հույսը* (Chou & Budenz, 2020; Nazli, Yigman, Sevindik, & Ozturan, 2021), *հուզական կոմպետենտությունը, բժշկության վերաբերյալ նատուրալիստական հայացքները* (Gavaruzzi & այլք, 2021), *ալտրուիստական, դավադրապաշտական* (Hornsey, Harris, & Fielding, 2018, Nazli & այլք, 2021), *կրոնական համոզմունքները, սոցիումի հեղինակությունների, օրինակ՝ կառավարական մարմինների* (Beleche & այլք, 2021), *գիտնականների, բուժաշխատողների հանդեպ անվստահությունը* (Edwards, Biddle, Gray, Sollis, 2021), *այլընտրանքային բժշկությանը նախապատվությունը և արևմտյան բժշկական համակարգի նկատմամբ անվստահությունը* (Dube' & այլք, 2013; Hornsey, 2021): Այլ ուսումնասիրություններ փաստում են, որ պատվաստումների *անվտանգության, արդյունավետության* (Omer & այլք, 2009; Dube' & այլք, 2013; Baeza-Rivera & այլք, 2021), *կողմնակի էֆեկտների և մեծ արագությամբ ստեղծման վերաբերյալ մտահոգությունները* (Dube' & այլք, 2013) նույնպես կապված են դրանց նկատմամբ վերաբերմունքի հետ:

Ընդհանրացնելու պարագայում պատվաստվելու երկմտանքը և ընդհանուր առմամբ պատվաստումների նկատմամբ վերաբերմունքը պայմանավորող գործոնները կարելի է խմբավորել երկու մեծ խմբում՝ հույզեր և համոզմունքներ:

Մեր ուսումնասիրության համար առանձնացրել ենք *ՔՈՎԻԴ-19*-ի դեմ (չ)պատվաստվելու վերաբերյալ հույզերը՝ որպես (չ)պատվաստվելու վարքի մեկնարկային մեխանիզմներ, և համոզմունքները՝ որպես այդ վարքի և վարքային միտումների ներքնայնացված բացատրություններ: Հույզերից դիտարկվել են *ՔՈՎԻԴ-19* վարակից և *ՔՈՎԻԴ-19*-ի դեմ պատվաստումներից վախը, իսկ համոզմունքներից՝ *ՔՈՎԻԴ-19* վարակի վերաբերյալ դավադրապաշտական համոզմունքները, *ՔՈՎԻԴ-19*-ի դեմ պատվաստումների վերաբերյալ դավադրապաշտական համոզմունքները և *ՔՈՎԻԴ-19*-ի դեմ պատվաստումների՝ առողջության վրա բացասական ազդեցության համոզմունքները: Հետազոտությունը նպատակ ունի նկարագրել *ՔՈՎԻԴ-19*-ի դեմ պատվաստվելու և չպատվաստվելու հետ կապված հույզերի և համոզմունքների արտահայտվածության առանձնահատ-

կությունները՝ ըստ ժողովրդագրական գործոնների: Ժողովրդագրական գործոններից դիտարկվել են սեռը, տարիքը, կրթությունը, տնտեսական դրությունը, զբաղվածությունը, բնակավայրը, առանձին դիտարկվել է նաև վարակված լինելու և պատվաստված լինելու հանգամանքը:

Հետազոտության ընտրանքը կազմել են ՀՀ տարբեր մարզերում և մայրաքաղաք Երևանում բնակվող 17-ից բարձր (56.1%-ը բնակվում էր Երևանում), առավելագույնը 67 տարեկանի միջակայքում 261 հետազոտվողներ՝ 33.97%-ը՝ տղամարդ, 63.74%-ը՝ կին. մնացած 2.29%-ը նախընտրել է չնշել սեռը: Հետազոտական ընտրանքի միջին տարիքը 25.65 է, ստանդարտ շեղումը՝ 9.826: Հետազոտվողների 63.6%-ը ունի բակալավրիատի կամ համարժեք կրթություն, 51.9%-ը աշխատում է, ամբողջ ընտրանքի 29.2%-ը ընդհանրապես վարակված չի եղել Կորոնավիրուսով, պատվաստված չէ ընտրանքի 66.7%-ը (174 հետազոտվող), որից 68.2%-ը (118 հետազոտվող) մտադիր չէ պատվաստվել՝ որպես պատճառ առավելապես նշելով Կորոնավիրուսի դեմ պատվաստանյութերին չվստահելը (59.1%): Հետազոտության մասնակիցները (43.2%) իրենց տնտեսական դրությունը հիմնականում գնահատել են միջին: Հետազոտության համար անհրաժեշտ տվյալների հավաքագրումը իրականացվել է 2021թ. նոյեմբեր ամսից մինչև դեկտեմբեր ամսվա առաջին կեսն ընկած ժամանակահատվածում՝ առցանց եղանակով:

Հետազոտության գործիքակազմ

«*ՔՈՎԻԴ-19-ից վախի սանդղակ*» (*Fear against COVID-19 scale*). 7 պնդումից բաղկացած միաչափ սանդղակն ուղղված է *ՔՈՎԻԴ-19*-ից մարդկանց ունեցած վախի չափմանը (Ahorsu և այլք, 2020): Յուրաքանչյուր պնդման հետ կապված՝ հարցվողներն արտահայտում են իրենց համաձայնության աստիճանը՝ օգտագործելով 1-7 միավորանոց Լիկերտի սանդղակ՝ «1-բացարձակ համաձայն չեմ»-ից «7-լիովին համաձայն եմ»: Մեր հարցման մեջ օգտագործել ենք սանդղակի պնդումներից հինգը ($M=3.72$, $SD=1.299$; $\alpha=0.817$):

«*ՔՈՎԻԴ-19-ի դեմ պատվաստումից վախի սանդղակ*» (*Fear against COVID-19 Vaccination scale*). 6 պնդումից բաղկացած սանդղակը մշակվել է *ՔՈՎԻԴ-19*-ից վախի սանդղակի հիման վրա: Յուրաքանչյուր պնդման հետ կապված՝ հարցվողներն արտահայտում են իրենց համաձայնության

աստիճանը՝ օգտագործելով 1-7 միավորանոց Լիկերտի սանդղակ՝ «1-բացարձակ համաձայն չեմ»-ից «7-լիովին համաձայն եմ»: ($M=3.47$, $SD=1.48$; $\alpha=0.897$):

«ՔՈՎԻԴ-19 վարակի վերաբերյալ դավադրապաշտական համոզմունքները» չափվել են 3 պնդումի միջոցով, որոնք հարցվողները պետք է գնահատեն 1-7 միավորանոց Լիկերտի սանդղակով՝ արտահայտելով իրենց համաձայնության աստիճանը յուրաքանչյուր պնդման հետ ($M=3.81$, $SD=1.260$; $\alpha=0.728$).

1. Կորոնավիրուսը ստեղծվել է արհեստականորեն ($M=4.46$, $SD=1.617$):

2. Կորոնավիրուսը ստեղծվել է կենսաբանական զենք լինելու համար ($M=4.19$, $SD=1.522$):

3. Կորոնավիրուսի համավարակը կեղծիք է ($M=2.77$, $SD=1.556$):

Կիրառվել են նաև քովիդի դեմ պատվաստման դավադրապաշտական համոզմունքներ՝ բաղկացած 6 պնդումից ($\alpha =0.846$), և քովիդի դեմ պատվաստման առողջության մտահոգություններ՝ բաղկացած 4 պնդումից ($\alpha =0.850$) հարցաքանները⁹:

Արդյունքների վերլուծություն, մեկնաբանություն և եզրակացություններ

Տվյալների վիճակագրական վերլուծությունն իրականացվել է SPSS Statistics, Version 21.0 ծրագրով: Պարզելու համար մարդկանց՝ պատվաստվելու և չպատվաստվելու հարցում ժողովրդագրական գործոնների դերը գործածել ենք Պիրսոնի Խի քառակուսի (X^2) թեստը, համաձայն որի (Տե՛ս Աղյուսակ 1)՝ ժողովրդագրական գործոններից սեռը, կրթությունը և զբաղվածությունը դեր ունեն այն բանում՝ արդյոք մարդը պատվաստվել է ՔՈՎԻԴ-19-ի դեմ, թե ոչ, մինչդեռ բնակության վայրը և, ինչը շատ ավելի հետաքրքիր է, ՔՈՎԻԴ-19-ով վարակված լինելու հանգամանքը վարակի դեմ պատվաստվելու հարցում դեր չեն ունենում:

⁹ Գործիքների մշակման նկարագրությունը և պնդումները տե՛ս սույն գրքի Ն. Խաչատրյանի «ՔՈՎԻԴ-19 վարակի դեմ պատվաստվելու և չպատվաստվելու հիմքում ընկած համոզմունքները» հոդվածում:

Աղյուսակ 1. Պատվաստված և չպատվաստված խմբերի՝ ժողովրդագրական գործոնների նկարագիր. համահարաբերակցության աղյուսակ

Ժողովրդագրական Ցուցանիշ		Պատվաստվածներ N	Չպատվաստվածներ N	X ²	p
Սեռ	Կին	45	117	8.5	0.005
	Տղամարդ	41	48		
Բնակության վայր	Գյուղ	33	78	1.3	0.286
	Քաղաք	53	92		
Կրթություն ¹⁰	Ոչ բարձրագույն և բակալավրի կրթական ծրագիր	52	143	18.5	0.000
	Բարձրագույն (մագիստրոսական կրթություն և բարձր)	34	26		
Զբաղվածություն	Չաշխատող	18	105	38.1	0.000
	Աշխատող	68	65		
Վարակված լինելու հանգամանք	Չի վարակվել	31	78	1.9	0.183
	Վարակվել է	55	95		

Ինչ վերաբերում է ժողովրդագրական գործոններից տարիքին և տնտեսական դրությանը, ապա վերլուծությունը ցույց է տալիս, որ ըստ տարիքի՝ պատվաստվածները և չպատվաստվածները նշանակալիորեն տարբերվում են իրարից ($t=-4.998$, $p<0.0001$). չպատվաստվածների միջին տարիքը 23.36 է, ($SD=8.466$), իսկ պատվաստվածներինը՝ 30.22 ($SD=10.832$), այսինքն՝ չպատվաստվածներն ավելի երիտասարդ են: Տնտեսական դրության ցուցանիշներով այս խմբերում տարբերություններ չկան ($t=0.022$, $p=0.982$):

Ստացվում է, որ սեռը, կրթությունը, զբաղվածությունը և տարիքը նշանակալի գործոններ են, որոնք էական դերակատարում են ունենում մարդկանց՝ պատվաստվելուն առնչվող վարքում: Ժողովրդագրական ցու-

¹⁰ Այս վերլուծության մեջ կրթության գործոնն օգտագործվել է երկու կատեգորիաներով. առաջինի մեջ խմբավորվել են միջնակարգ, ավագ և բակալավրիատի կրթական աստիճանները, իսկ երկրորդ կատեգորիայի մեջ՝ մագիստրատուրայի և բարձր գիտական աստիճանները:

ցանիշների նմանատիպ տվյալներ հանդիպում են նաև այլ ուսումնասիրություններում (Dror և այլք, 2020; Beleche և այլք, 2021; AL-Mohaithef և այլք, 2021; Cooper, Rooyen, & Wiysonge, 2021, Edwards և այլք, 2021):

Նախ ներկայացնենք հույզերի և համոզմունքների արտահայտվածության տարբերությունները պատվաստված և չպատվաստված խմբերում:

Աղյուսակ 2. Պատվաստվածների և չպատվաստվածների խմբերում ՔՈՎԻԴ-19 վարակի և պատվաստումների վերաբերյալ համոզմունքների և վախի արտահայտվածության համեմատություն

	Խմբեր	N	Միջին	Ստ. շեղում	Մին.	Մաքս.
ՔՈՎԻԴ-19-ից վախ	1	87	3.7259	1.20659	1.00	6.20
	2	174	3.7230	1.34596	1.00	6.20
ՔՈՎԻԴ-19-ի պատվաստումներից վախ	1	87	2.5866	1.22265	1.00	6.00
	2	174	3.9289	1.38796	1.00	7.00
ՔՈՎԻԴ-19-ի վերաբերյալ դավադրապաշտական համոզմունքներ	1	87	3.2854	1.44291	1.00	6.00
	2	169	4.0651	1.07045	1.00	7.00
ՔՈՎԻԴ-19-ի պատվաստումների վերաբերյալ դավադրապաշտական համոզմունքներ	1	87	2.8019	1.20557	1.00	5.67
	2	170	3.5808	1.10956	1.00	6.67
ՔՈՎԻԴ-19-ի պատվաստումների՝ առողջության վրա բացասական ազդեցության համոզմունքներ	1	87	3.3285	1.30681	1.00	6.00
	2	169	4.6455	1.02676	2.00	7.00

Ծանոթագրություն. 1-ին խումբ՝ պատվաստված մասնակիցներ, 2-րդ խումբ՝ չպատվաստված մասնակիցներ:

Ըստ պատվաստված (յ)լինելու հանգամանքի՝ հետազոտվողների շրջանում ՔՈՎԻԴ-19-ից վախի ցուցանիշների առումով տարբերություններ դուրս չեն բերվել ($t=-0.017$; $p=0.987$), սակայն նշանակալի տարբերություններ են դուրս բերվել ՔՈՎԻԴ-19-ի պատվաստումներից վախի ($t=7.656$; $p=0.0001$), ՔՈՎԻԴ-19-ի վերաբերյալ դավադրապաշտական համոզմունքների ($t=4.449$; $p=0.0001$), ՔՈՎԻԴ-19-ի պատվաստումների վերաբերյալ դավադրապաշտական համոզմունքների ($t=5.170$; $p=0.0001$), և

ՔՈՎԻԴ-19-ի պատվաստումների՝ առողջության վրա բացասական ազդեցության համոզմունքների ($t=8.188$; $p=0.0001$) ցուցանիշների միջև: Ինչպես տեսնում ենք *Աղյուսակ 2-ում* բերված տվյալներից, քովիդի վարակից վախի միջին արտահայտվածությունը նույնն է պատվաստվածների և չպատվաստվածների մոտ, ինչը կարող է պայմանավորված լինել սոցիալ-հոգեբանական այնպիսի գործոններով, ինչպիսիք են *ՔՈՎԻԴ-19*-ի վիրուսի նոր լինելու, աննկատ ու արագ տարածվելու հանգամանքը, վարակվելու անխուսափելիությունը, հիվանդության ընթացքի և հաղթահարման սուբյեկտիվ փորձառության անկանխատեսելիությունը, կյանքին սպառնալիքը, անձնական կորուստները, պատասխանատվության զգացումը հարազատներին վարակելու տեսանկյունից: Մյուս կողմից, նման արդյունքները կարող են կապված լինել նաև խարանավորվելու վախի, առողջապահական և պետական կառավարման համակարգերի՝ ճգնաժամային իրավիճակում հակազդելու անպատրաստվածության, կանխարգելիչ գործողությունների և թերապևտիկ ստրատեգիայի վերաբերյալ բժշկական տարակարծությունների, ինչպես նաև մեղիա հարթակներում վարակիչ հիվանդությունով վարակվածների և հիվանդությունից մահացածների թվաքանակի վերաբերյալ մշտապես թարմացվող լուրերի առկայության հետ: Այս իմաստով ստացած տվյալները վկայում են այն մասին, որ *ՔՈՎԻԴ-19*-ից համատարած վախը բնական հակազդում է և հանդես է գալիս պատվաստվելու համար անհրաժեշտ, սակայն ոչ բավարար պայման: *ՔՈՎԻԴ-19*-ի դեմ պատվաստումներից վախի ցուցանիշներով վարակի դեմ չպատվաստվածները ունեն ավելի բարձր ցուցանիշներ՝ ի տարբերություն պատվաստվածների: Ստացվում է, որ *ՔՈՎԻԴ-19*-ի պատվաստումներից վախը արդեն գործոն է, որը դերակատարում է ունենում մարդկանց՝ պատվաստվելու և չպատվաստվելու որոշման մեջ:

Քովիդ վարակի վերաբերյալ դավադրապաշտական համոզմունքները առավել արտահայտված են վարակի դեմ չպատվաստված հետազոտվողների շրջանում. մասնավորապես արտահայտված են համոզմունքներն այն մասին, որ Կորոնավիրուսը ստեղծվել է արհեստականորեն, Կորոնավիրուսը ստեղծվել է որպես կենսաբանական զենք: Քովիդի դեմ պատվաստումների վերաբերյալ դավադրապաշտական համոզմունքները ևս առավել արտահայտված են չպատվաստվածների շրջանում. այս խմբում առավել շատ գերակշռում են համոզմունքներն այն մասին, որ քովիդի դեմ

պատվաստումները նպատակ ունեն նվազեցնելու մարդկության թվաքանակը, քովիդի դեմ պատվաստումները քաղաքական խաղեր կամ բիզնես են:

ՔՈՎԻԴ-19-ի պատվաստումների՝ առողջության վրա բացասական ազդեցության համոզմունքներն առավել տարածված են դարձյալ չպատվաստված հետազոտվողների շրջանում: Այստեղ առավել շատ արտահայտված են այն համոզմունքները, որ քովիդի դեմ պատվաստանյութերը նոր են, և դեռևս ապացուցված չէ դրանց արդյունավետությունը, և պատվաստումները բացասական հետևանքներ կունենան առողջության համար, ինչպես, օրինակ, ազդում են վերաբրտադրողական առողջության վրա: Միևնույն ժամանակ չպատվաստվածները ավելի շատ են մտածում, որ պատվաստումները անօգուտ են, քան պատվաստվածները, ինչը տրամաբանական է, քանի որ նախորդ վերլուծությունները ցույց տվեցին, որ պատվաստված հետազոտվողները ավելի շատ են վստահում պատվաստումների արդյունավետությանը և անվտանգությանը, քան չպատվաստվածները:

Այժմ դիտարկենք *ՔՈՎԻԴ-19*-ի և պատվաստումների վերաբերյալ հույզերի և համոզմունքների տարբերությունները՝ ըստ ժողովրդագրական գործոնների: *ՔՈՎԻԴ-19* վարակի և պատվաստումների վերաբերյալ տարբեր համոզմունքների և վախի արտահայտվածությունը ըստ ժողովրդագրական գործոնների համեմատելու համար իրականացրել ենք միագործոն դիսպերսիոն վերլուծություն (one-way Anova Post-Hoc Bonferroni)¹¹ և Ստյուդենտի *t*-թեստ՝ անկախ խմբերի համար:

Քովիդից վախի արտահայտվածության տարբերություններ չկան՝ ըստ հետազոտվողների կրթության, ընտանիքի տնտեսական դրության, աշխատանք ունենալու հանգամանքի, բնակության վայրի, սակայն քովիդից ունեցած վախի ցուցանիշները տարբերվում են՝ *ըստ*

- *սեռի* ($F=6.601$, $p=0.002$). կանանց պարագայում *ՔՈՎԻԴ-19*-ից վախը առավել արտահայտված է ($M=3.9578$, $SD=1.24342$), քան տղամարդկանց պարագայում ($M=3.3635$, $SD=1.33996$),

¹¹ Այս վերլուծության մեջ կրթության գործոնն օգտագործվել է հինգ կատեգորիաներով՝ միջնակարգ, ավագ, բակալավրիատի, մագիստրատուրայի և ասպիրանտուրայի կրթական աստիճաններ:

- *հիվանդությամբ վարակված լինելու հանգամանքի* ($F=3.677$, $p=0.013$). *ՔՈՎԻԴ-19*-ով երբևէ չվարակված հետազոտվողները ավելի քիչ են վախենում վարակից ($M=3.4234$, $SD=1.35762$), քան նրանք, ովքեր կարծում են, որ վարակվել են, սակայն չունեն հատատված բժշկական զննություն ($M=4.0465$, $SD=1.18723$): Կարելի է ենթադրել, որ սա պայմանավորված է մի կողմից հիվանդության ապրման սուրբեկտիվ փորձառության բացակայությամբ, մյուս կողմից հիվանդության առկայության մասին բժշկական հաստատում չունենալու պարագայում անորոշության հանգամանքով:

Քովիդի պատվաստումներից վախի ցուցանիշները չեն փոփոխվում՝ ըստ վարակված լինելու հանգամանքի, ընտանիքի տնտեսական վիճակի, բնակության վայրի, տարիքի, սակայն առկա է հետաքրքիր պատկեր մյուս փոփոխականների համար: Պատվաստումներից վախի ցուցանիշները տարբերվում են *ըստ*

- *Մեռի* ($F=7.079$, $p=0.01$). կանանց շրջանում *ՔՈՎԻԴ-19*-ի պատվաստումներից վախն ունի ավելի բարձր ցուցանիշներ ($M=3.7319$, $SD=1.45345$), քան տղամարդկանց շրջանում ($M=3.0232$, $SD=1.43518$):
- *Կրթական աստիճանի* ($F=3.387$, $p=0.010$). ասպիրանտուրա կամ այլ համարժեք կրթություն ունեցող հետազոտվողներն ավելի քիչ են վախենում քովիդի պատվաստումներից ($M=1.8095$, $SD=1.16041$), քան ավագ դպրոցական կրթություն ($M=3.9373$, $SD=1.18450$) և բակալավրիատ կամ այլ համարժեք կրթություն ունեցող հետազոտվողները ($M=3.5593$, $SD=1.46574$), ինչը վկայում է այն մասին, որ կրթությունը գործոն է, որի հաշվառումը պատվաստումների պլանավորման և իմունիզացիայի իրականացման ռազմավարությունների մշակման տեսանկյունից կարող է առանցքային լինել պատվաստվածության ցուցանիշների բարելավման համար:
- *Աշխատանքի առկայության* ($F=17.460$, $p=0.0001$). աշխատող, սեփական գործ ունեցող մարդիկ ($M=3.1068$, $SD=1.43371$) ավելի քիչ են վախենում Քովիդի պատվաստումներից, քան չաշխատողները ($M=3.8516$, $SD=1.42172$): Հնարավոր է, որ այս ցուցանիշները պայմանավորված են այն հանգամանքով, որ աշխատող մարդկանց

պարագայում այլ մոտիվների (աշխատանքը պահպանել, ֆինանսական կորուստներ՝ 14 օրվա ՊՇՌ թեստի համար նն) հետ մրցակցության մեջ վախը իր դիրքերը զիջում է:

Քովիդի վարակի վերաբերյալ դավադրապաշտական համոզմունքների արտահայտվածության տարբերություններ չկան ըստ հետազոտվողների տարիքի, բնակության վայրի, քովիդով վարակված լինելու հանգամանքի, ընտանիքի տնտեսական դրության, սակայն տարբերություններ առկա են ըստ

- *Մեռի* ($F=4.594$, $p=0.11$). կանայք ($M=3.9755$, $SD=1.14684$) ավելի շատ են հավատում, որ Կորոնավիրուսը կեղծ է, որ այն ստեղծվել է արհեստականորեն, և որ այն ստեղծվել է կենսաբանական գենք լինելու համար, քան տղամարդիկ ($M=3.5356$, $SD=1.41833$):
- *Կրթության* ($F=5.025$, $p=0.011$). տարբերություններ առկա են միջնակարգ կրթություն ($M=3.9778$, $SD=1.32417$), ավագ դպրոցական կրթություն ($M=4.2157$, $SD=1.066880$), բակալավրիատի կամ համարժեք կրթություն ($M=3.8222$, $SD=1.23777$), մագիստրատուրա կամ համարժեք կրթություն ստացած հետազոտվողների ($M=3.8428$, $SD=1.9222$) և ասպիրանտուրա կամ համարժեք կրթություն ստացած հետազոտվողների միջև ($M=1.8571$, $SD=1.16837$): Ասպիրանտուրա կամ համարժեք կրթություն ստացած հետազոտվողների պարագայում *ՔՈՎԻԴ-19*-ի վերաբերյալ դավադրապաշտական համոզմունքները ունեն ամենացածր ցուցանիշները, իսկ ամենաբարձր ցուցանիշները ունեն միջնակարգ կրթություն և ավագ դպրոցական կրթություն ունեցող հետազոտվողները: Կարելի է ենթադրել, որ սա պայմանավորված է կրթության բարձր մակարդակ ունեցող հետազոտվողների՝ գիտության նկատմամբ ավելի մեծ հավատ ունենալու հանգամանքով:
- *Աշխատանքի առկայության* ($F=5.093$, $p=0.025$). աշխատանք կամ սեփական գործ ունեցողները ($M=3.6333$, $SD=1.35489$) ավելի քիչ են հավատում *ՔՈՎԻԴ-19*-ի վերաբերյալ դավադրապաշտական համոզմունքներին, քան այն հետազոտվողները, ովքեր չեն աշխատում ($M=3.9863$, $SD=1.12766$):

Քովիդի պատվաստումների վերաբերյալ դավադրապաշտական համոզմունքների ցուցանիշները չեն տարբերվում ըստ քովիդով վարակված

լինելու հանգամանքի, հետազոտվողների տարիքի, հետազոտվողների ընտանիքի տնտեսական դրության և սեռի, ինչը հետաքրքրական է, քանի որ սեռը քովիդի վերաբերյալ դավադրապաշտական համոզմունքների արտահայտվածության մեջ նշանակալի դեր ուներ, սակայն այս համոզմունքների ցուցանիշները տարբերվում են՝ ըստ

- *Աշխատանքի առկայության* ($F=8.515$, $p=0.004$). աշխատող հետազոտվողները ավելի քիչ են հավատում *ՔՈՎԻԴ-19*-ի պատվաստումների վերաբերյալ դավադրապաշտական համոզմունքներին ($M=3.1119$, $SD=1.19516$), քան չաշխատող հետազոտվողները ($M=3.5425$, $SD=1.17176$): Սա նշանակում է, որ չաշխատողների խմբում գերակշռում են դավադրապաշտական համոզմունքները վիրուսի դեմ պատվաստումների մասին:
- *Բնակության վայրի* ($F=3.307$, $p=0.004$). այն պարագայում, երբ *ՔՈՎԻԴ-19*-ի վերաբերյալ դավադրապաշտական համոզմունքները պայմանավորված չէին բնակության վայրով, այս դեպքում արդեն պատկերը այլ է: Տարբերությունը Երևանում ապրողների և գյուղաբնակների մեջ է. մայրաքաղաքում ապրող հետազոտվողների շրջանում *ՔՈՎԻԴ-19*-ի դեմ պատվաստումների վերաբերյալ դավադրապաշտական համոզմունքները ավելի քիչ են տարածված, ($M=3.1626$, $SD=1.2229$), մինչդեռ գյուղաբնակների պարագայում հակառակն է ($M=3.6340$, $SD=1.07996$): Գյուղաբնակների և մայրաքաղաքաբնակների ցուցանիշների միջև առկա այս տարբերությունները ենթադրաբար կարելի է բացատրել տեղեկատվական միջոցների հասանելիության, տեղեկատվության շրջանառության արագության, բնակեցվածության խտության, վարակվածության ցուցանիշների, կրթական հնարավորությունների հասանելիության, պատվաստվելու վերաբերյալ ազդարարման տարաբնույթ միջոցների հասանելիության (օրինակ՝ գովազդային վահանակներ, սոցիալական գովազդներ, քաղաքային տրանսպորտում տարաբնույթ հորդոր-կոչեր) առանձնահատկություններով:
- *Կրթության* ($F=4.020$, $p=0.04$). այս դեպքում ուշագրավ է այն, որ տարբերություններ դուրս են բերվել միայն ավագ դպրոցական կրթություն ($M=3.9216$, $SD=1.43749$) և մագիստրատուրա կամ այլ համարժեք կրթություն ստացած հետազոտվողների խմբերում

($M=2.9459$, $SD=1.19021$): Սա նշանակում է, որ մագիստրատուրա կամ համարժեք կրթություն ստացած հետազոտվողների շրջանում ավելի քիչ հեղինակություն են վայելում դավադրապաշտական համոզմունքները պատվաստումների վերաբերյալ: Նկատենք նաև, որ *ՔՈՎԻԴ-19*-ի դեմ չպատվաստված հետազոտվողների շրջանում ասպիրանտուրա կամ համարժեք կրթություն ստացած հետազոտվողներ ընդհանրապես չեն եղել:

Քովիդի դեմ պատվաստումների հետ կապված առողջության վրա բացասական ազդեցության համոզմունքների ցուցանիշները չեն տարբերվում ըստ այնպիսի ժողովրդագրական ցուցանիշների, ինչպիսիք են հետազոտվողների տարիքը, քովիդով վարակված լինելու հանգամանքը, տնտեսական դրությունը, բնակության վայրը: Բայց այս ցուցանիշները տարբերվում են ըստ

- *Մեռի* ($F=8.430$, $p=0.0001$). կանանց շրջանում ($M=4.4375$, $SD=1.05273$) ավելի արտահայտված են համոզմունքներն այն մասին, որ *ՔՈՎԻԴ-19*-ի դեմ պատվաստումները ազդում են վերարտադրողական առողջության վրա, *ՔՈՎԻԴ-19*-ի դեմ պատվաստանյութերը նոր են, և դեռևս ապացուցված չէ դրանց արդյունավետությունը, քովիդի դեմ պատվաստումները բացասական հետևանքներ կունենան առողջության համար: Միննույն ժամանակ կանայք ավելի շատ են մտածում, որ պատվաստումները անօգուտ են, քան տղամարդիկ ($M=3.7687$, $SD=1.51792$):
- *Կրթության* ($F=6.233$, $p=0.0001$). տարբերություններ առկա են միջնակարգ կրթություն ($M=4.3056$, $SD=1.37857$), ավագ դպրոցական կրթություն ($M=4.7353$, $SD=1.21986$), բակալավրիատի կամ համարժեք կրթություն ($M=4.3018$, $SD=1.18289$), մագիստրատուրա կամ համարժեք կրթություն ստացածների ($M=3.9025$, $SD=1.34646$) և ասպիրանտուրա կամ համարժեք կրթություն ստացածների միջև: *ՔՈՎԻԴ-19*-ի պատվաստումների՝ առողջության վրա բացասական ազդեցության համոզմունքները ամենաքիչն արտահայտված են ասպիրանտուրա կամ համարժեք կրթություն ունեցող հետազոտվողների մոտ, ինչը միգուցե պայմանավորված է պատվաստումների անվտանգության և արդյունավետության նկատմամբ վստահության, պատվաստումների ստեղծման, դրանց ազդեցության մե-

խանիզմների առանձնահատկությունների վերաբերյալ գիտահեն պատկերացումների առկայությամբ, իսկ ամենաբարձր ցուցանիշները տեսնում ենք միջնակարգ և ավագ դպրոցական կրթություն ունեցող հետազոտվողների խմբերում, ինչը իր հերթին կարելի է բացատրել պատվաստումների հուսալիության և արդյունավետության նկատմամբ վստահության ցածր ցուցանիշներով, պատվաստումների ազդեցության մեխանիզմների վերաբերյալ թերի պատկերացումներով:

- *Աշխատանքային զբաղվածության* ($F=9.860$, $p=0.002$). աշխատող կամ սեփական գործ ունեցող հետազոտվողները ավելի քիչ են մտահոգվում քովիդի դեմ պատվաստումների վերաբերյալ առողջության հետ կապված համոզմունքներով ($M=3.9543$, $SD=1.33585$), մինչդեռ չաշխատող հետազոտվողների շրջանում պատկերը ճիշտ հակառակն է ($M=4.4495$, $SD=1.117547$):

Ամփոփում

Պատվաստվելու վարքին առնչվող ժողովրդագրական գործոնները դիտարկելիս պարզ դարձավ, որ հետազոտվողների սեռը, կրթությունը, զբաղվածությունը և տարիքը այն թիրախային գործոններն են, որ նշանակալի դերակատարում են ունենում մարդկանց՝ պատվաստվելուն առնչվող վարքում: Մեր ուսումնասիրության օրինակով, փաստորեն, կանայք, մագիստրոսական կրթությունից ցածր կրթական աստիճան ունեցողները, աշխատանք չունեցողները և ավելի երիտասարդները ավելի քիչ են պատվաստվել: Վարակին և պատվաստումներին առնչվող վախերի և համոզմունքների արտահայտվածությունը դիտարկելիս նույնպես տեսնում ենք, որ սեռը, կրթությունը և զբաղվածությունը կարևոր առանցքային գործոններն են պատվաստման վախի, դավադրապաշտական համոզմունքների և պատվաստման հետևանքով առողջությանն առնչվող մտահոգությունների ձևավորման առումով: Արդյունքները փաստում են, որ բնակչության ավելի ներշնչվող սեզմենտը կանայք են, մարդիկ, ովքեր չունեն աշխատանք, պատանիներ, ովքեր սովորում են ավագ դպրոցում և բակալավրի կրթական ծրագրում: Զարմանալի արդյունք է եղել այն, որ անգամ մագիստրատուրա կրթական ծրագրում սովորողները ևս ներքնայնացրել են դավադրապաշտական համոզմունքներ քովիդ վարակի

մասին, ինչպես նաև համոզմունքներ պատվաստանյութերի՝ առողջության վրա բացասական ազդեցության վերաբերյալ: Բնականության վայրը դեր է ունեցել պատվաստման վերաբերյալ դավադրապաշտական համոզմունքների ներքնայնացման տեսանկյունից. գյուղաբնակ մարդիկ ավելի հակված են եղել հավատալու պատվաստման հետ կապված դավադրապաշտական տեսակետներին:

Ստացված արդյունքները հետաքրքրություն են ներկայացնում հատկապես պատվաստումների վերաբերյալ հասարակության շրջանում առկա բացասական պատկերացումների և համոզմունքների հաղթահարման տեսանկյունից: Դրանք կարող են օգտագործվել իմունիզացիային առնչվող հանրային քաղաքականությանը վերաբերող հարցերի մշակման գործընթացում ռազմավարությունների ընտրության համար: Պատվաստումների երկմտանքը պայմանավորող գործոններից հատկապես կարևորություն ունի կրթությունը: Հանրության շրջանում վարակի տարածման, պատվաստանյութերի ստեղծման, դրանց ազդեցությունների մեխանիզմների վերաբերյալ իրազեկվածության բարձրացումը և այդ տեղեկատվությունը հատկապես այս խմբերին հասանելի միջոցներով շրջանառումը կարող է նվազեցնել պատվաստումներից վախը, մեծացնել վստահությունը գիտության, առողջապահական կառույցների նկատմամբ՝ դրանով իսկ էապես բարձրացնելով պատվաստվածության մակարդակը և խթանելով կոլեկտիվ իմունիտետը: Ուսումնասիրությանը առնչվող սահմանափակում կարող է դիտարկվել այն, որ ժողովրդագրական ցուցանիշներով խմբերում միջխմբային և ներխմբային համամասնությունը չի պահպանվել, բայց անգամ այդ պարագայում նկատվող միջխմբային տարբերությունները ճանապարհ են բացում այդ ուղղությամբ ուսումնասիրությունը շարունակելու համար: Հավելենք նաև, որ երկրի անվտանգային միջավայրը գործոն է, որը, հնարավոր է, դեր է ունեցել պատվաստումների տեմպերի ձևավորման գործընթացում Հայաստանում, սակայն այդ գործոնը չի դիտարկվել մեր կողմից:

Գրականության ցանկ

Ahorsu, D. K., Lin, C. Y., Imani, V., Saffari, M., Griffiths, M. D., & Pakpour, A. H. (2022). The Fear of COVID-19 Scale: Development and Initial Validation. *International*

journal of mental health and addiction, 20(3), 1537–1545, <https://doi.org/10.1007/s11469-020-00270-8>.

Al-Mohaithef, M., Padhi, B. K., & Ennaceur, S. (2021). Socio-Demographics Correlate of COVID-19 Vaccine Hesitancy During the Second Wave of COVID-19 Pandemic: A Cross-Sectional Web-Based Survey in Saudi Arabia. *Frontiers in public health*, 9, 698106, <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.698106>.

Baeza-Rivera, M. J., Salazar-Fernández, C., Araneda-Leal, L., & Manríquez-Robles, D. (2021). To get vaccinated or not? Social psychological factors associated with vaccination intent for COVID-19. *Journal of Pacific Rim Psychology*, 15, <https://doi.org/10.1177/18344909211051799>.

Beleche T., Ruhter J., Kolbe A., Marus J., Bush L., and Sommers B. (2021). COVID-19 Vaccine Hesitancy: Demographic Factors, Geographic Patterns, and Changes Over Time. Retrieved from https://aspe.hhs.gov/sites/default/files/migrated_legacy_files/200816/aspe-ib-vaccine-hesitancy.pdf (29.08.2023).

Collis, A., Garimella, K., Moehring, A., Rahimian, M. A., Babalola, S., Gobat, N. H., Shattuck, D., Stolor, J., Aral, S., & Eckles, D. (2022). Global survey on COVID-19 beliefs, behaviours and norms. *Nature human behaviour*, 6(9), 1310–1317, <https://doi.org/10.1038/s41562-022-01347-1>.

Chou, W. S., & Budenz, A. (2020). Considering Emotion in COVID-19 Vaccine Communication: Addressing Vaccine Hesitancy and Fostering Vaccine Confidence. *Health communication*, 35(14), 1718–1722, <https://doi.org/10.1080/10410236.2020.1838096>.

Cooper, S., van Rooyen, H., & Wiysonge, C. S. (2021). COVID-19 vaccine hesitancy in South Africa: how can we maximize uptake of COVID-19 vaccines?. *Expert review of vaccines*, 20(8), 921–933, <https://doi.org/10.1080/14760584.2021.1949291>.

Dror, A. A., Eisenbach, N., Taiber, S., Morozov, N. G., Mizrachi, M., Zigron, A., Srouji, S., & Sela, E. (2020). Vaccine hesitancy: the next challenge in the fight against COVID-19. *European journal of epidemiology*, 35(8), 775–779, <https://doi.org/10.1007/s10654-020-00671-y>.

Dubé, E., Laberge, C., Guay, M., Bramadat, P., Roy, R., & Bettinger, J. (2013). Vaccine hesitancy: an overview. *Human vaccines & immunotherapeutics*, 9(8), 1763–1773, <https://doi.org/10.4161/hv.24657>.

Edwards, B., Biddle, N., Gray, M., & Sollis, K. (2021). COVID-19 vaccine hesitancy and resistance: Correlates in a nationally representative longitudinal survey of the Australian population. *PloS one*, 16(3), e0248892, <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0248892>.

Gavaruzzi T., Caserotti M., Leo I., Tasso A., Speri L., Ferro A., Fretti E., Sannino A., Rubaltelli E., & Lotto L. (2021). The Role of Emotional Competences in Parents' Vaccine Hesitancy. *Vaccines*, 9(3), 298, <https://doi.org/10.3390/vaccines9030298>.

Hornsey M. J., Harris E. A., & Fielding K. S. (2018). The psychological roots of anti-vaccination attitudes: A 24-nation investigation. *Health Psychology*, 37(4), 307–315, <https://doi.org/10.1037/hea0000586>.

Hornsey M. J. (2021). The psychology of the anti-vaccine movement. *Biochem (Lond)*, 43(4), 52–54, https://doi.org/10.1042/bio_2021_162.

Islam M. S., Sarkar T., Khan S. H., Kamal A. M. Murshid Hasan S. M., Kabir A., Yeasmin D., Islam M. A., Chowdhury K. I. A., Anwar K. S., Abrar Ahmad Chughtai A. A., & Seale H. (2020). COVID-19–Related Infodemic and Its Impact on Public Health: A Global Social Media Analysis. *Am. J. Trop. Med. Hyg.*, 103(4), 1621–1629, <https://doi.org/10.4269/ajtmh.20-0812>.

Mathieu, E., Ritchie, H., Ortiz-Ospina, E., & et al. (2021). A global database of COVID-19 vaccinations. *Nat Hum Behav* 5, 947–953, <https://doi.org/10.1038/s41562-021-01122-8>.

Nazli S. B., Yigman F., Sevindik M., & Ozturan D. D. (2021). Psychological factors affecting COVID- 19 vaccine hesitancy. *Irish Journal of Medical Science*.12, <https://doi.org/10.1007/s11845-021-02640-0>.

Omer, S. B., Salmon, D. A., Orenstein, W. A., deHart, M. P., & Halsey, N. (2009). Vaccine refusal, mandatory immunization, and the risks of vaccine-preventable diseases. *The New England journal of medicine*, 360(19), 1981–1988, <https://doi.org/10.1056/NEJMsa0806477>.

ՔՈՎԻԴ-19 ՎԱՐԱԿԻ ԴԵՄ ՊԱՏՎԱՍՏՎԵԼՈՒ ԵՎ ԶՊԱՏՎԱՍՏՎԵԼՈՒ ՀԻՍՔՈՒՄ ԸՆԿԱԾ ՀԱՄՈՋՍՈՒՆՔՆԵՐԸ

Նարինե Խաչատրյան

Ներածություն

Ինչպես ամբողջ աշխարհում, Հայաստանում նույնպես քովիդ համավարակը լուրջ մարտահրավեր էր, որը շուտով հանրային մտահոգիչ խնդիր դարձավ: Ի պատասխան համավարակին՝ նոր կանխարգելիչ վարքաձևերի ձևավորման կարիք առաջացավ: ՀՀ առողջապահական համակարգը կարիք ուներ վերակազմակերպվելու և ճկուն ու արդյունավետ միջոցներ մշակելու վարակի կանխարգելման և վարակվածների բուժման համար:

Հայաստանում վարակման առաջին դեպքերը գրանցվեցին 2020թ. մարտին, ինչին հաջորդեցին հանրային կյանքի սահմանափակումները, որոնք իրենց հետևանքները ունեցան և՛ տնտեսության, և՛ մարդու կյանքի որակի վրա: 2020թ. դեկտեմբերին արդեն փորձարկվեցին պատվաստանյութեր, որոնք հաստատվեցին Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպության կողմից՝ որպես ամենաարդյունավետ միջոցները՝ համավարակը կանխելու համար: Հայաստանում քովիդի դեմ պատվաստանյութերը լայն հանրությանը հասանելի դարձան 2021թ. մարտ ամսից: Պատվաստումը անվճար էր տեղամասային պոլիկլինիկաներում, ինչպես նաև հանրային վայրերում և՛ ՀՀ քաղաքացիների, և՛ օտարերկրացիների համար: Սակայն հասարակությունում միանշանակ չընդունվեց հանրային առողջության պահպանման համար պատվաստվելու հրամայականը, ինչն առաջին հերթին պայմանավորված էր պատվաստանյութերի նկատմամբ նկատելի անվստահությամբ:

Հայաստանում պատվաստումների վերաբերյալ պաշտոնական վիճակագրություն առկա է 2021թ. հուլիսի 1-ից մինչև 2022թ. հունիսի 30-ը¹:

¹ Վիճակագրություն, Retrieved from https://covid.ncdc.am/statistics?archive_date_daily=&archive_date_testing=&archive_date_deaths

Ըստ հիվանդությունների կանխարգելման և վերահսկման ազգային կենտրոնի տվյալների՝ 2021թ. հուլիսի 1-ից մինչև օգոստոսի 31-ը առաջին դեղաչափով պատվաստվել է չափահաս բնակչության 9.4%-ը, իսկ երկրորդով՝ 4.9%-ը: Նոյեմբերից սկսած, երբ պետությունը ավելի խստացրեց պատվաստման պահանջը, առաջին դեղաչափով պատվաստվածների թիվը մինչև տարվա վերջ կազմում էր արդեն 41.9%, երկրորդ դեղաչափով՝ 31.7%, իսկ երրորդ դեղաչափ մարդիկ սկսեցին ընդունել 2021թ. նոյեմբերից, ինչը կազմեց ընդամենը 0.04%: 2022թ. առաջին 6 ամսվա կտրվածքով առաջին դեղաչափով պատվաստվածների թիվը 50.4% էր, երկրորդով՝ 44.8%, իսկ երրորդով՝ 2.5%: Պատվաստումների մեկ տարվա դինամիկայի պատկերը ցույց է տալիս, որ առաջին գագաթը, երբ շատ թվով մարդիկ պատվաստվեցին, օգոստոս ամսին էր (հավանաբար պայմանավորված էր հանգստի գնալու հանգամանքով, քանի որ պատվաստումը պարտադիր էր երկրից դուրս գալու դեպքում), իսկ երկրորդ գագաթը՝ համեմատաբար ավելի ցածր, քան առաջինը, 2021թ. հոկտեմբերի 25-ից նոյեմբերի 22-ը, ինչը կապված էր աշխատավայր գնալու պարտադիր պատվաստման կամ երկու շաբաթը մեկ թեստի առկայության պահանջի հետ: Այս պատկերը ցույց է տալիս, որ անգամ պատվաստանյութերի լայն շրջանառության և հասանելիության դեպքում 6 ամիս անց պատվաստվածների թիվը չէր հասնում բնակչության 50%-ը, այն էլ պատվաստված լինելու պարտադիր պահանջի պարագայում: Իսկ, օրինակ, 15 տարբեր երկրների միջև համեմատությունը, որտեղ ներգրավված են եղել ցածր-միջին եկամուտ ունեցող և միջինից բարձր ու բարձր եկամուտ ունեցող երկրներ՝ ընդհանուր առմամբ ներգրավվելով 44.260 մասնակից, ցույց է տվել, որ ցածր և միջին եկամուտ ունեցող երկրներում պատվաստվելու պատրաստակամությունը ավելի բարձր է՝ միջինում կազմելով 80.3%՝ ի տարբերություն Միացյալ Նահանգների՝ 64.6%: Պատվաստման ընդունումը հիմնականում կապված էր մարդկանց՝ իրենց առողջությունը պաշտպանելու մտադրության հետ, միևնույն ժամանակ առողջությունը համար պատվաստանյութերի հետևանքների մտահոգությունը պատվաստման երկմտանքի հիմնական պատճառն էր (Solís Arce և այլք, 2021):

=&archive_date_vaccines=01.09.2021%20-%2031.12.2021&archive_date_health=&curr_statistic-tab=vaccines_tab&fbclid=IwAR33-r26-MzvGuZj0VDtQFUU9aKIR7eev_YPIKIEtWTykNoi1Ke-MeWh8xek#vaccines_tab (29.08.2023):

Այս վերլուծությունը հստակ տեսանելի է դարձնում մեր հասարակության մեջ պատվաստման հանդեպ անվստահության և դրանից բխող երկմտանքի երևույթը, ինչը կարող է պայմանավորված լինել տարբեր գործոններով: Առաջին հերթին, իհարկե, պատվաստման երկմտանքը կարող է կապված լինել *ՔՈՎԻԴ-19* վարակի անհայտ ծագման և վարակի դեմ պատվաստանյութերի արագ արտադրվելու և հետևաբար՝ չփորձված լինելու հանգամանքներով, ինչը անորոշության լայն դաշտ է ստեղծում, մեծացնում մարդկանց վարքում ռիսկայնության գործոնը: Իսկ երբ անորոշությունը մեծ է, այլ միջնորդավորված գործոններ ևս կարող են դեր ունենալ *ՔՈՎԻԴ-19*-ի դեմ պատվաստվելու կամ չպատվաստվելու որոշման մեջ:

Պատվաստվելու և պատվաստանյութերի հանդեպ երկմտանքը

Պատվաստվելու երկմտանքը (vaccine hesitancy) համարվում է գլոբալ առողջության համար տասը սպառնալիքներից մեկը՝ ըստ Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպության²: Մի շարք ուսումնասիրություններ փորձում են սահմանել պատվաստման հանդեպ երկմտանքի երևույթը, մշակել գործառնական մոդելներ՝ պատվաստումների և պատվաստանյութերի երկմտանքը ուսումնասիրելու նպատակով (Bussink-Voorend, Hautvast, Vandeberg, Visser & Hulscher, 2022; Larson, 2022, Dubé, Gagnon, Nickels, Jeram, & Schuster, 2014): 2012թ. ԱՀԿ-ի կողմից ձևավորվեց փորձագետների խումբ, որի նպատակն էր սահմանել պատվաստումների նկատմամբ երկմտանքի երևույթն ու շրջանակը և մշակել մոդել, որը կբացատրեր հնարավոր գործոնների ազդեցությունը մարդկանց՝ չպատվաստվելու մտադրությունների վրա: Հիմնվելով տարբեր երկրներում պատվաստում կազմակերպող և իրականացնող մասնագետների կարծիքների վրա՝ փորձագիտական հարցման արդյունքում տրվեց հետևյալ սահմանումը. «Պատվաստման երկմտանքը վերաբերում է պատվաստվելու հետաձգմանը կամ մերժմանը՝ չնայած պատվաստվելու համար ծառայությունների հասանելիությանը: Պատվաստման երկմտանքը, համատեքստով պայմանավորված, համալիր երևույթ է, որը փոփոխվում է՝

² World Health Organization (2019). Ten threats to global health in 2019, Retrieved from <https://www.who.int/news-room/spotlight/ten-threats-to-global-health-in-2019> (29.08.2023).

կախված ժամանակից, տեղից և պատվաստանյութերից, և որի վրա ազդում են այնպիսի գործոններ, ինչպիսիք են՝ ինքնագոհությունը, հարմարությունը և վստահությունը» (MacDonald; SAGE Working Group on Vaccine Hesitancy, 2015, p. 4163): Այս նշված երեք գործոններից յուրաքանչյուրն ունի իր ենթագործոնները, որոնք դեր են ունենում պատվաստվելու երկմտանքի խնդրի հասկացման համար: Ինքնագոհությունը վերաբերում է այն գործոններին, որոնց դեպքում հիվանդության ռիսկը գնահատվում է ավելի ցածր, քան պետք է, որպեսզի մարդը դիմի պատվաստման: Հարմարությունը ներառում է այնպիսի գործոններ, ինչպիսիք են ծառայությունների հասանելիությունը, մատչելիությունը, ծառայությունների որակը, առողջության վերաբերյալ իրազեկվածությունը, գրագիտությունը: Վստահությունը վերաբերում է ինչպես պատվաստանյութի արդյունավետության և անվտանգության, այնպես էլ առողջապահական ծառայություններ մատուցողների և բուժաշխատողների հանդեպ վստահության աստիճանին:

Անդրադառնալով կանխորոշիչ գործոններին՝ փորձագետները առանձնացրել են հետևյալ երեք խումբ գործոններ՝ համատեքստային գործոններ (կրոն, մշակույթ, ժողովրդագրական գործոններ, հանրության համար ազդեցիկ առաջնորդներ և հակապատվաստման լոբբինգ, աշխարհագրական խոչընդոտներ, մեդիա միջավայր), անհատների և խմբերի ազդեցությունը (ռիսկերի և օգտակարության ընկալումները, վստահությունը և անձնական փորձառությունը, գիտելիքը, իրազեկվածությունը) և պատվաստանյութերին ու պատվաստմանը վերաբերող հատուկ հարցեր (նոր պատվաստանյութեր, գիտահեն փաստեր, պատվաստման ծրագրեր, բուժաշխատողների դերը, պատվաստանյութերի արժեքը): Այս բոլոր գործոնները տարբեր համադրություններով կարող են նպաստել մարդկանց պատվաստվելու երկմտանքին և տարբերվել մի հասարակությունից մյուսը: Ամփոփելով մասնագետները հանգում են նրան, որ անգամ եթե պատվաստման երկմտանքը անհատական վարք է, այն ազդվում է ավելի լայն հասարակական համատեքստից, ինչը հուշում է, որ այս երևույթը պետք է դիտարկել պատմական, քաղաքական, սոցիալ-մշակութային համատեքստից ելնելով: Մշակելու համար պատվաստման ավելի գործուն ծրագրեր կարիք է առաջանում նպաստել տարբեր երկրներում պատվաստման երկմտանքի առաջացման՝ հենց տվյալ երկրին, տվյալ համա-

տեքստին բնորոշ յուրատիպ պատճառների հասկացմանը (Dubé և այլք, 2014):

Պատվաստման երկմտանքի վերաբերյալ վերջին տարիների վերլուծությունները պատվաստման երկմտանքը դիտարկում են ոչ միայն որպես պատվաստման վարք, քանի որ այն ունի կոգնիտիվ-հուզական կողմ և կապված է որոշման ընդունման հետ: Տարբեր ուսումնասիրությունների վերլուծության արդյունքում հեղինակները հանգում են նրան, որ պատվաստման և պատվաստանյութերի վերաբերյալ երկմտանքը ավելի շատ հոգեբանական վիճակ է, որն արտահայտվում է անվճռականությամբ, երբ մարդը պետք է որոշում կայացնի պատվաստվելու վերաբերյալ (Bussink-Voorend, 2022): Կարևորելով պատվաստման երկմտանքը որպես հոգեբանական վիճակ՝ կարելի է ենթադրել, որ այն դինամիկ է և կառող է տատանվել պատվաստումը մերժելուց մինչև ընդունում:

Պատվաստման ընդունման, երկմտանքի, մերժման մտադրությունները և վարքը հասկանալու համար շատ են անդրադառնում դրանց հիմքում ընկած համոզմունքների ուսումնասիրությանը: Առողջության վերաբերյալ համոզմունքների մոդելը ամենատարածված բացատրական մոտեցումն է *ՔՈՎԻԴ-19* վարակի դեմ պատվաստման մտադրությունները հասկանալու համար: Մասնավորապես, տեսությունը առաջ է քաշում, որ վարքի մտադրությունը կախված է մի խումբ կոգնիտիվ գործոններից, որոնք են՝ վարակվելու հավանականությունը, վարակի վտանգը և առողջության համար հետագա բարդությունները, կանխարգելիչ վարքից բխող օգուտները, կանխարգելիչ վարքի խոչընդոտները, խթաններն ու ինքնարդյունավետությունը:

2020-2022թթ. գիտական տարբեր շտեմարաններում տպագրված առողջությանն ուղղված համոզմունքների մոդելի միջոցով պատվաստման երկմտանքի հետազոտության վերաբերյալ տասնվեց հոդվածների վերլուծությունը, որում դիտարկվել են 30.242 հարցվողների տվյալներ, ցույց է տալիս, որ, ընդհանուր առմամբ, *ՔՈՎԻԴ-19* վարակի դեմ պատվաստման երկմտանքը կազմում է 33.23% (95% CI 24.71–41.39%, SD = 17.35)՝ տատանվելով 8.44%-ից մինչև 60.6%: Պատվաստման երկմտանքի ամենաբարձր ցուցանիշը գրանցվել է Ֆրանսիայում (60.6%), այնուհետև՝ Չինաստանում (56.4%), Հարավային Կորեայում (53.3%), Բանգլադեշում (46.2%), ապա՝ ԱՄՆ-ում (43.5%): Պատվաստման երկմ-

տանքը բարձր է Եվրոպայում (42.68%) և Ասիայում (33.49%), ապա՝ Հյուսիսային Ամերիկայում (25.97%): Պատվաստման երկրմտանքը անկում է ունենում 2020 թվականից (38.78%) մինչև 2021թ. (33.59%): Պատվաստման երկրմտանքը բարձր է շաքարային դիաբետով պացիենտների շրջանում (56.4%), այնուհետև՝ բնակչության հասուն տարիքի (36.9%) և ուսանողների մոտ (27.53%): Պատվաստման երկրմտանքը ամենացածրն է գրանցվել առողջապահական համակարգի մասնագետների շրջանում (15%) (Limbu, Gautam & Pham, 2022): Ընդհանուր առմամբ, առողջությանն ուղղված համոզմունքների մոդելի բոլոր գործոնները նշանակալի դեր ունեն պատվաստման երկրմտանքի արտահայտվածության համար, սակայն ամենահաճախ հանդիպող գործոններն են ընկալվող օգուտները, որոնք հակառակ նշանակություն ունեն, և ընկալվող խոչընդոտները, որոնք ուղիղ նշանակություն ունեն պատվաստվելու երկրմտանքի համար: Տարբեր ուսումնասիրություններ, ինչպես առանձին երկրների ընտրանքների, այնպես էլ շատ ընտրանքների համեմատության մեջ, ցույց են տալիս, որ առողջությանն ուղղված համոզմունքների մոդելում ներառված գործոնները կարելի է դիտարկել որպես կանխորոշիչներ պատվաստվելու և չպատվաստվելու համար (Zampetakis & Melas, 2021; Harutyunyan և այլք, 2023; Romate, Rajkumar & Greeshma, 2022):

Ուսումնասիրության նպատակը, գործիքակազմը և ընտրանքը

Տվյալ ուսումնասիրության *նպատակն է* դուրս բերել այն համոզմունքները, որոնք կանխորոշիչ դեր ունեն մարդկանց պատվաստվելու և չպատվաստվելու համար:

Այս ուսումնասիրության շրջանակներում տվյալները հավաքագրվել են 2021թ. նոյեմբեր-դեկտեմբեր ամիսներին: Վերլուծվել են ընդհանուր հարցման՝ համոզմունքների հետ կապված հարցերը, հետազոտվողների պատվաստված և չպատվաստված լինելը, Քովիդ վարակի և պատվաստումների վերաբերյալ տեղեկատվության հիմնական աղբյուրը, ինչպես նաև ժողովրդագրական որոշ տվյալներ (սեռ, տարիք, կրթություն, աշխատանքի առկայություն, տնտեսական դրություն, բնակության վայր) և վարակված լինելու հանգամանքը:

Համոզմունքներին վերաբերող հարցերը բաժանված էին մի քանի խմբի. քովիդի դեմ պատվաստման օգտակարության համոզմունքներ (3

հարց), քովիդի դեմ պատվաստման նկատմամբ երկմտանք կամ մերժում արտահայտող համոզմունքներ (10 հարց), ընդհանուր առմամբ, պատվաստումների հանդեպ ընդունող դիրքորոշում (8 հարց՝ ադապտացված «Vaccine acceptance» հարցարանից (Sarathchandra, Navin, Largent, & McCright, 2018):

Պատվաստված կամ չպատվաստված լինելը ստուգվել է ուղիղ հարցով՝ «Դուք արդեն պատվաստվե՞լ եք»: «Այո» պատասխանի դեպքում հարցրել ենք նաև, թե քանի՞ դեղաչափ՝ առաջարկելով երկու տարբերակ (*«մեկ դեղաչափ», «երկու և ավել դեղաչափ»*): «Ոչ» պատասխանի դեպքում հարցրել ենք պատվաստվելու մտադրությունը՝ «այո» և «ոչ»: Մտադրություն ունեցողներին հաջորդիվ առաջարկվել է ընտրել հետևյալ տարբերակները՝ *«առաջիկա օրերին», «մեկ ամսվա ընթացքում», «մտադիր եմ, բայց առկա պատվաստանյութերով չեմ ուզում», «այլ»*: Մտադրություն չունեցողներին ևս առաջարկվել է ընտրություն հետևյալ տարբերակների միջև՝ *«առհասարակ դեմ եմ պատվաստանյութերին», «վատ եմ տանում պատվաստումները», «չեմ վստահում Կորոնավիրուսի դեմ պատվաստանյութերին», «հակամարմիններ ունեմ», «այլ»*:

Քովիդ վարակի և պատվաստումների վերաբերյալ տեղեկատվության չափը ճշտել ենք հետևյալ հարցով. *«Օրվա մեջ Ձեր ստացած ամբողջ տեղեկատվության քանի՞ տոկոսն են կազմում քովիդի վերաբերյալ նյութերը»*՝ առաջարկելով հետևյալ սանդղակը (0-10-20-30-40-50-60-70-80-90-100%), իսկ տեղեկատվության հիմնական աղբյուրները՝ *«Ո՞րն է Կորոնավիրուսի կամ պատվաստմանը վերաբերող հարցերին ծանոթանալու Ձեր հիմնական աղբյուրը»* հարցով՝ առաջարկելով պատասխանի հետևյալ տարբերակները՝ *«ծանոթներ, բարեկամներ, ընկերներ», «բժիշկներ, ոլորտի մասնագետներ», «պաշտոնական լուրեր», «համացանցային լրատվամիջոցներ, սոցցանցեր»*:

Հարցմանը մասնակցել են 261 մարդ, որոնցից պատվաստվածներ՝ 87 (33.3%), իսկ չպատվաստվածներ՝ 174 (66.4%) մարդ: Պատվաստվածների շրջանում 55 հոգի (20.3%) տվյալ ժամանակահատվածում արդեն պատվաստված է եղել երկու և ավել դեղաչափով:

Չպատվաստվածների շրջանում 118 մարդ (43.5%) նշել է, որ մտադիր չէ պատվաստվել, որի զգալի մասը՝ 68 մարդ (25.1%), հիմնավորել է իր ընտրությունը նրանով, որ չի վստահում Կորոնավիրուսի դեմ պատվաս-

տանյութերին: 14 մարդ (5.2%) նշել է, որ առհասարակ դեմ է պատվաստանյութերին, իսկ 12 մարդ (4.4%) նշել է, որ հակամարմիններ ունի, 8 մարդ (3%) պատվաստվելու մտադրության բացակայությունը հիմնավորել է նրանով, որ վատ է տանում պատվաստումները: Մյուսները բաց են թողել հարցի պատասխանը: Չպատվաստվածների շրջանում 56 մարդ (20.7%) նշել է, որ մտադիր է պատվաստվել: Մտադրություն ունեցողների շրջանում 19 մարդ (7%) նշել է, որ մտադիր է պատվաստվել մեկ ամսվա ընթացքում, իսկ 13 մարդ (4.8%) նշել է, որ մտադիր է պատվաստվել, բայց չի ցանկանում առկա պատվաստանյութերով:

Այն հարցին, թե քովիդի մասին տեղեկատվությունը օրվա ընթացքում ստացած ամբողջ տեղեկատվության քանի տոկոսն է կազմում, հարցվածների զգալի մասը՝ 80 մարդ (29.5%), նշել է 10%-ը, 27 մարդ (10%)՝ 50%-ը, 9 հոգու դեպքում քովիդի մասին տեղեկատվության սպառումը բաշխվում է 80-100%-ի միջակայքում, 40 մարդու (14.8%) համար քովիդի մասին տեղեկատվությունը 0% է կազմում օրվա ընթացքում ստացած ընդհանուր տեղեկատվության մեջ: Հարցվողների 33.2%-ի (90 մարդ) համար քովիդի մասին տեղեկատվության ստացման հիմնական աղբյուրը բժիշկներն ու ոլորտի մասնագետներն են, 32.8%-ի (89 մարդ) համար՝ պաշտոնական լուրերը: Համեմատաբար ավելի քիչ տոկոս են կազմում ոչ պաշտոնական հեռուստատեսային և համացանցային լուրերը (7.4% (20 մարդ) և սոցցանցային գրառումները (8.5% (23 մարդ)), իսկ 13.7%-ի (37 մարդ) համար տեղեկատվության հիմնական աղբյուր են հանդիսանում ծանոթները, բարեկամներն ու ընկերները:

Արդյունքների վերլուծություն և մեկնաբանություն

Քովիդի դեմ պատվաստման նկատմամբ երկմտանք կամ մերժում արտահայտող համոզմունքների գործոնային վերլուծություն

Քովիդի դեմ պատվաստման երկմտանք կամ մերժում արտահայտող համոզմունքները ենթարկվել են գործոնային վերլուծության՝ հասկանալու համար վերջիններիս միտվածության բնույթը: Ինչպես այլ հասարակություններում, մեզանում ևս պատվաստվելու մերժումը կապված էր տարաբնույթ՝ դավադրապաշտականից մինչև պատվաստանյութերի նկատմամբ անվստահության համոզմունքների հետ: Այդ իսկ պատճառով տվյալ դեպքում մենք ոչ թե օգտվել ենք պատրաստի հարցարանից, այլ

փորձել ենք վերհանել հասարակության մեջ բոլոր՝ բացասական վերաբերմունք արտահայտող համոզմունքները: Հետազոտական թիմի 5 անդամներն առանձին-առանձին գրել են իրենց կարծիքով ամենատարածված համոզմունքները, հետո միասնական քննարկման ժամանակ դրանք համադրելով՝ ընտրվել են բացասական վերաբերմունք արտահայտող տասը համոզմունքներ, որոնք և ներառվել են հարցման մեջ: Գործոնային վերլուծության³ արդյունքում մեր ձևակերպած տասը համոզմունքները խմբավորվել են երկու գործոնում (գործոնների դիսպերսիոն փոփոխականության մեջ համապատասխանաբար 49.183% և 56.453% ներդրմամբ (cumulative variance contribution rate):

Առաջին գործոնի մեջ միավորվել են հետևյալ համոզմունքները.

1. *ՔՈՎԻԴ-19*-ի դեմ պատվաստումների միջոցով չի պարտադրում են մարդկանց՝ նրանց կառավարելու նպատակով (0.752)⁴:
2. *ՔՈՎԻԴ-19*-ի դեմ պատվաստումները քաղաքական խաղեր են (0.738):
3. *ՔՈՎԻԴ-19*-ի դեմ պատվաստումը հակակրոնական է (0.677):
4. *ՔՈՎԻԴ-19*-ի դեմ պատվաստումներն առաջացնում են գենետիկ փոփոխություններ (ազգի, սեռի և այլն) (0.660):
5. *ՔՈՎԻԴ-19*-ի դեմ պատվաստումները նպատակ ունեն նվազեցնելու մարդկության թվաքանակը (0.654):
6. *ՔՈՎԻԴ-19*-ի դեմ պատվաստումները բիզնես են (0.603):

Երկրորդ գործոնի մեջ միավորվել են հետևյալ չորս համոզմունքները.

1. *ՔՈՎԻԴ-19*-ի դեմ պատվաստումն ազդում է վերարտադրողական առողջության վրա (0.780):
2. *ՔՈՎԻԴ-19*-ի դեմ պատվաստումները նոր են, դեռ ապացուցված չի դրանց արդյունավետությունը (0.779):

³ Վերլուծության մեթոդը՝ Principal axis factoring, direct oblmin (extraction method): Հետազոտական տվյալների համար գործոնային վերլուծության մեթոդ կիրառելու համապատասխանությունը ստուգվել է Կայգեր-Մեյեր-Օլիկնի ադեկվատության և Բարտլետի՝ ոլորտայնության չափորոշիչների միջոցով ($KMO=0.905$, $\chi^2(45)=1280.473$ $p<0.0001$):

Գործոնային վերլուծության ընթացակարգի, ինչպես նաև արդյունքների՝ վիճակագրորեն նշանակալի արժեքների մասին եզրակացությունները կատարվել են ըստ Peter S. (2017). Advice on Exploratory Factor analysis, Retrived from http://www.open-access.bcu.ac.uk/-6076/1/_staff_shares_storage%20500mb_Library_ID112668_Stats%20Advisory_New%20Statistics%20Workshops_18ExploratoryFactorAnalysis_ExploratoryFactorAnalysis4.pdf (16.05.2023):

⁴ Փակագծերում նշված է գործոնային կշիռների արժեքները:

3. *ՔՈՎԻԴ-19*-ի դեմ պատվաստումները բացասական հետևանքներ կունենան առողջության համար (0.769):

4. *ՔՈՎԻԴ-19*-ի դեմ պատվաստումներն անօգուտ են (0.705):

Խմբավորված համոզմունքների բովանդակության հիման վրա առաջին գործոնն անվանել ենք *քովիդի դեմ պատվաստման դավադրապաշտական համոզմունքներ* ($\alpha=0.846$), իսկ երկրորդ գործոնը՝ *քովիդի դեմ պատվաստման առողջության մտահոգություններ* ($\alpha=0.850$):

Ինչպես տեսնում ենք գործոնային վերլուծությունից, *ՔՈՎԻԴ-19*-ի դեմ պատվաստման բացասական վերաբերմունք արտահայտող համոզմունքները բաժանվել են երկու խմբի: Մի կողմից, մարդկանց պատվաստվելու տարակուսանքը կապված է տարբեր բնույթի դավադրապաշտական համոզմունքների հետ՝ պայմանավորված մի խումբ մարդկանց քաղաքական, հարստացմանն ուղղված, մարդկանց կառավարելու, ընդհուպ մարդկանց թվաքանակի նվազեցմանն ուղղված թաքնված նպատակներով: Մյուս կողմից, մարդկանց պատվաստվելու տարակուսանքը պայմանավորված է պատվաստանյութերին չվստահելու և առողջության համար բացասական հետևանքների մտահոգություններով: Հայաստանում կատարված այլ ուսումնասիրություն, որն ուղղված էր բժիշկների շրջանում և հանրության մեջ Կորոնավիրուսի դեմ պատվաստանյութերի ընկալումները հասկանալուն, ցույց է տալիս, որ հիմնականում 3 տիպի թեմա է դուրս բերվում՝ պատվաստանյութերի վերաբերյալ բազմակարծությունը հենց բժիշկների շրջանում, պատվաստանյութերի վերաբերյալ խառը, իրարամերժ ուղերձները և նոր պատվաստանյութերի վերաբերյալ մարդկանց «վախերը»: Նոր պատվաստանյութերի անվտանգության դեռևս ստուգված չլինելը պատվաստվելու դեմ հիմնական հակափաստարկն էր: Որակական այս ուսումնասիրության արդյունքները հաստատվում են նաև հարցման արդյունքներով, համաձայն որի՝ բժիշկների 54%-ը ենթադրում է, որ պատվաստանյութերը կիրառվում են առանց բավականաչափ փորձարկման, իսկ 42%-ը մտահոգ է պատվաստանյութերի անվտանգությամբ (Sahakyan և այլք, 2023):

Քովիդի դեմ պատվաստման կողմ և դեմ համոզմունքների նկարագրական վիճակագրություն

- *Քովիդի դեմ պատվաստման դավադրապաշտական համոզմունքներ* .

1. *ՔՈՎԻԴ-19*-ի դեմ պատվաստումները նպատակ ունեն նվազեցնելու մարդկության թվաքանակը ($M=3.74$, $SD=1.665$):
 2. *ՔՈՎԻԴ-19*-ի դեմ պատվաստումների միջոցով չհավորում են մարդկանց՝ նրանց կառավարելու նպատակով ($M=2.47$, $SD=1.598$):
 3. *ՔՈՎԻԴ-19*-ի դեմ պատվաստումներն առաջացնում են գենետիկ փոփոխություններ (ազգի, սեռի և այլն) ($M=3.20$, $SD=1.566$):
 4. *ՔՈՎԻԴ-19*-ի դեմ պատվաստումները քաղաքական խաղեր են ($M=3.77$, $SD=1.659$):
 5. *ՔՈՎԻԴ-19*-ի դեմ պատվաստումները բիզնես են ($M=4.32$, $SD=1.666$):
 6. *ՔՈՎԻԴ-19*-ի դեմ պատվաստումը հակակրոնական է ($M=2.43$, $SD=1.421$):
- *Քովիդի դեմ պատվաստման առողջության մտահոգություններ.*
 1. *ՔՈՎԻԴ-19*-ի դեմ պատվաստումն ազդում է վերարտադրողական առողջության վրա ($M=3.92$, $SD=1.504$):
 2. *ՔՈՎԻԴ-19*-ի դեմ պատվաստումները նոր են, դեռ ապացուցված չէ դրանց արդյունավետությունը ($M=4.94$, $SD=1.619$):
 3. *ՔՈՎԻԴ-19*-ի դեմ պատվաստումները բացասական հետևանքներ կունենան առողջության համար ($M=4.21$, $SD=1.552$):
 4. *ՔՈՎԻԴ-19*-ի դեմ պատվաստումներն անօգուտ են ($M=3.71$, $SD=1.512$):
 - *Քովիդի դեմ պատվաստման օգտակարության համոզմունքներ.*
 1. Պատվաստումը կպաշտպանի ինձ Կորոնավիրուսով վարակվելուց ($M=3.46$, $SD=1.713$):
 2. Պատվաստվելով ես կպաշտպանեմ ուրիշներին Կորոնավիրուսով վարակվելուց ($M=3.53$, $SD=1.751$):
 3. Պատվաստվելով ես քիչ կանհանգստանամ հիվանդության ծանր ընթացքի մասին ($M=4.06$; $SD=1.849$):

Աղյուսակ 1. Քովիդի դեմ պատվաստման կողմ և դեմ համոզմունքների միջին արժեքների համեմատություն ըստ խմբերի

Պնդումներ	Mean	SD	ANOVA
Քովիդի դեմ պատվաստման դավադրապաշտական համոզմունքներ			
<i>ՔՈՎԻԴ-19-ի դեմ պատվաստումները նպատակ ունեն նվազեցնելու մարդկության թվաքանակը:</i>			
Ամբողջ ընտրանք	3.74	1.665	F=27.427 p<0.0001
Միայն պատվաստվածներ ¹	2.87	1.602	
Չպատվաստված, բայց մտադրություն ունեցող ¹²	3.55	1.513	
Չպատվաստված և մտադրություն չունեցող ¹²	4.46	1.452	
<i>ՔՈՎԻԴ-19-ի դեմ պատվաստումների միջոցով չհպավորում են մարդկանց նրանց կառավարելու նպատակով:</i>			
Ամբողջ ընտրանք	2.47	1.598	F=12.931 p<0.0001
Միայն պատվաստվածներ ¹	1.91	1.385	
Չպատվաստված, բայց մտադրություն ունեցող ¹²	2.20	1.419	
Չպատվաստված և մտադրություն չունեցող ¹²	2.98	1.680	
<i>ՔՈՎԻԴ-19-ի դեմ պատվաստումներն առաջացնում են գենետիկ փոփոխություններ (ազգի, սեռի և այլն):</i>			
Ամբողջ ընտրանք	3.20	1.566	F=15.370 p<0.0001
Միայն պատվաստվածներ ¹	2.62	1.373	
Չպատվաստված, բայց մտադրություն ունեցող ¹²	2.93	1.514	
Չպատվաստված և մտադրություն չունեցող ¹²	3.75	1.539	
<i>ՔՈՎԻԴ-19-ի դեմ պատվաստումները քաղաքական խաղեր են:</i>			
Ամբողջ ընտրանք	3.77	1.659	F=18.829 p<0.0001
Միայն պատվաստվածներ ¹	3.20	1.761	
Չպատվաստված, բայց մտադրություն ունեցող ¹²	3.28	1.547	
Չպատվաստված և մտադրություն չունեցող ¹²	4.43	1.381	
<i>ՔՈՎԻԴ-19-ի դեմ պատվաստումները բիզնես են:</i>			
Ամբողջ ընտրանք	4.32	1.666	F=9.300 p<0.0001
Միայն պատվաստվածներ ¹	3.91	1.845	
Չպատվաստված, բայց մտադրություն ունեցող ¹²	3.95	1.568	
Չպատվաստված և մտադրություն չունեցող ¹²	4.80	1.440	
<i>ՔՈՎԻԴ-19-ի դեմ պատվաստումը հակակրոնական է:</i>			
Ամբողջ ընտրանք	2.43	1.421	F=4.110 p<0.0001
Միայն պատվաստվածներ ¹	2.16	1.379	
Չպատվաստված, բայց մտադրություն ունեցող	2.22	1.228	
Չպատվաստված և մտադրություն չունեցող ¹	2.69	1.495	

Քովիդի դեմ պատվաստման առողջության մտահոգություններ			
ՔՈՎԻԴ-19-ի դեմ պատվաստումն ազդում է վերաբարտադրողական առողջության վրա:			
Ամբողջ բնտրանք	3.92	1.504	
Միայն պատվաստվածներ ¹	2.99	1.476	F=38.434 p<0.0001
Չպատվաստված, բայց մտադրություն ունեցող ¹²	3.83	1.370	
Չպատվաստված և մտադրություն չունեցող ¹²	4.65	1.178	
ՔՈՎԻԴ-19-ի դեմ պատվաստումները նոր են, դեռ ապացուցված չի դրանց արդյունավետությունը:			
Ամբողջ բնտրանք	4.94	1.619	
Միայն պատվաստվածներ ¹	4.08	1.816	F=30.939 p<0.0001
Չպատվաստված, բայց մտադրություն ունեցող ¹²	4.71	1.397	
Չպատվաստված և մտադրություն չունեցող ¹²	5.71	1.152	
ՔՈՎԻԴ-19-ի դեմ պատվաստումները բացասական հետևանքներ կունենան առողջության համար:			
Ամբողջ բնտրանք	4.21	1.552	
Միայն պատվաստվածներ ¹	3.34	1.591	F=32.265 p<0.0001
Չպատվաստված, բայց մտադրություն ունեցող ¹²	4.09	1.266	
Չպատվաստված և մտադրություն չունեցող ¹²	4.93	1.280	
ՔՈՎԻԴ-19-ի դեմ պատվաստումներն անօգուտ են:			
Ամբողջ բնտրանք	3.71	1.512	
Միայն պատվաստվածներ ¹	2.84	1.510	F=44.069 p<0.0001
Չպատվաստված, բայց մտադրություն ունեցող ²	3.33	1.233	
Չպատվաստված և մտադրություն չունեցող ¹²	4.54	1.176	
Քովիդի դեմ պատվաստման օգտակարության համոզմունքներ			
Պատվաստումը կպաշտպանի ինձ Կորոնավիրուսով վարակվելուց:			
Ամբողջ բնտրանք	3.46	1.713	
Միայն պատվաստվածներ ¹	4.31	1.682	F=40.094 p<0.0001
Չպատվաստված, բայց մտադրություն ունեցող ²	4.05	1.507	
Չպատվաստված և մտադրություն չունեցող ¹²	2.52	1.363	
Պատվաստվելով ես կպաշտպանեմ ուրիշներին Կորոնավիրուսով վարակվելուց:			
Ամբողջ բնտրանք	3.53	1.751	
Միայն պատվաստվածներ ¹	4.36	1.798	F=40.760 p<0.0001
Չպատվաստված, բայց մտադրություն ունեցող ²	4.27	1.446	
Չպատվաստված և մտադրություն չունեցող ¹²	2.60	1.353	

<i>Պատվաստվելով ես քիչ կանհանգստանամ հիվանդության ծանր ընթացքի մասին:</i>			
Ամբողջ ընտրանք	4.06	1.849	
Միայն պատվաստվածներ ¹	5.13	1.594	F=63.226 p<0.0001
Չպատվաստված, բայց մտադրություն ունեցող ²	4.86	1.285	
Չպատվաստված և մտադրություն չունեցող ¹²	2.90	1.566	

Նկարագրական վիճակագրության արդյունքները ցույց են տալիս, որ քովիդի դեմ պատվաստման հետ կապված բոլոր համոզմունքներն ունեն նշանակալի տարբերություններ պատվաստված և չպատվաստված մարդկանց միջև, ընդ որում՝ չպատվաստված, սակայն պատվաստվելու մտադրություն ունեցող և չունեցող խմբերի միջև ևս կա նշանակալի տարբերություն: Քովիդի դեմ պատվաստման օգտակարության համոզմունքներն ավելի բարձր են պատվաստված մարդկանց, քան չպատվաստված և անգամ մտադրություն ունեցող մարդկանց մոտ: Խմբերի միջև նույն տարբերությունները տեսանելի են պատվաստման շուրջ առողջության մտահոգությունների համոզմունքների դեպքում: Չպատվաստված մարդիկ ավելի բարձր են գնահատում պատվաստվելու ռիսկերը վերաբրտադրողական առողջության և ընդհանրապես առողջության այլ բացասական հետևանքների տեսանկյունից, ինչպես նաև բարձր անվստահություն են արտահայտում նոր ստեղծված պատվաստանյութերի հանդեպ, քան պատվաստման մտադրություն ունեցող և արդեն պատվաստված մարդիկ: Պատվաստված մարդիկ, հակառակը, առողջության համար բացասական հետևանքների տեսանկյունից պատվաստման ռիսկը ավելի ցածր են գնահատում, ավելի հակված են վստահելու նոր ստեղծված պատվաստանյութերին՝ ի տարբերություն չպատվաստված, բայց մոտ ապագայում մտադրություն ունեցող և պատվաստման մտադրություն չունեցող մարդկանց:

Դավադրապաշտական տարբեր բնույթի համոզմունքների ցուցանիշների համեմատությունը ցույց է տալիս, որ պատվաստված մարդիկ ավելի քիչ են հավատում, որ պատվաստումը հետապնդում է այլ նպատակ, քան չպատվաստված, սակայն պատվաստվելու մտադրություն ունեցող մարդիկ: Չպատվաստված և պատվաստվելու մտադրություն չունեցող մարդիկ ավելի հակված են հավատալու դավադրապաշտական համոզմունք-

ներին՝ ի տարբերություն չպատվաստված, բայց մտադրություն ունեցող և արդեն պատվաստված մարդկանց: Հնարավոր է, որ պատվաստման դավադրապաշտական համոզմունքները կապված են նաև *ՔՈՎԻԴ-19* վարակի ծագմանը և տարածմանը վերաբերող համոզմունքների հետ: ՀՀ-ում 2020թ. մարտի վերջին ապրիլի սկզբին առցանց հարթակով 8427 մասնակցի հետ անցկացրած հարցման արդյունքները ցույց են տալիս, որ հարցվողների միայն 22%-ն է գտնում, որ Կորոնավիրուսի ծագումը և տարածումը բնական գործընթաց է, 21%-ը նշում է, որ անհայտ ուժերի դավադրության արդյունք է, իսկ 21%-ը նշում է՝ ազդեցիկ ուժերի քաղաքական/տնտեսական մրցակցության արդյունք է⁵:

Ռեգրեսիոն վերլուծության արդյունքներ

Պատվաստվելու և չպատվաստվելու վրա քովիդի և քովիդի պատվաստումների հետ կապված համոզմունքների պայմանավորող նշանակությունը պարզելու նպատակով իրականացվել է լոգիստիկ ռեգրեսիոն վերլուծություն (hierarchical logistic regression): Մոդելում ընտրվել է անկախ փոփոխականների հետևյալ հաջորդականությունը՝ առաջին մակարդակում ժողովրդագրական գործոնները՝ որպես վերահսկվող փոփոխականներ (տարիք, սեռ, կրթություն, բնակության վայր, աշխատանքային կարգավիճակ, տնտեսական դրություն), և վարակված լինելու հանգամանքը, երկրորդ մակարդակում՝ քովիդի դեմ պատվաստման առողջության մտահոգությունները, պատվաստումների օգտակարության վերաբերյալ համոզմունքները, քովիդի դեմ պատվաստման վերաբերյալ դավադրապաշտական համոզմունքները, իսկ երրորդում՝ ընդհանուր պատվաստումների վերաբերյալ վերաբերմունքը: Ռեգրեսիոն մոդելի կախյալ փոփոխականը պատվաստված/չպատվաստված լինելն է, իսկ չպատվաստվածների խմբում ներառվել են միայն պատվաստվելու մտադրություն չունեցող մարդիկ (N=118):

Ռեգրեսիոն մոդելը վիճակագրորեն նշանակալի է. $\chi^2=143.634$, $p<0.001$ (Model fit (Hosmer-Lemeshow test). $\chi^2=6.419$, $p=0.600$): Վերջինը բացատրում է պատվաստումների դեպքերի փոփոխայնության 73.7%-ը (Nagelkerke

⁵ ՀՌՌԿ-Հայաստան (2020). Կորոնավիրուսի վերաբերյալ իրազեկվածության և դրա ազդեցության գնահատում, Retrieved from https://www.crrc.am/wp-content/uploads/2020/03/-COVID_Survey_Final_Report_website-ARM.pdf (29.08.2023):

R²)՝ ճշգրտորեն դասակարգելով դեպքերի 87.8%-ը: Աշխատանքային կարգավիճակը ($B=1.951$, $p=0.001$), *ՔՈՎԻԴ-19*-ի պատվաստումների վերաբերյալ մտահոգություններն ($B=-2.022$, $p<0.001$) ու *ՔՈՎԻԴ-19*-պատվաստումների օգտակարության վերաբերյալ համոզմունքները ($B=0.867$, $p<0.001$) նշանակալի դեր ունեն պատվաստվելու համար. աշխատող, *ՔՈՎԻԴ-19*-ի պատվաստումների վերաբերյալ ավելի քիչ մտահոգություններ ունեցող և *ՔՈՎԻԴ-19*-պատվաստումների օգտակարության վերաբերյալ համոզմունքներ ունեցող մարդիկ ավելի շատ են պատվաստվում: Աշխատանք ունեցողների շրջանում պատվաստված լինելու հավանականությունը (odds) 7 անգամ ավելի բարձր է՝ չաշխատողների համեմատ ($OR=7.035$, 95% CI [2.127-23.272]), *ՔՈՎԻԴ-19*-ի պատվաստումների օգտակարության վերաբերյալ համոզմունքների արտահայտվածության աճը 2.38 անգամ մեծացնում է պատվաստվելու հավանականությունը ($OR=2.380$, 95% CI [1.472-3.848]), փոխարենը՝ *ՔՈՎԻԴ-19*-ի պատվաստումների վերաբերյալ մտահոգությունների աճը 86.8%-ով նվազեցնում է պատվաստվելու հավանականությունը ($OR=0.132$, 95% CI [0.50-0.353]):

Ռեգրեսիոն վերլուծությունը բավականին մեծ բացատրական նշանակությամբ ցույց է տալիս, որ երկու խումբ համոզմունքները կանխորոշիչ դեր ունեն պատվաստման համար: Պատվաստման արդյունքում ստացված օգուտները, այն է՝ վարակվելու և ուրիշներին վարակելու հավանականության նվազեցումը, ինչպես նաև վարակվելու դեպքում հիվանդության թեթև ընթացքը կարևոր կանխորոշիչ դրական դեր ունեն պատվաստվելու համար: Պատվաստման արդյունքում առողջության կողմնակի հետևանքները և վատթարացումը, ինչպես նաև պատվաստանյութերի նոր և ապացուցված չլինելը կանխորոշիչ դեր ունեն չպատվաստվելու համար: Ստացված արդյունքները հաստատվում են այլ ուսումնասիրություններով նաև: Օրինակ, Քրեպսը և այլք գտել են, որ պատվաստման ընկալվող արդյունավետությունը պատվաստվելու ամենաուժեք կանխորոշիչն է ԱՄՆ-ում (Kreps և այլք, 2020): Շերմանը և այլք, ուսումնասիրելով մարդկանց՝ պատվաստվելու պատրաստականությունը և պատվաստանյութերի վերաբերյալ դիրքորոշումները, գտել են, որ պատվաստանյութերի արդյունավետությունը ամենակարևոր փաստարկներից է (Sherman և այլք, 2021): Ռեգրեսիոն այս մոդելում դավադրապաշտական համոզմունքները կանխորոշիչ դեր չունեցան պատվաստվելու/չպատվաստվելու

հարցում՝ ի տարբերություն վերոնշյալ համոզմունքների, չնայած այն փաստին, որ հասարակության մեջ այդ համոզմունքները ևս տարածված էին: Տարբեր ուսումնասիրություններ փաստում են, որ դավադրապատկան համոզմունքները *ՔՈՎԻԴ-19* վարակի և պատվաստանյութերի վերաբերյալ հակադարձ փոխկապված են պատվաստվելու պատրաստակամության հետ (Ripp & Röer, 2022): Նշանակալի չէր մեր դեպքում նաև առհասարակ պատվաստումների հանդեպ վերաբերմունքը: Վերահսկվող գործոններից մեր ընտրանքում առավել նշանակալի դեր ուներ աշխատանք ունենալու հանգամանքը, թեպետ շատ ուսումնասիրություններ ցույց են տալիս նաև սոցիալ-ժողովրդագրական այլ գործոնների նշանակալի դերը (Cascini, Pantovic, Al-Ajlouni, Failla & Ricciardi, 2021; Wang, և այլք, 2022): Մեր պարագայում հավանաբար աշխատանքի գործոնը պայմանավորված էր աշխատողների առջև դրված պատվաստվելու կամ թեստավորվելու խիստ պահանջով:

Արդյունքների ամփոփում

Ամփոփելով տվյալ ուսումնասիրության արդյունքները՝ կարելի է նշել, որ դրանք հիմնականում նույնական են այլ երկրներում արված ուսումնասիրությունների արդյունքներին՝ պատվաստվելու և չպատվաստվելու վարքային միտումների հիմքում ընկած համոզմունքների առումով: Բոլոր դիտարկված ուսումնասիրությունների, այդ թվում նաև մեր ուսումնասիրության արդյունքներից որպես հիմնական եզրակացություն բխում է այն, որ մարդկանց երկմտանքը՝ պատվաստվել, թե չպատվաստվել, կապված է պատվաստանյութերի արդյունավետության և ենթադրվող դրական/բացասական հետևանքների մասին մտորումների հետ: Իսկ ինչո՞ւ էին մարդիկ կասկածում և չվստահում *ՔՈՎԻԴ-19*-ի դեմ պատվաստանյութերին: Վստահաբար կարելի է ասել, որ այդ անվստահությունը կապված էր պատվաստանյութերի արագ ստեղծման և շրջանառության հետ: Չնայած առողջապահական համակարգի հորդորներին և պատվաստանյութերի արդյունավետության ու անվտանգության մասին լուսաբանումներին՝ մարդիկ շատ դեպքերում մնում էին անընկալունակ դրանց նկատմամբ: Մի կողմից, դա կարող է պայմանավորված լինել անհատական առանձնահատկություններով՝ հաճախ մարդկանց մտքի իներտությամբ և քննադատականության պակասով, կրոնական, ինտուիտիվ և ոչ

վերլուծական մտածողության ոճով, մյուս կողմից՝ հանրային և մեդիա դաշտում գերակայող, մասնավորապես, դավադրապաշտական և պատվաստումների վերաբերյալ ոչ գիտահեն գաղափարներով, առողջապահական համակարգի հանդեպ անվստահությամբ և բուժաշխատողների շրջանում, պատվաստման և պատվաստանյութերի արդյունավետության և անվտանգության մասին բազմակարծությամբ, իշխանությունների հանդեպ անվստահությամբ և քաղաքական դաշտի անկայունությամբ:

ՔՈՎԻԴ-19 վարակի դեմ պատվաստանյութերի արագ հայտնագործումը, թեստավորումը և շրջանառումը 2020թ. մեծագույն ձեռքբերումն է: Նախկինում երբեք այսքան արագ չեն իրականացվել պատվաստման քարոզարշավները, իսկ *ՔՈՎԻԴ-19*-ի դեպքում մեկ տարվա ընթացքում ստեղծվեցին տարբեր արդյունավետ պատվաստանյութեր (Mathieu և այլք, 2021): Քանի որ մարդկանց մտավախությունները կապված էին հենց *ՔՈՎԻԴ-19* վարակի դեմ պատվաստանյութերի ստեղծման արագության հետ, ապա պատվաստանյութերի ստեղծման և փորձարկման վերաբերյալ իրազեկվածությունը և կրթությունը պետք է լինեն քարոզարշավների թիրախում, ինչը կարող է մեծացնել վստահությունը առողջապահական համակարգի և պատվաստման գիտության հանդեպ:

ԱՀԿ փորձագիտական խմբի հիմնական առաջարկություններն ուղղված են պատվաստման երկրմասնի կանխորոշիչ գործոններն ավելի լավ հասկանալուն, բոլոր կառուցվածքային խոչընդոտները հաղթահարելուն և գլոբալ, ազգային և տեղային մակարդակներում կազմակերպչական կարողունակությունը զարգացնելուն, տարբեր երկրների արդյունավետ փորձերի դիտարկմանը, նոր գործիքակազմի մշակմանը, վալիդացմանը և ներդրմանը (Eskola, Duclos, Schuster, & MacDonald, 2015):

Հանրային առողջության սպառնալիքների պարագայում, ինչպիսին էր *ՔՈՎԻԴ-19* համավարակը, և ինչպիսիք կարող են լինել նաև ապագայում, կարևոր ենք համարում նաև ուրվագծել համակարգային բնույթի որոշ առաջարկություններ՝ տեղային համատեքստի տարբեր կողմերը հաշվի առնելով: Կարևոր ենք համարում ընդգծել բուժաշխատողների՝ որպես անմիջական վստահության օղակի, մասնագիտական կրթության մեջ հանրային առողջության հարցերին ավելի մեծ ուշադրությունը, ինչը կօգնի հաղթահարելու գիտականությանը հակասող կամայական բազմակարծությունը, անվստահությունը և կմեծացնի հանձնառությունը և պա-

տալիսանատվության զգացումը՝ կատարելու պատվաստվելու վերաբերյալ բացատրական, իրազեկող/լուսավորող, մոտիվացնող աշխատանք բուժառուների հետ: Բնակչության՝ հանրային առողջության վերաբերյալ կրթության հարցը ևս համավարակի հաղթահարման գործում կարևոր բաղադրիչ է: Նաև հարկ է կանխարգելիչ միջոցառումների և պատվաստման քարտզարշավներում կարևորել հանրային շահի գաղափարը առողջության պահպանման գործում:

Գրականություն

Bussink-Voorend, D., Hautvast, J.L.A., Vandenberg, L. et al. (2022). A systematic literature review to clarify the concept of vaccine hesitancy. *Nat Hum Behav* **6**, 1634–1648, <https://doi.org/10.1038/s41562-022-01431-6>.

Cascini, F., Pantovic, A., Al-Ajlouni, Y., Failla, G., & Ricciardi, W. (2021). Attitudes, acceptance and hesitancy among the general population worldwide to receive the COVID-19 vaccines and their contributing factors: A systematic review. *EClinicalMedicine*, **40**, 101113. <https://doi.org/10.1016/j.eclim.2021.101113>.

Dubé E, Gagnon D, Nickels E, Jeram S, Schuster M. (2014). Mapping vaccine hesitancy-country-specific characteristics of a global phenomenon. *Vaccine*, **32**(49), 6649–6654. <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2014.09.039>.

Eskola, J., Duclos, P., Schuster, M., MacDonald, N.E. (2015). How to deal with vaccine hesitancy? *Vaccine*, **33** (34), 4215–4217, <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2015.04.043>.

Kreps, S., Prasad, S., Brownstein, J. S., Hswen, Y., Garibaldi, B. T., Zhang, B., & Kriner, D. L. (2020). Factors associated with US adults' likelihood of accepting COVID-19 vaccination. *JAMA network open*, **3**(10), e2025594, <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.2559>.

Larson, H.J. (2022) Defining and measuring vaccine hesitancy. *Nat Hum Behav* **6**(12), 1609–1610, <https://doi.org/10.1038/s41562-022-01484-7>.

Limbu YB, Gautam RK, Pham L. (2022). The Health Belief Model Applied to COVID-19 Vaccine Hesitancy: A Systematic Review. *Vaccines*, **10**(6), 973, <https://doi.org/10.3390/vaccines10060973>.

MacDonald NE; SAGE Working Group on Vaccine Hesitancy. (2015). Vaccine hesitancy: Definition, scope and determinants. *Vaccine*, **33**(34), 4161–4164, <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2015.04.036>.

Zampetakis, L.A. and Melas, C. (2021), The health belief model predicts vaccination intentions against COVID-19: A survey experiment approach. *Appl Psychol Health Well-Being*, **13**. 469–484, <https://doi.org/10.1111/aphw.12262>.

Harutyunyan T, Sargsyan Z, Sahakyan S, Chiloyan A, Melkom Melkomian D, Khachadourian V. (2023). Predicting COVID-19 vaccination uptake in Armenia using the Health Belief Model: Results from a nationwide survey. *Human vaccines & immunotherapeutics*, **19**(1), 2165383, <https://doi.org/10.1080/21645515.2023.2165383>.

- Ripp, T., Röer, J.P.** (2022). Systematic review on the association of COVID-19-related conspiracy belief with infection-preventive behavior and vaccination willingness. *BMC Psychol* 10 (66), <https://doi.org/10.1186/s40359-022-00771-2>.
- Romate, J., Rajkumar, E. & Greeshma, R.** (2022). Using the integrative model of behavioural prediction to understand COVID-19 vaccine hesitancy behaviour. *Sci Rep* 12, 9344, <https://doi.org/10.1038/s41598-022-12466-0>.
- Sahakyan S, Gharibyan N, Aslanyan L, Hayrumyan V, Harutyunyan A, Libaridian L, Grigoryan Z.** (2023). Multi-Perspective Views and Hesitancy toward COVID-19 Vaccines: A Mixed Method Study. *Vaccines*, 11(4), 801, <https://doi.org/10.3390/vaccines11040801>.
- Sarathchandra D, Navin MC, Largent MA, McCright AM.** (2018). A survey instrument for measuring vaccine acceptance. *Preventive medicine*, 109, 1–7, <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2018.01.006>.
- Sherman, S. M., Smith, L. E., Sim, J., Amlôt, R., Cutts, M., Dasch, H., ... & Sevdalis, N.** (2021). COVID-19 vaccination intention in the UK: results from the COVID-19 vaccination acceptability study (CoVAccS), a nationally representative cross-sectional survey. *Human vaccines & immunotherapeutics*, 17(6), 1612-1621, <https://doi.org/10.1080/21645515.2020.1846397>.
- Solís Arce, J.S., Warren, S.S., Meriggi, N.F. et al.** (2021). COVID-19 vaccine acceptance and hesitancy in low- and middle-income countries. *Nat Med* 27, 1385–1394, <https://doi.org/10.1038/s41591-021-01454-y>.
- Wang, Q., Hu, S., Du, F. et al.** (2022) Mapping global acceptance and uptake of COVID-19 vaccination: A systematic review and meta-analysis. *Commun Med* 2, 113, <https://doi.org/10.1038/s43856-022-00177-6>.

ՔՈՎԻԴ-19-Ի ՀԵՏ ԿԱՊԿԱԾ ԴԱՎԱԴՐԱՊԱՇՏԱԿԱՆ ՀԱՍՈՁՍՈՒՆՔՆԵՐԻ ԿԱՆԽՈՐՈՇԻՉՆԵՐԸ ԵՎ ՀԵՏԵՎԱՆՔՆԵՐԸ

Նարինե Խաչատրյան, Անի Գրիգորյան

Դավադրապաշտական բնույթի համոզմունքները հաճախ են տեղ գտնում մարդկանց աշխարհընկալման, աշխարհաճանաչման և աշխարհայացքի ձևավորման մեջ: Հատկապես դավադրության տեսությունները տարածվում են այն իրավիճակներում, երբ մարդիկ առերեսվում են վտանգների, անորոշությունների, աղետների, ինչպես նաև սոցիալական կամ քաղաքական մեծ ցնցումների հետ: ՔՈՎԻԴ-19 համավարակը և դրան հաջորդող արագ ստեղծված պատվաստանյութերը նոր ալիք առաջացրին դավադրության տեսությունների ձևավորման համար: 28 երկրների շրջանում իրականացված մեծ հարցումը ցույց է տվել, որ 10-ից 3-ը գտնում է, որ օտար ուժերը նպատակադրված տարածել են ՔՈՎԻԴ-19 վիրուսը¹: ՔՈՎԻԴ-19 վարակի հետ կապված դավադրության տեսությունները տարբեր են եղել: Թերևս ամենատարածվածն այն էր, որ վիրուսը ստեղծվել է արհեստականորեն և դուրս է եկել Չինաստանի Վուայն լաբորատորիայից, սակայն շրջանառվում էին նաև այլ տեսություններ, ըստ որոնց՝ ՔՈՎԻԴ-19 վիրուսը կենսաբանական զենք է կամ ստեղծվել է բնակչության վերահսկման համար:

Պատվաստումների վերաբերյալ դավադրապաշտական համոզմունքների տարածումը կարող է վտանգ հանդիսանալ հանրային առողջության համար (Bierwaczzonek, Kunst & Pich, 2020; Leonard & Philippe, 2021), քանի որ վերջիններս ազդեցություն ունեն կանխարգելիչ վարքի վրա՝ սկսած վարքի պարզ ձևերից (ձեռքերը լվանալ, դիմակ կրել, հեռավորություն

¹ Gallup International Association (2020). The Coronavirus: A vast scared majority around the world, Retrieved from https://www.gallup-international.com/fileadmin/user_upload/surveys_and_news/2020/GIA_SnapPoll_2020_COVID_Tables_final.pdf (29.08.2023).

պահպանել) մինչև պատվաստման մերժում: Վերջինս կարող է դրսևորվել ինչպես անհատական մակարդակում, երբ մարդն իր կամ իր ընտանիքի անդամների, մասնավորապես, երեխաների համար որոշում է կայացնում պատվաստվել կամ չպատվաստվել: Հակապատվաստումային վարքը կարող է դրսևորվել նաև որպես հանրային վարք՝ համոզելու շրջապատող մարդկանց չպատվաստվել: *ՔՈՎԻԴ-19*-ի դեմ պատվաստման հետ կապված՝ գրեթե բոլոր երկրներում կազմավորվեցին դավադրության տեսությունները տարածող և հակապատվաստումային խմբեր, շարժումներ, կազմակերպություններ: Թեպետ հակապատվաստումային դիրքորոշում ունեցող մարդիկ անհամեմատ ավելի քիչ են, սակայն այդպիսի խմբերի և հոսանքների մեծացումը կարող է սպառնալիք դառնալ հասարակության համար պատվաստման՝ որպես կանխարգելիչ վարքի ամրապնդման համար: Այդ իսկ պատճառով կարևոր է ուսումնասիրել մարդկանց՝ հակապատվաստումային վարքի հիմքում ընկած սոցիալ-հոգեբանական գործոնները:

Դավադրապաշտական համոզմունքների ձևավորման սոցիալ-հոգեբանական գործոններ

Ընդունված է «դավադրական տեսությունները» մեկնաբանել որպես պատկերացում կամ համոզմունք, որ մի խումբ դերակատարների կողմից գաղտնի և չարամիտ ծրագրեր են իրագործվում՝ քաղաքական կամ սոցիալական ցնցումներ առաջացնելու և վերջիններից օգտվելու համար (Bale, 2007, Van Prooijen & Douglas, 2018; Douglas և այլք, 2019): Ինչո՞վ է պայմանավորված այն, որ մարդիկ դիրքորոշված են ընդունելու այդ տեսությունները և առաջնորդվելու դրանցով:

Վերջին տարիների ուսումնասիրությունները ցույց են տալիս, որ հոգեբանական որոշ գործոններ կանխորոշում են դավադրապաշտական համոզմունքների և դիրքորոշումների ի հայտ գալը այս կամ այն՝ հասարակական հնչերանգ ունեցող հանգամանքներում (Douglas, Sutton, & Cichocka, 2017): Վան Պրոյենը և Դուգլասը (2018), ուսումնասիրելով նախկինում իրականացված հետազոտությունների և վերլուծությունների արդյունքները, երկու հիմնական եզրակացության են գալիս այս հարցում: Առաջինը, որ դավադրապաշտական տարբեր տեսություններին հավատը պայմանավորված է հոգեբանական միևնույն գործընթացներով, իսկ երկ-

որորը՝ դավադրապաշտական համոզմունքները շատ զգայուն են սոցիալական համատեքստի հանդեպ, այսինքն՝ գլուխ են բարձրացնում որոշակի հանգամանքներում (van Prooijen & Douglas, 2018): Բացի դրանից, դավադրապաշտական համոզմունքները բավարարում են մարդկանց՝ իրավիճակը հասկանալու և վերահսկելու հոգեբանական պահանջմունքները՝ միաժամանակ պահպանելով սեփական անձի կամ խմբի վերաբերյալ դրական պատկերացումը: Այս պահանջմունքների բավարարումը խոչընդոտվում է անորոշության և վտանգների դեպքում: Հեղինակներն առանձնացնում են այդպիսի երեք պահանջմունք՝ էպիստեմիկ (օր.՝ ցանկություն հասկանալու, հստակեցնելու, ունենալու որոշակիության զգացում հանդիպող երևույթի վերաբերյալ), էքզիստենցիալ (օր.՝ կյանքի վերահսկելիության և անվտանգության ցանկություն) և սոցիալական (օր.՝ սեփական անձի կամ խմբի մասին դրական պատկերացումը պահպանելու ցանկություն) (Douglas և այլք, 2019, էջ 7): Այսպիսով, գիտնականները հանգում են նրան, որ դավադրապաշտական համոզմունքները սոցիալ-հոգեբանական երևույթներ են, և դրանք պետք է ուսումնասիրել հենց սոցիալ-հոգեբանական գործընթացների առանձնահատկությունները հասկանալու տեսանկյունից:

Գրականության վերլուծությունը ցույց է տալիս, որ դավադրապաշտական համոզմունքները ուսումնասիրվում են սոցիալ-հոգեբանական տարբեր կոնստրուկտների և հասկացությունների՝ անձնային գծերի (Malesza, 2020; Giancola, Palmiero & D'Amico, 2023), պահանջմունքների (Douglas et al., 2019), պաշտպանական և քոփինգ վարքաձևերի (van Prooijen, 2022), ինքնության տարբեր կողմերի (Biddlestone, Green, Cichocka, Sutton & Douglas, 2021) միջոցով: Այդպիսի ուսումնասիրությունների շրջանակներում հետազոտողները փորձում են դուրս բերել դավադրապաշտական համոզմունքների ձևավորման կանխորոշիչ գործոնները և դրանց հետևանքները:

ՔՈՎԻԴ-19-ի դավադրապաշտական համոզմունքներին վերաբերող առկա ուսումնասիրությունների ընդհանրական վերլուծության մեջ Վալերի վեն Մուլուքմը և այլք (2022) առանձնացրել են հետևյալ խումբ նախապայմանները դավադրապաշտական համոզմունքների ձևավորման համար՝ անհատական տարբերություններ, համոզմունքներ և դիրքորոշումներ, սոցիալական գործոններ (van Mulukom et al.): Անհատական

տարբերությունների մեջ առանձնացվում են մարդկանց՝ անորոշության, ռիսկի հետ գործ ունենալու քոփինգ վարքաձևերը, անձնային գծերը և ժողովրդագրական գործոնները: Վարակվելու ռիսկը և հետևանքների հետ կապված տագնապայնությունը կայուն կանխորոշիչ են հանդիսացել դավադրապաշտական համոզմունքների համար (Kim & Kim, 2021; Pizarro և այլք, 2020): Մութ եռյակի գծերի (նարցիսիզմ, մաքիավելիզմ, իմպուլսիվություն) արտահայտվածության դեպքում մարդիկ ավելի հակված են ընդունելու դավադրության տեսությունները (Hughes & Machan, 2021; Malesza, 2020): Վերլուծությունը ցույց է տալիս, որ ժողովրդագրական գործոնների դեպքում արդյունքները շատ տարբեր են: Առավել շատ է հանդիպում սեռի և տարիքի փոփոխականների դերը, սակայն տարբեր ուսումնասիրություններում արդյունքները տարբեր են: Այս հարցում գիտնականները հանգում են այն մտքին, որ տարիքը և սեռը կարող են կապված լինել հոգեբանական և սոցիալական այլ գործոնների հետ՝ պայմանավորված տարբեր մշակութային համատեքստով: Դավադրապաշտական համոզմունքների հետ են կապված նաև համոզմունքների և դիրքորոշումների այնպիսի տեսակներ, որոնք հիմնված չեն վերլուծական, փաստական և հիմնավորված դատողությունների վրա, օրինակ՝ գիտության հանդեպ անհավատությունը, իմացական աղճատումները, իմացությունը/գիտելիքը վիճարկող համոզմունքները: Վերջինս համոզմունքների այն կատեգորիան է, որը չի հիմնվում ներկայում կուտակված էմպիրիկ գիտելիքի վրա, այլ կրոնական, ինտուիտիվ և ոչ վերլուծական մտածողության արդյունք է: Դավադրապաշտական համոզմունքների հետ կապված սոցիալական գործոնների մեջ առանձնացվում են խմբային ինքնության բարձր արտահայտվածությունը (օրինակ՝ ազգային/կուլեկտիվ նարցիսիզմը, պահպանողական քաղաքական հայացքները), կառավարության և առողջապահական համակարգի նկատմամբ անվստահությունը, սոցիալական մեղիայից օգտվելը՝ որպես տեղեկատվական հիմնական աղբյուր:

Դավադրապաշտական համոզմունքներին ապավինելն ունենում է հետևանքներ նաև վարքում և մարդկանց հոգեմիճակում: Ուսումնասիրությունները ցույց են տալիս, որ դավադրության տեսություններին հավատալը մարդկանց հետ է պահում առողջապահական համակարգի ուղորդած կանխարգելիչ վարքաձևերին հետևելուց. մարդիկ դառնում են ավելի եսակենտրոն, ավելի շատ են դրսևորում կուտակող վարքաձևեր,

ինչպես նաև որպես կանխարգելում՝ կիրառում են կեղծ գիտական միջոցներ:

Դավադրապաշտական համոզմունքները նաև դեր են խաղում պատվաստումների հանդեպ վերաբերմունքի հարցում՝ պատվաստման վարանումից/երկմտանքից մինչև պատվաստման ժխտում և հակապատվաստումային վարք (Kowalska-Duplaga & Duplaga, 2023): Որոշ ուսումնասիրություններ ցույց են տալիս նաև դավադրապաշտական համոզմունքների ազդեցությունը մարդկանց հոգեբանական բարեկեցության վրա՝ նպաստելով տագնապի առաջացմանը, վերահսկման զգացողության և տոկոսության նվազմանը: Քիչ, սակայն համոզիչ ուսումնասիրություններ կան այն օրինաչափության վերաբերյալ, որ դավադրության տեսությունները նաև նպաստում են միջխմբային կոնֆրոնտացիայի մեծացմանը, քսենոֆոբիայի և ռասիզմի մեծացմանը: Օրինակ, *ՔՈՎԻԴ-19* վարակի արհեստական ծագման վերաբերյալ համոզմունքները բերել են Չինաստանի նկատմամբ պատժամիջոցներ սահմանելու և կենդանական ծագում ունեցող վարակների դեմ պայքարին տրամադրվող աջակցության կրճատման վերաբերյալ կարծիքների (Bolsen, Palm & Kingsland, 2020):

Ուսումնասիրության հիմնավորում և հետազոտական հարցեր

Հույզերի դերը դավադրապաշտական համոզմունքների ձևավորման մեջ

Մի շարք ուսումնասիրություններ ցույց են տալիս, որ առողջությանն ուղղված համոզմունքների մոդելը բացատրական նշանակություն ունի *ՔՈՎԻԴ-19*-ի հետ կապված կանխարգելիչ վարքի հասկացման համար, ինչպես առողջապահական համակարգի կողմից ցուցվող կանոններին հետևելու, այնպես էլ պատվաստվելու առումով (Alagili & Bamashmous, 2021): Այդ մոդելում ընկալվող խոցելիությունը վարակի հանդեպ և ընկալվող վտանգները դիտարկվում են կարևոր գործոններ, որոնք առաջացնում են անհանգստություն, տագնապայնություն, զգուշավորություն, ընկալունակություն վտանգի հանդեպ, որին ի պատասխան մարդիկ պետք է ձեռնարկեն հաղթահարմանն ուղղված քայլեր: Սակայն միշտ չէ, որ վտանգի ընկալումը, որն առաջացնում է բացասական հույզեր, միանգամայն նպաստում է վարքի փոփոխությանը՝ դեպի ավելի հարմարողական՝ հանրային առողջության պահպանմանն ուղղված համապատաս-

խան վարքի (Kojan և այլք, 2022): Վախերի առաջացման՝ որպես հարմարողական արդյունավետ վարքին դրդող գործոնի վերաբերյալ մետավերլուծության արդյունքները ցույց են տալիս, որ վտանգի դեպքում վախը կարող է հանգեցնել ադապտատիվ վարքագծի, երբ մարդկանց ինքնարդյունավետությունը բարձր է, հակառակ դեպքում, երբ ինքնարդյունավետությունը ցածր է, դրսևորվում է պաշտպանողական, դիմադրող, ոչ ադապտիվ վարք (Witte & Allen, 2000): Իհարկե առողջությանն ուղղված համոզմունքների մոդելին այնուհետև ավելացվեց նաև ինքնարդյունավետության համոզմունքը, որն ավելի ընդգրկում է դարձնում մոդելը: Սակայն մոդելը չի դիտարկում կենսական պահանջմունքներով պայմանավորված հույզերի և կոգնիտիվ միկրոգործընթացների ի հայտ գալը անորոշության և վտանգի ժամանակ, որոնք կանխորոշում են համոզմունքների բովանդակության ուղղվածությունը: Հույզերի դերը նրանում է, որ վտանգ պարունակող, ռիսկային իրավիճակին ի պատասխան առաջացող բացասական հույզերը կարող են ազդել ինֆորմացիայի ընտրողական ընկալման վրա: Օրինակ, *ՔՈՎԻԴ-19*-ի պարագայում որքան ուժեղանում են բացասական հույզերը, այնքան մարդը ավելի շատ է հենվում վարակի վերաբերյալ բացասական տեղեկատվության վրա որոշումներ կայացնելու ժամանակ (Bavel և այլք, 2020):

Կարելի է ենթադրել, որ ոչ ադապտիվ վարքին նպաստող համոզմունքներից ամենաազդեցիկը դավադրապաշտական համոզմունքներն են, որոնք կատարում են պաշտպանողական գործառույթ, երբ մարդը բախվում է վտանգի և անորոշության հետ: *ՔՈՎԻԴ-19* վարակի վերաբերյալ դավադրապաշտական համոզմունքները բարձր տագնապայնության դեպքում ազդում են ոչ թե կանխարգելող, այլ դիմադրող վարքի դրսևորման վրա (Copping, 2022): Իսկ ինչպե՞ս են առաջանում, ձևավորվում դավադրապաշտական համոզմունքները: Վտանգի դեպքում առաջացող բացասական հուզական վիճակը՝ վախը, տագնապը, սարսափը, խթանում են ավտոնոմ կոգնիտիվ գործընթացների առաջ գալը: Քիչ տեղեկատվության պայմաններում, երբ մեծ է անորոշությունը, տագնապի նվազման համար մարդիկ ավտոնոմ կոգնիտիվ գործընթացների միջոցով ստեղծում են պատճառահետևանքային կապեր մի կողմից, և սկզբնապատճառ՝ ինտենցիոնալ ազենտի մասին միտք մյուս կողմից, ինչի շնորհիվ նրանք փորձում են որոշակի բացատրական սխեմա ունենալ անորոշությանը

հակազդելու և տագնապը նվազեցնելու համար (van Prooijen & Douglas, 2018): Հաճախ ավտոնոմ կոգնիտիվ գործընթացները բերում են կոգնիտիվ աղճատումների՝ բացատրական սխալների, անհիմն եզրակացությունների, որոնց արդյունքում և ձևավորվում են դավադրապաշտական համոզմունքները (Brotherton & French, 2014): Դավադրապաշտական համոզմունքների ձևավորման համար այս պարագայում նաև դեր ունեն մտածողական ռճերի անհատական տարբերությունները (Gligorić և այլք, 2021; Denovan, Dagnall, Drinkwater, Parker & Neave, 2020): Ստացվում է, որ բացասական, տհաճ, սարսափեցնող հույզերի ներքո ակտիվացած ավտոնոմ գործընթացները նպաստում են դավադրապաշտական համոզմունքների ձևավորմանը: Բնարկե, դավադրապաշտական համոզմունքները, ունենալով հուզական արմատներ, զգայուն են նաև սոցիալական համատեքստի հանդեպ և ձևավորվում են սոցիալական նարատիվների ազդեցության ներքո:

Գիտության նկատմամբ (ան)վստահությունը պատվաստումների վերաբերյալ դավադրապաշտական համոզմունքների համատեքստում

Պատվաստումների նկատմամբ բացասական դիրքորոշումների հիմքում ընկած է գիտության, պատվաստանյութերի և իմունիզացիայի ծրագրերի արդյունավետության վերաբերյալ գիտական հիմնավորումների մերժումը կամ չիմացությունը: Իսկ ինչո՞վ կարող է պայմանավորված լինել գիտական փաստերի և գիտական հիմնավորումների հանդեպ անվստահությունը:

Ուսումնասիրությունները ցույց են տալիս, որ գիտության հանդեպ (կասկածամտությունը) սկեպտիցիզմը մի մասով պայմանավորված է կրոնական կամ հոգևոր, կամ քաղաքական գաղափարների ազդեցությամբ (Rutjens, Van der Linden & Van der Lee, 2021), ինչպես նաև կրթության պակասով (van Prooijen, 2017): Վերոնշյալ գործոնները հատկապես ազդեցիկ են կլիմայի փոփոխության, պատվաստման, գենետիկորեն ձևավորված մթերքի հիմնախնդիրների դեպքում (Rutjens և այլք, 2022): Կարելի է ենթադրել, որ վտանգի, անորոշության դեպքում վերոնշյալ գաղափարներից ստեղծվող նարատիվները կարող են հիմք ստեղծել դավադրապաշտական բնույթի համոզմունքների ձևավորման համար՝ այդպիսով հանգեցնելով գիտական հիմնավորումներ մերժելուն կամ գիտության հանդեպ անվստահությանը: 24 երկրների շրջանում կատարված հետա-

գոտության արդյունքները ցույց են տալիս, որ հակապատվաստումային դիրքորոշումների հիմքում առաջին հերթին ընկած են դավադրապաշտական համոզմունքները, հետո նաև հոգեբանական այլ գործոններ՝ վախ, զզվանք ասեղների և արյան նկատմամբ, բացասական հակազդում ցանկացած համընդունված (կոնվենցիոնալ) վարքաձևին՝ որպես սեփական անձի հաստատման միջոց (Hornsey, Harris & Fielding, 2018):

Գիտության հանդեպ կասկածամտությունը (սկեպտիցիզմը) մյուս մասով կարող է կապված լինել ընդհանուր դավադրական տիպի մտածողության հետ, ինչի արդյունքում հենց գիտությունը դիտարկվում է որպես դավադրություն: Գիտական փաստերը և հիմնավորումները մերժվում են, քանի որ գիտությունն ինքնին կարող է դիտարկվել որպես դավադրություն (Rutjens & Veckalov, 2022): Ընդհանուր և Վեկալովը նշում են երեք հիմնական գործոն, որոնք նպաստում են գիտությանը՝ որպես դավադրության ընկալմանը և, հետևաբար, դավադրապաշտական համոզմունքների ձևավորմանը: Առաջինը, երբ գիտությունը ընկալվում է որպես *սոցիալական ձեռնարկատիրություն*, որը ծառայում է մի խումբ մարդկանց գաղափարախոսության և համոզմունքների տարածմանը: Երկրորդը, երբ բուն գիտական փաստերը խառնվում են դրանցից բխող քաղաքականությունների մշակման և ներդրման հետ, կամ հակասության մեջ են մտնում քաղաքական գաղափարախոսության, կամ ավանդական արժեհամակարգի հետ: Երրորդը, երբ անորոշության դեպքում գիտական հիմնավորումները հստակ չեն, հիմնված են հավանականության և կանխատեսման վրա, և չկան սպառնիչ բացատրություններ:

Վերլուծելով տարբեր գործոնների դերը դավադրապաշտական համոզմունքների հետ կապված՝ ուրվագծենք այն կոնցեպտուալ մոդելը, որի հիման վրա կառուցվել են հետազոտական խնդիրները: *ՔՈՎԻԴ-19*-ի հետ կապված՝ վարակի ծագման և պատվաստանյութերի դավադրապաշտական համոզմունքների ձևավորման համար որպես անմիջական, իրավիճակային կանխորոշիչ գործոններ են դիտարկվել *ՔՈՎԻԴ-19* վարակից վախը և պատվաստման վախը, իսկ որպես միջնորդավորող, ֆոնային գործոններ՝ գիտության հանդեպ հավատը և ընդհանրապես պատվաստման գաղափարի և պրակտիկայի ընդունումը: Դավադրապաշտական համոզմունքների ընդունումը հանգեցնում է պատվաստումից հրաժարվելուն կամ տարբեր պաշտպանական վարքաձևերի, ինչպես փաստում

են տարբեր ուսումնասիրություններ (Kowalska-Duplaga & Duplaga, 2023; Imhoff & Lamberty, 2020), սակայն մեր ուսումնասիրության մեջ որպես հետևանք դիտարկել ենք հակապատվաստումային հանրային վարքը՝ անմիջական շփումներում կամ հանրային դաշտում մարդկանց հորդորելու, համոզելու չպատվաստվել կամ դեմ արտահայտվելու պատվաստմանը:

Այսպիսով, ներկայացվող ուսումնասիրությամբ ձևակերպել ենք հետևյալ հետազոտական խնդիրները:

1. Հասկանալ *ՔՈՎԻԴ-19* իրավիճակով պայմանավորված վախերի դերը քովիդի մասին դավադրապաշտական համոզմունքների ձևավորման մեջ:
2. Հասկանալ գիտության նկատմամբ հավատի և պատվաստումների հանդեպ ընդունող դիրքորոշման միջնորդավորող դերը *ՔՈՎԻԴ-19*-ի հետ կապված վախերի և դավադրապաշտական համոզմունքների միջև կապի մեջ:
3. Հասկանալ *ՔՈՎԻԴ-19*-ի հետ կապված վախերի, դավադրապաշտական համոզմունքների, գիտության նկատմամբ հավատի և պատվաստումների հանդեպ ընդունող դիրքորոշման դերը հակապատվաստումային հանրային վարքի դրսևորման մեջ:

Հետազոտության մեթոդաբանություն

Հետազոտական ընտրանք

Այս ուսումնասիրության շրջանակներում տվյալները հավաքագրվել են 2021թ. նոյեմբեր-դեկտեմբեր ամիսներին՝ առցանց եղանակով, ձևագնդի տեխնիկայով (snowball sampling): Մասնակցել է 261 հոգի ($M=25.65$, $SD=9.826$; Range 17-67; 61.6%-ը կին): Հարցվածների 22.5%-ը ուներ մագիստրոսի և ավելի բարձր կրթական աստիճան, 50.2%-ը աշխատում էր, 56.1%-ը բնակվում էր Երևանում, մյուս մասը (43.9%)՝ Երևանից դուրս (ՀՀ այլ քաղաքում կամ գյուղում): Տվյալ ժամանակահատվածի համար հարցվածների 56.8%-ը նշել է, որ վարակված է եղել Կորոնավիրուսով, 33.3%-ը պատվաստված է եղել, իսկ 66.7%-ը չի պատվաստվել, ընդ որում՝ չպատվաստվածների շրջանում 45.4%-ը նշել է, որ մտադրություն չունի պատվաստվելու:

Հետազոտության գործիքակազմ

Կիրառվել են «ՔՈՎԻԴ-19-ից վախի սանդղակ» (*Fear against COVID-19 scale*) և «ՔՈՎԻԴ-19-ի դեմ պատվաստումից վախի սանդղակ» (*Fear against COVID-19 Vaccination scale*)², ինչպես նաև «ՔՈՎԻԴ-19-ի դեմ պատվաստման դավադրապաշտական համոզմունքները» հարցարանները³:

«Պատվաստումների հանդեպ ընդունող դիրքորոշում» (*Vaccine acceptance instrument*)⁴. Բնօրինակ հարցարանը բաղկացած է 20 պնդումից, որոնք հարցվողները պետք է գնահատեն 1-7 միավորանոց Լիկերտի սանդղակով՝ արտահայտելով իրենց համաձայնության աստիճանը յուրաքանչյուր պնդման հետ («1-բացարձակ համաձայն չեմ»-ից «7-լիովին համաձայն եմ»): Մեր հարցման մեջ օգտագործել ենք հարցարանի ութ պնդումը⁵ ($M=3.53$; $SD=1.092$; $\alpha=0.829$):

1. Պատվաստանյութերը անվտանգ են առողջության համար ($M=3.51$; $SD=1.577$):
2. Պատվաստանյութերը պարունակում են վտանգավոր նյութեր ($M=4.13$; $SD=1.454$):
3. Հիվանդանալուց հետո մարդ ունի ավելի լավ իմունիտետ, քան պատվաստանյութերի միջոցով ($M=4.27$; $SD=1.543$):
4. Պատվաստանյութերը արդյունավետ միջոցներ են հիվանդություններ կանխարգելելու համար ($M=4.41$; $SD=1.660$):
5. Ես բարոյապես դեմ եմ երեխաներին պատվաստելուն ($M=4.49$; $SD=1.818$):
6. Պատվաստանյութերի ստեղծումը մարդկության առողջության պահպանման համար ամենամեծ ձեռքբերումն է ($M=3.93$; $SD=1.639$):

² Սանդղակների նկարագրությունը և պնդումները տե՛ս սույն գրքի Ա. Պողոսյանի և Ն. Խաչատրյանի «ՔՈՎԻԴ-19-ի դեմ պատվաստվելու և չպատվաստվելու հետ կապված հույզեր և համոզմունքներ. համեմատական վերլուծություն՝ ըստ ժողովրդագրական գործոնների» հոդվածում:

³ Հարցարանի մշակման նկարագրությունը և պնդումները տե՛ս սույն գրքի Ն. Խաչատրյանի «ՔՈՎԻԴ-19 վարակի դեմ պատվաստվելու և չպատվաստվելու հիմքում ընկած համոզմունքները» հոդվածում:

⁴ Sarathchandra, D., Navin, M. C., Largent, M. A., & McCright, A. M. (2018). A survey instrument for measuring vaccine acceptance. *Preventive medicine*, 109, 1–7, <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2018.01.006>.

⁵ Առանձին պնդումների ցուցանիշները մեկնաբանելիս անհրաժեշտ է հաշվի առնել, որ որոշները պատվաստման ընդունմանը հակադարձ ձևակերպումներ են:

7. Բւ՛ համաձայնությունը ցանկացած բուժման հանդեպ նշանակում է, որ պատվաստումը պետք է լինի կամավոր (M=5.46; SD=1.577):
8. Կառավարությունը իրավունք ունի պարտադրել պատվաստումը (M=2.77; SD=1.697):

«Գիտության հանդեպ հավատ»-ը (*The belief in science scale* (Dagnall, Denovan, Drinkwater, & Parker, 2019)) տասը պնդումից բաղկացած միա-չափ սանդղակ է, որը գնահատում է, թե ինչքանով է գիտությունն արժևորվում որպես գերակա գիտելիքի աղբյուր: Պնդումները գնահատվում են 1-4 բալանոց Լիկերտի սանդղակով («1-ընդհանրապես ճիշտ չէ»-ից «միանշանակ ճիշտ է»): Մեր հարցման մեջ օգտագործել ենք սանդղակի հինգ պնդումը (M=3.21, SD=0.611; $\alpha=0.792$):

1. Գիտությունն օգնում է ավելի լավ հասկանալ տիեզերական օրինաչափությունները, քան կրոնը (M=3.17, SD=0.852):
2. Բոլոր խնդիրները, որոնց բախվում է մարդկությունը, լուծելի են գիտության միջոցով (M=3.02, SD=0.835):
3. Գիտական մեթոդը գիտելիքի ստացման միակ հուսալի ուղին է (M=3.21, SD=0.816):
4. Գիտությունն ամենաարդյունավետ միջոցն է հասնելու ճշմարտությանը (M=3.12, SD=0.903):
5. Գիտնականներն ու գիտությունն ավելի մեծ հարգանքի պետք է արժանանան ժամանակակից հասարակության մեջ (M=3.51, SD=0.724):

«Հակապատվաստումային հանրային վարքը» (*Anti-vaccine public behavior*) չափվել է մեր կողմից մշակված մեկ պնդման միջոցով. «Դե՛ս ե՛մ արտահայտվում պատվաստմանը (շփման մեջ, առցանց գրառումներով, հանրային ակցիաներին մասնակցելով)» (M=1.98; SD=0.996): Մարդիկ պետք է 1-4 միավորանոց սանդղակով («1-միանշանակ ոչ»-«4-միանշանակ այո») գնահատեին, թե հարցմանը նախորդող շաբաթվա ընթացքում կիրառել են այդ վարքը, թե ոչ:

Տվյալների վերլուծություն

Տվյալների վիճակագրական վերլուծությունն իրականացվել է SPSS Statistics, Version 23.0 ծրագրով՝ SPSS AMOS-ի հետ համադրությամբ: Կիրառվել են նկարագրական վիճակագրություն (թվաքանական միջինի,

ստանդարտ շեղման հաշվում, հաճախականությունների դուրս բերում), կորելյացիոն վերլուծություն (Pearson bivariate correlation): Իրականացվել է կառուցվածքային հավասարման մոդելավորում (Structural Equation Modeling)՝ առավելագույն հավանականության գնահատմամբ (Maximum Likelihood Estimation): Որպես մոդելի համապատասխանության (Model-fit) ցուցանիշներ՝ օգտագործվել են՝ χ^2 (chi-square significance test); RMSEA (root mean square error of approximation <0.08), SRMR (standardized root mean square residual <0.08), CFI (the comparative fit index), TLI (Tucker–Lewis index):

Հետազոտական խնդիր 1

- Հասկանալ *ՔՈՎԻԴ-19* իրավիճակով պայմանավորված վախերի դերը քովիդի մասին դավադրապաշտական համոզմունքների ձևավորման մեջ: Ենթադրում ենք, որ *և՛* քովիդ վարակի հանդեպ վախը, *և՛* քովիդի դեմ պատվաստման վախը փոխկապված են վիրուսի և պատվաստումների մասին դավադրապաշտական համոզմունքների հետ:

Այս հարցի համար դիտարկենք կորելյացիոն վերլուծության արդյունքները, մասնավորապես տեսնելու, թե ինչպիսի կապեր են դուրս բերվում քովիդ վարակից վախի, քովիդի դեմ պատվաստումից վախի և քովիդ վարակի և քովիդի դեմ պատվաստման մասին դավադրապաշտական համոզմունքների միջև: Աղյուսակ 1-ում ներկայացված են բոլոր փոփոխականների միջև կորելյացիոն կապերը:

Աղյուսակ 1. Ուսումնասիրվող փոփոխականների միջև կորելյացիոն կապեր

	1	2	3	4	5	6	7
(1) Հակապատվ. վարք	-	-.027	.514**	-.584**	-.286**	.403**	.563**
(2) <i>ՔՈՎԻԴ-19</i> վախ	-.027	-	.338**	.094	.039	.033	.025
(3) <i>ՔՈՎԻԴ-19</i> պատվ. վախ	.514**	.338**	-	-.541**	-.239**	.412**	.584**
(4) Պատվաստման ընդունում	-.584**	.094	-.541**	-	.258**	-.622**	-.652**
(5) Հավատ գիտության հանդեպ	-.286**	.039	-.239**	.258**	-	-.160*	-.313**
(6) <i>ՔՈՎԻԴ-19</i> դավադր. համոզմունքներ	.403**	.033	.412**	-.622**	-.160*	-	.650**
(7) <i>ՔՈՎԻԴ-19</i> պատվ. դավադր. համոզմունքներ	.563**	.025	.584**	-.652**	-.313**	.650**	-

*p** < 0.05, *p*** < 0.01

Ինչպես երևում է աղյուսակից, քովիդ վարակից վախը կապված չէ վարակի և պատվաստումների վերաբերյալ դավադրապաշտական համոզմունքների հետ, սակայն քովիդի դեմ պատվաստումից վախը դրականորեն փոխկապված է վերջիններիս հետ: Տեսանելի են նաև այլ կապեր քովիդ հետ կապված վախերի դեպքում: Քովիդի դեմ պատվաստումից վախը բացասական փոխկապվածություն ունի գիտության հանդեպ հավատի և պատվաստումների ընդունման հետ, իսկ քովիդ վարակից վախը չունի նշանակալի կապեր վերջիններիս հետ: Քովիդի դեմ պատվաստման վախը դրականորեն փոխկապված է հակապատվաստումային վարքի հետ, իսկ քովիդ վարակից վախը չունի նշանակալի կապ վերոնշյալ վարքի հետ: Այս պարզ վերլուծությունից կարելի է ենթադրել, որ հենց քովիդի դեմ պատվաստման և ոչ թե քովիդ վարակից վախը նպաստավոր հուզական ֆոն է դավադրապաշտական համոզմունքների և հակապատվաստումային վարքի ձևավորման համար:

Հետազոտական խնդիրներ 2 և 3

- Հասկանալ գիտության նկատմամբ հավատի և պատվաստումների հանդեպ ընդունող դիրքորոշման միջնորդավորող դերը *ՔՈՎԻԴ-19*-ի հետ կապված վախերի և դավադրապաշտական համոզմունքների միջև կապի մեջ:
- Հասկանալ *ՔՈՎԻԴ-19*-ի հետ կապված վախերի, դավադրապաշտական համոզմունքների, գիտության նկատմամբ հավատի և պատվաստումների հանդեպ ընդունող դիրքորոշման դերը հակապատվաստումային հանրային վարքի դրսևորման մեջ:

Կորելյացիոն վերլուծության արդյունքների հիման վրա կառուցել ենք հակապատվաստումային հանրային վարքի հիմքում ընկած կանխորոշիչ գործոնների և դրանց միջև կապերը ստուգող մոդել (SEM)՝ կառուցվածքային հավասարման մոդելավորման միջոցով: Մոդելը կազմված է վեց լատենտ փոփոխականից. *ՔՈՎԻԴ-19*-ից վախը և *ՔՈՎԻԴ-19*-ի դեմ պատվաստումից վախը ներկայացված են որպես կանխորոշիչ փոփոխականներ, գիտության հանդեպ հավատը և պատվաստումների հանդեպ ընդունող դիրքորոշումը՝ որպես միջնորդավորող գործոններ (mediators), *ՔՈՎԻԴ-19* վարակի և *ՔՈՎԻԴ-19*-ի դեմ պատվաստման դավադրապաշտական համոզմունքները և հակապատվաստումային վարքը՝ որպես

կախյալ փոփոխականներ: Մոդելի միջոցով թեստավորել ենք հետևյալ կապերը (mediation paths).

- Քովիդից վախի ազդեցությունը քովիդի մասին դավադրապաշտական համոզմունքների վրա՝ գիտության հանդեպ հավատի և պատվաստումների հանդեպ ընդունող դիրքորոշման միջնորդավորող կապի հիման վրա (CF->S->VA->CC):
- Քովիդից վախի ազդեցությունը քովիդի մասին պատվաստման դավադրապաշտական համոզմունքների վրա՝ գիտության հանդեպ հավատի և պատվաստումների հանդեպ ընդունող դիրքորոշման միջնորդավորող կապի հիման վրա (CF->S->VA->CV):
- Քովիդի դեմ պատվաստումից վախի ազդեցությունը քովիդի մասին դավադրապաշտական համոզմունքների վրա՝ գիտության հանդեպ հավատի և պատվաստումների հանդեպ ընդունող դիրքորոշման միջնորդավորող կապի հիման վրա (VF->S->VA->CC):
- Քովիդի դեմ պատվաստումից վախի ազդեցությունը Քովիդի դեմ պատվաստման դավադրապաշտական համոզմունքների վրա՝ գիտության հանդեպ հավատի և պատվաստումների միջնորդավորող կապի հիման վրա (VF->S->VA->CV):
- Քովիդից վախի անուղղակի ազդեցությունը հակապատվաստումային վարքի վրա:
- Քովիդի դեմ պատվաստումից վախի անուղղակի ազդեցությունը հակապատվաստումային վարքի վրա:

Հետազոտական տվյալներին մոդելի համապատասխանությունը բավարարող է ($\chi^2=1318.237$, $p<0.0001$; RMSEA=0.076; SRMR=0.0085; TLI=0.805): Վերլուծության արդյունքում (Տե'ս Աղյուսակ 2) դուրս ենք բերել հետևյալ նշանակալից կապերը.

- Քովիդից վախը բացասական ազդեցություն ունի քովիդի դեմ պատվաստման դավադրապաշտական համոզմունքների վրա՝ գիտության հանդեպ հավատի և պատվաստումների հանդեպ ընդունող դիրքորոշման ամբողջական միջնորդավորող կապի միջոցով (complete mediation), ($IE=-0.290$, $p=0.008$, 95% CI [-0.439, -0.163]):
- Քովիդի դեմ պատվաստումից վախը դրական ազդեցություն ունի քովիդի մասին վարակի դավադրապաշտական համոզմունքների

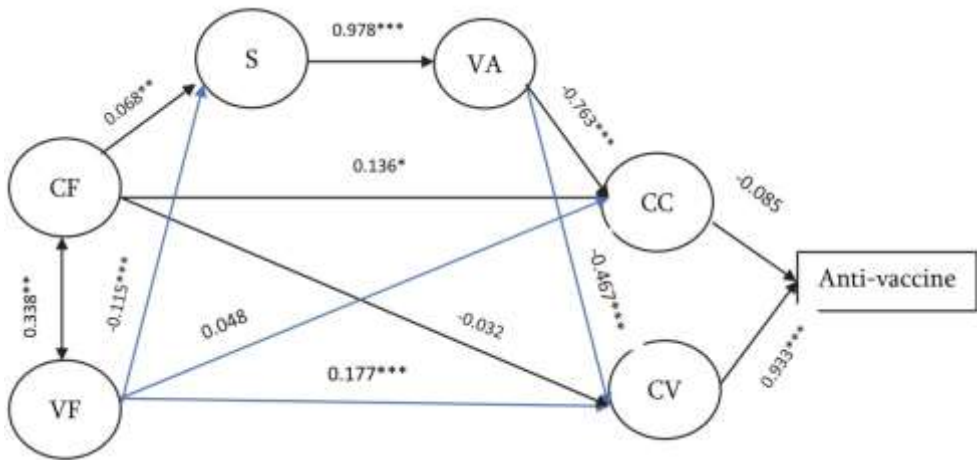
վրա՝ գիտության հանդեպ հավատի և պատվաստումների հանդեպ ընդունող դիրքորոշման ամբողջական միջնորդավորող կապի միջոցով ($IE=0.547$, $p=0.005$ 95% CI [0.360, 0.930]):

- Քովիդի դեմ պատվաստումից վախը դրական ազդեցություն ունի քովիդի դեմ պատվաստման դավադրապաշտական համոզմունքների վրա՝ գիտության հանդեպ հավատի և պատվաստումների հանդեպ ընդունող դիրքորոշման ամբողջական միջնորդավորող կապի միջոցով ($IE=0.547$, $p=0.008$ 95% CI [0.361, 0.763]):
- Քովիդից վախը անուղղակի բացասական ազդեցություն ունի հակապատվաստումային վարքի վրա ($IE=-0.136$, $p=0.004$ 95% CI [-0.212, -0.077]):
- Քովիդի դեմ պատվաստումից վախը անուղղակի դրական ազդեցություն ունի հակապատվաստումային հանրային վարքի վրա 0.358, $p=0.004$ 95% CI [-0.274, 0.453]:

Աղյուսակ 2. SEM վերլուծությամբ ստուգված մեդիացիոն կապերն ու գործոնների ամբողջական, ուղղակի և անուղղակի ազդեցությունները

Mediation paths	Total effect	Direct effect	Indirect effect
CF->S->VA->CC	-0.077, $p=0.332$ 95% CI [-0.238, 0.079]	0.240, $p=0.004$ 95% CI [0.079-0.495]	-0.317, $p=0.005$ 95% CI [-0.526, -0.180]
CF->S->VA->CV	-0.251, $p=0.002$ 95% CI [-0.391, -0.145]	-0.039, $p=0.634$ 95% CI [-0.092, 0.202]	-0.290, $p=0.008$ 95% CI [-0.439, -0.163]
VF->S->VA->CC	0.471, $p=0.004$ 95% CI [0.302, 0.630]	-0.127, $p=0.325$ 95% CI [-0.467, 0.135]	0.547, $p=0.005$ 95% CI [0.360, 0.930]
VF->S->VA->CV	0.696, $p=0.003$ 95% CI [0.552, 0.869]	0.148, $p=0.119$ 95% CI [-0.049, 0.362]	0.547, $p=0.008$ 95% CI [0.361, 0.763]
CF->antivaccine beh.			-0.136, $p=0.004$ 95% CI [-0.212, -0.077]
VF->antivaccine beh.			0.358, $p=0.004$ 95% CI [-0.274, 0.453]

Նկար 1. Հակապատվաստումային հանրային վարքի հիմքում ընկած կանխորոշիչ գործոնների և այդ գործոնների միջև կապերն արտացոլող կառուցվածքային հավասարման մոդել (SEM)



Ծանոթագրություն. CF- ՔՈՎԻԴ-19-ից վախ, VF-ՔՈՎԻԴ-19-ի դեմ պատվաստումից վախ, S-գիտության հանդեպ հավատ, VA-պատվաստման հանդեպ ընդունող դիրքորոշում, CC-ՔՈՎԻԴ-19-ի դավադրապաշտական համոզմունքներ, CV-ՔՈՎԻԴ-19-ի դեմ պատվաստման դավադրապաշտական համոզմունքներ

* $p < 0.05$; ** $p < 0.01$; *** $p < 0.001$

Մեկնաբանելով կառուցվածքային հավասարման մոդելավորման արդյունքները՝ կարելի է եզրակացնել, որ ՔՈՎԻԴ-19-ի դեմ պատվաստումից վախը գիտության հանդեպ հավատի պակասի և դրանով պայմանավորված պատվաստումների հանդեպ չընդունող դիրքորոշման պարագայում նպաստում է ՔՈՎԻԴ-19 վարակի և ՔՈՎԻԴ-19-ի դեմ պատվաստման դավադրապաշտական համոզմունքների ձևավորմանը, ինչ էլ իր հերթին բերում է հակապատվաստումային վարքի դրսևորմանը: Փոխարենը, ՔՈՎԻԴ-19 վարակից վախը գիտության հանդեպ հավատի և դրանով պայմանավորված պատվաստումների հանդեպ ընդունող դիրքորոշման պարագայում չի նպաստում ՔՈՎԻԴ-19-ի դեմ պատվաստման դավադրապաշտական համոզմունքների ձևավորմանը՝ դրանով իսկ նվազեցնելով հակապատվաստումային վարքի դրսևորման հավանականությունը:

Ամփոփում

Այսպիսով, ներկայացվող բազմաշերտ վերլուծությունն ուղղված է ցույց տալու հույզ-համոզմունք-վարք շղթայի մեջ տարբեր գործոնների

փոխկապվածությունը՝ թիրախում ունենալով դավադրապաշտական համոզմունքների առաջացմանը նպաստող և միջնորդավորող գործոնները և վերջիններիս հետևանքները հանրային վարքում:

Մեր վերլուծությունը ցույց է տալիս, որ ոչ թե *ՔՈՎԻԴ-19* վարակից, այլ դրա դեմ պատվաստումից վախն է, որ էական նշանակություն ունի դավադրապաշտական համոզմունքների ձևավորման համար: Այս նշանակալի կապը դուրս է բերվում և՛ պարզ փոխհարաբերակցությամբ վերլուծության արդյունքում, և՛ միջնորդավորող վերլուծության արդյունքում, այն դեպքում, երբ իբրև բազային համոզմունք՝ մարդու մոտ արմատացած է գիտության և առհասարակ պատվաստումների հանդեպ անվստահությունը: Վերջինս կարող է նշանակել, որ եթե անգամ մարդն ունի բուն պատվաստման հետ կապված բացասական հույզ, որը կարող է պայմանավորված լինել որևէ բժշկական միջամտության հետևանքով ցավի, անհարմարության կամ բացասական կողմնակի ազդեցության փորձառությամբ, միևնույն է, գիտական գրագիտությունը, վերլուծականությունը՝ փաստերի համադրման կարողությունը, պատվաստումների վերաբերյալ կրթությունը և այլ բնութագրեր կարող են նպաստել դավադրապաշտական համոզմունքների հաղթահարմանը: Հակառակը, *ՔՈՎԻԴ-19* վարակից վախը պարզ փոխկապվածությամբ վերլուծության մակարդակում չունի որևէ նշանակալի կապ դավադրապաշտական համոզմունքների հետ՝ ո՛չ վարակի ծագման, ո՛չ էլ պատվաստման վերաբերյալ: Սակայն գիտության հանդեպ հավատի և պատվաստումների ընդունման միջնորդավորող կապի շնորհիվ *ՔՈՎԻԴ-19* վարակից վախը չի հանգեցնում դավադրապաշտական համոզմունքների: *ՔՈՎԻԴ-19*-ի հետ կապված վախերի այս գույգ վերլուծությունը ցույց է տալիս, որ բազային, ոչ կոնտեքստուալ համոզմունքները, տվյալ դեպքում՝ գիտության հանդեպ հավատը և պատվաստումների ընդունումը, կարևոր դեր են խաղում նոր, այդ թվում՝ վտանգ, անորոշություն պարունակող իրավիճակի ընկալման և մեկնաբանման համար: Վերլուծությունից կարելի է ենթադրել, որ վարակից վախը կապված է մարդու համար կենսական նշանակություն ունեցող բազային վախի, տագնապի հետ, մինչդեռ պատվաստումից վախը սոցիալական կառուցարկման արդյունք է, որը միջնորդավորված է անհատական փորձառությամբ և դրան տրվող մեկնաբանություններով: Եվս մեկ անգամ ակնհայտ է դառնում կրթության կարևոր դերը ճգնաժամային իրավիճակ-

ների հաղթահարման համար: Մասնավորապես, գիտահեն կրթությունը օգնում է մարդուն հաղթահարել և անորոշության հանդեպ հանդուժողություն դրսևորել, կողմնորոշվել և հավասարակշռված ընտրություն կատարել իրարամերժ, բազմազան տեղեկատվական հոսքերի ներքո:

Որպես դավադրապաշտական համոզմունքների ձևավորման հետևանք՝ մենք դիտարկել ենք հակապատվաստումային հանրային վարքը, ինչպես անմիջական շրջապատում, այնպես էլ հանրային տարածքում մարդկանց չպատվաստվել հորդորելը, համոզելը: Ինչպես վերը նշել էինք, բազմաթիվ են ուսումնասիրությունները, որոնք ցույց են տալիս դավադրապաշտական համոզմունքների ազդեցությունը մարդու՝ պարվաստվելու/չպատվաստվելու որոշման վրա: Մեզ համար կարևոր էր հասկանալ նաև այն, թե սեփական անձին վերաբերող որոշումից բացի, մարդն արդյոք ազդեցություն է ունենում ուրիշների որոշման վրա՝ հատուկ շեշտ չդնելով հակապատվաստումային տարբեր խմբերի ներկայացուցիչներին ներառելու վրա: Հետազոտության մեջ այս վարքի ներառումը առավել հետաքրքիր էր այն տեսանկյունից, որ մեր իրականության մեջ միջանձնային հարաբերություններում անձնային սահմանների խախտումը ընդունված և չգիտակցված պրակտիկա է՝ ցանկություն հայտնելու, խորհուրդ տալու, անգամ պարտադրանքի ձևերով: SEM վերլուծությունը ցույց է տալիս, որ, իսկապես, դավադրապաշտական համոզմունքներն հանրային վարքի վրա ազդեցություն ունենում են: Ինչո՞ւ սա նույնպես կարևոր է պահել ուշադրության կենտրոնում: Նշանակալի ուրիշի, խմբային նույնականության, հիերարխիկ հարաբերություններով պայմանավորված հաղորդակցական պրակտիկաները տվյալ դեպքում կարող են նպաստել դավադրապաշտական համոզմունքների տարածմանը կամ առնվազն անվստահություն առաջացնել ինքնուրույն որոշումների կայացման ժամանակ:

Գրականության ցանկ

Alagili, D. E., & Bamashmous, M. (2021). The Health Belief Model as an explanatory framework for COVID-19 prevention practices. *Journal of infection and public health*, 14(10), 1398-1403, <https://doi.org/10.1016/j.jiph.2021.08.024>.

Bale J.M. (2007) Political paranoia v. political realism: on distinguishing between bogus conspiracy theories and genuine conspiratorial politics, *Patterns of Prejudice*, 41(1), 45-60, <https://doi.org/10.1080/00313220601118751>.

- Bastiaan T., Većkalov B.** (2022) Conspiracy beliefs and science rejection, *Current Opinion in Psychology*, 46, 101392, <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2022.101392>.
- Bavel, J. J. V., Baicker, K., Boggio, P. S., Capraro, V., Cichocka, A., Cikara, M., Crockett, M. J., Crum, A. J., Douglas, K. M., Druckman, J. N., Drury, J., Dube, O., Ellemers, N., Finkel, E. J., Fowler, J. H., Gelfand, M., Han, S., Haslam, S. A., Jetten, J., Kitayama, S., ...& Willer, R.** (2020). Using social and behavioural science to support COVID-19 pandemic response. *Nature human behaviour*, 4(5), 460–471, <https://doi.org/10.1038/s41562-020-0884-z>.
- Biddlestone, M., Green, R., Cichocka, A., Sutton, R., & Douglas, K.** (2021). Conspiracy beliefs and the individual, relational, and collective selves. *Social and Personality Psychology Compass*, 15(10), Article e12639, <https://doi.org/10.1111/spc3.12639>.
- Bierwiazzonek, K., Kunst, J.R., & Pich, O.** (2020), Belief in COVID-19 Conspiracy Theories Reduces Social Distancing over Time. *Appl Psychol Health Well-Being*, 12, 1270-1285, <https://doi.org/10.1111/aphw.12223>.
- Bolsen, T., Palm, R., & Kingsland, J. T.** (2020). Framing the Origins of COVID-19. *Science Communication*, 42(5), 562–585, <https://doi.org/10.1177/1075547020953603>.
- Brotherton, R., & French, C.C.** (2014), Belief in Conspiracy Theories and Susceptibility to the Conjunction Fallacy. *Appl. Cognit. Psychol.*, 28, 238-248, <https://doi.org/10.1002/acp.2995>.
- Copping L. T.** (2022). Anxiety and covid-19 compliance behaviors in the UK: The moderating role of conspiratorial thinking. *Personality and individual differences*, 192, 111604, <https://doi.org/10.1016/j.paid.2022.111604>.
- Dagnall, N., Denovan, A., Drinkwater, K. G., & Parker, A.** (2019). An Evaluation of the Belief in Science Scale. *Frontiers in psychology*, 10, 861, <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.0086>.
- Denovan, A., Dagnall, N., Drinkwater, K., Parker, A., & Neave, N.** (2020). Conspiracist beliefs, intuitive thinking, and schizotypal facets: A further evaluation. *Applied Cognitive Psychology*, 34(6), 1394-1405, <https://doi.org/10.1002/acp.3716>.
- Douglas, K. M., Sutton, R. M., & Cichocka, A.** (2017). The Psychology of Conspiracy Theories. *Current Directions in Psychological Science*, 26(6), 538–542, <https://doi.org/10.1177/0963721417718261>.
- Douglas, K.M., Uscinski, J.E., Sutton, R.M., Cichocka, A., Nefes, T., Ang, C.S., & Deravi, F.** (2019), Understanding Conspiracy Theories. *Political Psychology*, 40, 3-35, <https://doi.org/10.1111/pops.12568>.
- Giancola, M., Palmiero, M., & D'Amico, S.** (2023). Dark Triad and COVID-19 vaccine hesitancy: the role of conspiracy beliefs and risk perception. *Current psychology (New Brunswick, N.J.)*, 1–13. Advance online publication, <https://doi.org/10.1007/s12144-023-04609-x>.
- Gligorić, V., da Silva, M. M., Eker, S., van Hoek, N., Nieuwenhuijzen, E., Popova, U., & Zeighami, G.** (2021). The usual suspects: How psychological motives and thinking styles predict the endorsement of well-known and COVID-19 conspiracy beliefs. *Applied Cognitive Psychology*, 35(5), 1171– 1181, <https://doi.org/10.1002/acp.3844>.

Hornsey, M. J., Harris, E. A., & Fielding, K. S. (2018). The psychological roots of anti-vaccination attitudes: A 24-nation investigation. *Health psychology, 37*(4), 307-315, <https://doi.org/10.1037/hea0000586>.

Hughes, S., & Machan, L. (2021). It's a conspiracy: Covid-19 conspiracies link to psychopathy, Machiavellianism and collective narcissism. *Personality and individual differences, 171*, 110559, <https://doi.org/10.1016/j.paid.2020.110555>.

Imhoff, R., & Lamberty, P. (2020). A bioweapon or a hoax? The link between distinct conspiracy beliefs about the coronavirus disease (COVID-19) outbreak and pandemic behavior. *Social Psychological and Personality Science, 11*(8), 1110-1118, <https://doi.org/10.1177/1948550620934692>.

Kim, S., & Kim, S. (2021). Searching for general model of conspiracy theories and its implication for public health policy: Analysis of the impacts of political, psychological, structural factors on conspiracy beliefs about the COVID-19 pandemic. *International journal of environmental research and public health, 18*(1), 266, <https://doi.org/10.3390/ijerph18010266>.

Kojan, L., Burbach, L., Ziefle, M., & et al.(2022) Perceptions of behaviour efficacy, not perceptions of threat, are drivers of COVID-19 protective behaviour in Germany. *Humanit Soc Sci Commun 9* (97), <https://doi.org/10.1057/s41599-022-01098-4>.

Kowalska-Duplaga, K., Duplaga, M. (2023) The association of conspiracy beliefs and the uptake of COVID-19 vaccination: a cross-sectional study. *BMC Public Health 23*, 672, <https://doi.org/10.1186/s12889-023-15603-0>.

Leonard, M. J., & Philippe, F. L. (2021). Conspiracy Theories: A Public Health Concern and How to Address It. *Frontiers in psychology, 12*, 682931, <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.682931>.

Malesza, M. (2020). The Dark Triad and beliefs in conspiracy theories about COVID-19, Retrieved from https://www.researchgate.net/publication/343948511_The_Dark_Triad_and_beliefs_in_conspiracy_theories_about_the_COVID-19 (28.08.2023).

Pizarro, J. J., Cakal, H., Méndez-Casas, L., Da Costa, S., Zumeta, L., Gracia-Leiva, M., ... & Cavalli, S. (2020). Tell me what you are like and I will tell you what you believe in: Social representations of COVID-19 in the Americas, Europe and Asia. *Papers on Social Representations, 29*(2), 2.1-2.38.

Rutjens, B. T., Van der Linden, S., & Van der Lee, R. (2021). Science skepticism in times of COVID-19. *Group Processes & Intergroup Relations, 24*(2), 276-283, <https://doi.org/10.1177/1368430220981415>.

Rutjens, B. T., Sengupta, N., der Lee, R. van, van Koningsbruggen, G. M., Martens, J. P., Rabelo, A., & Sutton, R. M. (2022). Science Skepticism Across 24 Countries. *Social Psychological and Personality Science, 13*(1), 102-117, <https://doi.org/10.1177/1948-5506211001329>.

van Mulukom, V., Pummerer, L. J., Alper, S., Bai, H., Čavojová, V., Farias, J., Kay, C. S., Lazarevic, L. B., Lobato, E. J. C., Marinthe, G., Pavela Banai, I., Šrol, J., & Žeželj, I. (2022). Antecedents and consequences of COVID-19 conspiracy beliefs: A systematic

review. *Social science & medicine* (1982), 301, 114912, <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2022.114912>.

van Prooijen J. W. (2017). Why Education Predicts Decreased Belief in Conspiracy Theories. *Applied cognitive psychology*, 31(1), 50–58, <https://doi.org/10.1002/acp.3301>.

van Prooijen, J.-W., Douglas, K.M. (2018). Belief in conspiracy theories: Basic principles of an emerging research domain. *Eur. J. Soc. Psychol.*, 48, 897-908, <https://doi.org/10.1002/ejsp.2530>.

van Prooijen J.-W (2022). Psychological benefits of believing conspiracy theories, *Current Opinion in Psychology*, 47, 101352, <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2022.101352>.

Witte, K., & Allen, M. (2000). A meta-analysis of fear appeals: implications for effective public health campaigns. *Health education & behavior: the official publication of the Society for Public Health Education*, 27(5), 591–615, <https://doi.org/10.1177/109019810002700506>.

**ՀԵՏԵՎԵ՝ Լ ԿԱՌԱՎԱՐՈՒԹՅԱՆ ԵՎ ԱՌՈՂՋԱՊԱՀԱԿԱՆ
ԻՆՍՏԻՏՈՒՏՆԵՐԻ ՈՐՈՇՈՒՄՆԵՐԻՆ, ԹԵ՞ ՈՉ.
ՎՍՏԱՀՈՒԹՅԱՆ ԴԵՐԸ ՔՈՎԻԴ-19 ՀԱՄԱՎԱՐԱԿԻ ԴԵՄ
ՊԱՅՔԱՐՈՒՄ**

Անի Գրիգորյան

Այն բանից հետո, երբ 2020թ. մարտի 11-ին Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպությունը *ՔՈՎԻԴ-19* վիրուսը որակեց որպես համավարակ (պանդեմիա)¹, կառավարություններն ամբողջ աշխարհով սկսեցին ձեռնարկել տարբեր միջոցառումներ՝ վիրուսի տարածումը զսպելու և կառավարելու համար: Ընդ որում՝ կառավարությունների արձագանքն ընդգրկել է ամենատարբեր գործողություններ՝ հիգիենայի պահպանման, դիմակների օգտագործման ցուցումներից մինչև սոցիալական հեռավորության պահպանում, լոքդաուն, տեղաշարժման և այլ ազատությունների սահմանափակում (Reiersen, Roll, Williams & Carlsson, 2022): Համանման սահմանափակումներ և գործողություններ սահմանվել են նաև Հայաստանում 2020թ. մարտի 16-ից սկսած²: Դրանք գործել են տարբեր տևականությամբ և խստության տարբեր մակարդակներով՝ պայմանավորված երկրում հիվանդության համաճարակային իրավիճակով, վարակվածության և մահվան դեպքերի քանակով, սոցիալ-տնտեսական, քաղաքական և այլ հանգամանքներով:

Բնականաբար, հանրային առողջությանը սպառնացող վտանգի պայմաններում շատ կարևոր է կառավարությունների համաչափ արձագանքն ու իրավիճակի զարգացումներին համապատասխան գործողու-

¹ World Health Organization (2020). WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19- 11 March 2020, Retrieved from <https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020> (29.08.2023).

² ՀՀ Կառավարության որոշումը ՀՀ-ում արտակարգ դրություն հայտարարելու մասին (2020), <https://www.arlis.am/DocumentView.aspx?docid=140212> (29.08.2023).

թյունների ձեռնարկումը, սակայն դրանց արդյունավետությունը զգալիորեն կախված է նրանից, թե որքանով է հասարակությունը հետևում դրանց և իր ամենօրյա պրակտիկաներում ներառում հանրային առողջության պահպանմանն ուղղված ցուցումները, ճգնաժամային իրավիճակում գործելու վարքի նորմերը:

Մարդկային վարքը խիստ կարևոր նշանակություն ունի նրանում, թե ինչպես է համավարակը զարգանում: Վերջինիս արդյունավետ կառավարման մեջ մեծ ներդրում կլինի մարդկանց մեծամասնության կողմից առողջապահական ինստիտուտների ցուցումներին հետևելը: Եթե մարդիկ հետևեն հիգիենայի նորմերին, պահպանեն ֆիզիկական հեռավորություն, պատվաստվեն, երբ արդյունավետ պատվաստանյութերը հասանելի են դառնում, համավարակը կարող է վերահսկելի դառնալ: Այս համատեքստում, վստահության գործոնն է սկսում հիմնարար դեր կատարել. այն մեծացնում է մարդկանց՝ առողջապահական ինստիտուտների ցուցումներին հետևելու և կանխարգելիչ վարք դրսևորելու հավանականությունը (Reiersen և այլք, 2022):

Ընդհանուր առմամբ, վստահությունը կարևոր գործոն է դիտարկվում համավարակի դեմ պայքարի գործում, քանի որ շատ ուսումնասիրություններ ցույց են տվել վերջինիս դրական նշանակությունը հասարակության արդյունավետ գործառնության համար (Fukuyama, 1995; Yamagishi, 2011; Algan & Cahuc, 2014): Երբ հասարակության ներսում մարդիկ վստահում են միմյանց, տնտեսական փոխգործակցությունն ավելի սահուն է ընթանում (Torsvik, 2000), կոլեկտիվ գործողությունների հետ կապված խնդիրներն ավելի հեշտ են լուծվում (Ostrom, 2003), հասարակությունն առավել ներառող է և բաց (Fukuyama, 1995; Lazzarini, Miller, & Zenger, 2008; Yamagishi, 2011), ցածր է կոռուպցիայի մակարդակը և արդյունավետ է կառավարումը (Rothstein, 2011), մարդիկ ավելի երջանիկ են և առողջ (Putnam, 2000; Uslaner, 2002): Ավելին, *ՔՈՎԻԴ-19*-ին նախորդող այլ համավարակների շրջանում արված հետազոտությունները նույնպես նշում են վստահության կարևորության մասին մարդկանց՝ կառավարության ցուցումներին հետևելու հարցում: Մի շարք երկրներում արված հետազոտությունները պարզել են, որ մարդիկ, ովքեր ունեցել են վստահության բարձր մակարդակ քաղաքական և առողջապահական ինստիտուտների, ինչպես նաև ՋԼՄ-ների հանդեպ, ավելի շատ են հետևել նրանց կողմից

առաջադրված ցուցումներին՝ ուղղված 2009-2010թթ. H1N1 վիրուսի հետևանքով հարուցված խոզի գրիպի համավարակը վերահսկելուն (Rubin, Amlôt, Rage, & Wessely, 2009; Gilles և այլք, 2011; Prati, Pietrantoni, & Zani, 2011; Freimuth և այլք, 2014; Chuang և այլք, 2015): Իսկ, օրինակ, կառավարության հանդեպ քիչ վստահություն ունեցող մարդիկ ավելի քիչ նախազգուշական միջոցներ են ձեռնարկել 2014-2016թթ. Լիբերիայում և Կոնգոյում Էբոլա վիրուսի բռնկման ժամանակ (Blair, Morse, & Tsai, 2017): Համավարակը մարդկանց համար անորոշ, անձանոթ իրավիճակ է, որում նրանք չունեն բավարար գիտելիք և տեղեկատվություն՝ որոշում կայացնելու, գործելու տարբերակներ ընտրելու համար: Մարդկանց մեծամասնությունը չգիտի՝ ինչ անել, հատկապես համավարակի բռնկման ամենասկզբում: Նրանք ստիպված են հիմնվելու ուրիշների կողմից տրամադրվող տեղեկատվության վրա՝ որոշումներ կայացնելու համար: Հետևաբար, եթե մարդիկ վստահում են առողջապահական ոլորտի հեղինակություններին, ինստիտուտներին, հավատում են, որ կառավարությունն իրականացնում է արդյունավետ միջոցառումներ համավարակի դեմ պայքարում, ավելի շատ են ընդունում դրանք և պատրաստ են կիրառելու իրենց վարքում (Reiersen և այլք, 2022):

Համավարակի առաջին ալիքից սկսած՝ մի շարք հետազոտություններ են արվել՝ ուսումնասիրելու մարդկանց, կառավարության ու առողջապահական ինստիտուտների հանդեպ վստահության, համավարակի դեմ պայքարի կարգավորումներին հետևելու պատրաստակամության և կանխարգելիչ վարքի կապը: Օրինակ, իտալացի և ֆրանսիացի հարցվողների մասնակցությամբ ուսումնասիրությունը ցույց է տվել, որ կառավարության հանդեպ վստահությունը մեծացնում է վերջինիս կարգավորումներն ընդունելու պատրաստակամությունը, մինչդեռ վստահության բացակայությունն ու Կորոնավիրուսային իրավիճակի հանդեպ քիչ մտահոգությունը նվազեցնում են այդ պատրաստակամությունը (Lalot, Heering, Rullo, Travaglino, & Abrams, 2020): Նորվեգիայում արված հետազոտությամբ ցույց է տրվել առողջապահական ինստիտուտների, հիվանդանոցների հանդեպ վստահության մակարդակի բարձրացում Կորոնավիրուսի բռնկումից առաջ և հետո (Skirbekk, Magelssen, & Conradsen, 2023): Ուսումնասիրություններում հաշվի են առնվել վստահության տարբեր տեսակների դերը (անձանոթների, համաքաղաքացիների, առողջապահական

ինստիտուտների, կառավարության, գիտության հանդեպ) (Pagliaro, Sacchi, & Pacilli, 2021), ինչպես նաև Կորոնավիրուսային փորձառության հնարավոր ազդեցությունը (Thoresen, Blix, Wentzel-Larsen, & Birkeland, 2021; Gambetta, & Morisi, 2022): Ուշադրության են արժանի նաև այն հետազոտությունները, որոնցում հայտնաբերվել է վստահության հակառակ ազդեցությունը, ըստ որի՝ կառավարության հանդեպ վստահության բարձր մակարդակը կարող է հանգեցնել վտանգի թերագնահատման և մարդկանց կողմից կանխարգելիչ միջոցների ձեռնարկման նվազեցման, քանի որ նրանք կարիք չեն տեսնում անհատական գործողություններ կատարելու՝ վարակի տարածման ռիսկերը նվազեցնելու և իրավիճակը վերահսկելու համար (Mei Ling Wong & Jensen, 2020):

Բոլոր այս ուսումնասիրությունները ցույց են տալիս, որ քվիդի նման անորոշ, բարձր ռիսկայնությամբ իրավիճակում վստահության դերը կախված է կոնտեքստից, թե ինչ հասարակությունում ենք մենք այն ուսումնասիրում, ընդ որում, կարևոր նշանակություն ունի նաև վստահության տարբեր տեսակների ուսումնասիրությունն ու իրավիճակի հետ առնչություն ունեցող այլ գործոնների հաշվառելը:

Պարզելու համար, թե մեր հասարակությունում ինչպիսի դեր է ունեցել մարդկանց վստահությունը ուրիշների, կառավարության և առողջապահական ինստիտուտների հանդեպ քվիդի դեմ պայքարի հարցում, մենք իրականացրել ենք երկու լայնահատույթային հետազոտություններ Կորոնավիրուսի բռնկման սկզբնական փուլում և համավարակային իրավիճակի ավարտին: Առաջին ուսումնասիրությունն իրականացվել է 2020թ. ապրիլ-մայիս ամիսներին՝ նպատակ ունենալով դուրս բերել, թե ինչպես են մարդիկ գնահատում իրենց համաքաղաքացիների գործողությունները՝ ի պատասխան Կորոնավիրուսային իրավիճակին, և ինչպես է մարդկանց հանդեպ վստահությունը հարաբերվում այդ ընկալումների հետ: Երկրորդ ուսումնասիրությունն իրականացվել է 2022թ. նոյեմբեր-դեկտեմբեր ամիսներին, երբ Կորոնավիրուսով պայմանավորված՝ հանրային առողջության վտանգն արդեն բացակայում էր: Նպատակ ունեինք պարզելու, թե ինչպիսին է մարդկանց վստահությունը կառավարության, առողջապահական ինստիտուտների և համաքաղաքացիների հանդեպ՝ Կորոնավիրուսային իրավիճակի դեմ պայքարի երկամյա փորձի հիման վրա, և ինչպես է այդ վստահությունը հարաբերվում ապագայում համա-

նման ճգնաժամային իրավիճակները հաղթահարելու նրանց պատկերացումների հետ:

Մեր ուսումնասիրությունների շրջանակում վստահությունը սահմանել ենք որպես «սպասելիք, որ ուրիշները բարյացակամ կգործեն, կպահեն իրենց խոստումները և վնաս չեն պատճառի» (Glanville և այլք, 2013; մեջբերված է՝ ըստ Thoresen, և այլք, էջ 2): Վերջինս կարող է ազդել վարքային միտումների վրա թե՛ անհատական, թե՛ սոցիալական մակարդակներում՝ խթանելով օգնող վարքն ու համագործակցությունը (Lange, 2015): Ընդ որում՝ տարբերակել ենք քաղաքական ինստիտուտների, կառավարության հանդեպ դրսևորվող ինստիտուցիոնալ կամ քաղաքական վստահությունն առանձին մարդկանց հանդեպ վստահությունից (օրինակ՝ ընտանիքի անդամներ, ընկերներ, համաքաղաքացիներ և այլն) (Bjørnskov, 2007; Glanville & Paxton, 2007):

Կառավարության և առողջապահական ինստիտուտների հանդեպ վստահության փոփոխությունը. 2020-2022թթ. Հայաստանում արված ուսումնասիրությունների արդյունքներ

Մեր ուսումնասիրություններով առաջադրված նպատակների հիմնավորման համար հիմք են հանդիսացել նաև 2020-2022թթ. *ՔՈՎԻԴ-19*-ի տարբեր ալիքների ընթացքում ՀՌԿ-Հայաստան և Բրեվիս հետազոտական կազմակերպությունների կողմից իրականացված ներկայացուցչական հարցումների արդյունքները հայ բնակչության շրջանում: Մենք առանձնացրել ենք կառավարության, առողջապահական համակարգի հանդեպ վստահությանը, ինչպես նաև Կորոնավիրուսային իրավիճակին ի պատասխան այս ինստիտուտների գործողությունների վերաբերյալ մարդկանց վերաբերմունքին առնչվող հարցերի պատասխանները:

2020թ. հունիսին ՀՌԿ-Հայաստանի կողմից 774 մարդու շրջանում արված հարցման³ համաձայն՝ 54%-ը բարձր վստահություն է հայտնել առողջապահական համակարգի հանդեպ՝ ճիշտ համարելով վերջինիս գործողությունները Կորոնավիրուսային իրավիճակում: Ընդ որում՝ առողջապահական համակարգի հանդեպ մարդկանց վստահությունն ամենա-

³ The Caucasus Research Resource Center (CRRC)-Armenia (2020). Armenia: Citizens' Perceptions on COVID-19, Retrieved from https://www.crrc.am/wp-content/uploads/2020/08/-WB-COVID-Final-Report_v.5-1.pdf (29.08.2023).

բարձրն է եղել՝ համեմատած քաղաքական այլ ինստիտուտների, որոնց շարքում բարձր վստահության մակարդակով ամենավերջինը կառավարությունն է (43%՝ ուստիկանություն, 42%՝ առողջապահական համակարգի հեղինակություններ, 33%՝ կրթական համակարգ, 35%՝ պարետատուն, 25%՝ կառավարություն): Առողջապահական համակարգի գործողությունների վերաբերյալ դրական արձագանք գրանցվել է նաև նույն ժամանակահատվածում Բրեվիս կազմակերպության հարցմամբ⁴, ըստ որի՝ 1517 հարցվածներից 64%-ը դեպի լավը փոփոխությամբ է գնահատել վերջինիս աշխատանքը համավարակի պայմաններում: Նույն հարցման մասնակիցներից 48%-ը ամբողջությամբ բավարարված է եղել Կորոնավիրուսային իրավիճակին կառավարության արձագանքով (23%-ը՝ «որոշ չափով բավարարված»), 54%-ը ամբողջությամբ բավարարված է եղել նրանով, թե ինչպես է կառավարությունը հանրությանը հաղորդում Կորոնավիրուսի համավարակով պայմանավորված հանրային առողջության ռիսկերը (27%-ը՝ «որոշ չափով բավարարված»), 45%-ը (24%-ը՝ «որոշ չափով բավարարված») ամբողջությամբ բավարարված է եղել կառավարության կողմից իրականացվող սոցիալական ծրագրերով՝ ուղղված համավարակի հետևանքների մեղմացմանը: Կառավարության կողմից իրականացվող գործողությունների հանդեպ վերաբերմունքի համատեքստում հարկ է նշել նաև, որ հարցվածների 50%-ը հիմնականում արդարացված է համարել (32%-ը՝ «երբեմն արդարացված») հանրային առողջությունը պահպանելու համար խիստ միջոցառումների իրականացումը:

Ինչպես կարելի է տեսնել, Կորոնավիրուսի բռնկման սկզբնական փուլում հայ հասարակությունը, ընդհանուր առմամբ, ունեցել է վստահության բարձր մակարդակ առողջապահական համակարգի հանդեպ՝ դրական գնահատելով վերջինիս և կառավարության գործողությունները համավարակի դեմ պայքարի հարցում: Կարևոր է նշել նաև համավարակի ռիսկերի վերաբերյալ հասարակության և կառավարության միջև հաղորդակցման վերաբերյալ մարդկանց բավարարվածության բարձր մակարդակի մասին:

⁴ International Republican Institute's (IRI) Center for Insights in Survey Research (2020). Public Opinion Survey: Residents of Armenia, https://www.iri.org/wp-content/uploads/2020/07/7.14.-2020_armenia_survey_on_covid_19_response.pdf (29.08.2023).

2021թ. հուլիսի 21-30-ը Բրեվիսի կողմից իրականացրած մեկ այլ հարցման⁵ արդյունքներով (N=1504) հարցվածների 34%-ն է նշել, որ Կորոնավիրուսային իրավիճակի պայմաններում առողջապահության նախարարության նկատմամբ իրենց կարծիքը լավացել է (33%-ը նշել է, որ չի փոխվել): Բացի այդ, 26%-ը նշել է, որ քովիդի դեմ պայքարում կառավարությունը պետք է ավելի խիստ միջոցներ սահմանի տրանսպորտի, ռեստորանների, գրասենյակների, գործարանների և այլ փակ հաստատությունների գործունեության վերաբերյալ, 17%-ը նշել է, որ կառավարությունը պետք է ավելի շատ խոսի պատվաստումների մասին, 15%-ը, որ կառավարությունը չպետք է պայքարի Կորոնավիրուսի դեմ: Հարցվածների 21%-ն է լիովին բավարարված եղել (38%-ը՝ «որոշ չափով բավարարված») կառավարության կողմից Կորոնավիրուսային պատվաստանյութերի վերաբերյալ տրամադրած տեղեկատվության բովանդակությունից: Ինչպես կարելի է տեսնել, համավարակի զարգացման այդ ժամանակահատվածում, երբ հանրապետությունում արդեն մեկնարկել էր պատվաստումային փուլը, մարդկանց բավարարվածության մակարդակը առողջապահական համակարգի և կառավարության գործողություններով նվազել էր:

Կորոնավիրուսային իրավիճակի զարգացման վերջին փուլի հարցման արդյունքներով⁶ (հունիս 10-21, 2022; N=1499) հարցվածների ընդամենը 12%-ն է լիովին բավարարված եղել (37%-ը՝ «որոշ չափով բավարարված») առողջապահության նախարարության աշխատանքով:

Ստացվում է, որ Կորոնավիրուսի բռնկման սկզբնական փուլից սկսած, երբ առողջապահական համակարգի նկատմամբ բավական բարձր է եղել վստահության մակարդակը և վերջինիս աշխատանքով բավարարվածությունը, իրավիճակի զարգացմամբ բավարարվածությունը նվազել է: Իհարկե, պետք է հաշվի առնել, որ այս հարցումներն արվել են ժամանակի առանձին կտրվածքներով և տարբեր մարդկանց հետ, ինչը

⁵ Միջազգային հանրապետական ինստիտուտի (ՄՀԻ) Հարցումների հետազոտության կենտրոն (2021). Հանրային կարծիքի ուսումնասիրություն. Հայաստանի առկա բնակչություն, Retrieved from https://www.iri.org/wp-content/uploads/2021/09/armenian_final_presentation_09_03_2021.pdf (29.08.2023).

⁶ International Republican Institute's (IRI) Center for Insights in Survey Research (2022). Public Opinion Survey: Residents of Armenia, Retrieved from <https://www.iri.org/resources/public-opinion-survey-residents-of-armenia-june-2022/> (29.03.2023).

թույլ չի տալիս պատճառական եզրակացություններ անել հայ հասարակության՝ առողջապահական համակարգի և կառավարության հանդեպ վստահության և բավարարվածության մակարդակների փոփոխության վերաբերյալ: Փոփոխությունների արձանագրումը նկարագրական մակարդակում է, որը կարևոր նշանակություն ունի հասկանալու համար, թե Կորոնավիրուսային իրավիճակի զարգացման տարբեր փուլերում հայ հասարակությունն ինչպիսի վերաբերմունք է ունեցել պատասխանատու մարմինների նախաձեռնած գործողությունների հանդեպ:

Առաջին ուսումնասիրություն

Առաջին հարցումն իրականացրել ենք 2020թ. ապրիլ-մայիս ամիսներին՝ պարզելու համար, թե (1) ինչպես են մարդիկ ընկալում իրենց համաքաղաքացիների գործողությունները՝ ի պատասխան Կորոնավիրուսային իրավիճակին, (2) ինչպես է մարդկանց հանդեպ ընդհանուր վստահությունը հարաբերվում այդ ընկալումների հետ:

Հետազոտական ընտրանք

Հարցմանը մասնակցել է 390 մարդ ($M_{age}= 24.30$, $SD=8.652$, Range 11-62), որից 54.8%-ը՝ կին: Հարցվածների 27.3%-ն ուներ մագիստրոսի և ավելի բարձր կրթական աստիճան: Այդ ժամանակահատվածի համար ընդամենը 2 հոգի են նշել, որ վարակվել են Կորոնավիրուսով, 38-ը վստահ չէր, մյուսները նշել են, որ վարակված չեն եղել: Տվյալները հավաքագրվել են առցանց եղանակով, ձնագնդի տեխնիկայով (snowball sampling):

Հետազոտության գործիքակազմ

«Սոցիալական համակարգված գործողությունների ընկալումներ». տասը հարցից բաղկացած հարցաբանն ուղղված է գնահատելու, թե ինչպես են մարդիկ ընկալում իրենց համաքաղաքացիների գործողությունները՝ Կորոնավիրուսային իրավիճակին ի պատասխան: Պնդումները գնահատվել են Լիկերտի 1-6 բալանոց սանդղակով.

1. *«Որքանո՞վ են եսասիրաբար իրենց պահում մարդիկ Ձեր համայնքում Կորոնավիրուսի բռնկումից հետո»* (1՝ ընդհանրապես եսասիրաբար չեն պահում, 6՝ շատ եսասիրաբար են պահում). $M=3.11$; $SD=1.451$:

2. «Որքանո՞վ են մարդիկ Ձեր համայնքում գործում այնպես, որպեսզի ուրիշներին պաշտպանեն վիրտուսով վարակումից» (1՝ ընդհանրապես չեն փորձում պաշտպանել, 6՝ շատ են փորձում պաշտպանել). $M=3.55$; $SD=1.360$:
3. «Որքանո՞վ եք նկատել, որ ինչ բռնկվել է Կորոնավիրուսը, ավելի շատ մարդ է սկսել խախտել ընդունված վարքային նորմերը» (1-քիչ մարդիկ են խախտում վարքային նորմերը- 6-շատ մարդիկ են խախտում վարքային նորմերը). $M=3.19$; $SD=1.467$:
4. «Որքանո՞վ է Ձեր համայնքը մշակում խիստ կանոններ՝ հակազդելու Կորոնավիրուսին» (1-ընդհանրապես չի մշակում խիստ կանոններ-6-բավականին շատ է մշակում խիստ կանոններ). $M=3.60$; $SD=1.415$:
5. «Որքանո՞վ է Ձեր համայնքը պատժում մարդկանց, ովքեր չեն պահպանում Կորոնավիրուսին հակազդելու համար սահմանված կանոնները» (1-ընդհանրապես չի պատժում կանոնները խախտող մարդկանց, 6-բավականին շատ է պատժում կանոնները խախտող մարդկանց). $M=3.14$; $SD=1.420$:
6. Ձեր կարծիքով, որքանո՞վ լավ է Ձեր համայնքը կազմակերպված Կորոնավիրուսին հակազդելու համար (1-ընդհանրապես կազմակերպված չէ -6-շատ լավ է կազմակերպված). $M=3.51$; $SD=1.450$:
7. «Որքանո՞վ եք ստանում հստակ, միանշանակ հաղորդագրություններ այն մասին, թե ինչ անել Կորոնավիրուսային իրավիճակում» (1-ընդհանրապես հստակ չեն-6-շատ հստակ են, միանշանակ). $M=4.49$; $SD=1.407$:
8. «Որքանո՞վ եք հավատում, որ մարդիկ Ձեր երկրում ինքնակամ կմեկուսանան (օրինակ՝ կմնան տանը) այս իրավիճակում» (1-քիչ մարդ կանի այդպես -6-շատ մարդ կանի այդպես):
9. «Որքանո՞վ եք Դուք պատրաստակամ ինքնամեկուսանալ (օրինակ՝ մնալ տանը) այս իրավիճակում» (1-բացարձակապես պատրաստակամ չեմ-6-լիովին պատրաստակամ եմ). $M=5.10$; $SD=1.272$:
10. «Որքանո՞վ եք վստահում Ձեր համաքաղաքացիներին Կորոնավիրուսի դեմ պայքարում» (1-ընդհանրապես չեմ վստահում-6-շատ եմ վստահում). $M=3.45$; $SD=1.396$:

Քանի որ յուրաքանչյուր հարցադրում նկարագրում է Կորոնավիրուսային իրավիճակի առանձին հակազդում, մեր վերլուծության մեջ դրանք օգտագործվել են որպես առանձին փոփոխականներ:

Մարդկանց հանդեպ վստահությունը չափվել է մեկ պնդման միջոցով. հարցվողները պետք է գնահատեին, թե *«ընդհանուր առմամբ, որքան են վստահում մարդկանց մեծ մասին»*՝ 1-ից 6 միավորի միջակայքում (1-ը նշանակում է «բոլորովին չեմ վստահում», իսկ 6-ը՝ «լիովին վստահում եմ»): Կարևոր է նշել, որ վստահության այս հարցադրումը ձևակերպված չէ Կորոնավիրուսային իրավիճակի համար, այլ նախատեսված է՝ չափելու առհասարակ մարդկանց նկատմամբ վստահության մակարդակը:

Հարցվածների զգալի մասը՝ 55.1%-ը, ուներ մարդկանց հանդեպ վստահության միջին մակարդակ, 29%-ը՝ ցածր մակարդակ, 15.9%-ը՝ բարձր ($M_{ամբողջ ընտրանք}=3.29$; $SD=1.229$):

Տվյալների վերլուծություն և մեկնաբանություն

Տվյալների վիճակագրական վերլուծությունն իրականացվել է SPSS Statistics, Version 23.0 ծրագրով: Կիրառվել են նկարագրական վիճակագրության (թվաբանական միջինի, ստանդարտ շեղման հաշվում, հաճախականությունների դուրս բերում) և կորելյացիոն վերլուծության (Pearson bivariate correlation) մեթոդներ:

Ինչպես ցույց է տրվել հետազոտության գործիքակազմի նկարագրության բաժնում, մարդկանց հանդեպ վստահությունն ուներ միջին արտահայտվածություն հետազոտական ընտրանքում ($M=4.59$; $SD=2.457$): Միջին արտահայտվածություն ուներ նաև համաքաղաքացիների հանդեպ վստահությունը Կորոնավիրուսի դեմ պայքարի գործում ($M=3.45$; $SD=1.396$): Կորոնավիրուսային իրավիճակին ի պատասխան գործողությունների վերաբերյալ ընկալումների շարքում միջինի արտահայտվածությամբ ամենաբարձր ցուցանիշն ունի ինքնամեկուսանալու պատրաստականությունը ($M=5.10$; $SD=1.272$): Վերջինիս համեմատ՝ ցածր է գնահատվել համաքաղաքացիների մեկուսանալու պատրաստականությունը ($M=3.22$; $SD=1.604$): Մարդիկ բարձր են գնահատել նաև Կորոնավիրուսային իրավիճակին վերաբերող հաղորդագրությունների միանշանակությունն ու հստակությունը ($M=4.49$; $SD=1.407$):

Պիրսոնի կորելյացիոն վերլուծությունը դուրս է բերել նշանակալից փոխկապվածություններ մարդկանց հանդեպ վստահության և Կորոնավիրուսային իրավիճակում հետևյալ հակազդումների վերաբերյալ ընկալումների միջև.

- Որքան բարձր է վստահության մակարդակն ուրիշների հանդեպ, այնքան մարդիկ ավելի շատ են համարում, որ իրենց համաքաղաքացիների վարքն ուղղված է Կորոնավիրուսային իրավիճակում ուրիշներին պաշտպանելուն ($r=0.168^*$, $p=0.001$):
- Որքան բարձր է վստահության մակարդակն ուրիշների հանդեպ, այնքան մարդիկ ավելի շատ են համարում, որ համայնքը խիստ կանոններ է մշակում Կորոնավիրուսային իրավիճակին ի պատասխան ($r=0.128^*$, $p=0.012$):
- Որքան բարձր է վստահության մակարդակն ուրիշների հանդեպ, այնքան մարդիկ ավելի շատ են համարում, որ համայնքը պատժում է մարդկանց Կորոնավիրուսային իրավիճակում գործելու կանոնները խախտելու համար ($r=0.147^{**}$, $p=0.004$):
- Որքան բարձր է վստահության մակարդակն ուրիշների հանդեպ, այնքան մարդիկ ավելի շատ են գտնում, որ իրենց համայնքը լավ է կազմակերպված Կորոնավիրուսի դեմ պայքարում ($r=0.176^{**}$, $p=0.001$):
- Որքան բարձր է վստահության մակարդակն ուրիշների հանդեպ, այնքան մարդիկ ավելի շատ են համարում, որ ստանում են հստակ, միանշանակ հաղորդագրություններ Կորոնավիրուսային իրավիճակում գործելու համար ($r=0.141^{**}$, $p=0.006$):
- Որքան բարձր է վստահության մակարդակն ուրիշների հանդեպ, այնքան մարդիկ ավելի շատ են հավատում իրենց համաքաղաքացիների՝ Կորոնավիրուսային իրավիճակում ինքնամեկուսանալու պատրաստակամությանը ($r=0.216^{**}$, $p<0.001$):
- Որքան բարձր է մարդկանց հանդեպ վստահության մակարդակը, այնքան բարձր է Կորոնավիրուսի դեմ պայքարի գործում վստահությունը համաքաղաքացիների հանդեպ ($r=0.364^{**}$, $p=0.001$):

Այս արդյունքները մեկնաբանելիս, իհարկե, պետք է հաշվի առնել, որ մենք չենք հետազոտել մարդկանց բուն վարքը և հակազդումները

Կորոնավիրուսային իրավիճակում, այլ փորձել ենք պարզել, թե ինչպես են նրանք գնահատում իրենց համաքաղաքացիների վարքը Կորոնավիրուսային իրավիճակի դեմ պայքարի գործում: Կարելի է տեսնել, որ, ընդհանուր առմամբ, *ՔՈՎԻԴ-19*-ի բռնկման սկզբնական փուլում մեր հարցման շրջանակում մարդիկ հիմնականում միջին արտահայտվածությամբ են գնահատել իրենց համաքաղաքացիների գործողությունները՝ ի պատասխան ստեղծված իրավիճակին: Բացի այդ, ցույց ենք տվել, որ մարդկանց հանդեպ ընդհանուր վստահությունը կարևոր նշանակություն ունի նրանում, թե ինչպես են նրանք ընկալում ուրիշների գործողությունները, հակազդումները Կորոնավիրուսային իրավիճակում:

Համավարակի պայմաններում, երբ շատ կարևոր է հասարակության ներսում մարդկանց համագործակցությունը, պայքարի միջոցների համակարգված կիրառումը, սեփական վարքը ստեղծված իրավիճակում կարգավորելու, անհատական գործառնության համար դրական նշանակություն կարող է ունենալ անհատի վստահությունը նրանում, որ իր շրջապատի մարդիկ հետևում են ընդունված վարքի նորմերին, գործում են այնպես, որ պաշտպանեն ուրիշներին, կազմակերպված են՝ ստեղծված իրավիճակը հաղթահարելու համար:

Երկրորդ ուսումնասիրություն

Երկրորդ հարցումն իրականացրել ենք 2022թ. նոյեմբեր-դեկտեմբեր ամիսներին՝ նպատակ ունենալով պարզել, թե (1) ինչպիսին է մարդկանց վստահությունը կառավարության, առողջապահական ինստիտուտների և համաքաղաքացիների հանդեպ՝ Կորոնավիրուսային իրավիճակի դեմ պայքարի երկամյա փորձի հիման վրա, (2) ինչպես է այդ վստահությունը հարաբերվում ապագայում համանման ճգնաժամային իրավիճակները հաղթահարելու նրանց պատկերացումների հետ, (3) ինչպես է տարբերվում կառավարության, առողջապահական ինստիտուտների և համաքաղաքացիների հանդեպ վստահությունը՝ կախված Կորոնավիրուսի փորձառությունից և ժողովրդագրական գործոններից:

Հետազոտական ընտրանքը կազմում է 784 մասնակից (66,8%-ը կին, $M=24.93$, $SD=9.311$, Range 18-64): Տվյալները հավաքագրվել են 2022թ. նոյեմբեր-դեկտեմբեր ամիսներին՝ առցանց եղանակով, ձևագնդի տեխնիկայով (snowball sampling):

Հետազոտական ընտրանքի 16.6%-ը ուներ մագիստրոսի և ավելի բարձր կրթական աստիճան, 53.2%-ը աշխատում էր, 57.5%-ը վարակվել էր Կորոնավիրուսով, 32%-ը նշել էր, որ վարակվելուց հետո ունեցել է երկարաժամկետ հետևանքներ: 52.1%-ը նշել էր, որ ընտանիքի անդամներից կամ մտերիմներից ունեցել են ծանր հետևանքներ վարակվելու հետևանքով, 25.5%-ը նշել էր, որ ընտանիքի անդամներից կամ մտերիմներից մահացել են քովիդի հետևանքով:

Հետազոտության գործիքակազմ

Մարդկանց հանդեպ վստահությունը, անկախ Կորոնավիրուսային իրավիճակից, չափվել է այն նույն պնդմամբ, ինչ առաջին ուսումնասիրության ժամանակ՝ կիրառելով գնահատման 0-ից 10 միջակայքը ($M=4.46$; $SD=2.502$): Այս փուլում նույնպես հարցվածների զգալի մասը՝ 67.2%-ը, ուներ մարդկանց հանդեպ վստահության միջին մակարդակ, 21.6%-ը՝ ցածր, իսկ 11.2%-ը՝ բարձր:

Բնաստիտոցիոնալ վստահության չափման համար առաջադրվել են չորս պնդումներ, ըստ որի՝ մասնակիցները պետք է 0-ից 10 միավորի միջակայքում գնահատեին, թե որքանով են վստահում կառավարության և առողջապահական ինստիտուտների՝ ճգնաժամային իրավիճակներում արդյունավետ որոշումներ կայացնելու և հանրային առողջության մարտահրավերները հաղթահարելու կարողությանը: Եվս մեկ պնդումով մարդիկ գնահատել են իրենց *վստահությունը, որ համաքաղաքացիները* կհետևեն վարակների կանխարգելման կանոններին:

Հաշվի առնելով, որ ուսումնասիրության այս փուլում Կորոնավիրուսի բռնկումից անցել էր երկու տարի, և համավարակով պայմանավորված հանրային առողջության վտանգը զգալիորեն նվազել էր, նվազել էր նաև վտանգի ընկալումը մարդկանց կողմից՝ պայմանավորված 44-օրյա պատերազմի ու հետպատերազմյան իրավիճակի սպառնալիքներով, մենք հարցադրումները ձևակերպել ենք՝ չընդհատելով Կորոնավիրուսային իրավիճակը, բայց այնպիսի երանգավորմամբ, որ հարցվածները պատասխանեին՝ համավարակային իրավիճակին հանրային արձագանքի երկամյա փորձի հիման վրա:

1. «Որքանո՞վ եք վստահում ՀՀ կառավարության՝ ճգնաժամային իրավիճակներում արդյունավետ որոշումներ կայացնելու կարողությանը» (M=4.14; SD=2.926):

2. «Որքանո՞վ եք վստահում ՀՀ առողջապահական ինստիտուտների կարողությանը՝ արդյունավետորեն հաղթահարելու հանրային առողջության մարտահրավերները» (M=4.61; SD=2.934):

3. «Որքանո՞վ եք վստահում Ձեր համաքաղաքացիներին, որ նրանք կհետևեն վարակների կանխարգելմանն ուղղված վարքային նորմերին/ սահմանափակումներին» (M=4.47; SD=2.498):

Ապագայում Կորոնավիրուսի իրավիճակի նման այլ ճգնաժամային իրավիճակների հաղթահարման վերաբերյալ պատկերացումների չափման համար առաջադրվել են երեք պնդումներ, որոնք պետք է գնահատվեն 1-6 բալանոց սանդղակով: Պնդումները ձևակերպվել են առաջին ուսումնասիրության ընթացքում օգտագործված *Սոցիալական համակարգված գործողությունների* ընկալումներ հարցարանի երեք պնդումների համանմանությամբ՝ պարզելու, թե ինչպես մարդիկ կգնահատեն համաքաղաքացիների հակազդումները ճգնաժամային իրավիճակում ապագայի հեռանկարից:

1. «Ապագայում Կորոնավիրուսի նման այլ համավարակների բռնկման դեպքում որքանո՞վ Ձեր համաքաղաքացիները կգործեն այնպես, որպեսզի պաշտպանեն ուրիշներին վիրուսի վարակումից» (1-ընդհանրապես չեն գործի-6-շատ կգործեն). M=3.59; SD=1.292:

2. «Ապագայում Կորոնավիրուսի նման այլ համավարակների բռնկման դեպքում որքա՞ն շատ Ձեր համաքաղաքացիներից կխախտեն ընդունված վարքի նորմերը» (1-քիչ մարդիկ կխախտեն վարքի նորմերը – 6-շատ մարդիկ կխախտեն կանխարգելիչ վարքի նորմերը). M=3.96; SD=1.480:

3. «Ապագայում Կորոնավիրուսի նման այլ համավարակների բռնկման դեպքում որքանո՞վ լավ կկազմակերպվի Ձեր համայնքը իրավիճակը հաղթահարելու համար» (1-ընդհանրապես չի կազմակերպվի-6-շատ լավ կկազմակերպվի). M=3.71; SD=1.308:

Տվյալների վերլուծություն և մեկնաբանություն

Տվյալների վիճակագրական վերլուծությունն իրականացվել է SPSS Statistics, Version 23.0 ծրագրով: Կիրառվել են նկարագրական վիճակագրության (թվաբանական միջինի, ստանդարտ շեղման հաշվում, հաճախականությունների դուրս բերում), կորելյացիոն (Pearson bivariate correlation) և խմբերի համեմատական վերլուծության (Student's t-test) մեթոդներ:

Ինչպես ներկայացվել է հետազոտության գործիքակազմի նկարագրության բաժնում, վստահության բոլոր չափումներն ունենին միջին արտահայտվածություն: Վերջինիս շարքում միջինի ցուցանիշով բարձր էր վստահությունը, որ առողջապահական ինստիտուտները կարող են արդյունավետորեն հաղթահարել հանրային առողջության մարտահրավերները ($M=4.61$; $SD=2.934$): Ապագայի պատկերացումների շարքում միջինի ցուցանիշով բարձր էր ընկալումը, որ Կորոնավիրուսի նման այլ համավարակների բռնկման դեպքում ավելի շատ համաքաղաքացիներ կխախտեն վարքի նորմերը:

Կորոնավիրուսի իրավիճակի նման այլ ճգնաժամային իրավիճակների հաղթահարման վերաբերյալ ապագա պատկերացումների տվյալները համադրել ենք *ՔՈՎԻԴ-19*-ի բռնկման սկզբում համաքաղաքացիների հակազդումների վերաբերյալ ընկալումների հետ: Վերլուծության մեջ օգտագործել ենք միայն համանման ձևակերպումով պնդումները, ինչը թույլ է տվել նկարագրական մակարդակում պարզելու համաքաղաքացիների հանդեպ վստահության փոփոխությունը Կորոնավիրուսի նման իրավիճակներում ապրքարի համատեքստում:

- Քովիդի բռնկման սկզբում հարցվածների 23.9% -ն է բարձր գնահատել իրենց համաքաղաքացիների պատրաստակամությունը պաշտպանելու մյուսներին, իսկ համավարակային իրավիճակի ավարտին 21.5%-ն է բարձր գնահատել ապագայում իրենց համաքաղաքացիների պատրաստակամությունը՝ պաշտպանելու մյուսներին:
- Քովիդի բռնկման սկզբում հարցվածների 17%-ն էր գտնում, որ շատ մարդ է խախտում վարքի նորմերը, իսկ համավարակային իրավիճակի ավարտին 20.6%-ն է նշել, որ ապագայում Կորոնավիրուսի նման իրավիճակներում շատ մարդ կխախտի վարքի նորմերը:

- Քովիդի բռնկման սկզբում 12.3%-ը բարձր էր գնահատում համայնքի լավ կազմակերպվածությունը Կորոնավիրուսի դեմ պայքարելու համար, իսկ համավարակային իրավիճակի ավարտին 10%-ն է ապագայի համար բարձր գնահատել համայնքի կազմակերպվածությունը:
- Քովիդի բռնկման սկզբում հարցվածների 22%-ն է բարձր վստահություն ունեցել իրենց համաքաղաքացիների նկատմամբ՝ քովիդի դեմ պայքարի համատեքստում, իսկ համավարակային իրավիճակի ավարտին 11.7%-ն է բարձր վստահություն արտահայտել իրենց համաքաղաքացիների հանդեպ՝ ապագայի համար Կորոնավիրուսի նման իրավիճակների դեմ պայքարի համատեքստում:

Ինչպես կարելի է տեսնել, երկու ուսումնասիրության արդյունքներով մասնակիցների քանակի և պատասխանների հարաբերակցությամբ զգալիորեն նվազել է համաքաղաքացիների հանդեպ վստահությունը՝ Կորոնավիրուսի նման իրավիճակներում պայքարի համատեքստում:

Պարզելու համար, թե վստահության տարբեր չափումներ ինչպես են հարաբերվում ապագայում ճգնաժամային իրավիճակների հաղթահարման պատկերացումների հետ, իրականացրել ենք Պիրսոնի կորելյացիոն վերլուծություն (Աղյուսակ 1):

Աղյուսակ 1. Վստահության տարբեր չափումների և ապագայի պատկերացումների միջև կորելյացիոն վերլուծության արդյունքներ

	ԱՊ1	ԱՊ2	ԱՊ3
Կառավարության հանդեպ վստահություն	$r=0.300^{**}$ $p<0.001$	$r=0.027$ $p=0.448$	$r=0.414^{**}$ $p<0.001$
Առողջապահական համակարգի հանդեպ վստահություն	$r=0.296^{**}$ $p<0.001$	$r=-0.007$ $p=0.843$	$r=0.439^{**}$ $p<0.001$
Համաքաղաքացիների հանդեպ վստահություն	$r=0.475^{**}$ $p<0.001$	$r=-0.201^{**}$ $p<0.001$	$r=0.470^{**}$ $p<0.001$
Ընդհանրապես մարդկանց հանդեպ վստահություն	$r=0.334^{**}$ $p<0.001$	$r=-0.129^{**}$ $p<0.001$	$r=0.400^{**}$ $p<0.001$

* Շանթագրություն. ԱՊ1-«Ապագայում Կորոնավիրուսի նման այլ համավարակների բռնկման դեպքում որքանով ձեր համաքաղաքացիները կգործեն այնպես, որպեսզի պաշտպանեն ուրիշներին վիրուսի վարակումից», ԱՊ2-«Ապագայում Կորոնավիրուսի նման այլ համավարակների բռնկման դեպքում որքան շատ Ձեր համաքաղաքացիներից կխախտեն ընդունված վարքի նորմերը», ԱՊ3-«Ապագայում Կորոնավիրուսի նման այլ համավարակների բռնկման դեպքում որքանով լավ կկազմակերպվի Ձեր համայնքը իրավիճակը հաղթահարելու համար»:

Վստահության տարբեր չափումների և ապագայում ճգնաժամային իրավիճակների հաղթահարման պատկերացումների միջև փոխկապվածությունների առկայությունը ցույց է տալիս, որ վստահությունը դրական նշանակություն ունի նրանում, թե ինչպես են մարդիկ պատկերացնում ապագայում ճգնաժամային իրավիճակները հաղթահարելու՝ իրենց համաքաղաքացիների հակազդումները: Ըստ էության, վստահությունը, ձևավորվելով փորձի հիման վրա, հիմք է ստեղծում նաև ապագա ակնկալիքների համար:

Վերլուծության վերջին քայլն ուղղված էր պարզելուն՝ արդյո՞ք վստահության տարբեր չափումների արտահայտվածությունը տարբերվում է Կորոնավիրուսային տարբեր փորձառությանը և ժողովրդագրական տարբեր բնութագրեր ունեցող մարդկանց մոտ: Որպես Կորոնավիրուսային փորձառությունն ուսումնասիրող գործոններ՝ դիտարկվել են վարակված լինելու հանգամանքը, *ՔՈՎԻԴ-19*-ի երկարաժամկետ հետևանքներ ունենալը, *ՔՈՎԻԴ-19*-ի հետևանքով երկարաձգված առողջական խնդիրներ ձեռք բերած ընտանիքի անդամ/մտերիմ ունենալը, քովիդի հետևանքով մահացած ընտանիքի անդամ/մտերիմ ունենալը: Ժողովրդագրական գործոններից հաշվի ենք առել սեռը, կրթության մակարդակը (բարձրագույն կրթություն ունեցող/չունեցող), տարիքը, զբաղվածությունը, բնակության վայրը (Երևանում բնակվող/ ՀՀ այլ քաղաքում, գյուղում բնակվող), տնտեսական կարգավիճակի անհատական գնահատումը («միջինից շատ ցածր»-ից – «միջին շատ բարձր»-ի միջակայքում):

Անկախ խմբերի համեմատության Ստյուդենտի *t* թեստը ցույց է տվել, որ չկան վստահության տարբեր չափումների արտահայտվածության նշանակալից տարբերություններ՝ կախված Կորոնավիրուսային փորձառության տարբեր գործոններից: Ժողովրդագրական գործոններով համեմատության հիման վրա նշանակալից տարբերություններ դուրս են բերվել հետևյալ փոփոխականների համար.

- Աշխատող և չաշխատող մարդիկ տարբերվել են առողջապահական ինստիտուտների հանդեպ վստահության մակարդակով. չաշխատող մարդիկ ավելի շատ են վստահել առողջապահական համակարգի՝ հանրային առողջության մարտահրավերները հաղթահարելու կարողությունը ($t=2.302$, $p=0.022$, $M1=4.52$; $M2=4.38$):

- Երևանում բնակվող և Երևանից դուրս բնակվող մարդիկ տարբերվել են կառավարության ($t=1.941$, $p=0.053$), առողջապահական ինստիտուտների ($t=2.049$, $p=0.041$) և մարդկանց հանդեպ վստահության մակարդակներով ($t=2.331$, $p=0.02$). Երևանում ապրող մարդիկ ունեին վստահության ավելի ցածր մակարդակ կառավարության՝ ճգնաժամային իրավիճակներում արդյունավետ որոշումներ կայացնելու կարողության ($M1=4.34$; $M2=3.92$), առողջապահական ինստիտուտների ($M1=4.64$; $M2=4.27$) և մարդկանց հանդեպ ($M1=4.67$; $M2=4.24$):
- Բարձրագույն կրթություն ունեցող և չունեցող մարդիկ տարբերվել են միմյանցից առողջապահական ինստիտուտների հանդեպ վստահության մակարդակով. բարձրագույն կրթությամբ մարդկանց մոտ այն ցածր էր ($t=2.421$, $p=0.016$; $M1=4.70$; $M2=4.02$):

Կորելյացիոն վերլուծությունն էլ ցույց է տվել, որ վստահությունը կառավարության, առողջապահական ինստիտուտների և համաքաղաքացիների հանդեպ դրականորեն փոխկապված էր տնտեսական դրության հետ ($r_1=0.097^{**}$, $p=0.008$; $r_2=0.078^*$, $p=0.033$; $r_3=0.079^*$, $p=0.03$), ըստ որի՝ որքան բարձր են գնահատում մարդիկ իրենց տնտեսական դրությունը, այնքան ավելի շատ են վստահում, որ առողջապահական ինստիտուտները, կառավարությունը և համաքաղաքացիները կարող են արդյունավետ գործել ճգնաժամային իրավիճակներում: Դրական փոխկապվածություն առկա էր նաև տարիքի և առողջապահական ինստիտուտների հանդեպ վստահության միջև ($r=0.094^*$, $p=0.01$), տարիքի և մարդկանց հանդեպ վստահության միջև ($r=0.087^*$, $p=0.018$). մեծահասակների մոտ վստահության այս չափումներն ավելի բարձր արտահայտվածություն ունեն:

Ստացվում է, որ, ի տարբերություն Կորոնավիրուսային փորձառության, ժողովրդագրական գործոնները, մասնավորապես՝ կրթության մակարդակը, աշխատանքային կարգավիճակը, բնակության վայրը, տնտեսական դրությունը և տարիքը դեր ունեն կառավարության, առողջապահական ինստիտուտների և համաքաղաքացիների՝ ճգնաժամային իրավիճակներում գործելու կարողության հանդեպ վստահության, ինչպես նաև մարդկանց հանդեպ ընդհանուր վստահության համար: Հետաքրքիր է, որ Կորոնավիրուսային փորձառության տարբեր գործոններ ազդեցություն չեն ունեցել այն բանի վրա, թե ինչպիսին է մարդկանց վստահությունը

շրջապատի մարդկանց, ինստիտուտների գործողությունների հանդեպ Կորոնավիրուսային և համանման այլ իրավիճակների դեմ պայքարում: Սա կարող էր պայմանավորված լինել այն հանգամանքով, որ տվյալ ժամանակահատվածի համար համավարակային իրավիճակով պայմանավորված սպառնալիքն արդեն նվազել էր, չէին գործում համավարակին առնչվող ինստիտուցիոնալ կարգավորումներ, փոխարենը հասարակությունը կանգնած էր անվտանգային լուրջ մարտահրավերների ու հետպատերազմական իրավիճակի խնդիրները հաղթահարելու անհրաժեշտության առջև, որն ավելի մեծ նշանակություն կարող էր ունենալ ինստիտուցիոնալ վստահության դրսևորումների համար, քան հենց Կորոնավիրուսային փորձառությունը:

Ամփոփում

Քովիդի դեմ պայքարում վստահության դերի ուսումնասիրության համար մենք հիմնվել ենք երկրորդային աղբյուրների և մեր իսկ կողմից նախաձեռնած երկու հետազոտությունների արդյունքների վրա՝ համադրելով Կորոնավիրուսի բռնկման սկզբնական փուլի և համավարակային իրավիճակով պայմանավորված վտանգի նվազման փուլի տվյալները:

Երկրորդային աղբյուրների հետազոտական արդյունքները ցույց են տվել, որ Կորոնավիրուսի բռնկման սկզբնական փուլում կառավարության և առողջապահական ինստիտուտների հանդեպ վստահության մակարդակը ավելի բարձր է եղել, քան համավարակային իրավիճակի ավարտին: Ընդ որում, եթե սկզբնական փուլում մարդիկ բավարարված են եղել նրանով, թե ինչպես է կառավարությունը հաղորդում հանրային առողջության ռիսկերը, ապա պատվաստումների փուլում այդ հաղորդակցությունից բավարարվածության մակարդակը նվազել է: Մեր ուսումնասիրության արդյունքներով էլ դուրս ենք բերել, որ Կորոնավիրուսային իրավիճակի սկզբում բարձր է եղել վստահությունը համաքաղաքացիների՝ իրավիճակի դեմ պայքարի հանդեպ, քան համավարակային իրավիճակի ավարտին: Ցույց է տրվել նաև, որ կառավարության, առողջապահական ինստիտուտների և մարդկանց հանդեպ վստահությունը կարևոր նշանակություն ունի նրանում, թե ինչպես են մարդիկ ընկալում իրենց համաքաղաքացիների գործողությունները Կորոնավիրուսային իրավիճակին ի պատասխան ակտուալ ժամանակահատվածում և ապագայի հե-

ռանկարից: Բացի այդ, պարզել ենք, որ վստահության տարբեր չափումների արտահայտվածության մեջ դեր ունեն նաև ժողովրդագրական տարբեր գործոններ:

Կորոնավիրուսի նման ճգնաժամային իրավիճակները հաղթահարելու համար հասարակության ներսում վարքի նորմեր սահմանելիս տարբեր տեսակի կարգավորումներ նախաձեռնելիս վստահության գործոնի հաշվառելը կարևոր է. որպեսզի անորոշության, վտանգի պայմաններում մարդիկ նոր վարքաձև կիրառեն, փոփոխեն իրենց առօրեական պրակտիկաները, նրանք պետք է վստահ լինեն, որ շրջապատի մարդիկ էլ են կիրառում դրանք, հետևում սահմանված կարգավորումներին, ինչպես նաև, վստահ լինեն, որ ներդրված կարգավորումները հուսալի են, միանշանակ, արդյունավետ: Պետք է հաշվի առնել, որ թե՛ ինտիտուցիոնալ վստահությունը, թե՛ մարդկանց հանդեպ ընդհանուր վստահությունը միանգամից չեն (վերա)ձևավորվում և փոփոխվում (Skirbekk, Magelssen, & Conradsen, 2023): Խելամիտ չէ կարծելը, որ ճգնաժամային իրավիճակում մարդիկ կսկսեն միանգամից վստահել ներդրվող միջոցառումներին և համագործակցային վարք կցուցաբերեն. դա մեծապես կախված է նաև նրանից, թե վստահության ինչպիսի մակարդակ ունեին նրանք մինչ ճգնաժամային իրավիճակը, և ինչպես է այդ վստահությունը փոփոխվում ճգնաժամային իրավիճակի զարգացմանը զուգահեռ: Հետևաբար, հասարակությանը ճգնաժամային իրավիճակների դեմ պայքարին նախապատրաստելու հարցում սոցիալական, քաղաքական ինստիտուտներն անընդհատ պետք է աշխատեն հասարակության ներսում վստահելի հաղորդակցություն զարգացնելու ուղղությամբ:

Մեր ուսումնասիրությունների արդյունքներն արժեքավոր են նրանով, որ պատկերացում են տալիս, թե ինչպիսի դեր կարող է ունենալ ինստիտուցիոնալ և մարդկանց հանդեպ վստահությունը Կորոնավիրուսի նման ճգնաժամային իրավիճակի դեմ պայքարի գործում, ընդ որում, հենց մեր հասարակության օրինակով: Մենք փորձել ենք ապահովել արդյունքներ, թեև հատույթային հետազոտական դիզայնով, համավարակային իրավիճակի սկզբի և ավարտի վերաբերյալ: Վստահությունն ուսումնասիրվել է ժողովրդագրական գործոնների և Կորոնավիրուսային փորձառության տարբեր գործոնների հետ հարաբերության տեսանկյունից: Անկախ այս առավելություններից՝ մեր ուսումնասիրությունների հիմնական

սահմանափակությունը պատճառական եզրակացություններ անելու անհնարինությունն է, քանի որ դրանք լոնգիտյուդային չեն, բացի այդ, մենք չենք ներառել տվյալներ Կորոնավիրուսային իրավիճակից առաջ մեր հասարակության ներսում առողջապահական ինստիտուտների, կառավարության հանդեպ վստահության վերաբերյալ: Ավելին, հատկապես ինստիտուցիոնալ վստահության դրսևորումների մասին խոսելիս չենք կարող հաշվի չառնել այն հանգամանքը, որ 44-օրյա պատերազմը, հետպատերազմական իրավիճակը և այդ համատեքստում պետական ինստիտուտների գործառնության վերաբերյալ հասարակության ընկալումները չէին կարող ազդեցություն չունենալ մարդկանց վստահության փոփոխության համար:

Հետագա ուսումնասիրությունները կարող են ուղղված լինել պարզելուն, թե Կորոնավիրուսային իրավիճակի ամբողջ ընթացքը և վերջինիս զարգացման ընթացքում մեր հասարակությունում տեղի ունեցած ռազմական, քաղաքական, սոցիալ-տնտեսական այլ իրադարձություններ ինչպիսի ազդեցություն են թողել մարդկանց ինստիտուցիոնալ և ուրիշների հանդեպ վստահության վրա՝ երկարաժամկետ հեռանկարի տեսանկյունից:

Գրականության ցանկ

Algan, Y., & Cahuc, P. (2014). Trust, growth and well-being: new evidence and policy implications. In Aghion P. & S. Durlauf (Eds.) *Handbook of Economic Growth* (2v., pp. 49-120). Elsevier.

Bjørnskov, C. (2007). Determinants of generalized trust: a cross-country comparison. *Public Choice* 130, 1–21, <https://doi.org/10.1007/s11127-006-9069-1>.

Blair, R. A., Morse, B. S., & Tsai, L. L. (2017). Public health and public trust: Survey evidence from the Ebola Virus Disease epidemic in Liberia. *Social science & medicine* (1982), 172, 89–97, <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2016.11.016>.

Chuang, Y. C., Huang, Y. L., Tseng, K. C., Yen, C. H., & Yang, L. H. (2015). Social capital and health-protective behavior intentions in an influenza pandemic. *PLoS ONE* 10, e0122970, <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0122970>.

Freimuth, V. S., Musa, D., Hilyard, K., Quinn, S. C., & Kim, K. (2014). Trust during the early stages of the 2009 H1N1 pandemic. *J. Health Commun.* 19, 321–339, <https://doi.org/10.1080/10810730.2013.811323>.

Fukuyama, F. (1995). *Trust. The Social Virtues and the Creation of Prosperity*. New York, NY: The Free Press.

Gambetta, D., & Morisi, D. (2022). COVID-19 infection induces higher trust in strangers. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 119(32), e2116818119, <https://doi.org/10.1073/pnas.2116818119>.

Gilles, I., Bangerter, A., Clémence, A., Green, E. G., Krings, F., Staerklé, C., & Wagner-Egger, P. (2011). Trust in medical organizations predicts pandemic (H1N1) 2009 vaccination behavior and perceived efficacy of protection measures in the Swiss public. *European journal of epidemiology*, 26(3), 203–210, <https://doi.org/10.1007/s10654-011-9577-2>.

Glanville, J. L., & Paxton, P. (2007). How do we learn to trust? A confirmatory tetrad analysis of the sources of generalized trust. *Social Psychology Quarterly*, 70(3), 230–242, <https://doi.org/10.1177/019027250707000303>.

Lalot F., Heering M. S., Rullo M., Travaglino G. A., & Abrams D. (2020). The dangers of distrustful complacency: Low concern and low political trust combine to undermine compliance with governmental restrictions in the emerging Covid-19 pandemic. *Group Processes and Intergroup Relations*, 25(1), 106–121, <https://doi.org/10.1177/1368430220967986>.

Lazzarini, S. G., Miller, G. J., & Zenger, T. R. (2008). Dealing with the paradox of embeddedness: The role of contracts and trust in facilitating movement out of committed relationships. *Organ. Sci.* 19, 709–728, <https://doi.org/10.1287/orsc.1070.0336>.

Lange, P.A. (2015). Generalized Trust Four Lessons From Genetics and Culture. *Current Directions in Psychological Science*, 24, 71–76, <https://doi.org/10.1177/0963721414552473>.

Mei Ling Wong C., & Jensen O. (2020). The paradox of trust: perceived risk and public compliance during the COVID-19 pandemic in Singapore. *Journal of Risk Research*, 23(7-8), pp. 1021-1030, <https://doi.org/10.1080/13669877.2020.1756386>.

Ostrom, E. (2003). Toward a behavioral theory linking trust, reciprocity, and reputation. In E. Ostrom & J. Walker (Eds.), *Trust and reciprocity: Interdisciplinary lessons from experimental research* (pp. 19–79). Russell Sage Foundation.

Pagliaro, S., Sacchi, S., Pacilli, M. G., Brambilla, M., Lionetti, F., Bettache, K., Bianchi, M., Biella, M., Bonnot, V., Boza, M., Butera, F., Ceylan-Batur, S., Chong, K., Chopova, T., Crimston, C. R., Álvarez, B., Cuadrado, I., Ellemers, N., Formanowicz, M., Graupmann, V., ... & Zubietta, E. (2021). Trust predicts COVID-19 prescribed and discretionary behavioral intentions in 23 countries. *PloS one*, 16(3), e0248334, <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0248334>.

Prati, G., Pietrantoni, L., & Zani, B. (2011). Compliance with recommendations for pandemic influenza H1N1 2009: the role of trust and personal beliefs. *Health Educ. Res.* 26, 761–769, <https://doi.org/10.1093/her/cyr035>.

Putnam, R. D. (2000). *Bowling alone: The collapse and revival of American community*. Touchstone Books/Simon & Schuster, <https://doi.org/10.1145/358916.361990>.

Reiersen J, Roll K, Williams J.D. & Carlsson M. (2022) Trust: A Double-Edged Sword in Combating the COVID-19 Pandemic? *Front. Commun.* 7:822302, <https://doi.org/10.3389/fcomm.2022.822302>.

Rothstein, B. (2011). *The Quality of Government: Corruption, Social Trust and Inequality in International Perspective*. Chicago: Chicago University Press.

Rubin, G. J., Amlôt, R., Page, L., & Wessely, S. (2009). Public perceptions, anxiety, and behaviour change in relation to the swine flu outbreak: cross sectional telephone survey. *BMJ*, 339, b2651, <https://doi.org/10.1136/bmj.b2651>.

Skirbekk, H., Magelssen, M., & Conradsen, S. (2023). Trust in healthcare before and during the COVID-19 pandemic. *BMC public health*, 23(1), 863. <https://doi.org/10.1186/s12889-023-15716-6>.

Thoresen, S., Blix, I., Wentzel-Larsen, T., & Birkeland, M. S. (2021). Trusting Others During a Pandemic: Investigating Potential Changes in Generalized Trust and Its Relationship With Pandemic-Related Experiences and Worry. *Frontiers in psychology*, 12, 698519, <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.698519>.

Torsvik, G. (2000). Social capital and economic development: a plea for the mechanisms. *Rational. Soc.* 12, 451–476, <https://doi.org/10.1177/104346300012004005>.

Uslaner, E. M. (2002). *The Moral Foundation of Trust*. Cambridge: Cambridge University Press.

Yamagishi, T. (2011). *Trust: The evolutionary game of mind and society*. Springer Science + Business Media, <https://doi.org/10.1007/978-4-431-53936-0>.

**ՎՍՏԱՀՈՒԹՅՈՒՆԸ ՈՐՊԵՍ ՍՈՒԲՅԵԿՏԻՎ
ԲԱՐԵԿԵՑՈՒԹՅՈՒՆԸ ՊԱՅՄԱՆԱՎՈՐՈՂ ԳՈՐԾՈՆ
ՔՈՎԻԴ-19-Ի ՊԱՅՄԱՆՆԵՐՈՒՄ. ՀԱՄԱՎԱՐԱԿԻՆ
ԴԻՄԱԿԱՅԵԼՈՒ ՎԱՐՔԱԶԵՎԵՐԻ ՄԻՋՆՈՐԴԱՎՈՐՈՂ
ՆՇԱՆԱԿՈՒԹՅՈՒՆԸ**

Անի Գրիգորյան

2019թ. վերջից սկսած՝ ՔՈՎԻԴ-19-ի համավարակը հանգեցրել է ամբողջ աշխարհով մեկ մարդկանց բնականոն կյանքի և կենսագործունեության աննախադեպ խաթարումների (Diamond, Willan, 2020): Ի տարբերություն այլ վարակների՝ այս վիրուսը եզակի համաշխարհային մարտահրավեր է ներկայացրել մի քանի պատճառներով, ինչպիսիք են՝ դրա տարածման արագությունը, վարակի ապագա զարգացման և դրա երկարաժամկետ հետևանքների անորոշությունները, մահաբերությունը, վերջինիս վերաբերյալ հակասական տեղեկատվությունը առողջապահական և կառավարական հեղինակությունների կողմից (Olagoke, Olagoke, & Hughes, 2020)՝ այս ամենով հանդերձ խիստ վտանգելով մարդկանց ֆիզիկական և հոգեկան առողջությունն ու բարեկեցությունը (Li Q. և այլք, 2020): Կորոնավիրուսային իրավիճակի ամենավաղ ուսումնասիրություններն արդեն իսկ հաստատել են վերջինիս բացասական ազդեցությունը մարդկանց հոգեկան առողջության և բարեկեցության վրա ամբողջ աշխարհի մակարդակով՝ տագնապայնության, դեպրեսիայի սիմպտոմների ուժեղացում, վնասակար վարքաձևերի դրսևորում, ինչպես օրինակ՝ ինքնասպանություն, ինքնավնասում, ալկոհոլի և հոգեմետ դեղորայքի չարաշահում, ընտանեկան բռնություն (Gunnell և այլք, 2020; Sibley և այլք, 2020):

Հաշվի առնելով այս հանգամանքը՝ հետազոտական կարևոր խնդիրներից է դառնում հասկանալը, թե ինչ գործոններ կարող են դրական նշանակություն ունենալ ճգնաժամային պայմաններում բարեկեցության համար, և ինչպես կարելի է նվազեցնել բարեկեցության վրա ճգնաժամի բացասական ազդեցությունը:

Բանն այն է, որ սպառնալից իրավիճակները փոփոխում են մարդկանց միջև հարաբերությունները (Thoresen, Blix, Wentzel-Larsen & Birkeland, 2021)՝ խթանելով միասնության ու կապվածության զգացումը, վստահությունն ուրիշների հանդեպ՝ իրար պաշտպանելու, օգնելու համար (Mawson, 2005, Sibley և այլք, 2020; Cassar, Healy, & Von Kessler, 2017): Օրինակ, 2011թ.-ին Ճապոնիայում տեղի ունեցած երկրաշարժից և ցունամիից հետո արված հետազոտությունները արձանագրել են մարդկանց միջև համերաշխության և վստահության աճ (Hommerich 2012): 2001թ. ահաբեկչական հարձակումներից հետո հետազոտողները պարզել են, որ ամերիկացիները մտերմացել են ոչ միայն իրենց ընկերների ու հարազատների, այլև իրենց համաքաղաքացիների հետ (Morgan, Wisneski, & Skitka, 2011): 2004թ. ցունամին Հարավային Ասիայում նպաստել է մարդկանց հասարակամետ (պրոսոցիալական), օգնող վարքի դրսևորման աճին (Cassar և այլք, 2017), ընդ որում, ուրիշներին օգնելը և օգնություն ստանալը դրական նշանակություն ունեն մարդկանց հանդեպ վստահության համար:

Վստահությունը սոցիալական փոխհարաբերությունների կարևոր նախապայման է (Gheorghiu, Vignoles, & Smith, 2009): Վերջինիս շատ սահմանումներում առանձնացվում է երկու ասպեկտ. միջանձնային կամ սոցիալական և ինստիտուցիոնալ վստահություն (Sønderskov, & Dinesen, 2016): Միջանձնային վստահությունը այլ մարդկանց հանդեպ վստահությունն է, ովքեր կարող են լինել ինչպես ծանոթ մարդիկ (ընկերներ, ընտանիքի անդամներ), այնպես էլ անծանոթներ, իսկ ինստիտուցիոնալ վստահությունը կապված է պետական, սոցիալական ինստիտուտների արդյունավետ և արդարացի գործելու վերաբերյալ ընկալումների հետ: Հետաքրքիր է, որ արտակարգ իրավիճակներում թե՛ սոցիալական և թե՛ ինստիտուցիոնալ վստահությունը դրականորեն են ազդում մարդկանց սուբյեկտիվ բարեկեցության վրա, ինչը հաստատվել է 2008թ. տնտեսական ճգնաժամի ընթացքում և հետո արված հետազոտություններով (Helliwell, Huang, & Wang, 2014), 2011թ. Արևելյան Ճապոնիայի երկրաշարժին նվիրված ուսումնասիրություններով (Yamamura և այլք, 2015; Hommerich, 2012): Սոցիալական և ինստիտուցիոնալ վստահությունը պաշտպանական դեր են կատարել դեպրեսիայի հաղթահարման համար

2011թ. Հունաստանում ֆինանսական ճգնաժամի ժամանակ (Economou և այլք, 2014):

Ստացվում է, որ արտակարգ իրավիճակները խթանում են մարդկանց միջև փոխօգնությունն ու վստահությունը, իսկ վստահությունն էլ իր հերթին դրականորեն է ազդում բարեկեցության վրա. այսինքն՝ սոցիալական աջակցությունն է դառնում բարեկեցության վրա վստահության դրական ազդեցությունն ապահովող կարևոր մեխանիզմը: Իր հերթին, ինստիտուցիոնալ վստահությունն էլ, նպաստելով անորոշության հաղթահարմանն ու ուժեղացնելով ապահովության զգացումը, նույնպես օգտակար դեր ունի բարեկեցության համար (Jovanovic, Sarracino, Lazic & Gavrilov-Jerkovic, 2023):

Վստահության դերը սուբյեկտիվ բարեկեցության համար ՔՈՎԻԴ-19-ի պայմաններում

Հիմք ընդունելով ճգնաժամային պայմաններում վստահության և սուբյեկտիվ բարեկեցության կապի վերաբերյալ վերոնշյալ ուսումնասիրությունների արդյունքները՝ մենք փորձել ենք պարզել, թե ինչպիսին էր այս գործոնների միջև կապը համավարակի պայմաններում: Ընդ որում՝ ենթադրել ենք, որ Կորոնավիրուսին դիմակայելու արդյունավետ վարքաձևն է այն մեխանիզմը, որն ապահովում է վստահության դրական նշանակությունը սուբյեկտիվ բարեկեցության համար:

Ինչպես հայտնի է, վիրուսի տարածումը կանխելու նպատակով կառավարություններն ամբողջ աշխարհով սահմանել էին վարքի ամենատարբեր միջոցներ (դիմակի կրում, ձեռքերի ախտահանում, հեռավորության պահպանում, մարդաշատ վայրերից ու միջոցառումների մասնակցությունից խուսափում, պատվաստումներ), որոնք վերաձևավորել են մարդկանց գործառնությունն ու սոցիալական կյանքը (Haller և այլք, 2022): Անկախ նրանից, որ կանխարգելող վարքի ամենատարբեր ձևերն ուղղված էին հանրային առողջության պահպանմանը, դրանց հաջող կիրառությունը կախված էր նրանից, թե որքանով էին մարդիկ վստահում այդ վարքաձևերի արդյունավետությանը, և համոզված, որ ինստիտուտները ճիշտ ու օգտակար ցուցումներ են առաջարկում պայքարի համար. այսինքն՝ ինստիտուցիոնալ վստահությունն է կարևոր դեր ստանում ինստիտուտների կողմից ցուցվող վարքաձևերի հաջող իրականացման հա-

մար¹: Բացի, իհարկե, «վերևից նշանակված» վարքաձևերից, ուշադրության են արժանի զգալի ապացույցները քովիդի ընթացքում մարդկանց պրոսոցիալ, օգնող վարքագծի մասին, օրինակ՝ բարեգործություններ կատարելը հիվանդության դեմ պայքարի համար, կարանտինի մեջ գտնվող մարդու համար անհրաժեշտ միջոցների գնումը և այլն: Վերջիններս, հիմնված լինելով կամավոր ջանքերի վրա, դուրս են հեղինակությունների կողմից պարտադրված վարքաձևերի շրջանակից, և, չնայած չեն պահանջվում արտաքինից, օգնում են խմբին կամ համայնքին՝ արդյունավետորեն հաղթահարելու համավարակը (Pagliaro և այլք, 2021):

Այսպիսով, մեր ուսումնասիրությունը նպատակ ուներ՝ (1) պարզելու, թե ինչպիսին է մարդկանց հանդեպ վստահության և ինստիտուցիոնալ վստահության հարաբերությունը քովիդին դիմակայելու վարքաձևերի և սուբյեկտիվ բարեկեցության հետ, (2) մեղիացիոն վերլուծությամբ ստուգելու վարքաձևերի՝ որպես միջնորդավորող գործոնի նշանակությունը վստահության տարբեր չափումների և սուբյեկտիվ բարեկեցության միջև կապի համար: Մենք ենթադրել ենք, որ վստահությունը դրական նշանակություն կունենա և՛ կանխարգելող, և՛ օգնող վարքաձևերի համար՝ նպաստելով նրան, որ մարդիկ հետևեն սահմանված վարքային նորմերին, ցուցումներին և պատրաստակամ լինեն օգնելու մարդկանց, իսկ այս վարքաձևերի միջնորդավորող նշանակությամբ էլ այն պայմանավորող դեր կունենա սուբյեկտիվ բարեկեցության համար:

Վերլուծությունն իրականացրել ենք 2022թ. ավարտին, երբ Կորոնավիրուսային իրավիճակով պայմանավորված վտանգը նվազել էր՝ ենթադրելով, որ վերջինիս հետ կապված վարքաձևերն արդեն ամրապնդված կլինեն մարդկանց կողմից, բացի այդ, մարդիկ ինստիտուտների հանդեպ իրենց վստահությունը կգնահատեն իրավիճակի հաղթահարման երկամյա փորձի հիման վրա:

Հետազոտական ընտրանքը կազմում է 784 մասնակից (66.8% կին, $M=24.93$, $SD=9.311$, Range 18-64): Տվյալները հավաքագրվել են 2022թ. նոյեմբեր-դեկտեմբեր ամիսներին՝ առցանց եղանակով, ձնագնդի տեխնիկայով (snowball sampling):

¹ Տե՛ս այս գրքում գետեղված *Գրիգորյան Ս.* «Հետևե՛լ կառավարության և առողջապահական ինստիտուտների որոշումներին, թե՛ ոչ. Վստահության դերը ՔՈՎԻԴ-19 համավարակի դեմ պայքարում» հոդվածը:

Հետազոտական ընտրանքի 16.6%-ը ուներ մագիստրոսի և ավելի բարձր կրթական աստիճան, 53.2%-ը աշխատում էր, 57.5%-ը վարակվել էր Կորոնավիրուսով, 32%-ը նշել էր, որ վարակվելուց հետո ունեցել է երկարաժամկետ հետևանքներ: 52.1%-ը նշել էր, որ ընտանիքի անդամներից կամ մտերիմներից ունեցել են ծանր հետևանքներ վարակվելու հետևանքով, 25.5%-ը նշել էր, որ ընտանիքի անդամներից կամ մտերիմներից մահացել են քովիդի հետևանքով:

Հետազոտության գործիքակազմ

Մարդկանց հանդեպ վստահությունը չափվել է մեկ պնդման միջոցով. հարցվողները պետք է գնահատեին, թե «*ընդհանուր առմամբ, որքան են վստահում մարդկանց մեծ մասին*»՝ կիրառելով գնահատման 0-ից 10 միջակայքը (0-ն նշանակում է «բոլորովին չեմ վստահում», իսկ 10-ը՝ «լիովին վստահում եմ») ($M=4.46$; $SD=2.502$):

Ինստիտուցիոնալ վստահության չափման համար առաջադրվել են չորս պնդումներ, ըստ որի՝ մասնակիցները պետք է 0-ից 10 միավորի միջակայքում գնահատեին, թե որքանով են վստահում կառավարության և առողջապահական ինստիտուտների՝ ճգնաժամային իրավիճակներում արդյունավետ որոշումներ կայացնելու և հանրային առողջության մարտահրավերները հաղթահարելու կարողությանը:

Եվս մեկ պնդումով մարդիկ գնահատել են իրենց *վստահությունը համաքաղաքացիների հանդեպ*, որ նրանք կհետևեն վարակների կանխարգելման կանոններին:

1. «*Որքանով եք վստահում ՀՀ կառավարության՝ ճգնաժամային իրավիճակներում արդյունավետ որոշումներ կայացնելու կարողությանը*» ($M=4.14$; $SD=2.926$):
2. «*Որքանով եք վստահում ՀՀ առողջապահական ինստիտուտների կարողությանը՝ արդյունավետորեն հաղթահարելու հանրային առողջության մարտահրավերները*» ($M=4.61$; $SD=2.934$):
3. «*Որքանով եք վստահում Ձեր համաքաղաքացիներին, որ նրանք կհետևեն վարակների կանխարգելմանն ուղղված վարքային նորմերին/սահմանափակումներին*» ($M=4.47$; $SD=2.498$):

Կորոնավիրուսային համավարակին ի պատասխան՝ մարդու նախաձեռնած *կանխարգելող և օգնող* վարքաձևերն ուսումնասիրվել են վեց

պնդումներից բաղկացած հարցարանի միջոցով² (4 պնդում՝ նախատեսված կանխարգելող վարքաձևի համար, և 2 պնդում՝ օգնող վարքաձևի համար): Հարցվողները պատասխանել են հետևյալ հարցին. «Կորոնավիրուսի համավարակին ի պատասխան՝ ո՞ր վարքաձևերն եք նախաձեռնել անցած մեկ ամսվա ընթացքում»՝ գնահատելով 1-ից (միանշանակ ոչ) - 4 (միանշանակ այո) միավորի միջակայքում:

1. *Հաճախակի ձեռքերի լվացում կամ տեղերի և օբյեկտների ախտահանում, որոնց հաճախակի են դիպչում (հեռախոս, դռան բռնակներ)*. $M=3.20$; $SD=0.844$:
2. *Մարդկանց հետ շփումներում պահպանում եմ առնվազն 1.5 մ հեռավորություն*. $M=2.29$; $SD=0.943$:
3. *Դիմակի օգտագործում դրսում, հասարակական վայրերում կամ փակ տարածքներում*. $M=2.28$; $SD=1.036$:
4. *Ձեռքսեղմումներից, գրկախառնություններից հնարավորինս խուսափում*. $M=2.51$; $SD=1.002$:
5. *Ֆիզիկական օգնություն այն մարդկանց, ովքեր Կորոնավիրուսով հիվանդ լինելու ընթացքում կարող են զգալ դրա կարիքը (օրինակ՝ զնումներ Կորոնավիրուսով վարակված ծանոթ մարդկանց համար)*. $M=2.59$; $SD=1.007$:
6. *Հոգեբանական (հուզական) աջակցություն այն մարդկանց, ովքեր Կորոնավիրուսով հիվանդ լինելու ընթացքում կարող են զգալ դրա կարիքը (օրինակ՝ զանգել հետաքրքրվել առողջությամբ, գոտեպնդել, քաջալերել խոսքով)*. $M=3.01$; $SD=0.987$:

Գործոնային վերլուծության (Exploratory factor analysis) արդյունքներով³ յուրաքանչյուր վարքաձևին համապատասխանող պնդումների հի-

² Հարցարանի համար հիմք է հանդիսացել Nowak, B., Brzóska, P., Piotrowski, J., Sedikides, C., Żemojtel-Piotrowska, M., & Jonason, P. K. (2020). Adaptive and maladaptive behavior during the COVID-19 pandemic: The roles of Dark Triad traits, collective narcissism, and health beliefs. *Personality and individual differences*, 167, 110232: <https://doi.org/10.1016/j.paid.2020.110232>:

³ Վերլուծության մեթոդը՝ Principal axis factoring, direct oblimin (extraction method). Հետազոտական տվյալների համար գործոնային վերլուծության մեթոդ կիրառելու համապատասխանությունը ստուգվել է Կայզեր-Մեյեր-Օլիկինի աղեկվատության և Բարտլետի՝ ոլորտայնության չափորոշիչների միջոցով ($KMO=0.905$, $\chi^2(45)=1280.473$ $p<0.0001$): Կանխարգելող վարքաձևի պնդումների համար գործոնային կշիռները եղել են համապատասխանաբար 0.390, 0.767, 0.791, 0.805, իսկ օգնող վարքաձևի համար՝ 0.688, 0.868:

ման վրա ձևավորել ենք երկու գործոններ՝ հետագա վերլուծություններում օգտագործելու համար:

Սուբյեկտիվ բարեկեցության չափման համար կիրառվել է *Հոգեկան առողջության կոնտինուում* հարցարանի կարճ տարբերակը (Short Form of Mental Health Continuum (MHC-SF))՝ բաղկացած 14 պնդումից: Այն միավորում է բարեկեցության երեք բաղադրիչները՝ հուզական, սոցիալական և անձնային (Keyes, 2009): Հուզական բարեկեցությունը ներկայացված է երեք պնդումով (երջանկություն, կյանքով հետաքրքրվածություն, բավարարվածություն), հոգեբանական բարեկեցությունը (Riff, 1989)՝ վեց (ինքնաընդունում, միջավայրին տիրապետում, ուրիշների հետ դրական հարաբերություններ, անձնային աճ, նպատակաուղղվածություն, ինքնավարություն), իսկ սոցիալական բարեկեցությունը՝ հինգ (սոցիալական աճ, սոցիալական ինտեգրացիա, սոցիալական համախմբվածություն, սոցիալական ներդրում, սոցիալական ընդունում): Հարցվողները յուրաքանչյուր պնդում պետք է գնահատեին Լիկերտի վեց բալանոց սանդղակով՝ հիմնվելով նախորդ ամսվա ընթացքում իրենց ունեցած փորձառության վրա ($M=4.151$; $SD=0.885$, հարցարանի ներքին համաձայնեցվածությունը՝ $\alpha=0.889$):

Տվյալների վերլուծություն և մեկնաբանություն

Տվյալների վիճակագրական վերլուծությունն իրականացվել է SPSS Statistics, Version 23.0 ծրագրով՝ PROCESS version 3.5 macro-ի հետ համադրությամբ (Hayes, 2017): Կիրառվել են կորելյացիոն և մեդիացիոն վերլուծության մեթոդներ:

Վերլուծության սկզբում Պիրսոնի կորելյացիոն վերլուծությամբ ստուգել ենք վստահության տարբեր չափումների, քովիդին դիմակայելու վարքաձևերի և սուբյեկտիվ բարեկեցության միջև փոխկապվածությունները (Աղյուսակ 1):

Գործոնային վերլուծության ընթացակարգի, ինչպես նաև արդյունքների՝ վիճակագրորեն նշանակալից արժեքների մասին եզրակացությունները կատարվել են ըստ Peter S. (2017) Advice on Exploratory Factor Analysis, Retrieved from http://www.open-access.bcu.ac.uk/6076/1/_staff_shares_storage%20500mb_Library_ID112668_Stats%20Advisory_New%20Statistics%20Workshops_18ExploratoryFactorAnalysis_ExploratoryFactorAnalysis4.pdf (16.05.2023):

Աղյուսակ 1. Վստահության չափումների, վարքաձևերի և սուբյեկտիվ բարեկեցության միջև կորելյացիոն վերլուծության արդյունքներ

	TrustG	TrustHS	TrustCom	TrustP	Prev	Help	MHC
TrustG		r=0.779** p<0.001	r=0.521** p<0.001	r=0.492** p<0.001	r=0.267** p<0.001	r=0.113** p=0.002	r=0.227** p<0.001
TrustHS			r=0.572** p<0.001	r=0.530** p<0.001	r=0.265** p<0.001	r=0.140** p<0.001	r=0.232** p<0.001
TrustCom				r=0.671** p<0.001	r=0.249** p<0.001	r=0.199** p<0.001	r=0.238** p<0.001
TrustP					r=0.220** p<0.001	r=0.130** p<0.001	r=0.226** p<0.001
Prev						r=0.505** p<0.001	r=0.180** p<0.001
Help							r=0.173** p<0.001

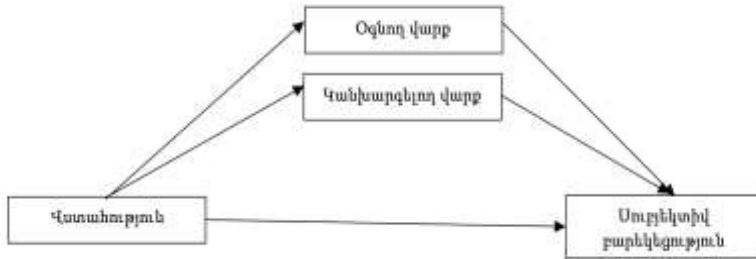
* Օւնոթագրություն. TrustG-կառավարության հանդեպ վստահություն, TrustHS-առողջապահական համակարգի հանդեպ վստահություն, TrustCom-համաքաղաքի հանդեպ վստահություն, TrustP-մարդկանց հանդեպ վստահություն, Prev-կանխարգելող վարք, Help-օգնող վարք, MHC-սուբյեկտիվ բարեկեցություն

Ինչպես կարելի է տեսնել, վստահության տարբեր չափումները դրականորեն փոխկապված են քովիդին դիմակայելու վարքաձևերի և սուբյեկտիվ բարեկեցության հետ: Իրենց հերթին, վարքաձևերը նույնպես դրականորեն փոխկապված են սուբյեկտիվ բարեկեցության հետ:

Այս փոխկապվածությունների առկայությունը թույլ է տալիս մեզ ստուգելու վարքաձևերի միջնորդավորող նշանակությունը վստահության տարբեր չափումների և սուբյեկտիվ բարեկեցության կապի համար: Մենք կառուցել ենք չորս մեդիացիոն մոդելներ (Նկար 1)՝ վստահության յուրաքանչյուր չափման և սուբյեկտիվ բարեկեցության միջև կապի համար՝ առանձին-առանձին ստուգելով կանխարգելող և օգնող վարքաձևերի միջնորդավորող նշանակությունը: Անուղղակի էֆեկտի (indirect effect) նշանակալիությունը թեստավորվել է bootstrapping-ի ընթացակարգով⁴:

⁴ Bootstrapping-ը վիճակագրական տեխնիկա է, որը հիմնական տվյալների հիման վրա ստեղծում է մի քանի մոդելավորված ընտրանքներ՝ վստահության միջակայքերի (confidence intervals) հաշվարկման, վիճակագրական վարկածների ստուգման և մոդելի վալիդացիայի համար:

Նկար 1. Վստահության և սուբյեկտիվ բարեկեցության կապի համար *ՔՈՎԻԴ-19*-ի վարքաձևերի միջնորդավորող նշանակությունը պատկերող կոնցեպտուալ մոդել



Մեդիացիոն վերլուծության արդյունքում դուրս ենք բերել մեդիացիոն գործոնների հետևյալ նշանակալից արդյունքները.

- Օգնող վարքագիծը մասնակի մեդիատոր է կառավարության հանդեպ վստահության և սուբյեկտիվ բարեկեցության հարաբերության համար ($TE=0.0686$, $p<0.001$, 95% CI [0.0478, 0.0894]; $DE=0.592$, $p<0.001$, 95% CI [0.0379, 0.0806]; $IE=0.038$, 95% CI [0.008, 0.0078]):
- Օգնող վարքագիծը մասնակի մեդիատոր է առողջապահական համակարգերի հանդեպ վստահության և սուբյեկտիվ բարեկեցության հարաբերության համար ($TE=0.0701$, $p<0.001$, 95% CI [0.0493, 0.0908]; $DE=0.0600$, $P<0.001$, CI [0.0388, 0.0813]; $IE=0.0044$, 95% CI [0.0011, 0.0088]):
- Օգնող և կանխարգելող վարքաձևերը մասնակի մեդիատորներ են համաքաղաքացիների հանդեպ վստահության և սուբյեկտիվ բարեկեցության հարաբերության համար ($TE=0.0841$, $P<0.001$, 95% CI [0.0598, 0.1084]; $DE=0.0703$, $P<0.001$, 95% CI [0.0454, 0.0952]; $IE_{\text{կանխարգելող վարք}}=0.0073$, 95% CI [0.0006, 0.0146]; $IE_{\text{օգնող վարք}}=0.0064$, 95% CI [0.0011, 0.0128]):
- Օգնող և կանխարգելող վարքաձևերը մասնակի մեդիատորներ են մարդկանց հանդեպ վստահության և սուբյեկտիվ բարեկեցության հարաբերության համար ($TE=0.0799$, $p<0.001$, 95% CI [0.0555, 0.1044]; $DE=0.0688$, $p<0.0001$, 95% CI [0.0441, 0.0936]; $IE_{\text{կանխարգելող վարք}}=0.0062$, 95% CI [0.0004, 0.0125]; $IE_{\text{օգնող վարք}}=0.0049$, 95% CI [0.011, 0.0101]):

Ինչպես կարելի է տեսնել, վստահության բոլոր չափումները դրական պայմանավորոդ նշանակություն ունեն սուբյեկտիվ բարեկեցության համար, այսինքն՝ ինչքան բարձր է մարդկանց հանդեպ վստահությունը, վստահությունը ինստիտուտների և համաքաղաքացիների՝ ճգնաժամային իրավիճակներում արդյունավետ գործելու կարողության հանդեպ, այնքան մարդիկ ավելի բարեկեցիկ են իրենց զգում: Բացի այդ, վստահության բոլոր չափումները նշանակալիորեն փոխկապված են նաև *ՔՈՎԻԴ-19*-ին դիմակայելու վարքաձևերի հետ. այն հարցում, թե արդյո՞ք մարդիկ կհետևեն սահմանված կանխարգելող վարքաձևերին կամ կօգնեն ուրիշներին, շատ կարևոր է այն, թե ինչքանով են նրանք վստահում դիմացիին և նաև այն ինստիտուտներին, որոնք սահմանում են տվյալ վարքաձևերը:

Մեդիացիոն վերլուծությամբ ցույց է տրվել նաև, որ օգնող վարքագիծը մասնակի միջնորդավորող նշանակություն ունի վստահության բոլոր չափումների և սուբյեկտիվ բարեկեցության հարաբերության համար, իսկ կանխարգելող վարքագիծը մասնակի մեդիատոր է համաքաղաքացիների հանդեպ վստահության և սուբյեկտիվ բարեկեցության, մարդկանց հանդեպ վստահության և սուբյեկտիվ բարեկեցության միջև կապերի համար: Սա հետաքրքրական է այն առումով, որ, թեև կանխարգելող վարքաձևերը սահմանվում են ինստիտուտների կողմից, այնուամենայնիվ, մարդկանց և համաքաղաքացիների հանդեպ վստահության հետ փոխազդեցությամբ վերջինս դրական նշանակություն ունի սուբյեկտիվ բարեկեցության համար, իսկ կառավարության և ինստիտուտների հանդեպ վստահությունը օգնող վարքագծի հետ փոխազդեցությամբ դրական նշանակություն ունի սուբյեկտիվ բարեկեցության համար:

Ամփոփում

Այս ուսումնասիրությամբ ցույց է տրվել մարդկանց հանդեպ վստահության և ինստիտուցիոնալ վստահության փոխկապվածությունը *ՔՈՎԻԴ-19*-ին դիմակայելու վարքաձևերի և սուբյեկտիվ բարեկեցության հետ: Սա նշանակում է, որ Կորոնավիրուսային իրավիճակի նման ճգնաժամային պայմաններում վստահությունը կարևոր դեր ունի մարդկանց հոգեկան առողջության համար և նպաստում է նրան, թե ինչքանով մարդիկ կանխարգելող և օգնող վարքագիծ կդրսևորեն՝ ի պատասխան համավարակին: Հետաքրքրական է վստահության տարբեր չափումների և

սուբյեկտիվ բարեկեցության հարաբերության համար կանխարգելող և օգնող վարքաձևերի միջնորդավորող դերի դուրս բերումը: Ստացվում է՝ որքան բարձր է մարդկանց վստահությունը ուրիշների, կառավարության, ինստիտուտների ու համաքաղաքացիների՝ համավարակի պայմաններում արդյունավետ որոշումներ կայացնելու կարողության հանդեպ, այնքան մեծ է հավանականությունը, որ մարդիկ կդրսևորեն կանխարգելող և օգնող վարքագիծ համավարակի պայմաններում, ինչն էլ դրական նշանակություն կունենա նրանց հոգեկան առողջության, բարեկեցության համար: Այս կերպ, Կորոնավիրուսային համավարակին դիմակայելու արդյունավետ վարքաձևերը կարող են դառնալ այն մեխանիզմը, որն ապահովում է վստահության դրական ազդեցությունը սուբյեկտիվ բարեկեցության վրա:

Այս արդյունքները կարևոր են Կորոնավիրուսի նման արտակարգ իրավիճակներում վարքային միջոցներ սահմանելիս ուշադրության արժանացնելու համար. նախ պետք է հաշվի առնել, որ ճգնաժամային պայմաններում, որպեսզի մարդիկ հետևեն սահմանված վարքային նորմերին, պատրաստակամ լինեն օգնելու դիմացիներին, նրանք պետք է վստահ լինեն, որ սահմանված միջոցներն արդյունավետ են, օգտակար են իրավիճակի հաղթահարման համար: Հետևաբար վստահության գործոնի հաշվառելը կարևոր է պատասխանատու ինստիտուտների կողմից ճգնաժամային իրավիճակների հաղթահարման քաղաքականություններ մշակելիս և համապատասխան միջոցառումներ սահմանելիս: Մյուս կողմից, կարևոր է արձանագրել, որ միայն պարտադրված վարքաձևերը բավարար չեն ճգնաժամային իրավիճակն արդյունավետ հաղթահարելու համար. շատ կարևոր է խթանել մարդկանց կողմից պրոսոցիալ վարքաձևերի կիրառումը, ինչպես, օրինակ, համագործակցությունը, տարբեր տիպի աջակցության տրամադրումը շրջապատի մարդկանց համավարակի դեմ պայքարում, մանավանդ որ այսպիսի վարքաձևերը բարելավում են մարդկանց հոգեկան առողջությունը, դրականորեն նպաստում նրանց բարեկեցությանը: Ընդ որում՝ բարեկեցության համար օգնող վարքաձևի դրական նշանակությունը հաստատվել է ինչպես *ՔՈՎԻԴ-19*-ի բռնկման

սկզբնական փուլում, այնպես էլ Կորոնավիրուսային իրավիճակով ստեղծված վտանգի նվազման պայմաններում⁵:

Անկախ վերոնշյալ արդյունքներից՝ մեր ուսումնասիրությունն ունի նաև սահմանափակումներ. վստահության տարբեր չափումների, վարքաձևերի և սուբյեկտիվ բարեկեցության միջև կապերն ուսումնասիրվել են լայնահատույթային հետազոտական դիզայնով՝ համավարակային իրավիճակով պայմանավորված վտանգի նվազման փուլի տվյալների հիման վրա: Հետաքրքրական կլիներ դուրս բերված օրինաչափությունները ստուգել իրավիճակի զարգացման ողջ ընթացքում՝ լոնգիտյուդային տվյալների վերլուծության միջոցով: Մենք դիտարկել ենք վստահության տարբեր չափումներն ու *ՔՈՎԻԴ-19*-ի վարքաձևերը՝ որպես սուբյեկտիվ բարեկեցությունը պայմանավորող գործոններ, ընդ որում, վարքաձևերի միջնորդավորող նշանակությամբ, սակայն արժեքավոր կլիներ նաև սոցիալ-հոգեբանական և ժողովրդագրական այլ գործոնների դերի հաշվառելը:

Գրականության ցանկ

Cassar, A., Healy, A., & Von Kessler, C. (2017). Trust, risk, and time preferences after a natural disaster: experimental evidence from Thailand. *World Dev.* 94, 90–105, <https://doi.org/10.1016/j.worlddev.2016.12.042>.

Diamond, R., and Willan, J. (2020). Achieving good mental health during COVID- 19 social Isolation. *Br. J. Psychiatry* 217, 408–409, <https://doi.org/10.1192/bjp.2020.91>.

Economou, M., Madianos, M., Peppou, L.E., Souliotis, K., Patelakis, A., & Stefanis, C. (2014). Cognitive social capital and mental illness during economic crisis: a nationwide populationbased study in Greece. *Social Science & Medicine*, 100, 141–147, <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2013.11.006>.

Gheorghiu, M. A., Vignoles, V. L., & Smith, P. B. (2009). Beyond the United States and Japan: Testing Yamagishi's emancipation theory of trust across 31 nations. *Social Psychology Quarterly*, 72(4), 365–383, <https://doi.org/10.1177/019027250907200408>.

Gunnell, D., Appleby, L., Arensman, E., Hawton, K., John, A., Kapur, N., Khan, M., O'Connor, R. C., Pirkis, J., & COVID-19 Suicide Prevention Research Collaboration (2020). Suicide risk and prevention during the COVID-19 pandemic. *The lancet. Psychiatry*, 7(6), 468–471, [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30171-1](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30171-1).

⁵ Տե՛ս այս գրքում զետեղված *Հակոբջանյան Ս.* «Հոգեբանական բարեկեցությունը և *ՔՈՎԻԴ-19*-ը. Առողջության պահպանմանն ուղղված համոզմունքների և դիմակայելու վարքաձևերի պայմանավորող նշանակությունը համավարակի բռնկման սկզբում և երկու տարի անց» հոդվածը:

Haller E., Lubenko J., Presti G., Squatrito V., Constantinou M., Nicolaou C., Papacostas S., Aydın G., Chong Y.Y., Chien W.T., Cheng H.Y., Ruiz F.J., García-Martín M.B., Obando-Posada D.P., Segura-Vargas M.A., Vasiliou V.S., McHugh L., Höfer S., Baban A., Dias Neto D., da Silva A.N., Monestès J-L., Alvarez-Galvez J., Paez-Blarrina M., Montesinos F., Valdivia-Salas S., Ori D., Kleszcz B., Lappalainen R., Ivanović I., Gosar D., Dionne F., Merwin R.M., Karekla M., Kassianos A.P., & Gloster A.T. (2022) To Help or Not to Help? Prosocial Behavior, Its Association with Well-Being, and Predictors of Prosocial Behavior During the Coronavirus Disease Pandemic. *Front. Psychol.* 12:775032, <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.775032>.

Hayes, A.F. (2017) *Introduction to mediation, moderation, and conditional process analysis: A regression based approach*. New York, NY: Guilford Publications.

Helliwell, J. F., Huang, H., & Wang, S. (2014). Social capital and well-being in times of crisis. *Journal of Happiness Studies*, 15(1), 145–162, <https://doi.org/10.1007/s10902-013-9441-z>.

Hommerich, C. (2012). Trust and subjective well-being after the great east Japan earthquake, tsunami and nuclear meltdown: preliminary results. *Int. J. Japanese Sociol.* 21, 46–64, <https://doi.org/10.1111/j.1475-6781.2012.01169.x>.

Jovanović, V., Sarracino, F., Lazić, M., & Gavrilov-Jerković, V. (2023). Well-Being and the Pandemic: Trust in People Matters More Than Trust in Institutions. *Psychological reports*, 126(2), 674–687, <https://doi.org/10.1177/00332941211061692>.

Li, Q., Guan, X., Wu, P., Wang, X., Zhou, L., Tong, Y., ... & Feng, Z. (2020). Early Transmission Dynamics in Wuhan, China, of Novel Coronavirus–Infected Pneumonia. *New England Journal of Medicine*, 382, 1199–1207, <https://doi.org/10.1056/NEJMoa2001316> PMID: 31995857.

Mawson, A. R. (2005). Understanding mass panic and other collective responses to threat and disaster. *Psychiatry* 68, 95–113, <https://doi.org/10.1521/psyc.2005.68.2.950>.

Morgan, G. S., Wisneski, D. C., & Skitka, L. J. (2011). The expulsion from Disneyland: the social psychological impact of 9/11. *Am. Psychol.* 66:447, <https://doi.org/10.1037/a0024772>.

Olagoke A.A., Olagoke O.O. & Hughes A.M. (2020) Psychological Pathways Linking Public Trust During the Coronavirus Pandemic to Mental and Physical Well-being. *Front. Psychol.* 11:570216, <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.570216>.

Pagliaro S, Sacchi S, Pacilli MG, Brambilla M, Lionetti F, Bettache K, et al. (2021) Trust predicts COVID-19 prescribed and discretionary behavioral intentions in 23 countries. *PLoS ONE* 16(3): e0248334, <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0248334>.

Ryff, C.D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 1069–1081, <https://doi.org/10.1037/0022-3514.57.6.1069>.

Sibley, C. G., Greaves, L. M., Satherley, N., Wilson, M. S., Overall, N. C., Lee, C. H. J., Milojev, P., Bulbulia, J., Osborne, D., Milfont, T. L., Houkamau, C. A., Duck, I. M., Vickers-Jones, R., & Barlow, F. K. (2020). Effects of the COVID-19 pandemic and nationwide lockdown on trust, attitudes toward government, and well-being. *The American psychologist*, 75(5), 618–630, <https://doi.org/10.1037/amp0000662>.

Sønderskov, K. M., & Dinesen, P. T. (2016). Trusting the state, trusting each other? The effect of institutional trust on social trust. *Political Behavior*, 38(1), 179–202, <https://doi.org/10.1007/s11109-015-9322-8>.

Thoresen, S., Blix, I., Wentzel-Larsen, T., & Birkeland, M. S. (2021). Trusting Others During a Pandemic: Investigating Potential Changes in Generalized Trust and Its Relationship With Pandemic-Related Experiences and Worry. *Frontiers in psychology*, 12, 698519, <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.698519>.

Yamamura, E., Tsutsui, Y., Yamane, C., Yamane, S., & Powdthavee, N. (2015). Trust and happiness: Comparative study before and after the Great East Japan Earthquake. *Social Indicators Research*, 123(3), 919–935, <https://doi.org/10.1007/s11205-014-0767-7>.

**ՔՈՎԻԴ-19՝ ՈՐՊԵՍ ԱՊՐՎԱԾ ՓՈՐՁ. ՀԱՄԱՎԱՐԱԿԻ
ԸՆԿԱԼՎՈՂ ՀՈԳԵԲԱՆԱԿԱՆ ՀԵՏԵՎԱՆՔՆԵՐԸ ՄԱՐԴԿԱՆՑ
ԻՆՔՆԱՆԴՐԱԴԱՐՁՆԵՐՈՒՄ**

Մոնա Մանուսյան

Հայաստանում համավարակը, այդ թվում՝ դրան հանրային արձագանքը ծավալվում էր բարդ և բազմագործոն, դինամիկ փոխվող միջավայրում: Այդ բոլոր գործոններին հնարավոր չէ այստեղ անդրադառնալ: Մակայն դժվար է մտաբերել որևէ այլ դեպք, որն այդքան հստակ ցույց տար ինստիտուցիոնալ, մշակութային և հոգեբանական գործոնների փոխհյուսումը: Մեծացող անորոշության պայմաններում, որին նպաստում էր թե՛ բուն վիրուսի նորահայտ բնույթը և թե՛ հայաստանյան իրավիճակն ու մեղիա դաշտը, մարդիկ փորձում էին հասկանալ, իմաստավորել տեղի ունեցողը, հարաբերել այն ունեցած պատկերացումների ու փորձի հետ, հարմարվել: Համավարակին առերեսվելու հոգեբանական կողմը, այսպիսով, ոչ միայն տարբեր չափերի ցուցանիշների (օրինակ՝ տագնապայնություն, սթրես, վստահություն և այլն) փոփոխություն էր, այլև անձի իմաստային դաշտում կատարվող էական տեղաշարժեր՝ այնպիսիք, որոնք խորքային նկարագրության կարիք ունեն: Այն, թե ինչպես է հանրային առողջության սպառնալիքը ընկալվել, «պրոյեկտվել» անհատի իմաստային համակարգում՝ դրանից ազդվելով և/կամ դա փոխելով, էական դեր ունի նաև ճգնաժամերի հաղթահարման հետագա խնդիրների հասկացման համար: ՔՈՎԻԴ-19-ի՝ որպես ապրված փորձի վերաբերյալ այդպիսի որակական ուսումնասիրությունները Հայաստանում սակավ են կամ չկան:

Այսպիսով, հոդվածի նպատակն է նկարագրել և մեկնաբանել քովիդի՝ որպես հիվանդության և որպես համավարակային իրավիճակի սուբյեկտիվ փորձառությունը՝ ընկալվող ազդեցությունները, (վերա)իմաստավորումները, հաղթահարման ձևերը՝ գերիշխող պատումների և ժողովրդական «տեսությունների» (այսինքն՝ ավելի ընդհանուր սոցիալական միջավայրում տարածված պատկերացումների և վարքաձևերի) ներքո: Հոդվա-

ծը նաև որակական մեկնաբանման հենք է ստեղծում գրքի նախորդ մասերում ներկայացված քանակական վերլուծության արդյունքների համար:

Հոդվածը հիմնված է որակական հետազոտության հիմնական ծավալի՝ 2021թ. գարնանից 2022թ. վերջն ընկած ժամանակահատվածում անցկացված խորքային հարցազրույցների վրա: Նպատակային ընտրանքի մասնակիցները կազմել են 22-65 տարեկան, աշխատող և չաշխատող/ուսանող, քովիդի տարբեր փորձառություններով¹, հիմնականում բարձրագույն կրթություն ունեցող թվով 25 մասնակից՝ համաչափ սեռային բաշխմամբ: Հարցազրույցները հիմնվել են մեր մշակած կիսակառուցված ուղեցույցի վրա²՝ բաղկացած հետազոտական նպատակներն արտացոլող 3 հարցախմբերից՝ ա. Կորոնավիրուսի ծագման մասին պատկերացում, համավարակի նախնական արձագանքներ, բ. անձնական փորձառությունը (հիվանդության և համավարակի՝ իրենց վրա ունեցած հոգեբանական ազդեցության), գ. վերանայումներ և կանխատեսումներ: Վերլուծության մեջ մասամբ օգտագործվել է նաև հարցազրույցների մյուս խումբը՝ անցկացված համավարակի դեմ պայքարին անմիջականորեն մասնակցած բժիշկների (վերապրոֆիլավորված հիվանդանոցների/բաժանմունքների ինտենսիվ թերապիայի բժիշկներ, առաջնային օդակի բժիշկներ)՝ որպես առանցքային տեղեկատվության հետ (օգտագործվել է հիմնական հարցաշարի ադապտացված տարբերակը³): Հաշվի են առնվել նաև *փորձագիտական հարցազրույցներով* հավաքագրված գնահատականներն ու մեկնաբանությունները՝ հանրային առողջապահության ոլորտում քաղաքականություններ մշակող և իրականացնող մասնագետների կողմից: Որակական տվյալները վերլուծվել ու մեկնաբանվել են *թեմատիկ վերլուծության* սկզբունքներով (Braun & Clarke, 2006)՝ հիմնվելով հարցազրույցների բառացի սղագրության՝ մոտ 270 էջ նյութի թեմատիկ կոդավորման,

¹ Փորձառության սպեկտրում նկատի ենք ունեցել վարակված չլինելուց մինչև քովիդի հետևանքով հարազատի կորուստ ունենալը, իսկ փորձառություն եզրն ինքնին ներառում է ինչպես համավարակով առաջ եկած ընդհանուր իրավիճակի, այնպես էլ բուն հիվանդության (իր կամ մտերիմի) ընթացքի և հետևանքների հոգեբանական կողմերը:

² Հարցազրույցի ուղեցույցը տե՛ս հոդվածի հավելվածում:

³ Այս վերլուծությունից դուրս են մնացել դպրոցի ուսուցիչների հետ արված հարցազրույցները, որոնք նախատեսված էին որպես ևս մեկ մեծապես ազդված ոլորտի ներկայացուցիչների տեսանկյունները հավաքագրելու համար, սակայն հավելյալ տեղեկատվական արժեք չունեցան:

խմբավորման, իմաստային խտացման («թեմավորման») վրա: Վերհանված երևույթներն ու մեխանիզմները պատկերավոր ներկայացնելու համար վերլուծությունում ընտրողաբար օգտագործել ենք տիպական մեջբերումներ⁴:

Քովիդին առերեսվելու երկու տարին կարելի է բաժանել համավարակը դիմավորելու, բուն փորձի/ճանաչման և «ճանապարհելու» փուլերի, որոնց ընթացքում հուզական, ընկալման և վարքային բնույթի դինամիկ փոփոխություններ են եղել և՛ անհատական, և՛ սոցիալական մակարդակներում: Այս փոփոխությունների վրա ազդել են բազմաթիվ և բազմամակարդակ համատեքստային գործոններ՝ միջազգային կառույցների որոշումներից մինչև ներհայաստանյան քաղաքական իրադրություն և մեդիա: Ամբողջական որակական հետազոտության մեջ որպես փաստաթղթերի/երկրորդային վերլուծության մաս կազմելով հանդերձ՝ դրանք այս հոդվածի շրջանակից դուրս են մնացել կամ օժանդակ, ճշգրտող նշանակությամբ օգտագործվել են վեր հանված թեմաները մեկնաբանելիս:

Համավարակի «դիմավորումը» և համոզմունքների ու ապրումների դինամիկան

Համավարակին սկզբնական հակազդումներում գերիշխում էին **հերքման, չափազանցություն և միջ լինելու մասին ընկալումները**, վտանգը մտովի նվազեցնելու միտումը: Այս արձագանքը որոշների մոտ արտահայտվել է թերահավատությամբ (օրինակ՝ չափազանցված մեդիա աղմուկ համարելով), մյուսների մոտ՝ տպավորիչ, բայց հեռավոր՝ մեզ չառնչվող իրադարձությունների զգացումով: Այս կամ այն ձևակերպմամբ մեծ մասը ինքնաքննադատաբար նշում էին իրենց նախնական «անլուրջ» վերաբերմունքի մասին:

«Մտածում էի՝ H1N1-ի նման մի փոքր սահմանափակումներ կլինեն, նորից մարդիկ իրենց բնականոն կյանքին կվերադառնան: (...) Մտածել եմ, որ չի գա հասնի մեզ, որ մենք շատ հեռու ենք, էդքան տարածում չի ունենա»:

⁴ Մեջբերվող խոսքի հեղինակների տարիքասեռային կամ զբաղվածության ոլորտի տվյալներ չեն նշվել՝ ելնելով հոդվածի նպատակի համար էական չլինելուց (այն կենտրոնանում է գերիշխող թեմաների դուրս բերման և ոչ թե տարբեր խմբերի համեմատման վրա):

«Ասես տարօրինակ էր այն առումով, որ կյանքն իր բնականոն հունով ընթանում էր, կոնկրետ մեզ վրա դա չէինք զգացել, բայց հետուստատեսությամբ հայտարարում են, որ օրական այսքան մարդ վարակվել են, այսքանը՝ մահացել, այսպես է եղել»:

Լրջությունը կասկածի տակ դնող փուլը շերտավորված էր նաև Հայաստանի ներքաղաքական իրավիճակով: Թեև գրուցակիցների խոսքով՝ իրենց մոտ քաղաքական դաշտի հետ կապելը երկար չտևեց, սակայն մեղիայում հետագայում էլ քաղաքական շահարկումները ակտիվ շրջանավում էին՝ վարքականոններին հետևելու կարիքը կասկածի տակ դնող դիրքորոշումներ տարածելով:

«...Առաջին անգամ, երբ հայտարարեցին, որ քովիդ է, ես կապեցի քաղաքականության հետ. մտածեցի, որ սուտ է դա: Բժիշկ ընկերներ ունեմ՝ և՛ զինվորական, և՛ քաղաքացիական, իրենք ինձ ուզում էին համոզել միշտ, որ դա քաղաքականության հետ կապ չունի, բայց ես, կոպիտ ասած, մինչև կաշվիս վրա չզգացի, չէի հավատում»:

Վարակի՝ երկիր մուտք գործելուց հետո շատերը փորձում էին նոր իրավիճակին **հարմարվել նորահայտն իրենց իմացածին (օրինակ՝ գրիպի որևէ ձևի) նմանեցնելով**: Կարելի է անգամ ասել, որ մարմինը պաշտպանելու փոխարեն մարդիկ ձգտում էին պաշտպանել իրենց գիտակցությունը՝ վտանգի գաղափարը մոտ չթողնելով: Շրջապատում դեպքերի (այդ թվում՝ ծանր ընթացքով ու մահվան ելքով) լուրերն առնելուն զուգընթաց այս մտայնություններն իրենց տեղը զիջեցին **զգոնությանն ու կանխարգելման վարքականոններն ընդունելուն**, համագործակցելու և միասին հաղթահարելու կարևորմանը՝ սկզբում դեռևս լավատեսության երանգներով: Սա համավարակի բուն փաստի ընդունման և անորոշությունից (հիվանդության ընթացքի, բուժման, սահմանափակումների տևողության) առաջացող տագնապի, դատողությունները նոր իրողությանը վերահարմարեցնելու փուլն էր: Փորձագետներից մեկի քննադատական դիտարկմամբ՝ «մերժման» փուլն ավելի երկար է ձգվել՝ մեկնաբանելով դա որպես «փաստերն ընդունել չկարողանալու» ավելի ընդհանուր հասարակական խնդրի դրսևորում՝ դրա արմատները համարելով ոչ թե մշակութային, այլ ինստիտուցիոնալ: Այս դիտարկումը ոչ թե հակասում, այլ համալրում է

մեր հարցազրույցներով ստացված ավելի մեղմ պատկերը⁵: Անորոշության մեջ ինչ-որ պատկերացում ձևավորելու փորձերում հասկանալիորեն նկատվում են միևնույն հարցի հանդեպ երկակի դատողություններ, վարքագծեր:

«Ամենասկզբում, երբ դեռ Հայաստանում աղմուկ չկար, ավելի շատ միֆ էր: Հետո, երբ եղան մահացության դեպքեր, մտածում էի, որ եթե մարդ մի քիչ զգուշավոր լինի, չի վարակվի: Բայց հետո, երբ հասնում է քո շրջապատին, արդեն ծանր է դառնում»:

Ընկերս ուրիշ տեղ էր մեկուսացված, հայրը՝ հիվանդանոցում մահացավ: (...) Մի խոսքով, այստեղ հասկացանք, որ արդեն եկել հասել է մեզ:

Այս շրջանը, որը մեծապես համընկնում է լոքդաունի և պետական հետևողականության կարճ փուլի հետ, նաև կարելի է անվանել **տագնապի կամ «կաշուն գործողությունների» փուլ**, որն իր սուր, լիարժեք տարբերակով մեծամասնության համար կարճ տևեց:

«Անընդհատ մի փոքր լարվածություն կա ամեն իրին կաշելիս: (...) Նույնիսկ մի պահ կար, որ ոնց որ շեղվածության տաներ. անընդհատ մաքրել, ձեռքերը լվանալ և այլն»:

«Հիշում էի՝ որտեղ եմ եղել, ինչին եմ դիպչել, անմիջապես լվացվում էի: Պայուսակում կամ գրպանում, մեքենայում ավոզեղ էի պահում, դիմակներ էի ունենում մոտս: Միշտ չէի կարողանում կրել, բայց մարդաշատ վայրերում անպայման կրում էի...»:

Տագնապ բերող անորոշությունը այնքան դժվար տանելի է եղել, որ երբեմն մարդիկ վարակվելու մասին լուրը դիմավորել են տագնապը թոթափելու զգացումով:

«Սկզբնական շրջանում՝ մինչև մեր տանը վարակի հայտնվելը, շատ վախեցած էինք վերաբերվում. մի քանի դիմակով տնից դուրս գալ,

⁵ Ընտրանքի ձևավորումը կարող ենք հետազոտության մասնակի սահմանափակում համարել, քանի որ հարցազրույցին մասնակցելու պատրաստակամությունն արդեն «թեքում» է ընտրանքը դեպի մարդիկ, ովքեր լուրջ են մոտեցել քովիդի թեմային, և դուրս թողնում այն մարդկանց, ովքեր կներկայացնեին մերժողական տրամադրություններ կամ դավադրամտություններ ունեցող սեզմենտը: Ինչևէ, վերջինիս մասին անուղղակի ծավալուն նյութ է դուրս բերվում հարցազրույցներում, երբ մասնակիցները քննադատաբար խոսում են շրջապատի տարածված վարքաձևերի և մտածելակերպերի մասին:

կոշիկները դիզինֆիկացնել, այն կարգի պարանոյայի աստիճան էր: (...)Որ ասացին մաման քովիդ է, դուք բոլորդ հաստատ վարակված եք, դրանից մեր պարանոյան վերջացավ»:

Կանխարգելող վարքականոններին հետևելու դրդապատճառներում առաջատար էր ոչ թե չհիվանդանալը, այլ ուրիշներին, հատկապես՝ տարեցներին և առանձնապես՝ **ընտանիքի տարեց անդամներին չվարակելը:** Կարելի է ասել, որ սոցիալական պատասխանատվության ուղերձը, տարեցների հանդեպ հոգատարության շեշտադրումը ազդեցիկ են եղել, սակայն մինչ այն փուլը, երբ մահվան ավելացող վիճակագրությունը սկսեց ներառել ավելի երիտասարդների և հայտնաբերված հիվանդություններ չունեցողներին՝ փոխելով խոցելիության ընկալումը:

Ընդ որում՝ տարեցների և կարևոր մարդկանց համար մտահոգությունը, առհասարակ՝ վիրուսի վտանգավորության ընկալումը հաճախ զուգակցված էր **ինքն իրեն խոցելի չզգալու** հետ: Ստացվում է, որ թեև առաջին հայացքից զգուշավոր վարքը սեփական անձին չէր ուղղված և ավտորիտական էր, սակայն **ինքնաբացառումը (որ կարող ենք նաև անվանել ինքնաբացառիկություն)** հիմնված է էգոյից բխող համոզմունքների վրա, օրինակ՝ **«Բնձ բան չի լինի»:** Ընդ որում՝ արդեն վարակվելու և տանն այլ վարակված հարազատներ ունենալու փաստին բախվելիս խոցելի չլինելու ընկալումը ձևափոխվում էր հիվանդությունը հաղթահարելու վստահության՝ հարազատի համար է՛լ ավելի սրված անհանգստության ֆոնին: Անշուշտ, սա հիվանդացած հիվանդապահների համար կարևոր ընթացիկ ռեսուրս է եղել:

«Ընտանիքի անդամների, բարեկամների հարցով կիսառնվեմ իրար: Բայց եթե իմ հետ ինչ-որ բան լինում է, ես սովոր չեմ բանի հետևից ընկնել: Ինչքան բանի տեղ չդնեմ, ենքան շուտ կանցնի: Ես ջահել եմ, ինձ տենց բան չի լինի (շատ ինքնավստահ եմ երևի)»:

«Չէ՛, սկզբի ժամանակները չէի պահպանում, ինձ թվում էր, որ դա կարող է բոլորին կպնել, բայց ոչ ինձ, բայց եղավ (...): Մտածում էի երևի, որ ես բնության կողմնակիցն եմ, դրա համար ինձ չի կպնի դա: Նման միտք անցնում էր, էլի, գլխովս»:

«Նայեցին, ասեցին, որ երկուսս էլ երկկողմանի թոքաբորբ ենք: Դե ես ինձ համար չէի անհանգստանում, գիտեի, որ կհաղթահարեմ, չնայած շատ վատ էի զգում: Բայց իր համար դա շատ վատ էր...»:

Այլոց հանդեպ հոգատարության մեջ սեփական ես-ից բխող մեկ այլ համոզմունք կամ անգամ ինքնախնամքի յուրովի դրսևորում էր **խիդճը հանգիստ պահելու կարևորությունը**՝ «միայն ես վարակողը չլինեմ» սկզբունքով:

«Որ հետո խիդճս ինձ չտանջի, որ պատճառը ես եմ հանդիսացել, միայն դրա համար: (...)Դա որպես սկզբունք ինձ մոտ միշտ պահում եմ, որ ես չլինեմ այն մարդը, ով վարակ է փոխանցում: Դրանից վախենում եմ»:

Անձի անհատական մոտիվներից բխող պրոսոցիալական վարքի այս նրբությունները կարող են հաշվի առնվել ճգնաժամային հաղորդակցության և կառավարման մեջ: Ակնհայտ է, որ այս դեպքում դրանցից մեկը՝ վարակող չլինելու կարևորությունը, եղել է և՛ օգնողական, և՛ արդյունավետ, մինչդեռ վարակի հանդեպ սեփական անխոցելիությունը կամ օպտիմիզմը եղել է դատողության մոլորություն, որ կարող էր թուլացնել զգոնությունը, որքան էլ որ անհրաժեշտ հաղթահարման մեխանիզմ էր արդեն վարակվելուց հետո:

Ցանկացած դեպքում, վարակի և հիվանդության մասին շատ պատկերացումներ *ստուգվել ու ճշգրտվել են վարակվելու սեփական փորձով*, և մարդիկ եկել են տարբեր, երբեմն տրամագծորեն հակառակ հետևությունների. մի մասը նկատում են, որ դարձել են ավելի զգուշավոր, մյուսները՝ է՛լ ավելի վստահ կամ անհոգ՝ հետագա նմանատիպ հիվանդություններին դիմակայելու մեջ:

«Մինչև կաշվիս վրա չզգացի, չէի հավատում: Զգացի՝ արդեն ինձ մոտ տեսանկյունը փոխվեց: Հիմա միշտ այդ ալկոզելով, դիմակով, հեռավորությունը պահում եմ: Մինչև այդ, ճիշտը որ ասեմ, չէի կարողանում, մի քիչ նեղվում էի էլի...»:

«Ընկերուհիս էդ ընթացքում նույնիսկ խանութ չէր գնում, օնլայն պատվիրում էր, մինչև ինքը վարակվեց, հասկացավ՝ ոնց է իր օրգանիզմն արձագանքում էր ամենին, հիմա կանոնները պահում է, բայց ավելի թեթև է վերաբերվում»:

«Եթե քովիդը սկսվի, կարծում եմ՝ նույն վերաբերմունքն է: Գուցե ավելի լավ իմանամ՝ ոնց ճիշտ օգնեմ ինձ, բայց մոտեցումս նույնն է. իմ համար շատ լուրջ բան է»:

Համավարակը **«ղիմավորելու»** մեջ կարևոր է եղել **ընտանիքի միավորը**։ Որոշ դեպքերում եղել է ներընտանեկան որոշում և համաձայնություն՝ կանխարգելման կանոններին հետևելու հարցում, այլ դեպքերում դրսևորվել են սերնդային տարբերություններ՝ նաև կարծիք ձևավորող տարբեր մեղիաներ սպառելու բերումով։

«Ամբողջ ընտանիքով փորձել ենք պահել այդ կանոները, մոտեցումները։ Մեր կարծիքը բոլորինս նույն ուղղությամբ է եղել, որ կա՛, պետք է պայքարել, պահել կանոնները, հաղթահարել ու անցնել առաջ»։

«Փորձում ենք պահել, համարյա ոչ մեկս տանից դուրս չէր գալիս։ Բայց հայրս սկզբից էլ մի քիչ կարգապահ չէր, ու որ պատերազմը եղավ, արդեն էլ ի՛նչ ղիմակ-բան, դա էր մոտը։ Ու անընդհատ այդ խոսակցություններն էին՝ ղիմակը թթվածնային քաղց և այլն»։

Միևնույն ժամանակ, մեր գրուցակիցներից մի քանիսը դրսևորել են ծանոթներին և երբեմն նաև **անծանոթներին իրազեկելուն, համոզելուն ուղղված պրոսոցիալական վարք**, համավարակի խստացված փուլերում հանրային վայրերում ակտիվորեն պահանջել են չգանցել համավարակային վարքականոնները։ Շատ դեպքերում զգուշավորություն հորդորելիս այս մարդիկ շրջապատում հանդիպել են ղիմադրության։

«Միշտ բոլորին ասում էի՝ դրե՛ք, դրե՛ք։ Այդ մեր հարևանը, որ մահացավ, իրեն էլ եմ ասել՝ դի՛ր, իր տղային է՛լ եմ ասել հատուկ՝ «Հայրդ հիվանդություններ ունի, ասա՛ թող դնի»։ (...) Բնքը՝ այդ մահացող մարդը, եկավ իմ վրա կոիվ, թե կնիկդ աղջկաս վիրավորել է։ Այդքանից հետո էլի չէին դնում, վարակվեց, մահացավ»։

«Ասում եմ՝ «Ինչի՞ ես կողքս կանգնել, գնա՛ հեռու, հեռո՛ւ գնա, ասում է՝ «Ես վարակված չեմ»։ Ասում էի՝ «Ե՛ս եմ վարակված, հեռո՛ւ գնա»»։

«Ես եկա ասեցի՝ «Դու հիվանդացե՞լ ես», ասեց՝ չէ, ասեցի՝ «Ե՛ս հիվանդացել եմ, շատ ծանր եմ տարել, խորհուրդ կտամ՝ դնես»։ (...) Մեկ էլ սկսեց դնելը, մի տասնհինգ րոպե հետո եկա, դեռ դրած էր»։

Տեսանելի է, որ մարդիկ որպես ազդող փաստարկ, թերևս ինտուիտիվ կերպով, օգտագործել են ոչ թե ղիմացինի, այլ՝ իրենց հավանական

հիվանդ լինելը: Այս ուղերձի աշխատելը խոսում է այն մասին, որ էգո- ուղղվածության որոշ ուղերձներ ավելի շատ տեղ պիտի ունենային ճգնա- ժամի կառավարման հաղորդակցությունում:

Միջանձնային ևս մի մեխանիզմ, որը կարող էր արդյունավետ լինել հատկապես գյուղական համայնքներում, անտեսված է մնացել: Դա վար- քականոններ ձևավորելու գործում տեղի հեղինակությունների, **հարգված, ակտիվ մարդկանց ներուժը չօգտագործելն** էր: Հնարավոր է, որ սա անուղղակիորեն հուշում է համավարակի կառավարման ևս մեկ խնդիր՝ դրա չափազանց երևանակենտրոն լինելը:

«Գիտե՞ք՝ ոնց է ճիշտ. հայերի մեջ սենց մենտալիտետ կա չէ՞՝ խնամի- ծանոթ-բարեկամով, բանով հավաքված լսում են մեկը մյուսին: Օրի- նակ՝ Ա-ն համայնքում ճանաչված մարդ է, ճարպիկ է, սաղ օրը դրսում է, եթե ասում է, ուրեմն մի բան գիտի: Ու իմ ասելը իրոք օգնել է, որ մարդիկ գոնե տրանսպորտում այդ կանոնը պաշտպանեն»:

Հարցազրույցի արդյունքներն ուրվագծում են, որ մինչև սահմանա- փակումների թուլացումը (2020թ. միջնամառ)՝ երկրորդ ալիքին ընդառաջ, մարդիկ, տարբեր փորձառություններով ու առողջության սովորություն- ներով հանդերձ, կանխարգելման քայլերը համարել են օգտակար, կա- րևոր: Սակայն դեպքերի շատանալուն, նաև միջավայրում անհետևողա- կան վարքագիծ տեսնելուն, ինչպես նաև չնայած զգուշավորությանը, վա- րակվելուն (իր կամ հարազատի) գուզընթաց վերանայվել է դրանց միա- նշանակ օգուտը՝ դառնալով պայմանական: Հարցազրույցի մասնակիցը կարող էր հակասական դատողություն անել՝ մի կողմից նշելով, որ սովո- րական վերաբերմունք ունի հիվանդանալուն, քանի որ «հազար ավելի սարսափելի հիվանդություններ կան: Ֆատալիստական վերաբերմունք է. լինելու է՝ լինելու է, չէ՝ չէ...», սակայն մյուս կողմից՝ կառավարության ձեռ- նարկած վերահսկման միջոցառումները ոչ բավարար խիստ համարելով: Այս ապակողմնորոշումն ավելի ցայտուն է մեկ այլ մասնակցի դատողու- թյունում՝ «պայքարելը, իհարկե, կարևոր է, բայց հազիվ թե արդյունք տա»: Այս փուլում արդեն ավելի հաճախ սկսվեցին շրջանառվել «մեկա՝ պիտի վարակվենք»-ը՝ բախտի («ինչքան փախնում ես, այնքան ընկնում է հե- տևիցդ») կամ գիտականությանը մոտ («համընդհանուր իմունիտետ») դա- տողություններով: Նաև շատերը հետզհետե **պակաս զգայունակ դարձան**

համավարակի վերաբերյալ շարունակական, կրկնվող բացասական լրատվությանը, որը սթափեցնելու փոխարեն արդեն, փաստորեն, հակառակ ազդեցությունն ունեւ: Շատերը նշում էին, որ ինչ-որ պահից սկսած՝ պարզապէս դադարել են հետևել լուրերին՝ ակամա կամ միտումնավոր: Հարկ է նշել, որ այս փուլն արդեն համընկնում է պատերազմի և հետպատերազմական դրության հետ, որը մարդկանց տրամադրություններն էականորեն փոխել էր⁶:

«Ե՛վ ես, և՛ ընտանիքիս անդամները մինչև վերջ այդ բոլոր կանոնները պահել ենք, ու հարց առաջացավ, թե այդ ո՞նց եղավ, որտեղի՞ց վարակվեցինք...»:

«Մտածում ես, որ որքան էլ զգույշ լինես, մեկ է՝ բոլորը պետք է դրա միջով անցնեն»:

«Սկզբից Հայաստանում շատ կտրուկ մոտեցան այդ հարցին, երկրի իշխանությունների ամենաբարձր մակարդակում: Որտե՞ղ է օջախը, ո՞վ է եղել վարակակիրը, ո՞ւմ հետ է շփվել, ու այդպէս սկսեցին իբր կապ գտնել, որ կանխարգելեն, բայց արդյունքում բան չստացվեց: Եկան այն բացիթոդի վիճակին, ու երևի թե այդպէս ավելի ճիշտ է, քան խստիվ հետևելը: Որովհետև հնարավոր չէր վերահսկել դա, իմ կարծիքով»:

Նախընթաց քննարկումից ակնհայտ է, որ և՛ սահմանափակումներն ընդունող, և՛ կասկածի տակ դնող վարքի դեպքում գործ ունեինք կենսակերպի ու աշխատակերպի, պատկերացումների, կյանքի ռիթմի, փոխհարաբերությունների և այլ կարևոր ասպեկտների փոփոխության, դրանք ուղեկցող սթրեսի հետ: Մարդկանց վարքը մեծ հաշվով նման էր **բանակցության՝ սովորականը պահպանելու և նոր իրավիճակի** համար անհրաժեշտ դիրքորոշումների ու գործողությունների ձևավորման միջև:

«Շփումները դադարել էին: Ու եղ սկիզբը նյարդայնացնող էր, շունչդ կտրվում էր, որ անընդհատ տանն ես: Ստրեսային վիճակ էր, հետո աստիճանաբար հարմարվեցինք»:

⁶ Պատահական չէ, որ 2020թ. հոկտեմբեր-նոյեմբեր ժամանակահատվածը համընկնում է Հայաստանում համավարակի երկրորդ ալիքի գագաթի հետ:

«Փորձում էինք մեր այցելությունները հանրային վայրեր կրճատել, բայց ամբողջովին չէր լինում դրանից խուսափել: Մտերմիկ հավաքություններից գերծ մնալ չէինք կարողանում: Հնարավորինս պահպանում էինք սանիտարահիգիենիկ պայմանները»:

Սթրեսի մակարդակն ու սուբյեկտիվ դժվարության զգացումը, սակայն, **կախված են եղել նաև անձնային գործոններից**, նախընթաց սովորություններից, աշխատանքի բնույթից մինչև համոզմունքներ ու շփվողականության մակարդակ: Աշխատանքում և շփման մեջ առցանց ռեժիմին անցնելը ումանց համար հարմարման էական խնդիր չի եղել, կարող էին տեղ գտնել անգամ դրական ընկալումներ:

«Ես անձամբ այդքան շփվող մարդ չեմ, և իմ վրա տանը նստած վիճակը չէր անդրադառնա, եթե իմ անձնական ազատությունները չսահմանափակվեին»:

«Վիրտուալ ոչինչ չեմ սիրում ու ահավոր ծանր էի տանում, սթրես ունեի, տրամադրության անկում: Քննադատում էի թե՛ կառավարությանը, թե՛ վարակը տարածողներին: Տանից դուրս չգալով էն որ ինֆակտ էի ստանում. ո՞նց կարելի է կյանքն ապրել համացանցի միջոցով ու դուրս չգալ, ընկերների հետ տեղ չգնալ...»:

«Մի անգամ մեր դուռը բացեցի՝ ոչ մի ավտո, երթնեկություն չկար, օդը՝ մաքուր, ասեցի. «Վայ քովիդ ո՞նց եմ քեզ սիրում, ո՞նց եմ քեզ սիրում: (...) Դրական էր սկզբից ռեակցիան քովիդի նկատմամբ: Ես գոհ էի, որ այսպիսի բան կա, ու ահագին ծանրաբեռնվածությունը թեթևացել է քաղաքի, մոլորակի: ...» :

Այժմ ավելի մանրամասն քննարկենք համավարակին հարմարման՝ արդեն որոշ չափով ուրվագծված հիմնական հոգեբանական դժվարությունները:

Համավարակին հարմարվելու հոգեբանական բովանդակությունը. դժվարություններ, ազդեցություններ, վերանայումներ

Ընկալվող դժվարություններ

Նախընթաց քննարկումը թույլ է տալիս նկատել առնվազն երկու խումբ հուզական դժվարություններ՝ ա. անորոշության/անկանխատեսելիության բերումով, և բ. շփման սահմանափակումների բերումով առաջ

եկած: Երկրորդը բավականին շերտեր ու նրբերանգներ ունի, որոնց արժե անդրադառնալ ավելի մանրամասնորեն:

Շփման դեֆիցիտ և խզումներ. Համավարակով պայմանավորված սահմանափակումները ակնառու դարձրին հարաբերությունների և մերձության հիմնարար նշանակությունը հոգեկան բարեկեցության համար: Այս առումով կարելի է նկատել խիստ միջոցառումների երկակի ազդեցությունը: Մի կողմից ավելի կառավարելի դարձնելով վարակը՝ այն մյուս կողմից առաջ էր բերում շփման զրկանք (դեպրիվացիա), որը, բացասական ապրումների աղբյուր լինելով, աննպաստ էր հոգեկան բարեկեցության համար:

«Կտրվել էի իմ աշխույժ, հաճելի առօրյայից, երեխաների հետ շփումներից, մեկուսացած էի, կյանքի հանդեպ հաճելի զգացողությունները մարել էին»:

«Դժվար է եղել այն, որ չեմ շփվել: Ես շփվող մարդ եմ ու չեմ շփվել, տեղ չենք գնացել: Ինչի՞ նման է՝ մեկը գալիս է, ու չես կարողանում բարևել, կողքը կանգնել-գրուցել»:

Շփման ոլորտի խնդիր էր նաև որոշակի կասկածամտության, միայնաց մեջ պոտենցիալ վարակակիր տեսնելու լարումը: Որոշ դեպքերում զգուշավորությունից բխող դիստանցավորումն անգամ որպես ավելորդ սառնություն, ձևականություն է մեկնաբանվել շրջապատում:

«Ամենադժվարը, երևի, բացասական ինֆորմացիան ու լարվածությունը մարդկանց մեջ. էս մեկը վարակված է, հանկարծ շատ մոտ չգնանք, էս մեկի հետ շփվեցինք, կարող է վարակված է, երեխաների հետ շփումը՝ հեռավորություն պահպանել դասապրոցեսի ընթացքում (մի ընթացք շատ խիստ էր ...»:

«Շատ մարդիկ կային, որ դա չհասկացան և մտածելով, որ իրենց անտեսում եմ կամ չեմ ուզում տեսնել, հեռացան ինձանից, բայց իրականում ես իմ առողջության մասին էի մտածում ու շրջապատիս, անշուշտ...»:

Հրաժեշտ տալու անհնարինությունը՝ ռոնձություն մշակութայինին. Նախորդ՝ մարդկային կապերի խոչընդոտման ասպեկտը իր ծայրահեղ դրսևորմանն է հասնում քովիդի հետևանքով **մահացածների հուղարկա-**

վորությունը մասնակցել չկարողանալու մեջ, դառնում հարաբերությունների մասին մշակույթում ընդունված բազային կանոնների խախտում: Դրսևորվելով մի շարք հարցազրույցներում՝ սա առանձնացնելու արժանի խնդիր է: Այս մասին խոսող հարցազրուցակիցներից մեկի դիպուկ բնորոշմամբ՝ «Քովիդը մեր բոլոր նորմերը՝ հանրային, հասարակական պատկերացումները, ամեն ինչ ոչնչացնում էր»:

«Ավելի շատ ինձ վրա ազդել է այն հանգամանքը, որ հրաժեշտ տալ չէր թույլատրվում, որ գոնե վերջին անգամ մորաքրոջս չտեսանք»:

«Ընկերոջս հայրը մահացավ, ու իրեն չթողեցին, որ թաղմանը մասնակցի ... Առաջին անգամ է, որ սեփական որդին չի կարողանում հոր հուղարկավորությունը մասնակցի, մենք էլ՝ որպես ընկեր, չենք կարողանում գնալ իրեն ցավակցել: ... Ամենալուրջ խնդիրը դա էր, լրիվ նոնսենս էր հայ իրականության մեջ: Անգամ եթե դու բարեկամի, մոտիկի հարսանիքին չես կարողանում մասնակցել (...), թաղմանը միշտ պետք է գնայիր, որովհետև դա վերջին արարողությունն էր այդ մարդու հետ»:

Կորստի տազնապը, հարազատի/մտերիմի մահվանն առերեսվելու վախը վերհիշվել է որպես համավարակի ևս մեկ էական դժվարություն: Կորուստների թեման և՛ ուղիղ, անձնական փորձառություն է (եղել են նաև կրկնակի կորուստ ունեցող հարցազրուցակիցներ), և՛ անուղղակի թեմա (շրջապատում, կուլեկտիվում կորուստներ, մտավախություններ մտերիմների համար) շատ հարցազրույցներում:

«Էդ անհանգստությունն էր, որ լսում էինք մահերի մասին: Չէի ցանկանում պատկերացնել, որ կարող է նման վիճակ լինել, որի պատճառով մարդիկ կարող են մահանալ: Հիշում էի՝ ինչ անլուրջ էի վերաբերվում այդ ամենին սկզբում, ու փառք էի տալիս, որ այդ ընթացքում չեմ վարակվել ու հարազատներիս չեմ վարակել»:

Որպես առանձնահատուկ հոգեբանական դժվարություն՝ նշվում էր **տան անդամին հիվանդացած տեսնելը**: Սա երիտասարդների՝ ենթադրաբար վարակը տուն բերողների մոտ ուղեկցվում էր մեղավորության մտքերով և կորստի վախերի ահագնացմամբ: Ըստ էության, սա նաև ուղիղ, էքզիստենցիալ առերեսում էր հարազատների և այդպիսով նաև՝ ինքն իր՝

մահկանացու լինելու փաստի հետ: Այս թեմայի նշանակալիությունը դուրս է բերվել նաև *ՔՈՎԻԴ-19*-ին առնչվող սակավաթիվ որակական հետազոտություններից մեկում՝ դանիական համատեքստում արված (Missel, Bernild, Christensen, Dagyan, & Berg, 2021):

«Միայն մորս հիվանդացած հայացքը, ջերմությունը բարձրանալը ... (...): «Այս ի՞նչ արեցի, էս ես եմ մեղավոր, ես եմ բերել վարակը»: Իմ գլխին էի տալիս անընդհատ, թե ինչի՞ ես տենց արեցի, չլսեցի, ի՞նչ եղավ: Երեք չորս օր այդ վիճակն էր»:

Կորստի հետ կապված ապրումները ուժեղացնող գործոն է եղել հոսպիտալացված հարազատին մոտ լինելու անհնարիիությունը կամ խիստ սահմանափակությունը: Հիվանդին շփումներից մեկուսացնելու բուժական պրակտիկան ուներ հակառակ երեսը՝ ի վնաս հարազատի հոգեբանական առողջության ու հնարավոր է նաև՝ ի վնաս հիվանդացածի հաղթահարման ռեսուրսների:

«Շատ դժվար էր այն, որ չեմ տեսել իրեն: Երևի եթե այնտեղ լինեի, մի քիչ ավելի օկեյ զգայի կամ, չգիտեմ, ավելի լավ կլինեի, ինքն ավելի լավ կզգար: Միշտ մեջս այդպիսի մեղքի զգացում կա, որ ես պապայիս կողքը չեի, կարող է՝ եթե իր կողքին լինեի, ապրեի, ուրախանար, որ ես այնտեղ էի: (...) Չէին թողնում խոսեմ հետը, որովհետև խիստ էր, մամաս հագիվ, շատ քիչ մտնում էր մոտը, ինձ ուղարկում էր ապակու հետևից արած նկարը, բայց երեսը չեմ տեսել ու դա ինձ ավելի էր վատացնում»:

Կորստին, **հիվանդի տառապանքին առերեսվելու ապրումներն** իրենց սպեցիֆիկ, ծանր դրսևորումներն ունեին նաև քովիղի բաժանմունքներում աշխատող **բժիշկների մոտ:**

«Շատ դեպքեր են եղել, որ, փառք Աստծո, պսակվել են հաջողությամբ, բայց են եղել են դեպքեր, որ չես ուզում հիշել: Ես մտնում էի իմ կաբինետ, լույսերն անջատում էի, ձայնով լացում էի, որ միջիս այդ բանը դուրս գար, հետո փորձեի ինչ-որ ելքի տարբերակներ փնտրել (...): Հավատացեք, միգուցե հարազատները այդքան մեծ սթրես չտանեն, ինչքան դու ես տանում, որովհետև դո՛ւ ես տեսնում այդ մարդ-

կանց տանջանքը. այդ քո տեսածը, բնականաբար, ոչ ոք չի կարող տեսնել ու հասկանալ»:

Համավարակի ընկալվող ազդեցությունը

Այս բաժնում կանդրադառնանք ազդեցությունների, որոնք համավարակի շրջանը, ըստ հարցազրույցի մասնակիցների, ունեցել է իրենց պատկերացումների և վարքի վրա: Հաշվի առնելով, որ համավարակի և (հետ)պատերազմի փուլերի էական համընկում կա, և գործ ունենք շերտավորված ճգնաժամի հետ, սկզբում անդրադառնանք համավարակի ընթացքի վրա (հետ)պատերազմի ընկալվող ազդեցությանը: Սա կարող ենք անգամ անվանել *համավարակի ազդեցության վրա պատերազմի (միջնորդավորող) ազդեցություն* և մտքում ունենալ որպես վերապահում՝ համավարակի ցանկացած սոցիալ-հոգեբանական հետևանք քննարկելիս:

Պատերազմի սոցիալ-հոգեբանական ազդեցությունը համավարակին առնչվող խնդիրների վրա լավագույնս ամփոփվում է հարցազրույցներից մեկում հնչած՝ *«Չեմ ասում, թե անլուրջ եմ վերաբերվում, ուղղակի մենք ավելի վատը տեսանք»* դատողության մեջ: (Հետ)պատերազմի խնդիրների ֆոնին համավարակի թեման կորցրեց իր սուբյեկտիվ նշանակալիությունը, որքան էլ որ համավարակի կառավարման տեսանկյունից պատերազմական վիճակը օբյեկտիվորեն բարդացնող, վատթարացնող դեր ուներ: Այն դարձավ գերիշխող իրողություն, որի ֆոնին Կորոնավիրուսն այլևս «մոռացված» էր՝ չնայած հենց այդ փուլում աճող թվերին և հանրային հաղորդակցության մեջ հնչող «երկու ռազմաճակատում կռվելու», «թիկունք պահելու» ուղերձներին: Որքան էլ պարադոքսալ էր հնչում փողոցային հեռուստահարցումներից մեկի ժամանակ ի պատասխան լրագրողի «Ինչո՞ւ դիմակ չեք կրում» հարցին հարցվողներից մեկի *«Ի՞նչ դիմակ, պատերազմ չմ'ա»* բարկացած պատասխանը (որի տեսանյութը շատ շրջանառվեց ու քննադատվեց սոցցանցային տիրույթում), այն պատկերավոր արձանագրում էր, որ պատերազմը փոխել էր և՛ օբյեկտիվ, և՛ ընկալվող առաջնահերթությունները:

Մեր հարցազրույցներում հաճախակի պատկեր էր համավարակի ազդեցությունը *պատերազմի ազդեցության հետ զուգահեռներ տանելը կամ միավորելը*: Ընդ որում՝ պատերազմը հիշելուն պես հենց զրույցի ըն-

թացքում մարդկանց խոսքում վարակի թեմայի կարևորությունը նվազում էր, շեշտադրումներն ակամա փոխվում էին:

«Օրինակ՝ պատերազմը շատ փոխեց, դեպրեսիայի մեջ քցեց: Այդպիսի բաներ որ չլինեն, մեզանից ավելի ուժեղ հանգամանքներ չլինեն, վիրուսի հետ պայքարելը այդպես մի եսիմինչ չի: Շատ պարզ բաներ է պետք անել ու սովորական ապրել»:

«Ավելի շատ պատերազմն է ազդել: Քովիդը ոչինչ չի փոխել՝ բացառությամբ այն 1-2 ամսվա, երբ կարանտին էր, ու տնից դուրս գալ չէր կարելի»: «Մասամբ սթրեսը կապված էր քովիդի հետ, մասամբ էլ՝ պատերազմի, որովհետև դու էլ ուրախ չես, մեջդ մի բան կոտրվել է, կյանքի նկատմամբ չունես նախկին ոգևորվածությունը: Ինձ մոտ դրանք զուգահեռ են»:

Պատերազմն ու համավարակը մեկտեղված էին ոչ միայն իբրև կրկնակի ճգնաժամ հանրային մակարդակում, այլև որպես միաժամանակ պատերազմի և քովիդի միջով անցնող մարդու անհատական պատմություններ:

«Մենք հոկտեմբերի վերջին ենք հիվանդացել, երբ պատերազմը կար: Երկուսի սթրեսը միասին տարել եմ»:

«Շուշիի ընկնելուց չորս օր առաջ եմ քովիդ ընկել՝ նոյեմբերի 5-ին, երբ Շուշիում էի: (...)Արդեն մեկ ամսից ավել էր, որ դրսերում էի քնում՝ անձրև, ցուրտ, քամի: Մտածում էի, որ անձրևից, ցրտից, խոնավությունից մրսել, հիվանդացել եմ, կոպիտ ասած ջանից դուրս է գալիս: Նոյեմբերի 4-ի երեկոյան (...)բռնվել էին մկաններս, հազում ու արյուն էի թքում: Հինգի առավոտյան ամբողջությամբ քարացել էի, չէի կարողանում շարժվել, խոսել, ու շունչս ասեղնա կտրում էր (...)Զոհեր ունեցա անձնակազմիցս, զոհերի հետ ինձ ուղարկեցին Գորիս, հոսպիտալացրին: Այնտեղ պարզվել է, որ քովիդ եմ»:

Պատերազմն ու համավարակը, այսպիսով, փոխներգործեցին և՛ օբյեկտիվ առումով (մարդկանց զգոնությունը թուլացնելով, հիվանդանոցային ազատ տեղերը նվազեցնելով, վարակի՝ ռազմաճակատ թափանցելով և այլն), և՛ սուբյեկտիվ և, կարելի է անգամ ասել, էքզիստենցիալ մակարդակում՝ ազդելով կյանքի արժեքի, զգուշավորության իմաստի ընկալ-

ման վրա (կասկածի տակ դնելով կամ հակառակը՝ վերահաստատելով դրանք):

«Ամռանը, որ մի քիչ հիվանդությունը նահանջեց, արդեն սկսեցի դուրս գալ: Ուշադրությունս ավելի շեղվեց պատերազմի ժամանակ, ու հենց այդ ժամանակ էլ հիվանդացա, որովհետև կանոններին չհետևեցի»:

«Երբ այս հիվանդությունն ունեցա, շատ վախեցա ու զգացի, որ կյանքը շատ քաղցր բան է: Մինչև այդ էլ պատերազմի մեջ արդեն զգացել էի, բայց քովիդից մոտս սթրեսային բան էր, ասում էի՝ լավ է թշնամու գնդակից մահանալ, իմանան՝ կովի դաշտում եմ մահացել, ոչ թե հոսպիտալում, ու իմանան, որ այդ քովիդից եմ մահացել»:

Քովիդը և (հետ)պատերազմը միմյանց հետ համատեղվեցին նաև կրկնակի խոցելիության ընկալման առումով: Համավարակը դիտվում էր որպես պատերազմում մեզ ավելի խոցելի, պակաս պաշտպանունակ դարձրած գործոն, այդ թվում՝ հանրային համերաշխության նվազեցման առումով: Այս ասպեկտը ազդել է նաև հաղթահարման հեռանկարների, կանխատեսումների վրա: Քննադատորեն նշվում են կրկնակի ճգնաժամին հանրային անհամարժեք արձագանքը, հարվածներից թուլացած դիմակայության ռեսուրսները, հավանական տևական հետևանքները:

«Մենք լրջագույն խնդիրներ ունեինք, մեկ էլ, հո՛ւյ, պատերազմը, ո՞նց էինք հաղթելու: (...)Երբ հեղափոխության ժամանակ թոհուրոհ էր, քառս էր տիրում, մենք պակաս խոցելի չէինք, բայց ադրբեջանցիք չարեցին, արեցին 20 թվականին: Ինչո՞ւ. որովհետև մենք ամենախոցելիին էինք՝ որպես հանրույթ և պետություն, տնտեսություն, որովհետև անգամ հեղափոխության ժամանակ մի հատ հարձակում լիներ, այդ համախմբվածությունը, ամեն ինչն ուղղվելու էր դեպի Ադրբեջան»:

«Մարդկանց անտարբերությունն է մեծացել, որը ես՝ որպես բժիշկ, կապում եմ նրա հետ, որ Հայաստանը մեկ տարի է՝ շոկերի միջով է անցնում: Կորոնավիրուսին հաջորդեց պատերազմի շոկը, որն ավելի ուժեղ էր, ու նախորդը հասարակությունն սկսեց անտեսել: Էսօր էլ մի իրավիճակ է, որ բոլոր շոկերն անտեսելով, ինքնահոսի մատնված՝ առաջ ենք գնում»:

«Առանձին աստուածոված վիճակ է ամեն մեկի մոտ, ամեն մեկը իր գլխի ճարը ոնց կարողանում է, տեսնում է, հիմա էլ, հատկապես պատերազմից հետո: Եվ առհասարակ, երբ ամբողջ մոտիվացիան բոլորի մոտ, ինձ թվում է, կորել է, առավել ևս դժվար է պատկերացնել, թե սա ոնց է ուղղվելու երբևէ»:

Այժմ անցնենք հենց համավարակով պայմանավորված ազդեցություններին:

Ձեռքբերված վարքային փոփոխություններ. Համավարակի ընթացքում կիրառված կանխարգելիչ վարքաձևերի, պարագաների մի մասը արդիականությունը կորցնելու հետ նահանջեց, իսկ մի մասը տեղափոխվեց հետհամավարակային շրջան՝ դառնալով առօրյա սովորություն: Օրինակ՝ ակնոգել ունենալը շատերը նշում են այսուհետ ինչպես տան, այնպես էլ պայուսակի, մեքենայի անբաժան մաս: Բնականաբար, այս «մանրուքի» հիմքում ընկած է կոգնիցիայի փոփոխություն, որը, անշուշտ, դեռ պիտի անցնի ժամանակի և մշակույթի փորձարկումը: Ի վերջո, առօրյա տեսություններում բնույթով վարակիչ հիվանդությունը գերազանցապես կապվում է «չմբսելու» (օրգանիզմը չթուլացնելու) և ոչ թե՝ միջավայրը վարակազերծ պահելու հետ: Նոր ձևավորվող սովորությունների մի մասն էլ դժվար համադրելի է արդեն արմատացած սովորությունների հետ, օրինակ՝ դիմակ կրելը ծխելու հետ: Սա նկատել են իրենք՝ հարցվողները: Անհատական մակարդակում ձևավորվելով՝ սովորությունները նաև դառնում են հանրային սովորություն, միմյանց դիտարկող աչքի ընտելացում: Դիմակները, օրինակ, այլևս տարօրինակ և անտեղի չեն դիտվում, երբ մարդիկ որոշում են գրիպի ժամանակ դրանք կիրառել: Նոր սովորությունները նկատելի են նաև միմյանց համար. ոմանք կատակում էին, որ «մարդիկ սկսել են ավելի շուշուտ լվացվել, ինչը լավ է»: Սովորությունների ձևավորումը կամ ձախողումը կախված էր այն միկրոմիջավայրից, որին պատկանում էր անհատը (պատանի տղաները, օրինակ, առավելագույնս խուսափում էին դիմակ կրելուց ինչպես համավարակի ընթացքում, այնպես էլ, առավել ևս, ներկայում):

Որպես պահպանված նոր սովորություններ՝ նշվել են հատկապես ձեռքերի ախտահանումը, հիվանդ լինելու դեպքում՝ ուշադիր դառնալը շրջապատին չվարակելուն: Սա տեղափոխվել է նաև աշխատանքային

մշակույթ՝ տեղ տալով աշխատակցի հիվանդանալու դեպքում հեռավար աշխատելու լուծմանը, որը դեռ ոչ վաղ անցյալում չէր պատկերացվում և չէր խրախուսվում:

«Կանոնները նույն կերպ պահում եմ. ձեռքերը մաքրելը, անընդհատ դիմակ կրելը արդեն սովորություն է դարձել»:

«Մարդիկ սովորել են հերթ կանգնել, իրար մեջ չմտնել: Գիտեն, որ կան կանոններ, որոնք գուցե ինքը չի պահպանում, բայց պետք է պահպաներ, դա էլ է փոփոխություն»:

Առողջության/հիգիենայի պահպանման սովորություններից զատ՝ նկատելի է նաև *առողջության խթանման, առողջ կենսակերպի դիրքորոշումների ձևավորում* (մարզասրահ, առավոտյան վազք և այլն): Մեծացել է ուշադրությունը սեփական առողջությանը, այն կենացից դարձել է իմաստավորված, սեփական փորձով հասկացված առաջնահերթություն: Ընդ որում՝ առողջության խթանմամբ զբաղվելու որոշում են կայացրել հատկապես տղամարդիկ՝ և՛ երիտասարդ, և՛ ավելի տարեց: Քովիդը փորձառելուց հետո դեպի առողջ կենսակերպ հակվելու այս պատկերը համահունչ է միանգամայն այլ մշակութային համատեքստում՝ Հարավային Կորեայում արված ֆենոմենոլոգիական ուսումնասիրության արդյունքներին (Kim & Park, 2021):

«Առաջ, որ կենաց էին ասում, առողջություն էին մաղթում, ինձ համար դա սովորական բառ էր: Հիմա ինքս առաջնային առողջություն ու խաղաղություն եմ մաղթում»:

«Ուրախ եմ, որ ուզում եմ սպորտով զբաղվել, իհարկե դեռ չեմ զբաղվում, բայց դրա կենսական անհրաժեշտությունը մինչև վերջ հասկացա. թե ինչպես կարող է անտեսանելի ինչ-որ բան լինի, և դու՝ առողջ մարդ, մեկ էլ մի քանի օր հետո՝ վե՛րջ»:

«...Սկսեցի մասնակցել այդ ֆիտնես դասերին: Ահագին լավ բան է մարզանքը, զգում ես առողջության վրա ահագին փոփոխություն, ավելի լավ ես զգում, ավելի առույգ ես»:

Հոգեֆիզիոլոգիական ազդեցություններ. Հարցազրույցի մասնակիցների համար ընկալվող հետևանք են նաև մի շարք հոգեֆիզիոլոգիական, հոգեստմատիկ փոփոխություններ, որոնք ընկալվում են որպես հենց վիրուսի/հիվանդացության թողած ազդեցություն կամ որպես համավարակի և (հետ)պատերազմի շրջանից մնացած տևական տագնապային վիճակների և ապրումների հետևանք: Շատերն են նշում հիշողության վատթարացում, կենսական էներգիայի նվազում՝ «հավեսի» պակաս, նյարդային համակարգում փոփոխություններ: Տեղ են գտել նաև ավելի ամորֆ, դժվար ձևակերպելի փոփոխություններ:

«Մինչ քովիդը ավելի կենսունակ էի, ինչ պլանավորում էի, հասցնում էի անել: Ճիշտ է, հոգնածություն էլի զգում էի, բայց ոչ էսքան: Չգիտեմ՝ ե՞ս եմ կապում քովիդի հետ, թե՞ իսկապես եղպես է: Բմ կենսունակությունը նվազել է»:

«Շատ վատ էի, չգիտեմ՝ ոնց են անցել այդ ամիսները, բայց մինչ այսօր այդ տագնապայնության մարմնական ազդեցությունը դեռ կա վրաս: Գնալով քշանում է, անշուշտ, պետք է թերապիայիս գնամ, որ ավելի քշանա»:

«...Շատ տհաճ է, որովհետև չգիտես, թե իրականում է՛լ ինչի վրա է ազդել: Այդ տիպի մտավախություն է մոտդ, թե այս ինչ եղավ էլի, այս ինչ վերածրագրավորում էր»:

Հետևություններ, վերաիմաստավորումներ

Որակական տեսանկյունից համավարակի կարևոր հետևանքներ կարելի է համարել կյանքի էական կողմերում արված հետևություններն ու վերանայումները: Դրանք հարաբերություններում, աշխատանքում, կենսափիլիսոփայության մեջ տեղի ունեցած փոփոխություններ, վերահաստատումներ, բացահայտումներ են, որոնք հարցազրույցներում հաճախ հնչում էին «ես հասկացա, որ...»-ով սկսվող դատողություններով:

Ես և ընդհանուրը. Համավարակի ընթացքն ու շրջապատում ուրիշների, ինչպես նաև սեփական սոցիալական վարքը շատերին բերել է եղած **հասարակական հարաբերությունների նորովի ճանաչման, դրանք**

խնդրականացնելուն: Ճանաչման այս գործընթացն ուղեկցվել է երբեմն զարմանքի, երբեմն՝ հիասթափության հույզերով:

Այս թեմայի մաս է այն, որ շատերը գիտակցել են իրենց **պատկանելը, կապը ավելի մեծ միավորի՝ հասարակությանը, համակարգին**, որի մասին նախկինում մտորելու առիթ չեն ունեցել: Ճանաչման և ինքնաճանաչման պրոցեսներն ընթացել են փոխկապված, մարդիկ նաև նորովի են հայտնաբերել իրենք իրենց՝ հանրային հարաբերություններում՝ ասես մեծ հայելու մեջ նայելով, որտեղ երևում են և՛ իրենք, և՛ միջավայրը:

«Չգիտեի, որ ես այդպիսի մարդ եմ, որ կարող եմ ընկերուհուս տատիկի մասին մտածել ու իրեն չտեսնել, որ տատիկը հանկարծ չմահանա: Չէի կարծում, որ ես ինձ տեսնում եմ այդ մեծ համակարգի մի մաս, բայց քովիդի ժամանակ դա հասկացա, որ ես այդ շղթայի մի մաս եմ, ու ամեն մարդու վրա ազդեցություն ունենք բոլորս էլ...»:

«Ամենամեծ ազդեցությունը, որ այս համավարակն ունեցել է ինձ վրա, բավականին մեծ հիասթափություն է: Որովհետև ես չէի ակնկալում, որ մեր հասարակության մեջ մարդիկ կան, որ կփորձեն շահարկել հիվանդության թեման և ուրիշներին վտանգել»:

«Իմ համար շոկային էր, մտածում էի՝ Հայաստանում գոնե մարդկային կյանքը կարժևորեն ու մի հատ էլ պատճառ չեն ստեղծի, որ մարդիկ մահանան, բայց հակառակն էր, ասում էին. «Հա՛, լա՛վ, վարակվեցի՛, մեռա՛, ի՞նչ եղավ»:

Ընդ որում՝ ուշագրավ է, որ շատ հարցազրուցակիցներ համավարակին առնչվող ընդհանուր հանրային դիրքորոշումները և անփութ վարքը քննադատել են սեփական (և իրենց անմիջական միջավայրի) պատասխանատու վարքի մասին խոսելիս, ընդգծել են իրենց մոտեցումների տարածված չլինելը, բացառություն լինելը:

Բավական արտահայտված էր նաև այն զգացողությունը, որ համավարակից հետո լրիվ վերադարձ «նախկին կյանքին», մոտեցումներին չի լինի (չնայած նախորդ օրինակը հուշում է, որ շատերն ամեն կերպ մերժել են փոխված իրողությանը և, ըստ այդմ, վարքաձև փոխելու կարիքը): Այս համոզմունքի վրա կարող են ազդած լինել ինչպես սեփական դիտարկումները, այնպես էլ հայկական մեդիա-տիրություն բավականին տա-

րածված դիսկուսը *ՔՈՎԻԴ-19*-ից հետո աշխարհում **«այլևս առաջվա պես չլինելու»** մասին, որը դեռ ժամանակով չստուգված ենթադրություն է: Այս զգացողությունը Հայաստանում շատ շուտով կապվեց պատերազմի թողած ազդեցության հետ:

«Ընդհանուր փոխվում է պատկերացումը կյանքի մասին, և ոչ ոք չի ապրելու էլ նախկինի պես, որովհետև ուրիշ բան էր սա, և մարդու առողջության հետ կապված, սոցիալական պատասխանատվության հետ կապված շատ բաներ հասկացան մարդիկ»:

Անհատ-հանրային կամ այլ կերպ ասած՝ «միկրո-մակրո» առնչության համատեքստում ճշգրտվել կամ վերանայվել են նաև **համակարգի հետ սեփական հարաբերությունները**, ընդ որում, թե՛ վստահության, ավելի մեծ պատկանելության զգացումի, թե՛ անվստահության և հեռավորության մեծացման ուղղություններով:

«Իսկ ինձ տվեց այն, որ երբ պետությունը, կառավարությունը ասում է մի բան, պետք է սուսուփուս լսենք, շարժվենք դրանով, ոչ թե ամեն մեկս՝ մեր կարծիքով»:

«Այս տարիների ամբողջ անկումը, բնականաբար, չէր կարող շրջանցել մեր առողջապահական համակարգը, ամեն ինչ թաղված կոռուպցիայի մեջ՝ մեկի պոչը մյուսի տակ: Բացի դրանից, ես մեր կրթական մակարդակի վրա էլ բացարձակ վստահ չեմ. ովքեր են ի վերջո զբաղվում բժշկությամբ, ոնց են սովորում, ոնց են գալիս հասնում: Չե, լավ բժիշկների գիտեմ, այնպես չի, որ չգիտեմ, նորմալ մարդիկ կան, բայց ինձ հանդիպել են, մորս՝ ոչ: Չեմ հասկանում նույնիսկ, թե ոնց է պատահում, որ այդ մարդը [մայրը] գնում ընկնում է այն մարդկանց ձեռքը, որոնց հետ ոչ մի բան անել չես կարող»:

Շատերի համար համավարակի փորձը բերել է **մարդկային հարաբերությունների (վերա)գնահատման, հստակեցման**, ընդ որում, երկու ուղղությամբ էլ՝ և՛ ընտրողաբար որոշ շփումներից հեռանալով, և՛ նշանակալի մարդկանց հետ շփումների արժեքի ավելի հստակ գիտակցմամբ և նրանց հետ լինելուն ավելի շատ ժամանակ հատկացնելու որոշմամբ: Այսպիսի փոփոխությունների վրա, անշուշտ, ազդել է համավարակի մահերի հուշած՝ ժամանակի վերջավորությունը և կյանքի անկանխատեսե-

լիությունը: Ճգնաժամը հանդիսացել է **հարաբերությունների և վատահո-
թյան փորձաքար**. ծանր վիճակներին բախվելը նպաստել է միմյանց ավե-
լի խորը բացահայտելուն:

*«Գալիս է ժամանակ, որ հասկանում ես՝ մարդիկ ովքեր են: Ուղղակի
այդ ժամանակն իմ մոտ մի քիչ շուտ եկավ, որոշ չափով հասկացա՝
ով են, ինչ են: Որ ամբողջ օրը մարդու հետ շփվում ես, մոտ ես, քեզ
թվում է՝ ինքը քո ընկերն է, իսկ ինքն այդ ընթացքում մի հատ չի զան-
գում՝ հարցնի՝ ո՞նց ես, օրինակ»:*

*«Որը կորցրեց, որը կորցնելու շեմին էր, հետ վերադարձրեց, և ինձ
թվում է՝ մարդը հասկացավ, որ տվյալ անձին պետք է գնահատել ու
սիրել, որովհետև ինքը կարող է մի օր էլ չլինի»:*

Այդ արժևորումը, իհարկե, կախված էր նաև մինչքովիդային հարաբե-
րություններից, դրանցում առկա խնդիրներից: Լոբդաունի բերումով իրար
հետ նույն տարածքում անցկացված երկար ժամանակը մեր ընտրանքում
հիմնականում նկարագրվել է դրական երանգներով, սակայն, ըստ տար-
բեր ուսումնասիրությունների, այն երկակի հետևանք է ունեցել՝ ամուս-
նական գույգերի մոտ երբեմն բերելով հարաբերությունների վատթարաց-
ման կամ սահմանների կարևորության գիտակցման (Տե՛ս, օրինակ,
Vowels, Francois-Walcott, Perks, & Carnelley, 2021):

Սահմանափակումներին հետևելու փորձառությունը ուշագրավ կեր-
պով նպաստել է հարաբերություններում **օգտակար անձնային սահման-
ների ձևավորմանը**, դրանց կարիքի գիտակցմանը, անգամ՝ որպես անձ
«անկախանալուն»: Շատերը նշում են, որ, չնայած դեպքերի էական նվազ-
մանը, իրենց միջավայրում փոխադարձ որոշակի հեռավորությունը պահ-
պանվել է:

*«Միգուցե ոչ քաղաքում, բայց գյուղերում հարազատների՝ մեկը մյուսի
տուն գնալու էթիկայի նորմերը չէին պահվում: Արդյոք ձեզ հարմա՞ր
է, որ գանք. դա չկար: (...) Ես միշտ զարմանում էի. գուցե մենք մեր
տանը վիճում ենք, ու հարևանը դուռը բացում մտնում է (...): Այ-
սինքն՝ գյուղերում այս էթիկան չկար: Դրական է այն առումով, որ
առանց հարցնել գնալը գոնե փակվեց: Ոնց որ գյուղերում էթիկա ձևա-
վորվեց»:*

«Հիմա ավելի քիչ ենք գրկում իրար, համբուրվում: Առաջ մարդիկ չէին մտածում: Հիմա չնայած շատ չկան քովիդի դեպքեր, մեր մեջ մնաց այդ միանգամից չգրկելը. այդ սահմանները կան»:

«Առաջ վատանում էի, նեղվում էի, որ ընկերներիս չեմ տեսել կամ մարդկանց չեմ տեսել, հիմա ինձ համար միայնակ իմ անձով տանը նստելը օկեյ է, դրանից էլ եմ հաճույք ստանում: Առաջ մտածում էի՝ առանց մարդկանց ես չեմ կարող ապրել»:

Մարդկանց նորովի արժևորումը փոխկապակցված էր առհասարակ **կյանքի ժամանակի արժևորման** հետ, որակյալ ժամանակ ունենալու սրված պահանջմունքի հետ: Կարելի է ասել, որ տեղի էր ունենում ունեցածը արժևորելու, կարևորի և երկրորդականի տարբերակման պրոցես:

«Ժամանակ տվեց ընտանիքի ներսում: Մեկ-մեկ լինում է, որ բավականաչափ չենք շփվում մեր հարազատների հետ, հեռավորություն է առաջանում ընտանիքի ներսում»:

«Հիմա ես ապրում եմ մի օրով, անկեղծ: Ամեն պահը, ամեն վարկյանը սիրում եմ: Այս պահը, որ Ձեզ հետ շփվում եմ, գրուցում եմ, դա էլ է իմ համար մեծ բան: (...) Իմ աչքի առաջ այնպիսի բաներ են եղել, որ ես դրանից հետո սկսել եմ գնահատել շատ բաներ»:

«Դպրոցում երեխաներին փորձում եմ բացատրել, որ շատ ծանր չտանեն քննությունները, նեղվածություն, լարվածություն չունենան դրանց պատճառով, որ դրանք անցողիկ բաներ են: Երևի նոր-նոր է, ես էլ շատ կոնկրետ չեմ գիտակցում՝ ինչ քայլերով եմ դա անում»:

Պատերազմը կենսահաստատող հետևություններին կարևոր շերտ է ավելացրել, սակայն չի չեղարկել:

«Ոչ միայն քովիդը, այլև մեր Հայաստանի իրավիճակը հանգեցրեց դրան, որ գնահատել է պետք ամեն մի վայրկյանը, որ ապրում ենք»:

«Գիտակցության մեջ կա, որ մարդը պետք է կյանքի փուլերն անցնի, հասնի ծերության, հետո հեռանա կյանքից: Գուցե պատերազմն իր հերթին ազդեց էր հարցում, վիրուսը՝ իր, որ շատ երիտասարդ մարդիկ հեռացան կյանքից: Դա ստիպում է այլ կերպ նայել կյանքին: Հասկանում ես, որ նախկինում էնպիսի բաների վրա ես ուշադրություն

դարձրել, որ պետք չէր: Արդեն այլ կերպ ես գնահատում կյանքը ու փորձում ես ամեն օրդ էնպես կազմակերպել, որ ավելի մեծ բան վերցնես կյանքից»:

Ժամանակի արժևորումը, իր հերթին, նրբերանգներ ունի, մարդկանց բերել է միանգամայն տարբեր հետևությունների: Շատերին համավարակի հուշած անկանխատեսելիությունը կողմնորոշել է դեպի ներկա պահն ապրելը, պլանավորելու և կանխատեսելու հավակնությունից հրաժարվելը, անորոշությանը բաց լինելը, մարդուց վեր ելող գործոնների հետ հաշտվելը: Մյուսներին դրդել է ավելի մանրամասն ծրագրել անելիքները, հաշվարկել արդյունավետ ժամանակը:

«Հասկացա, որ մարդը թույլ օղակ է, չի կարող ամեն ինչը ինքը կառավարել, որ շատ-շատ գործոններ ուղղակի մարդու ձեռքում չեն: Նույնը անում էիր երիտասարդի համար, որ ապրի, և նույնն անում էիր ավելի տարեց մարդու համար. ինքը փրկվում էր, երիտասարդը՝ ո՛չ: Հասկանում ես, որ մարդկային գործոնը անգոր է բնության դեմ...»:

«Կորոնայից հետո... մենակ կորոնան չէ, Հայաստանում ապրելով՝ հասկացել եմ, որ ամեն ինչ պլանավորված չենք կարող անել: Շատ բան է քեզ ասում՝ վաղվա մասին մի մտածի, չգիտես ինչ կլինի: Չնայած ես մարդ եմ, ով սիրում է պլանավորել, բայց հասկացա, որ պետք չէ: Որովհետև եթե մի այսպիսի վատ բան լինի, ավելի կվատանաս, որ պլան ունեիր ու չգիտես ինչ անել: Ավելի լավ է այս օրով ապրել»:

«Ավելի հետևողական եմ, ձգտում եմ օրվա ընթացքում ավելի շատ բաներ պլանավորել ու օրվա վերջում ինձ ստուգել: Ձգտում եմ իմ ժամանակը ճիշտ տնօրինել»:

Ժամանակն արժևորելու կարևոր չափում է եղել ավելի մեծ **ուշադրությունը ներքին ցանկություններին**, և, ըստ այդմ, ավելի մեծ ընտրողականություն՝ (չ)անելիքների, պարտադրանքների հետևից չգնալու հարցում: Շատերի համար (հետ)համավարակային շրջանը մի քանի առումներով ինքնաբացահայտման ու ինքնազարգացման շրջան է: Մի մասը վերանայել և փոխել են իրենց գործունեության ոլորտը, մասնագիտությունը, վերակողմնորոշվել են ու էլ ավելի աճել իրենց բիզնեսում կամ սկսել են նոր բան սովորել՝ ոչ ֆորմալ և նաև ֆորմալ կրթությամբ, գնալ ավելի նվի-

րական երազանքների հետևից: Այսպիսով, ինքնագարգացումը դրսևորվել է ն՝ որպես ձգտում, կարիք, ն՝ որպես արդյունք (ավելի մեծ անձնային հասունության, ինքնաճանաչման եկած լինելու առումով): Եղել են այս ամենի արմատական դրսևորումներ, երբ աշխատել է ճգնաժամի՝ որպես բեկման, աճի հնարավորության դասական բանաձևը: Կայացրել են վաղուց հասունացած, բայց հետաձգվող ռիսկային որոշումներ: Օրինակ՝ մարդը թողել է տարիներով ձևավորած բիզնեսը, ավագ բժիշկ-վարակաբանը որոշում է կայացրել դուրս գալ բժշկության ոլորտից և զբաղվել իր բնութիւն, իր երազանքներին ավելի համահունչ, «թեթև» բանով, գյուղական համայնքում ապրող և նախկինում երեխա ունենալու հանդեպ նախապաշարումներ ունեցող կինը որոշել է երեխա ունենալ առանց ամուսնանալու և այլն: Համավարակից արված հետևությունները շատերին դարձրել են ավելի ինքնաիրավասող, վճռական ու համարձակ: Ինքնաբացահայտման և անձնային աճի՝ համավարակի դրական կողմ լինելը դուրս է բերվել նաև իտալացի պատանիների հետ անցկացված նախափուլ ուսումնասիրությամբ (Fioretti, Palladino, Nocentini, & Menesini, 2020):

«Կորոնավիրուսից հետո մտածել եմ այս գործն էլ չանեմ, (...) ավարտեմ, որ անցնեմ ուրիշ գործերի: Դա շուտվանից կար մտքիս, բայց դեռ ձգում էի, վարակը սկսելուց հետո ոնց-որ ավելի ակնառու է դարձել, հիմա որոշել եմ վերջնական փոխել»:

«Ես, որ դուիս չէի անում գործը փակել, հիմա փակում եմ: Կամք էր պետք դրա համար, պատճառ էր պետք, դա է: Ես որ վարակվեցի, երկու շաբաթ գործից դուրս գալուց հետո ասեցի՝ փակում եմ այս գործը»:

«Միգուցե քովիդը չլիներ, ես էլ հանգիստ գնայի իմ հունով, բայց այդ էմոցիոնալ տեղաշարժը այնքան մեծ էր, որ հիմա չեմ կարողանում այդ հանգստությունը վերգտնեմ: Ենթադրում եմ, որ ես, ավելի լավ է, ավելի հանգիստ, մեղմ, կանացի աշխատանք գտնեմ, քան բժշկի հերթապահություն. այդ ծանրությունը չեմ ուզում»:

Ժամանակի արժևորման մաս են կազմել նաև հենց կյանքի ընթացքից հաճույք ստանալը, կյանքի սովորական, «դանդաղ» գեղեցկությունների գնահատումը, տեղ տալը հաճելի մանրութներին, որոնք առօրյա հոսքում

անտեսված են եղել կամ ինքնըստինքյան հասկանալի համարվելով՝ բավարար չեն գնահատվել:

«...Լիքը բան կա, որով կարելի է զբաղվել հավեսի համար, էլ չեմ ասում, որ լոբդաունի այդ մի ժամ զբոսանքը, որ մեզ թույլ էինք տալիս: Ես վաղուց այդքան չեի զբոսնել, միշտ վազքի, աշխատանքի այստեղ-այնտեղ»:

«Նույն կարծիքին եմ, ինչ նախկինում: Պետք է հանգիստ ապրել, նյարդեր չքայքայել հնարավորինս: Մանավանդ հիմա, հեռուստացույցը միացնում ես, սերիալները, գոռոռոցը, կինոների մակարդակը՝ պայթել և այլն, կամ նորությունները թեկուզ, որ ինչքան բացասական բան կա, ցույց են տալիս: Աշխատում եմ չնայել, փոխում եմ կա՛մ ալիքը, կա՛մ, եթե խոսակցություն է լինում, թեման: Բացասականը չլսե՛լ, չընկալե՛լ»:

Վերջին մեջբերումը ցույց է տալիս կենսական ժամանակը ավստոսալու ևս մեկ ուշագրավ ասպեկտ՝ բացասականը ֆիլտրելու, դրանից գիտակցաբար հեռու մնալու, նյարդեր և առողջություն խնայելու որոշումը, որին մարդիկ եկել են համավարակի ու պատերազմի հետևանքով, կամ վերահամոզվել: Սա, ինչպես և «այսօրով ապրելու» որոշումը, ոչ միանշանակ հետևություններ են՝ չպակասող սպառնալիքների միջավայրում, սակայն անհատական տոկունության մակարդակում թերևս ռեսուրս են:

Հաղթահարման և տոկունության աղբյուրները համավարակին

Նախորդ բաժիններում արդեն իսկ նախնական ուրվագծվում են այն գործոնները, որոնք օգնել են անհատներին դիմակայել համավարակի տարբեր ասպեկտներին՝ անորոշությանն ու մտավախություններին, հիվանդության ընթացքին, հանրային և միջանձնային փոխված հարաբերություններին և այլն: Նախորդ բաժնում քննարկված վերախմաստավորումների մի մասը, իրենց բովանդակությամբ կենսահաստատող համոզմունքներ լինելով, նաև տոկունության աղբյուր են: Հոդվածի ամփոփմանն ընդառաջ՝ վերլուծությունն ամբողջացնենք հաղթահարման մի քանի գործոններ ավելի մանրամասն քննարկելով:

Բուն վարակվելիս հաղթահարման առանձին մեխանիզմ է եղել **լատենտությունն ու վախի կառավարումը:**

«Ես լավատես եմ, որն ինձ օգնեց այս հարցում: (...) Մարդ տեսա՝ հիվանդությունից մահացավ, բայց ինձ թվում է՝ այդ մարդու վրա ավելի շատ վախն ազդեց: Ես վատ էի, բայց ասում էի՝ լավ եմ, ինչ ա եղել, ոչ չինչ»:

«Մասնագիտությամբ զինվորական եմ, դա էլ է օգնել, որովհետև այդ պանիկան դեռ ոչ մի լավ բանի չի բերել»:

Պատկանելության և կապի զգացումն էական է եղել համավարակի առաջ բերած տարբեր խնդիրներին դիմագրավելիս՝ լոբդաունից մինչև հիվանդության ընթացք և անգամ քովիդի հետևանքով հարազատի կորուստ: Կարևոր է եղել այս՝ տարբեր առումներով ճգնաժամին դեմ առ դեմ միայնակ չլինելը: Մեծ մասի համար աջակցության առաջնային օղակը եղել է հենց ընտանիքը կամ ընտանիքի առանձին անդամը: Հատկապես ծանր ընթացքով, այդ թվում՝ հոսպիտալացված հիվանդացածների վերհուշներում մենակ լինելու ֆրուստրացիան բարձր էր, և նրանց համար ֆիզիկական շփման դեֆիցիտի պայմաններում կարևոր աջակցություն են ընկալվել հոգատարության անգամ ամենասիմվոլիկ ձևերը՝ «ուշադրության» զանգերը:

«Զանգում են մարդիկ, դու լավ ես զգում հոգեպես, մոտդ դիմադրողականություն է առաջանում: Հա՛բա, քեզնով ոչ ոք չհետաքրքրվի, վատ չե՞ս զգա, այն դեպքում, որ դու բոլորով հետաքրքրվել ես ամբողջ կյանքդ»:

«Երեխեքի զանգերն էր շատ կարևոր. ընտանիքի աջակցությունը շատ-շատ կարևոր է»:

Կարգավորման ընտանեկան մակարդակը կարևոր «ռազմավարական» դեր է ունեցել նաև համավարակի դժվարություններին դիմագրավելու, նաև կանխարգելող վարքականոնների ձևավորման հարցում (ինչը հարկ է հաշվի առնել հետագա ճգնաժամային հաղորդակցություններում):

«Ես սովոր եմ հույսս դնել իմ ու իմ մոր վրա, ընտանիքիս վրա: Փոխադարձ է մեր մեջ. ինձ ընտանիքս է օգնել, ես իրենց եմ օգնել, շղթայական գնացել է»:

Անհատական կորստի իմաստափոխությունը՝ վերանհատական կորուստների ներքո. Համավարակի հաղթահարման՝ հայաստանյան իրավիճակից բխող յուրովի, թեև ցավոտ ուղի է եղել սեփական դժվարության կամ կորստի հարաբերումը պատերազմի բերած կորուստների մասշտաբներին, հավաքական կորուստներին, այդ ֆոնին սեփական դժվարությունները/կորուստները իմաստափոխվել կամ արտամղվել են: Երբեմն այս հարաբերումն ազդել է ակամա, չգիտակցված՝ պարզապես բերելով սեփական առողջության կամ լավ ինքնազգացողության անտեսմանը, երբեմն էլ ընթացել է վշտի գիտակցված փոխակերպմամբ:

«...Ես այդպես մոռացա իմ ամեն ինչը, ու սկսեցի իրենց դարդով ապրել, ասենք՝ իրեն հանգստացնել, աջակցել, հավաքում էի մամաներին, գնում էինք իրենց տուն, իրեն էինք հանում տնից, անընդհատ դրանով էի ապրում: Ավելի շատ հուզվում էի իր երեխու համար, քան հիշում էի իմ ամուսնու մահը: Այսպիսի բեկում եղավ, էլի: (...) Ես հասկացա, որ այդքան երեխայի մահը... ես իրավունք չունեմ նստել, լացեմ՝ տեսնելով, թե ինչ կորուստներ կան: Իմը ի՞նչ է դրա դեմ: Ես հասկացա, որ վերջ, այդտեղ ավարտվեց իմ հուզվելու, իմ կորուստը անհատական սզալու ժամանակը...»:

Քովիդը վերապրելը՝ որպես ռեսուրս. Համավարակի սահմանափակումների դժվարությունը հաղթահարելը, իսկ ավելի ընդգծված կերպով՝ վարակված լինելու և հիվանդությունը հաղթահարելու փաստը ավելացրել են սեփական տոկոսնության, ինքնարդյունավետության զգացումին:

«Երբ ես դրա միջով անցա, տեսա, որ այն այդքան էլ վախենալու չի»:

«Հիմա ավելի կոփված եմ, նույնիսկ որ արտակարգ դրություն մտցվի, հուսամ, կկարողանամ ավելի լավ կողմնորոշվել և փորձել օրվա ընթացքը ավելի լավ անցկացնել, որ լարվածություն ու բացասական լիցքեր չկուտակվեն»:

Այս ռեսուրսի ավելի նրբին, երգիստենցիալ դրսևորում է այն, որ հարազատին քովիդի հետևանքով կորցնելուց հետո սեփական կենսականությունը, առանցքը չկորցնելը, ցավի, **փորձության միջով անցնելը ինքնին ռեսուրս**՝ գիտակցված ուժ է դարձել:

«(...)ավելի դիմացկուն դարձրեց: Մտածում էի, որ կգժվենք, բայց չգժվեցինք, ուրիշ ձև ազդեց, ուրիշ բաներ մտքեց մեր մեջ քովիդը, բայց չգժվեցինք: Մա մի փորձ էր, որ մի անգամ էլ պարզվեց, որ մարդկային ներքին ռեսուրսները ինչքան ուժեղ են, ու ինչքան բաներ կարող ենք մենք հաղթահարել»:

Վերը մեջբերված խոսքերը հատված են իր սիրելի մարդուն կորցրած կնոջ հետ հարցազրույցից, որն իր առանձնահատուկ բովանդակությամբ արժանի է ամբողջական դեպքի ուսումնասիրության: Այս վերլուծության շրջանակներում հարցազրույցից ընդամենը ևս մեկ մեջբերում անենք՝ պատկերելու համար ամենածանր իրավիճակներում որոշ մտքերի, ապրումների և ընտրությունների փոխակերպող ներուժը: Այս դեպքում ինքնին հարված ստանալը դառնում է տոկոսության չափում:

«Հետո վերջերս տարբեր բաներ իմ մեջ դնել վերցնելով, վերլուծելով՝ հասկացա, որ ամեն մարդու այսպիսի կյանք չի տրվում՝ բուռն, ամեն ինչով լի, սա էլ է չէ՞ ինչ-որ էմոցիաներ: Մրանք էլ վատ ապրումներ են, բայց ինչ-որ ընթացք է կյանքի...: Մտածում եմ՝ ինչո՞ւ այն մյուսին չի տվել Աստված այդպիսի դժվարություն, ինչո՞ւ է որոշել հենց ինձ, մեզ: (...) ես այսպես եմ եկել նրան, որ ուրեմն ես այդ մարդն եմ, որ պատրաստ էր այդ ամենը ապրել, կարո՞ղ էր ապրել: (...) Ոչ թե հավատի առումով, այլ ուղղակի ուզեցել եմ հասկանալ, ուզեցել եմ դուրս գալ այդ մեղադրանքից, թե Աստված ինչո՞ւ այդպես արեց: Մտածել եմ՝ ուրեմն մենք էինք այդ մարդիկ, որոնց կարելի էր այդ փորձությունները տալ, որովհետև ունակ էինք դա հաղթահարել: Կամ էլ դիմացը ուրիշ բան է սպասվում, որովհետև այսքանը եղել է: Ես ինչ-որ լավ բանի եմ սպասում»:

Ամփոփում. գործնական հեռանկարներ

Խորքային հարցազրույցների թեմատիկ վերլուծությամբ դուրս են բերվել համավարակի սոցիալ-հոգեբանական մի շարք ազդեցություններ, ընկալվող հետևանքներ, որոնցից առանձնապես ուշադրության են արժանի, մեկ ընդհանուր բառով ասած, **վերանայումները** (նպատակների, կենսակերպի, հարաբերությունների, համոզմունքների): Դրանք շատերի մոտ ընթացել են այսօրը լիարժեք ապրելու, ժամանակն իմաստալից և լիար-

ժեք անցկացնելու (հաճելի զբաղմունքներին, նվիրական ցանկություններին, հետաձգված նպատակներին, միասին լինելուն տարածք և ժամանակ տրամադրելու), մարդկային հարաբերությունները վերաբժնորելու և զտելու, նոր մասնագիտություն/գործ ընտրելու, փոփոխություններին ընդառաջ գնալու որոշումներով, սոցիալական պատասխանատվության գիտակցմամբ, ինչպես նաև երևան եկած հասարակական խնդիրներին առերեսվելով: Այսպիսով, համավարակի սոցիալ-հոգեբանական կարևոր հետևանք կարող ենք համարել հետևություն-տեսությունները, հետևություն-որոշումները՝ կյանքի ավելի լայն հարցերի վերաբերյալ: Ինչպես երևում է, այդ նախնական հետևությունները գերազանցապես կենսահաստատող են՝ չնայած կամ գուցե հենց շնորհիվ փորձություններին: Մակայն մի քանի վերապահում կա: Նախ, սրանք դեռ խմորվող, անկայուն փոփոխություններ են, երկրորդ, դրանք արտացոլում են հատկապես այն մարդկանց ընտրողական փորձը, ովքեր համաձայնել են (այսինքն՝ տեղին թեմա են համարել) մասնակցել քովիդի վերաբերյալ հարցազրույցի (ընտրանքի՝ որպես հետազոտության սահմանափակում լինելու մասին խոսել ենք հոդվածի սկզբում): Բացի այդ, հատկապես երիտասարդների շրջանում ընդգծվել են ես-ին ուղղված, ինդիվիդուալիստական պահանջմունքներ: Քիչ չեն նաև հանրայինը խնդրականացնող հետևություններ. իրենց խոսքում հարցազրույցակիցները սեփական կամ մտերիմների հասարակամետ (պրոսոցիալական) վարքին հակադրել են ընդհանուր հանրային անպատասխանատու վարքը: Թե որքանով են իրենք հավաստի իրենց դատողություններում, այլ հարց է, բայց ինքն իրեն ընդհանուրից տարանջատելու ընկալումը առնվազն հուշում է անհատ-հանրություն հարաբերություններում պահպանվող լարումը, անվստահությունը և համընդհանուր ջանքերի հարցում թերահավատությունը:

Փաստ է, որ համավարակի ընթացքում ևս վարքի կարգավորումը մնացել էր առավելապես (միջ)անձնային մակարդակում. թե՛ սոցիալական պատասխանատվությունից բխող, թե՛ դրանից խուսափող վարքը թողնված էր անձի որոշմանը: Մա ակնհայտորեն անբավարար էր ճգնաժամի մասշտաբի համար. համավարակը որպես հանրություն միասին հաղթահարելու տրամադրություն չի եղել, մեծ հաշվով չի եղել նաև դրա խրախուսումը պաշտոնական ուղեբժնեքում:

Համավարակը ճշգրտել է նաև վստահության օղակները՝ շատերի համար դրանք նեղացնելով: Նաև նկատվում է, որ համավարակի իրավիճակը չափազանց շատ է մնացել անհատական և միջանձնային ջանքերի հույսին, ինչը չէր կարող մաստշաբային ճգնաժամի համար բավարարող լինել: Ցանկացած դեպքում, ակնհայտ է եղել ընտանիքի օղակի կարևորությունը՝ թե՛ որպես համավարակի դժվարությունների դիմագրավելու ռեսուրս և թե՛ որպես հոգածության հիմնական առարկա: «Ներընտանեկան գոյապահպանմանը» այս զգայունությունը հաշվի առնելը կարող էր օգնել ավելի ազդեցիկ և հասկանալի դարձնել ճգնաժամային հաղորդակցությունը՝ դրանով իսկ հասնելով վերընտանեկան էֆեկտի:

Այս ավելի լայն, մոգաիկ պատկերը հաշվի առնելով՝ սոցիալական վարքը ենթադրաբար կարող է զարգանալ ինչպես փոխօգնության ու սոցիալական պատասխանատվության ավելացման, այնպես էլ հոգատարության շրջանակի է՛լ ավելի նեղացման (ընտանեկան-կլանային և անգամ անհատական) ուղղություններով: Ցանկացած դեպքում, հարցազրույցներից ակնհայտ է, որ հոգատարությունը կարևոր է եղել, և որ այդ առումով և՛ անելիքներ, և՛ պոտենցիալներ կան:

Ամփոփում. հայաստանյան փորձի տեսականացման հեռանկարներ

Հարցազրույցների որակական վերլուծությունը դուրս է բերում առնվազն երկու «լայնահուն» թեմա, որոնք արժե տեսականորեն ավելի խորը քննել՝ և՛ եղած տեսություններով մեկնաբանվելու, և՛ տեսական ներդրում ունենալու առումներով: Դրանք են՝ 1. *անհատականի ու մշակութային փոխազդեցությունը ճգնաժամում* և 2. *հետտրավմատիկ աճը. ճգնաժամին բախված անձը՝ կլինիկական մոտեցումից անդին*:

1. Սոցիալական վարքի և դրա փոփոխ(ելի)ության վրա մշակույթի (որպես վարքի և հարաբերությունների հիմքում ընկած նորմերի, գերիշխող պատկերացումների իմաստային համակարգի) ազդեցությունը լավ ուսումնասիրված է, այդ թվում՝ ճգնաժամային իրավիճակներում: Այն հաճախ դիտվում է որպես սահմանափակող, դիմադրող գործոն սոցիալական փոփոխությունների ճանապարհին: Այս մասին մեզ հուշում է ոչ միայն գրականությունը, այլև մեր առօրյա փորձառությունը, այդ թվում՝ համավարակի ժամանակ: Իսկապես, համավարակի նորմերին հետևելը հաճախ նման էր մեկ այլ նորմ (այս դեպքում՝ մշակութային) խախտելու:

Նոր վարքաձևեր ներմուծելը մարտահրավեր էր ընդունված մշակութային ձևերին՝ շփման և հավաքների կարևորությունից մինչև առողջության (յ)պահպանման սովորույթներ, և ճգնաժամը խոշորացույցի տակ էր պահում դրանց ինչպես ռեսուրսային, այնպես էլ խնդրային կողմերը հանրային բարօրության համար: Մշակույթը էական դեր ունի դժվարին իրավիճակների հաղթահարման, սուբյեկտիվ բարեկեցության հասնելու մեխանիզմների առումով, և վերջին երկու տասնամյակներում բազմաթիվ են այս առնչությունների վերաբերյալ հրապարակումները (Lu & Gilmor, 2004; Chun, Moos & Cronkite, 2006; Mathews, 2012): Վերջին երեք տարիներին վարքի և հուզական կարգավորման սոցիալ-մշակութային գործոնների հետազոտությունները հատկապես կենտրոնացան համավարակի վրա՝ քննելով տարբեր երկրներում հավաքական սպառնալիքին տրված արձագանքների նրբերանգները՝ պատկերացումներից մինչև վարքային ռազմավարություններ (Shekriladze, Javakhishvili & Chkhaidze, 2021; Airhihenbuwa և այլք, 2020)⁷: Նոր վարքի ձևավորման մշակութային «խոչընդոտները» երբեմն նույնիսկ այնքան են ընդգծվում, որ աննկատ են թողնում ինստիտուցիոնալ թերությունները: Փոխարենը անհատ-մշակույթ փոխազդեցության հակառակ կողմը՝ անձից դեպի մշակույթ գնացող, շատ ավելի քիչ է ուշադրության արժանացել: Մինչդեռ մեր հարցազրույցները ուրվագծում են անձնային փոփոխություններ և՛ համոզմունքներում, և՛ վարքում՝ մշակութային ընդհանուր իներցիայի ֆոնին: Այդ փոփոխությունները անհատական մակարդակում են, սակայն վերաբերում են հենց հանրային հարաբերություններին: Դրանք, ենթադրաբար, միջանձնային մեխանիզմներով (մտերիմների հետ փորձ կիսելով, օրինակի ուժով, ջատագովությամբ) հավաքականորեն ազդելու ներուժ ունեն: Այսպիսի հնարավորությունը, սակայն, պետք է հաշվի առնվի մշակվող քաղաքականություններում: Օգտակար է թվում ենթադրել, որ ճգնաժամերի առաջ բերած անհատական փոփոխությունները նույնքան միջնորդավորող օղակ կարող են լինել մշակույթի և ինստիտուտների միջև, որքան մշակութային գործոններն են ընկած անհատի և ինստիտուտների միջև: Անհատի՝ սոցիալական-մշակութային ազդեցության վերաբերյալ առկա

⁷ Տե՛ս նաև Culture and COVID-19: How has the pandemic affected people globally? (2022). Retrieved from <https://www.kantar.com/inspiration/coronavirus/culture-and-covid-19-how-has-the-pandemic-affected-people-globally> (27.08.2023):

գրականությունը կա՛մ բիզնես-ուղորտում է (կազմակերպական մշակույթի վրա առաջնորդի ազդեցության մասով), կա՛մ ակտիվիզմի, «ներքնից շարժումների» սոցիալ-հոգեբանական ուսումնասիրությունների տիրույթում: Սակայն վերջինս վերաբերում է երկարաժամկետ, նպատակային քաղաքական վարքին և կարող է շատ օգտակար չլինել հանկարծահաս իրավիճակներում անձնային գործոնի դերը հասկանալու գործում: Վերջինիս ուղղությամբ տեսական քննարկում գրեթե չկա, և հետազոտության նյութը նման տեսականացման համար արահետներ է բացում: Մշակույթը կարող է ոչ միայն ազդել, այլև ազդվել, սակայն հազիվ թե դա տեղի ունենա, եթե պաշտոնական որոշումների հիմքում ընկած պատկերացումները բավարար իմաստավորված, կարևորված չլինեն մարդկանց կողմից՝ մշակույթ ներմուծվելու համար:

2. Հարցազրույցներից ստացված այն պատկերը, որ համավարակի շրջանը եղել է անձնային աճի, բեկումնային որոշումների և վերանայումների, խորը ինքնաճանաչման և սեփական ռեսուրսների ու տոկոնության բացահայտման, կյանքի արժևորման բերող փորձառություն, համահունչ է հատկապես վերջին տարիներին զարգացվող հոգեկան առողջության այն մոդելներին, որոնցում շեշտվում է անձի ռեսուրսայնությունը կյանքի ձախորդություններին դեմ հանդիման: Դրանք էքզիստենցիալ, հումանիստական և պոզիտիվ հոգեբանության դրույթների վրա հիմնված տարբեր նորամշակ, համադրական մոդելներ են, որոնք այս կամ այն տերմինաբանությամբ և ձևով զարգացնում են իմաստի և իմաստավորման կարևորությունը, անձի բազմաշերտ փորձառության, սթրեսի, բարդ և խորը ապրումների ադապտիվ և սալուտոգենիկ (բարեբեր) կողմերը, հոգետրամայով դրդված անձնային աճը և վիճարկում են կլինիկական և ախտաբանացնող մոտեցումները, զարգացնում են մահվանն առերեսվելուց բխող հաղթահարման մեխանիզմները (Vinje, Langeland & Bull, 2017; Calhoun & Tedeschi, 2001, Rajkumar, 2021; Wong և այլք, 2021; Robbins, 2021; Solomon, Pyszczynski & Greenberg, 2015) և այլն: Այս շրջանակներում զարգացված մի շարք կոնցեպտներ և մոդելներ օգտագործվել են նաև *ՔՈՎԻԴ-19*-ին դիմագրավելու մեխանիզմները ուսումնասիրելու համար: Այդպիսիք են տառապանքի՝ էքզիստենցիալ պոզիտիվ հոգեբանության մոդելը (Van Tongeren & Showalter Van Tongeren, 2021), իմաստակենտրոն (meaning centered) հաղթահարման ոճի վերլուծությունը (Eisenbeck և այլք, 2022), էք-

զիստենցիալ-հումանիստական մոտեցումը համավարակին (Robbins, 2021), ինքնանդրանցման (self-transcendence)՝ որպես համավարակի տառապանքի դեմ պատվարի մոդելը (Wong և այլք, 2021), համավարակի ժամանակ հետտրավմատիկ աճի ուսումնասիրությունները (Walton, 2020) և այլն: Այս մոդելները և կոնստրուկտները կարող են օգտակար լինել նաև հայաստանյան՝ պատերազմի հավաքական տրավմայով շերտավորված փորձառությունը հասկանալու համար: Այս տարբեր մոտեցումներում արտացոլվող կարևոր գաղափարներից ևս մեկն այն է, որ տառապանքը և դրական/աճեցնող ապրումները փոխբացառող չեն, այլ հակառակը՝ բարդ, համալիր իրողություններին առերեսվելիս համատեղվում են: Սա հենց այն է, ինչ դրսևորվում է նաև հարցազրույցներում: Այս կետում վերադառնալով ամփոփման առաջին՝ մշակույթ-անձ փոխազդեցության թեմային, կարող ենք անգամ ենթադրել, որ ապրված փորձի վրա հիմնված, խորքային անձնային փոփոխությունները մեծացնում են սոցիալ-մշակութային դաշտի վրա ազդելու պոտենցիալը: Օրինակ՝ սեփական փորձով «ընդհանուրի մասնիկ» զգալը մարդկանց էլ ավելի մոտիվացված կդարձնի այդ զգացողությունը փոխանցել նաև միմյանց, ճիշտ ինչպես «ամեն մեկս մեզ համար» հետևությունը կարող է նպաստել ատոմացվածությամբ, և այս հավանականությունները էական են հետագա ճգնաժամերին:

Գրականության ցանկ

- Airhihenbuwa, C. O., Iwelunmor, J., Munodawafa, D., Ford, C. L., Oni, T., Agyemang, C., Mota, C., Ikuomola, O. B., Simbayi, L., Fallah, M. P., Qian, Z., Makinwa, B., Niang, C., & Okosun, I.** (2020). Culture matters in communicating the global response to COVID-19. *Preventing Chronic Disease*, 17(17), [E60], <https://doi.org/10.5888/PCD17.200245>.
- Braun, V., & Clarke, V.** (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101, <https://doi.org/10.1191/1478088706qp0630a>.
- Calhoun, L. G., & Tedeschi, R. G.** (2001). Posttraumatic growth: The positive lessons of loss. In R. A. Neimeyer (Ed.), *Meaning reconstruction & the experience of loss* (pp. 157–172). American Psychological Association, <https://doi.org/10.1037/10397-008>.
- Chun, C.-A., Moos, R. H., & Cronkite, R. C.** (2006). Culture: A fundamental context for the stress and coping paradigm. In P. T. P. Wong & L. C. J. Wong (Eds.), *Handbook of multicultural perspectives on stress and coping* (pp. 29–53). Spring Publications, https://doi.org/10.1007/0-387-26238-5_2.
- Eisenbeck, N., Carreno, D. F., Wong, P. T. P., Hicks, J. A., María, R. G., Puga, J. L., Greville, J., Testoni, I., Biancalani, G., López, A. C. C., Villareal, S., Enea, V., Schulz-Quach, C., Jansen, J., Sanchez-Ruiz, M. J., Yildirim, M., Arslan, G., Cruz, J. F. A., Sofía,**

R. M., Ferreira, M. J., ... García-Montes, J. M. (2022). An international study on psychological coping during COVID-19: Towards a meaning-centered coping style. *International journal of clinical and health psychology: IJCHP*, 22(1), 100256, <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2021.100256>.

Fioretti, C., Palladino, B. E., Nocentini, A., & Menesini, E. (2020). Positive and Negative Experiences of Living in COVID-19 Pandemic: Analysis of Italian Adolescents' Narratives. *Frontiers in psychology*, 11, 599531, <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.599531>.

Kim, H. S., & Park, J. W. (2021). A Phenomenological Study on the Lived Experiences of Patients Recovered from COVID-19. *Korean Journal of Adult Nursing*, 33(6), 556-564, <https://doi.org/10.7475/kjan.2021.33.6.556>.

Lu, L., & Gilmour, R. (2004). Culture and conceptions of happiness: Individual oriented and social oriented SWB. *Journal of happiness studies*, 5, 269-291, <https://doi.org/10.1007/s10902-004-8789-5>.

Mathews, G. (2012). Happiness, culture, and context. *International journal of wellbeing*, 2(4), 299-312, <https://doi.org/10.5502/ijw.v2.i4.2>.

Missel, M., Bernild, C., Christensen, S. W., Dagyarani, I., & Berg, S. K. (2021). It's Not Just a Virus! Lived Experiences of People Diagnosed With COVID-19 Infection in Denmark. *Qualitative health research*, 31(5), 822-834, <https://doi.org/10.1177/1049732321990360>.

Rajkumar R. P. (2021). Suffering and Salutogenesis: A Conceptual Analysis of Lessons for Psychiatry From Existential Positive Psychology (PP2.0) in the Setting of the COVID-19 Pandemic. *Frontiers in psychology*, 12, 646334, <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.646334>.

Robbins B. D. (2021). The Joyful Life: An Existential-Humanistic Approach to Positive Psychology in the Time of a Pandemic. *Frontiers in psychology*, 12, 648600, <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.648600>.

Shekriladze, I., Javakhishvili, N., & Chkhaidze, N. (2021). Culture Related Factors May Shape Coping During Pandemics. *Frontiers in psychology*, 12, 634078, <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.634078>.

Solomon, S., Pyszczynski, T., & Greenberg, J. (2015). *The Worm at the Core: On the Role of Death in Life*. Random House.

Van Tongeren, D. R., & Showalter Van Tongeren, S. A. (2021). Finding meaning amidst COVID-19: An existential positive psychology model of suffering. *Frontiers in Psychology*, 12, Article 641747, <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.641747>.

Vinje, H.F., Langeland, E., & Bull, T. (2017). Aaron Antonovsky's Development of Salutogenesis, 1979 to 1994. In M. B. Mittelman (Eds.) et al., *The Handbook of Salutogenesis*. [Internet]. Cham (CH): Springer; 2017. Chapter 4. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK435860/> doi: 10.1007/978-3-319-04600-6_4.

Vowels, L. M., Francois-Walcott, R. R. R., Perks, R. E., & Carnelley, K. B. (2021). "Be free together rather than confined together": A qualitative exploration of how relationships changed in the early COVID-19 pandemic. *Journal of Social and Personal Relationships*, 38(10), 2921-2943, <https://doi.org/10.1177/02654075211041412>.

Walton, M. (2020). Post Traumatic Growth during a pandemic: A literature review. *International Journal of Research in Medical and Basic Sciences*, 6(8), 1-8.

Wong, P. T. P., Arslan, G., Bowers, V. L., Peacock, E. J., Kjell, O. N. E., Ivztan, I., & Lomas, T. (2021). Self-Transcendence as a Buffer Against COVID-19 Suffering: The Development and Validation of the Self-Transcendence Measure-B. *Frontiers in psychology*, 12, 648549, <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.648549>.

ՀԱՎԵԼՎԱԾ

Խորքային կիսակառուցված հարցազրույցի ուղեցույց. «Համավարակի ապրված փորձառությունը. արձագանք, ազդեցություններ, հետևություններ»

I բաժին. Քովիդի վերաբերյալ պատկերացումների, դիրքորոշումների ձևավորումը և փոփոխությունը՝ ընդհանուր առողջական վարքի համատեքստում

Հակիրճ Ձեր մասին, հիմնական զբաղմունքը/աշխատանքը: Մի փոքր նկարագրեք Ձեր տիպիկ առօրյան վերջին մեկ տարվա ընթացքում (քովիդի համավարակից հետո): Ինչպե՞ս է անցնում ձեր օրը այս փուլում: Իսկ մինչ համավարա՞կը: Հիմնականում ի՞նչն է փոխվել:

Հիմա խոսենք հենց Կորոնավիրուսի/քովիդի մասին: Այս բառերը լսելիս ի՞նչ եք պատկերացնում: Ի՞նչ եք զգում: (*Հարցազրուցավարին. նկատել բառի հետ զուգորդումները, հուզական երանգը*):

Փորձեք մեկ տարվա կտրվածքով վերհիշել, համեմատել՝ ինչպե՞ս են փոխվել Ձեր պատկերացումները վիրուսի մասին: (*Հարցազրուցավարին. փորձել ստանալ հնարավորինս առանձին անդրադարձ վիրուսի ծագման, բնույթի/վտանգավորության, սեփական անելիքի հարցերի շուրջ*):

Կհիշե՞ք՝ որն էր Ձեր առաջին հակազդումը, երբ եղան առաջին միջազգային լուրերը, երբ եղան առաջին դեպքերը Հայաստանում, երբ արտակարգ դրություն/-լքդառուն մտցվեց: Հետո որևէ կերպ փոխվե՞լ են Ձեր պատկերացումները, զգացողությունները: Ինչպե՞ս: Գուցե փուլեր առանձնացնեք: (*Հարցազրուցավարին. կարող ենք մի փոքր օգնել հիշել՝ թվարկելով Հայաստանում առաջին դեպքերի մասին լուրերը, արտակարգ դրությունը, լքդառունը, սահմանափակումների մեղմացումը*):

Հակահամաճարակային միջոցառումներից որի՞ն հետ կապված ի՞նչ էիք անում, որի՞ն եք հետևել/հետևում, որին՝ ոչ: Ինչո՞ւ: (*Հարցազրուցավարին. փորձել ստանալ հնարավորինս առանձին անդրադարձ տեղաշարժման սահմանափակումների, դիմակների, սոց. հեռավորության, ախտահանման, ռստիկանների վերահսկման, առցանց դասերի/աշխատանքի մասին*):

Դուք ինչպե՞ս եք վերաբերվել այդ կանոններից յուրաքանչյուրի կատարմանը: Իսկ Ձեր շրջապատում ինչպե՞ս էին հիմնականում վերաբերվում: Անձամբ Ձեզ համար դրանք ի՞նչ էին: Ինչո՞ւ: (*Հարցազրուցավարին. պատճառաբանում, մեկնաբանություն պարունակող հարցերում հատկապես փորձել որսալ հիմնավորումների բնույթը, ուղղվածությունը. ի՞նչ մշակութային/անհատական հղումներով է բացատրում իր այս կամ այն վարքային ընտրությունը*):

Ձեր մոտեցումը հակահամաճարակային կանոններին փոխվե՞լ է: Ո՞ր հարցում, ինչի՞ց ելնելով եք վերանայել: Իսկ հիմա ինչպե՞ս է: Ընդհանուր առմամբ, ինչպե՞ս եք հասկանում/մեկնաբանում Կորոնավիրուսի շուրջը ստեղծված իրա-

վիճակը, ի՞նչ մտքեր ունեք: Ի՞նչ երևույթ է(ր) սա, ի՞նչ պետք է անել, ի՞նչ պետք չէ անել: Ինչպե՞ս եք եկել այդ հետևություններին:

Որո՞նք են (եղել) Կորոնավիրուսի վերաբերյալ տեղեկատվության Ձեր հիմնական աղբյուրները: *(Հարցազրուցավարին. փորձել ստանալ հնարավորինս կոնկրետ աղբյուրներ, եթե ընդհանրական նշեն համացանց կամ հեռուստացույց: Աղբյուր համարել նաև ընկեր-բարեկամների ասածները, եթե դրանք նշվեն: Հնարավորության դեպքում պարզել այս կամ այն աղբյուրից (չ)օգտվելու պատճառը):*

II բաժին. Փորձառություն, իմաստավորում, ազդեցություն

Հիմա ավելի մանրամասն խոսենք անձամբ Ձեր փորձառության մասին: Ինչպե՞ս է անդրադարձել համավարակը անձամբ Ձեզ վրա, Ձեր ընտանիքի, մտերիմների վրա, նրանց հետ շփման վրա: Ի՞նչ է փոխել: *(Հարցազրուցավարին. փորձել ստանալ անդրադարձ հոգեբանական՝ շփման/հուզական, սոցիալ-տնտեսական, առողջական հետևանքների շուրջ, կյանքի/առաջնահերթությունների վերաբերմամբ փոփոխումների շուրջ: Ընդհանրական՝ «շատ է ազդել» տիպի պատասխանների դեպքում խրախուսել մանրամասներ):*

- Եթե գրուցակիցն ինքը հիվանդացել է, խնդրել, որ մի քիչ մանրամասնի իր փորձը. իմանալ սկզբնական հակազդումը, ընթացքը, ապրումները, հիմնական դժվարությունները, հետևանքները՝ պատկերացումների, կյանքի, առողջության վրա:
- Եթե հարազատ/մտերիմ/ընկեր է ծանր հիվանդացել, նույնը:
- Եթե կորուստ է ունեցել, ապա նույնը (այս դեպքում պահպանել զգայունություն և թույլ տալ խոսել այն ու այնքանով, ինչ(քանով) որ կկամենա):
- Կորստի դեպքում. պարզել՝ երբ և ինչ ընթացքով է տեղի ունեցել, մահացածի հետ իր հարաբերությունը, մտերմության աստիճանի, խնամող լինել/չլինելու հանգամանքը:
- Կորստի դեպքում կիրառելի ոճի օրինակ. «Եթե դեմ չեք, խոսենք քովիդի բերումով Ձեր ունեցած կորստի մասին: Ձեր ապրումների, մտքերի, պատկերացումների, դրանց փոփոխության, ընդհանուր՝ կյանքի վրա անդրադառնալու տեսակետից, ինչքանով որ կկամենաք»:
- Երկու դեպքում էլ՝ կորստի և սեփական հիվանդացության, պարզել բուժ-համակարգի/բժիշկների հետ կապված ընկալումները, (ան)վստահությունը:

Ի՞նչն է եղել ամենադժվարը անձամբ Ձեզ համար՝ համավարակի և դրա միջոցառումների հետ կապված: Ի՞նչն է առանձնապես բացասական կամ տհաճ (եղել) Ձեզ համար:

Ի՞նչն/ո՞վ է օգնել հաղթահարել այդ դժվարություն(ներ): *(Հարցազրուցավարին. պարզել աջակցության օղակները, ռեսուրսները):*

Իսկ կա՞ որևէ դրական/ուսանելի բան, որ բերել է քովիդի իրավիճակը՝ անձամբ Ձեզ համար կամ Ձեր գնահատմամբ՝ մարդկանց, աշխարհին: Ի՞նչ(եր): Կմեկնաբանե՞ք:

Կա՞ն ինչ-որ բաներ, որ մինչ համավարակը չէք արել ու հիմա սկսել եք անել: Եթե այս մասին չէիք մտածել, փորձեք մտաբերել, կիսվեք զգացողություններով: **(Հարցազրուցավարին. կարող է լինել նոր նախասիրություն, աշխատանքի, մասնագիտության փոփոխություն, նոր սովորություն ևն):**

Կա՞ որևէ հարց, թեմա, որ վերանայել, վերաիմաստավորել եք Ձեր մոտեցումներում համավարակի բերումով: Ի՞նչ(եր)ը:

Եթե ընդհանրացնենք, ինչպե՞ս եք հարմարվել նոր իրավիճակին: Ո՞ր հարցում եք ավելի լավ հարմարվել, ո՞ր հարցերում՝ ավելի վատ:

III բաժին. Ակնկալիքներ. ապագայի ընկալումներ/կանխատեսումներ

Ի՞նչ սպասելիքներ ունեք համավարակի տարածման/հաղթահարման հետ կապված (Հայաստանում, աշխարհում): Ի՞նչ ժամկետներում եք դա պատկերացնում: Ինչի՞ց ելնելով եք այդպես կարծում:

(Ե՞րբ) հնարավոր կլինի վերադառնալ նախկին հուն, ապրել այնպես, ինչպես մինչ համավարակը: Ինչի՞ց ելնելով եք այդպես պատկերացնում:

Ինչպե՞ս եք պատկերացնում Ձեր կյանքը մեկ/երկու տարի հետո՝ այսօրվա համեմատ: Ի՞նչ սպասումներ ունեք, որ կապ ունեն քովիդի հետ:

Մոտ ապագայում ի՞նչ պլաններ ունեք: Դրանց վրա ազդե՞լ/ազդո՞ւմ է համավարակը: Եթե այո, ինչպե՞ս:

Ի՞նչ դեր կունենան պատվաստումները: Անձամբ Դուք ի՞նչ ակնկալիքներ ունեք պատվաստումներից: Ինքներդ մտադի՞ր եք պատվաստվել: Ինչո՞ւ: Ինչի՞ց է կախված/կախված կլինի Ձեր որոշումը:

(Հարցազրուցավարին. Եթե զրուցակիցը զրույցի որևէ հատվածում խոսել է իր մինչքովիդային առողջության սովորույթների և պատկերացումների մասին, քննարկեք նաև այդ թեման):

Կա՞ որևէ բան, որ չքննարկեցինք, բայց Դուք կցանկանայիք նշել, պատմել:

Շնորհակալություն:

ԱՄՓՈՓՈՒՄ. ՀԱՄԱՎԱՐԱԿԻՑ ԴԵՊԻ ՀԱՍԱՐԱԿԱԿԱՆ ԽՆԴԻՐՆԵՐԻ ՀԱՍՑԵԱԳՐՈՒՄ

Հայաստանյան հասարակության համար վերջին 30 տարվա ընթացքում հիմնախնդիր են եղել և շարունակում են մնալ պետականության, քաղաքացիական վարքի և ինստիտուցիոնալ համակարգի ամրապնդումը, ազգային անվտանգության հարցերը: Դրանք մշտապես եղել են հասարակագետների, վերլուծաբանների ուշադրության կենտրոնում: *ՔՈՎԻԴ-19* համավարակը նոր մարտահրավեր էր, որը, ինչպես խոշորացույցի տակ, ցույց տվեց էական բացերը հանրային հարաբերություններում, դարձավ վերը նշված խնդիրների հատման կետը: Այս առումով համավարակը դուրս է գալիս զուտ հանրային առողջության խնդիր լինելու սահմաններից և նույնպես արժանի է տարբեր բնագավառների հասարակագետների ուշադիր հայացքին:

Այս ուսումնասիրությունն արժեքավոր է նրանով, որ թույլ է տալիս ավելի խորությամբ հասկանալ թե՛ արտակարգ իրավիճակների ժամանակ դրսևորվող, թե՛ դրանց հետևանքով առաջ եկող խնդիրները տարբեր մակարդակներում՝ անհատականից մինչև հասարակական, ինչպես նաև հենք է հանդիսանում հետագա ուսումնասիրությունների համար:

Գրքում ներառված հոդվածներն ամփոփում են հետազոտական նախագծի հիմնական արդյունքները՝ քովիդի հետ կապված մարդկանց փորձառության և սոցիալ-հոգեբանական հետևանքների ուսումնասիրության տարբեր կողմերը: Յուրաքանչյուր հոդվածի վերջում ներկայացված են հիմնական եզրակացությունները՝ ելնելով հետազոտական խնդրից: Ի մի բերելով այդ եզրակացությունները՝ գիրքն ամփոփենք այն առանցքային հասարակական խնդիրներով, որոնք թույլ են տալիս համավարակը դիտարկել ավելի լայն համատեքստում և ժամանակային հեռանկարի մեջ:

(Ան)վստահությունը համաքաղաքացիների և սոցիալական ինստիտուտների հանդեպ

Վստահությունն իր բոլոր շերտերով հանրային կյանքի կազմակերպման և հասարակության բարեկեցության կարևոր գործոն է: Համավարա-

կը ցույց տվեց, որ թեև սկզբնական փուլում համավարակի դեմ պայքարում ՀՀ կառավարության, առողջապահական համակարգի հանդեպ վստահությունն ավելի բարձր էր (ինչը կարելի է համարել 2018թ. հեղափոխության «հուզական վերելքի» ժամանակավոր արդյունք), սակայն դեպքերի ավելացման և այնուհետ՝ պատերազմական իրողության հետևանքով այն էապես նվազեց: Նվազեց նաև համաքաղաքացիների՝ միմյանց հանդեպ վստահությունը համավարակին, իսկ ապա նաև՝ նման արտակարգ իրավիճակներին դիմակայելու հարցում: Վստահությունը նշանակալի դեր ունի այն հարցում, թե որքանով մարդիկ կհետևեն կանխարգելիչ վարքի ցուցումներին և կոդսերեն հասարակամետ (պրոսոցիալական) վարք: Այս արդյունքը կարևոր է պահել ուշադրության կենտրոնում՝ տարբեր հավաքական մարտահրավերների դեպքում հասարակական վարքի համակարգվածության հասնելու համար:

Հաղորդակցման և ուղերձների խնդիրը

Վստահության ձևավորման համար խիստ աննպաստ էր հայաստանյան մեդիա տիրույթը՝ և՛ մինչ համավարակը, և՛ հատկապես դրա ընթացքում: Որպես ներքաղաքական լարումների ու մրցապայքարի մաս՝ այն չէր խորշում նաև հասարակական բաժանարարներ գծելուց: Համավարակի ընթացքում զգալի մեդիա սեզմենտ դաշտ էր նետում ճգնաժամի լրջությունը, կանխարգելող միջոցառումների կարևորությունը, պաշտոնական վիճակագրությունն ու ցուցումները կասկածի տակ դնող բովանդակությունը: Իր հերթին, կառավարության ճգնաժամային հաղորդակցությունը անհետևողական էր, հաճախ՝ ուշացած, և չէր նպաստում վստահության մթնոլորտի ձևավորմանն ու սերմանված կասկածների չեզոքացմանը: Դեպքերի վիճակագրության վերաբերյալ պաշտոնական տեղեկատվական հոսքի մեծ ծավալի ֆոնին քաղաքացիների վարքի իրապես թույլ վերահսկումը է՛լ ավելի էր թուլացնում պաշտոնական ուղերձների սուբյեկտիվ արժեքը: Արդյունքում և՛ վարքականոններին հետևելը, և՛ դրանք վիճարկելը մեծապես մնացել էին միջանձնային՝ միմյանց համոզելու մակարդակում:

Կանխարգելիչ վարքաձևերից բացի պրոսոցիալական/օգնողական վարքաձևերի կարևորումը

Կանխարգելիչ վարքաձևերը, անշուշտ, առաջին անհրաժեշտ քայլերն են առողջությանը սպառնացող ցանկացած իրավիճակում, սակայն համակեցության և փոխօգնության արժեքը ևս առանցքային է համավարակյին ռիսկայելու հարցում: Օգնող վարքաձևերն այլ տրամաբանությամբ են ազդում՝ ի համեմատություն կանխարգելիչ վարքաձևերի: Դրանք օգնում են մարդուն հոգեբանական բարեկեցության պահպանման առումով: Ընդ որում, միայն ընտանեկան փոխօգնության վարքը բավարար չէ այս հարցում. ավելի ազդեցիկ և ապաքինող դեր ունի այլ մարդկանց օգնելը և այլ մարդկանցից օգնություն ստանալը:

Էքզիստենցիալ (գոյութենական) խնդիրների հաղթահարման փորձառություն

Որքան էլ զարմանալի թվա, արտակարգ իրավիճակները, սպառնալիքները հնարավորություն են տալիս մարդկանց՝ վերաիմաստավորելու կյանքին էական կողմերին վերաբերող տարբեր հարցեր: Բացի հասարակական կարևորություն ունեցող հարցերից, համավարակը կարևոր էր նաև էքզիստենցիալ խնդիրների առերեսվելու փորձի և տոկունության ձևավորման տեսանկյունից: Թեպետ այս թեմաները մնում են ներանձնային, իսկ հնարավորության դեպքում՝ միջանձնային տիրույթում, սակայն այս փորձառության հանգամանքը կարևոր է դիտարկել նաև հասարակական շերտում: Հասարակությունը պետք է ձևավորի, ունենա «կարողունակություն» և մեխանիզմներ՝ արժեքային, վարքային, ինստիտուցիոնալ մակարդակներում արձագանքելու մարդկանց էքզիստենցիալ կարիքներին և հավաքական տրավմաներին: Դա համալիր, բարդ անելիք է՝ քաղաքական և բազմամասնագիտական համակարգված գործողություններ ենթադրող:

Սոցիալ-մշակութային նորմերի/պրակտիկաների իներտությունը և նոր իրողությունները

Համավարակը՝ որպես կենսական սպառնալիք, ենթադրում է մարդկանց առօրյա կյանքում և վարքաձևերում մի շարք փոփոխություններ՝ կանխարգելիչ վարքի, առողջության մասին հոգ տանելու և վտանգներին

դիմակայելու վարքաձևեր և գաղափարների, մոտեցումների և «կյանքի փիլիսոփայության» վերանայումներ: Պատվաստումների անբավարար ընթացքի պատկերը, կանխարգելիչ վարքաձևերից արագ հրաժարվելու պատրաստակամությունը, ժամանցի և առօրյայի կազմակերպման սովորական ձևերին արագ վերադարձը խոսում է այն մասին, որ մեծ հաշվով հասարակության մեջ՝ մարդկանց պատկերացումներում և վարքում, համավարակի վտանգների գիտակցման առումով էական տեղաշարժ չեղավ: Իհարկե, այս ամենին նպաստեցին անվտանգային լրջագույն մտահոգությունները՝ արցախյան պատերազմի և դրան հաջորդած ու մինչ օրս շարունակվող անկայունության հետ կապված՝ հետին պլան մղելով քովիդյան իրողությունը: Բայց սա միակ գործոնը չէր: Սոցիալ-մշակութային նորմերի և պրակտիկաների իներցիան, դրանցում ընտանիքակենտրոնությունը, պահպանողական (գոյապահպանմանն ուղղված) արժեքային կողմնորոշումները, որոնք ավելի սրվեցին ազգային անվտանգության մտահոգությունների ներքո, տեղ գտած որոշ եսակենտրոն կողմնորոշումները ֆոնային ազդեցություն ունեցան՝ սահմանափակելով նորահայտ իրավիճակներում սոցիալական վարքում ճկունություն դրսևորելու, համագործակցելու կարողունակությունը:

Գիտահեն կրթության և գիտության հանդեպ վստահության պակասը

Վերը թվարկված բոլոր խնդիրները հայաստանյան հասարակության մեջ կապված են, ոչ վերջին հերթին, կրթության որակի և գիտահեն գիտելիքի պակասի հետ: Մեր կրթությունը մեծ հաշվով դեռ չի կարողանում ապահովել այն մտքերի, գաղափարների գեներացումը, որոնք ուղղված են մարդկանց ճանաչողական պահանջմունքների զարգացմանը և գիտական գրագիտության ձևավորմանը, դրանց շնորհիվ գիտական տեղեկատվության հանդեպ վստահությանը: Երբեմն տարբեր բնույթի մասնագիտական դիրքորոշումներում ավելի առաջնային և որոշիչ կարող են լինել սեփական փորձի կամ կարծիքի, իսկ երբեմն նաև՝ սեփական շահի գերակայությունը, քան համապարփակ, բազմակողմանի, վերլուծական ուսումնասիրության վրա հիմնված դատողությունը: Վերևից ներքև հասարակական բարեփոխումները ևս իրականացվում են տարերայնորեն՝ երբեմն առանց բավարար ուսումնասիրության և փորձագիտական հիմնավորման:

Հասարակությունը, սակայն, վերոնշյալ ուղղություններով խնդիրներ հասցեագրելու ներուժ և լուծումների ուրույն ռեսուրսներ ևս ունի: Դրանց իրացումը, օրինակ՝ հետազոտությամբ դուրս բերված՝ կենսահաստատող և պրոտոցիալական դիրքորոշումների ամրապնդումը և հանրային հարաբերությունների մաս դառնալու հնարավորությունը, կախված են մի շարք հանգամանքներից: Այստեղ դեր ունեն ինչպես սոցիալ-մշակութային ընդհանուր համատեքստը, այնպես էլ ընթացիկ և սպասվող ճգնաժամերին ընդառաջ տարվող հանրային քաղաքականությունները, բարելավվելու խիստ կարիք ունեցող ճգնաժամային հաղորդակցությունը: Այդ քաղաքականությունները, առաջին հերթին, պետք է հասցեագրեն ու քննարկեն այն ձևերը, որոնցով հնարավոր կլինի մեկտեղել (և ոչ՝ հակադրել) անհատական, ընտանեկան և հավաքական լավագույն շահերն ու հաղթահարման ռեսուրսները՝ ելնելով ոչ վերջին հերթին նաև այս գրքում ամփոփված բազմակողմ հետազոտության արդյունքներից:

SUMMARY

The collective monograph **“The COVID-19 Experience in Armenia: The Response and the Social-Psychological Consequences”** has been prepared within the framework of the *“Personality and Social behavior: The Short-Term and Long-Term Psychological Effects in Armenia”* research project (20TSSH_070) funded by the Higher Education and Science Committee of the MESCS of the RA. The project was implemented in 2020-2023. The purpose of the multi-method research project was to study the responses to the COVID-19-driven situations both at personality and social behavior levels, looking into the short- and long-term psychological effects of public health threat and ensuing constraints.

The book addresses the problem of psychological well-being under COVID-19 and demonstrates the predictive role of health beliefs and preventive and helping behaviors in maintaining it. As a separate line of analysis, the role of health beliefs, conspiracy beliefs, emotions, as well as several social and demographic factors underlying the vaccine-related behaviors were examined. Another important analysis is the role of trust – both interpersonal and institutional - in fight against the pandemic, revealing their crucial role in the effective management of public behavior in times of crisis. Based on the interpretation of qualitative data drawn from in-depth interviews, the last section of the book discusses the nuances of the subjective experience of the COVID-19 pandemic, delineating the social-psychological consequences and takeaways from it.

The work can be of interest to psychologists, social researchers, as well as to public health professionals and policy makers. The results of the study promise a broad spectrum of application – from psychological support services all the way to content development for public awareness campaigns.

РЕЗЮМЕ

“Опыт COVID-19 в Армении: реакция и социально-психологические последствия” – коллективная монография, подготовленная в рамках исследовательского проекта *“Личность и социальное поведение: кратковременные и долговременные психологические последствия COVID-19 в Армении”* (20TSSH_070), финансируемая Комитетом по науке Министерства ОНКС РА. Программа была реализована в период 2020–2023 гг. Многометодный исследовательский проект был направлен на изучение реакций людей на ситуацию, связанную с COVID-19, на уровне личности и социального поведения и рассматривает краткосрочные и долгосрочные психологические последствия угрозы здоровью населения и вытекающих из этого ограничений.

В книге рассматривается проблема психологического благополучия в условиях COVID-19 и указывается на значение убеждений, а также профилактического и помогающего поведения, направленных на сохранение здоровья людей. Отдельное направление посвящено анализу роли убеждений, направленных на здоровье, и конспирологических убеждений, эмоций и различных социально-демографических факторов, влияющих на решение людей сделать или не сделать вакцинацию от COVID-19. В борьбе с пандемией был проблематизирован вопрос о значении межличностного и институционального доверия и продемонстрирована его центральная роль в эффективной организации общественного поведения в условиях кризиса. На основании качественных данных исследуются связанные с COVID-19 субъективный опыт и переживания людей, очерчиваются социально-психологические последствия пандемии.

Работа может быть интересна психологам, социальным исследователям и специалистам в области общественного здравоохранения. Сфера применения результатов исследования достаточно широка: от работ психологического сопровождения на уровне личности до разработки контента для информирования общественности.

ԵՐԵՎԱՆԻ ՊԵՏԱԿԱՆ ՀԱՄԱԼՍԱՐԱՆ

**ՔՈՎԻԴ-19-Ի ՓՈՐՁԱՌՈՒԹՅՈՒՆԸ
ՀԱՅԱՍՏԱՆՈՒՄ.**

**ԱՐՁԱԳԱՆՔԸ ԵՎ ՍՈՑԻԱԼ-
ՀՈԳԵԲԱՆԱԿԱՆ ՀԵՏԵՎԱՆՔՆԵՐԸ**

**Խաչատրյան Նարինե, Գրիգորյան Անի
Մանուկյան Սոնա, Հակոբջանյան Աննա
Պողոսյան Անի**

Համակարգչային ձևավորումը՝ Կ. Չալաբյանի
Հրատ. խմբագրումը՝ Լ. Հովհաննիսյանի

Ստորագրված է տպագրության՝ 10.09.2023:
Չափսը՝ 70x100 ¹/₁₆: Տպ. մամուլը՝ 11.625:
Տպաքանակը՝ 200:

ԵՊՀ հրատարակչություն
ք. Երևան, 0025, Ալեք Մանուկյան 1
www.publishing.ysu.am