

Національний університет «Чернігівський колегіум» імені Т.Г.Шевченка
Навчально-науковий інститут психології та соціальної роботи
Кафедра загальної, вікової та соціальної психології імені М.А.Скока

Кваліфікаційна робота

освітнього ступеня «магістр»

на тему

«ПОВЕДІНКА МЕШКАНЦІВ МІСТА ЧЕРНІГОВА В УМОВАХ КОРОНАВІРУСНОЇ ПАНДЕМІЇ»

Виконав:
магістрант II курсу, 61 групи
053 Психологія

Гоман Михайло Олександрович

Науковий керівник:
кандидат психологічних наук,
доцент Дроздова М.А.

Захищено з оцінкою _____

Голова ЕК:

(підпис)

(прізвище та ініціали)

Чернігів – 2021

Студент (ка)	_____	_____
	(підпис)	(прізвище та ініціали)
Науковий керівник	_____	_____
	(підпис)	(прізвище та ініціали)
Рецензент	_____	_____
	(підпис)	(прізвище та ініціали)

Кваліфікаційна робота розглянута на засіданні кафедри загальної, вікової та соціальної психології імені М.А.Скока, протокол № _____ від «_____» _____ 20__ року.
Студент (ка) допускається до захисту даної роботи в екзаменаційній комісії.

Завідувач кафедри	_____	_____
	(підпис)	(прізвище та ініціали)

ЗМІСТ

Вступ.....	3
 Розділ 1. <i>Теоретичний аналіз проблеми психологічних реакцій громадян на ситуацію пандемії</i>	
1.1. Специфіка психологічного стану людей у періоди пандемій.....	5
1.2. Особливості поведінки громадян під час пандемії COVID-19.....	19
 Розділ 2. <i>Емпіричне дослідження поведінки у період коронавірусної пандемії</i>	
2.1. Методика та процедура емпіричного дослідження.....	26
2.2. Отримані результати та їх аналіз.....	28
2.3. Практичне впровадження результатів (лекція)	50
 Висновки.....	 60
 Використані джерела.....	 63

ВСТУП

Актуальність теми пов'язана зі складною ситуацією у світі, у зв'язку з коронавірусною пандемією (COVID-19). Тому на першому плані стоїть проблема здоров'я людини, яка завжди буде актуальною. Світова пандемія вимагає зосередити увагу на дослідженні психологічного стану людини та її особливостей поведінки в різних сферах життя. З іншої сторони, в умовах глобальної проблеми частина людей в Чернігові, також як і в усій Україні, безвідповідально ставиться до дотримання правил поведінки в умовах карантину.

Об'єктом дослідження виступає поведінка громадян.

Предметом дослідження є статеві та вікові особливості поведінки мешканців Чернігова в умовах коронавірусної пандемії (носіння індивідуальних засобів захисту).

Метою дослідження є визначення особливостей поведінки мешканців міста Чернігова в умовах пандемії COVID-19.

Згідно з поставленою метою було визначено ***основні завдання дослідження:***

- 1) Проведення теоретико-методологічного аналізу проблеми психологічних реакцій громадян на ситуацію пандемії;
- 2) Підготовка та проведення емпіричного дослідження особливостей поведінки мешканців м. Чернігова в умовах коронавірусної пандемії;
- 3) Проведення статистичного та якісного аналізу отриманих результатів;
- 4) Надання практичних рекомендацій у вигляді лекції стосовно особливостей масової поведінки українців під час COVID-19 та формулювання висновків.

Методологічною та теоретичною основою дослідження є концептуальні положення зарубіжних науковців Ф. Балхі, С. Чаудри, В. Саладіна стосовно психологічних та поведінкових реакцій людей на пандемію коронавірусу, а також дослідження ряду науковців (Ю.Биховець,

Т.Нестик, О.Бойко та ін.) щодо психологічного впливу пандемії COVID-19 та її наслідків.

Методи дослідження. В ході дослідження було використано такі методи: теоретичні (аналіз, узагальнення, класифікація тощо), емпіричний метод польового спостереження, статистичний метод частотного аналізу.

Наукове та практичне значення результатів полягає в тому, що отримані дані дозволили поглибити наукове розуміння пандемії та її психологічних наслідків на українське населення. На основі результатів емпіричного дослідження та теоретичного аналізу були розроблені рекомендації у вигляді лекційного заняття для студентів.

Структура роботи зумовлена логікою дослідження і складається зі вступу, двох розділів, списку використаних джерел. Перший розділ присвячений теоретико-методологічному аналізу проблеми психологічних реакцій громадян на ситуацію пандемії, в якому розглядалися питання специфіки психологічного стану людей у періоди пандемій та особливості поведінки громадян під час пандемії COVID-19. У другому розділі міститься опис процедури емпіричного дослідження, отримані результати, їхній аналіз та практичні рекомендації у вигляді лекційного заняття для студентів. Загальний обсяг роботи – 67 сторінок.

РОЗДІЛ І.

ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНИЙ АНАЛІЗ ПРОБЛЕМИ ПСИХОЛОГІЧНИХ РЕАКЦІЙ ГРОМАДЯН НА СИТУАЦІЮ ПАНДЕМІЇ

1.1. Специфіка психологічного стану людей у періоди пандемій

Пандемія визначається як великомасштабний спалах хвороби, який швидко поширюється, вражаючи безліч людей одночасно у кількох країнах [30]. Однак, унікальною особливістю коронавірусної пандемії є супутня «інфодемія» - надлишок (невірної) інформації в соціальних мережах та в інших засобах масової інформації - що є серйозною загрозою психічному благополуччю під час цієї кризи охорони здоров'я [18].

Катастрофічні наслідки пандемій простежувалися ще за давніх часів. Історія свідчить, що періодично виникали масові інфекційні захворювання ще з того часу, коли тільки починали формуватися і розселятися первісні племена. Далі розглянемо найвідоміші пандемії в історії:

1. Чума Антоніна чи чума Галена (165-180 рр.). Після походів Римської імперії на Близький Схід війська принесли епідемію в Рим. Передбачається, що це була віспа чи кір, яка на думку фахівців забрала життя близько п'яти мільйонів людей.

2. Юстиніанова чума (541–750 рр.). Її ще називають «першою бубоною чумою». Вона почала розповсюджуватися в Центральній Африці, потім перейшла на міста, що знаходяться на узбережжі Середземного моря. Причиною швидкого розповсюдження була велика кількість кораблів, які в основному були в антисанітарному стані. Близько половини населення Європи загинуло від цієї чуми, на той час це було приблизно 30-50 мільйонів чоловік.

3. Велика епідемія віспи у Японії (735-737 рр.). Перша відома епідемія віспи вразила більшу частину Японії. Внаслідок чого загинуло приблизно

третина всього населення, близько одного мільйона осіб.

4. Чорна смерть (1346–1353 рр.). Чорна смерть («чорний мор», «бубонна чума») виникла в Китаї і вважається однією з наймасштабніших пандемій в історії людства, яка забрала життя 200 мільйонів чоловік і на той час це було приблизно 60% всіх людей на Землі.

5. Віспа (1519-1520 рр.). Епідемія віспи вразила корінних жителів Мексики, яка була привезена європейськими колонізаторами. Внаслідок цієї епідемії загинуло від 5 до 8 мільйонів людей.

6. Епідемія "коколізтлі" (1545-1554 рр.). Вчені вважають її місцевою геморагічною лихоманкою Мексики, але інші дослідники думають, що її могли завезти іспанські завойовники. Тим не менш, вона занапастила приблизно 15 мільйонів місцевого населення в Мексиці.

7. Великі епідемії XVII ст. Сюди входять: Велика чума у Севільї (1647-1652), Велика чума у Лондоні (1665–1666) та Велика чума у Відні (1679). За статистикою від цих епідемій померло 3 мільйони людей.

8. Пандемії холери XIX століття. Налічується три спалахи холери у XIX столітті, вони мали найвищий рівень смертності серед епідемій цього століття. Адже лише одна з них уже забрала життя понад мільйон людей. А загалом від хвороби загинуло приблизно 60 мільйонів.

9. Третя пандемія чуми (1855 р.). Ця хвороба виникла від гризунів у китайській провінції Юньнань. Через заражених щурів вона поширювалася торговими маршрутами в усьому світі, що й призвело до понад 12 мільйонів смертей.

10. Жовта лихоманка (кінець 1800-х рр.). Численні епідемії виникали в Америці наприкінці 1800-х років. Від жовтої лихоманки померло понад 100 тисяч американців. Проте вона досі продовжує спустошувати регіони Африки та Південної Америки.

11. Російський грип (1889–1890 рр.). Достовірно невідомо, який тип вірусу грипу став причиною виникнення пандемії в Росії. Вважається, що це був підтип вірусу грипу H3N8. Розповсюдженню цієї епідемії сприяла поява

розвиненої транспортної інфраструктури. Через це хвороба охопила ще багато країн північної півкулі. Проте, вже тоді люди могли дізнатися зі ЗМІ статистику заражених та загиблих. Тому російський грип став першою у світі «медіа-пандемією».

12. Пандемія «іспанського грипу» (1918–1920 рр.). Також отримала свою назву через походження. За кількістю померлих цей грип вважається одним із найстрашніших в історії. За деякими припущеннями вчених «іспанка» спричинила 100 мільйонів смертей. Швидкому поширенню сприяла добре розвинена транспортна інфраструктура. А підвищену смертність викликав новий підтип грипу H1N1. Іспанський грип забрав більше життів, ніж «бубонна чума» за ціле століття.

13. Азіатський грип (1957-1958 рр.). Все ж таки чергову хвилю смертей спричинив новий підтип грипу H2N2. Перший спалах виник у Китаї, а потім вірус перейшов на східне узбережжя США наприкінці 50-х років ХХ століття. За деякими даними, від цього захворювання загинуло півтора мільйона людей, водночас за іншими дослідженнями позначка сягає п'яти мільйонів. Ймовірно, це сталося через неточний перепис азіатського населення в ті роки.

14. Гонконгський грип (1968). Протягом десяти років «азіатський» грип мутував у H3N2, який походить від вірусу пташиного грипу А. Свій початок він поклав у Гонконгу, проте виявився менш летальним, ніж попередній тип. Тим не менш, кількість загиблих налічується більше одного мільйона людей. На даний момент він є причиною сезонного грипу А, пов'язаний з важким захворюванням у людей похилого віку.

15. Пандемія ВІЛ/СНІД (1980 рік – нині). У поточної пандемії є серйозна відмінність від попередніх. Протягом 40 років вона повільно прогресує у глобальну, вражаючи при цьому всі континенти та різні групи населення. Тільки за період, починаючи з 1981-2020 років, померло 37 мільйонів людей. Тим не менш, кількість людей, інфікованих з початку епідемії, становить майже 80 млн. І щороку він продовжує викликати близько мільйона смертей

у всьому світі.

16. Тяжкий гострий респіраторний синдром (2002-2003 рр.). XXI століття почалося з епідемії в Китаї, яку ще називають ТГРС (SARS). Через неї постраждали 26 країн і це започаткувало вивчення психологічних аспектів пандемії.

17. Пандемія H1N1 або «свинячого грипу» (2009–2010 рр.). Свинячий грип почався в Мексиці, тому його називають «мексиканка», поряд із відомою «іспанкою». Наслідки зараження сприймалися як надзвичайно небезпечні через тяжку дихальну недостатність і це призвело до загибелі від 20 000 до 500 000 осіб. Хоча летальних випадків було відносно мало, слід зазначити, що початкові оголошення ВООЗ викликали тривогу у широкого загалу. Зрештою, загальний настрій змінився невдоволенням, оскільки передбачення охорони здоров'я та уряду з приводу страшних наслідків не підтвердилися. При цьому, ґрунтуючись на загальному обуренні, їм було пред'явлено звинувачення у просуванні вакцин без належних досліджень для збільшення прибутку фармацевтичних фірм за рахунок населення [28,19]. Не виключено, що це вплинуло на подальші показники довіри до уряду.

18. Лихоманка Ебола (2013–2015 рр.). Незважаючи на поодинокі випадки зараження у світі, в основному, епідемія була зафіксована лише у Західній Африці. Але в той же час, при незвичайних симптомах, які застали зненацька місцевих медиків, відстежувався високий ризик виникнення масштабної пандемії за межами континенту. Впоратися з нею вдалося за допомогою скоординованих заходів громадської охорони у відповідь.

19. Пандемія COVID-19. Нове коронавірусне захворювання (COVID-19) з'явилося в Ухані, Китай, на початку грудня 2019 року. Потім швидко поширилося не лише азіатськими країнами, а й по всьому світу, що перетворилося на глобальну епідемію. На даному етапі боротьби з вірусом його порівнюють з іспанським грипом, який став причиною вимирання десятків мільйонів людей. Попередній досвід пандемій відкрив нові проблеми у боротьбі з новою інфекцією, у зв'язку з чим ситуація

ускладнюється не лише наслідками поширення та розвитку нового вірусу, а й супутніми психологічними обставинами.

Крім явного впливу на здоров'я, пандемія призводить до значних змін у поведінці, які залежать від психічного благополуччя. Періодичне виникнення епідемій, як не дивно, не викликало великого інтересу у фахівців у галузі охорони здоров'я, але за останні роки ситуація змінилася.

При пандемії виникають психосоціальні фактори, які можна охарактеризувати як масову поширену невизначеність та занепокоєння щодо шансів зараження, а також його наслідків. Зазвичай, це проявляється на ранніх стадіях пандемії і залежить, перш за все, від нестачі або навіть повної відсутності інформації щодо лікування та захисту від поширення хвороби на даний момент. У дослідженнях було виявлено, що на початковому етапі пандемії COVID-19 активно розвивається психопатологічна симптоматика і сприйняття початкової загрози має такі фази, як шок, заперечення з елементами ейфоричної реакції, після чого настає прийняття [6]. Інші психосоціальні фактори стресу, що пов'язані з пандеміями, включають загрози здоров'ю для себе та близьких, ізоляцію, соціальне дистанціювання, розлуку з родиною та друзями, смерть близьких, соціальну ізоляцію через карантин, нестачу продуктів харчування та ліків, втрату заробітку, закриття навчальних закладів та виробництв, а також скасування масових заходів та фестивалів [22]. На тлі всього цього люди частіше відчують занепокоєння щодо стану свого здоров'я, через що проявляється невроз нав'язливості, наприклад, підвищена увага до рівня стерилізації навколишніх предметів, багаторазова перевірка температури та періодичне миття рук з метою убезпечити себе від потенційної хвороби.

Епідемія сприймається як така, що обіцяє мати тривалі психологічні наслідки – в якості змін людини та відносин між людьми [12]. В одному з досліджень про розвиток психіатричних послуг під час спалаху COVID-19 у Китаї (Int J Biol Sci. 2020) було виявлено, що пацієнти, медичні працівники та широка громадськість перебувають під непереборним психологічним тиском,

який може призвести до різних психічних проблем, таких як тривога, страх, депресія та безсоння [24].

Виключаючи інші психосоціальні аспекти стану людей, переживання негативних емоцій, безперечно, є наслідком сприйняття індивідом критичної ситуації. У всякому разі, дослідження пандемій, з якими зіштовхнулися з часом, таких як атипова пневмонія, лихоманка Ебола, H1N1, кінський грип і нинішній COVID-19, показують, що психологічні ефекти зараження та карантину не обмежуються страхом заразитися вірусом [27]. Така ситуація, очевидно, викликає у людей почуття безпорадності, також через обмеження під час карантину втрачається почуття свободи, розвивається невпевненість у завтрашньому дні, що призводить до тривалого стресового стану, особливо широко поширеного явища серед людей у найбільш постраждалих районах. Однак, тривале переживання стресу одночасно з тривогою та страхом в умовах невизначеності майбутнього призводять до виснаження психологічних ресурсів особистості, викликають деструктивні стратегії долаття, можуть вести до важких форм тривожних та депресивних розладів [7]. Раніше названі аспекти також призводять до зростання самогубств, і така суїцидальна поведінка, як правило, пов'язана з почуттям гніву. Так, серед американських респондентів, рекрутованих через краудсорсингову платформу mTurk, 45% відзначили наявність думок про суїцид через пандемію, а 9% цілеспрямовано намагалися заразитися COVID-19 [23]. У дослідженні О. Бойко та ін. було виявлено високий рівень (22%) потреби у психологічній допомозі, пов'язаний з підвищеним рівнем стресу, посиленням психопатологічної симптоматики, зниженням можливості адекватно справлятися зі стресом [9].

Розглядаючи когнітивно-емоційні реакції, становище може посилюватися за рахунок суперечливих повідомлень у ЗМІ, що підводить до того, наскільки люди усвідомлено ставляться до реального існування вірусу та небезпечної для життя ситуації. У дослідженнях пандемії коронавірусу Ю. Биховець та Л. Коган-Лернер виявили, що майже 33% населення Росії

висловлюють сумніви у небезпеці епідемії або не вірять у її існування. Така позиція людей може залежати від особистих установок до влади, погіршення соціально-економічного статусу та необхідності пристосовуватися до нових подій [4]. У сучасних умовах варто виконувати першорядну мету громадської охорони здоров'я під час пандемії – якнайшвидше контролювати спалах з мінімальними порушеннями. Водночас ефективне інформування про ризики має вирішальне значення задля досягнення цієї мети [14]. Подібні повідомлення включають розповсюдження відомостей, необхідних населенню, щоб допомогти їм вирішити, як захистити себе від інфекції. Але, з іншого боку, під час пандемії рясніють страх, паніка, чутки, теорії змови та недовіра до влади. Саме за таких умов ситуація може погіршуватися сенсаційними повідомленнями у ЗМІ та фейковими новинами у соціальних мережах [22].

Основний акцент ставиться на тому, що на початку пандемії засоби масової інформації мають велике значення через нестачу знань про потенційну загрозу та засоби її профілактики. Результатом такої політики інформування є приклад офіційних ЗМІ в Китаї під час першого спалаху захворюваності на COVID-19, де спочатку зменшувалися масштаби епідемії, що й призвело до швидкого поширення не тільки в країнах Азії, але й у всьому світі. Подібні реакції з боку влади і започаткували недовіру громадськості до спроможності уряду приймати рішення [22].

У свою чергу, інформація, яка подається в ЗМІ та соціальних мережах, часто може бути суперечливою, а серйозна загроза своєму здоров'ю або близьких може знизити здатність людини приймати раціональні рішення [22]. Можливо, зниження рівня критичного мислення пов'язане з відчаєм людей у пошуку смислів того, що відбувається, і способів захистити себе, а також своїх близьких. Внаслідок чого підвищується небезпека залучення частини людей у «деструктивні» секти [6]. Вони також звертаються до шарлатанських засобів захисту та сумнівних традиційних методів лікування. До цього відносяться неправдиві твердження про ефективність куріння

сигарет для зняття стресу, носіння намиста з часнику або його вживання для основного захисту від коронавірусу, традиційний засіб вдихання водяної пари, а також вживання соди натще для зміцнення імунної системи та ін. Під час пандемії атипової пневмонії деякі люди у Китаї наймали чаклунів, запалювали петарди та спалювали фальшиві гроші [16, 21]. Люди отримують великі дози вітамінів або трав'яних добавок, сподіваючись, що це підвищить їх імунітет [22]. Ефективність таких засобів самозахисту від інфекцій було спростовано лікарями, а в деяких випадках це може призвести до суттєвого заподіяння шкоди організму або навіть фатальним наслідкам.

Подібними когнітивно-емоційними реакціями виступає також зростання категоричного та особистісно-марновірного мислення, що підвищує схильність особистості до маніпуляцій та віри в конспірологічні теорії [7]. На ранньому етапі пандемії коронавірусу було відзначено середній рівень підтримки конспірологічних уявлень про пандемію [1]. Дані свідчать, що оптимістично упереджене сприйняття ризику, що визначається як занижені ймовірнісні оцінки певних подій, є критичним фактором, який визначає ризиковану для здоров'я поведінку [17]. Неправильні уявлення про ризики можуть бути продуктом віри людей у теорії змови, тобто пояснювальних переконань щодо навмисних шкідливих суспільству дій якоїсь організації для досягнення своїх прихованих цілей. Таким чином, особливість прояву стійкого нігілізму щодо правдивості всієї ситуації з пандемією виявляється у поведінці людей. Більшість із них вже на ранній стадії поширення вірусу відмовлялися вірити в існування великої епідемічної загрози, тим самим нехтуючи носінням масок, використанням дезінфікуючих засобів, соціальним дистанціюванням та дотриманням правил карантину. Криза дезінформації виникла під час COVID-19, пандемія лише посилила страх перед невідомістю у свідомості людей, схильних вірити у теорії змови. Фактично, пояснення складних явищ дають віруючому почуття контролю ситуації, яка в іншому випадку здається жахливою. "Людям потрібні докладні пояснення глобальних проблем, великих світових подій", - заявив

Дж. Кук, вчений-когнітивіст і фахівець з теорії змови з університету Монаша в Австралії. Недовіра до науки, інститутам та традиційним джерелам новин багато в чому пов'язана з сильнішою вірою в теорії змови, так само як і підтримка псевдонауки [20]. Зважаючи на це, Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) бореться з безліччю дезінформації про вірус, що розповсюджується, видаляючи хибний контент у соціальних мережах. Розглядаючи іншу позицію, можливо затяті прихильники конспірології бачать у цих діях підкріплення своїх домислів, що створює проблему не лише у боротьбі з коронавірусом.

Крім того, беручи до уваги тривалу кризову ситуацію, великого значення набула проблема стану невизначеності в цей період. До того ж в умовах обставин, що постійно змінюються, на тлі епідемії люди часто не можуть уявити, що їх чекає наступного дня. Переживання невизначеного становища пов'язане з тривожністю й думками про невідомість, які, як правило, виникають через неясність всієї ситуації. У такому разі виникають труднощі у прийнятті рішень та впевненості щодо ефективності своїх дій. Сумніви виникають на ґрунті підвищеного рівня тривожності і це призводить до погіршення психічного стану, через що, отже, виникають панічні атаки, суїцидальні думки, які чергуються з obsesіями й компульсіями, що постійно виникають. При цьому накладається ще ефект непередбачуваності у цей період, через що породжується страх перед майбутнім. Відповідно, у такому стані втрачається можливість адекватно мислити, приймати правильні рішення, що обумовлено пошуком альтернативи виходу зі складного становища. Все ж таки дані аспекти невизначеності залежать від таких, на думку І. Скотникової, факторів: по-перше, негативні реакції та невизначеність, яка виникає через надлишок або нестачу інформації, а по-друге – сприйняття пандемії, як загрозової ситуації, що ще більше підіймає рівень тривожності у ситуації неоднозначності [8]. Тому такий стан залежить від цілого набору причин, які взаємопов'язані між собою та для їх мінімізації

допоможуть прийоми саморегуляції або, в крайньому випадку, консультації психолога.

Оскільки раніше було сказано про взаємозв'язок факторів, які групують широкий діапазон ризиків для розвитку негативних наслідків психічного здоров'я, важливо розглянути ще один ключовий елемент – тривогу та її наслідки для психічного здоров'я. Дослідження, яке проводилося серед населення Карачі, у Пакистані, показало підвищений рівень тривожності, який людина відчуває на регулярній основі в ситуації пандемії COVID-19 щодо свого здоров'я, здоров'я своїх однолітків та близьких [25]. Також М. Мамун та І. Юллах показали у своїх працях статистику самогубств у Пакистані з початку коронавірусної епідемії, які були скоєні, в основному через економічні причини та страх бути зараженими. Зміна способу життя, вимушена ізоляція, очікування поганих новин, отже, страх перед майбутнім та економічна нестабільність, а також багато інших показників, які помітно впливають на загальне занепокоєння населення. У свою чергу причиною тривоги є не сама по собі невизначена ситуація, а її суб'єктивна оцінка людиною та низка супутніх цій події факторів [13]. Як можна припускати, уникнення тривоги може, навпаки, посилювати її, оскільки акцентується на необхідності її відсутності, що практично неможливо під час пандемії. Понад те, сама тривожність формується виходячи з постійної потреби у захисті себе від інфекції. З одного боку, це допомагає слідувати рекомендаціям щодо профілактики, але з іншого боку – така поведінка може призвести до виразності obsесивно-компульсивного розладу, що характеризується підвищеною увагою до використання засобів захисту, наприклад, дезінфекторів, частого миття рук, соціальної ізоляції, відмовою виходити на вулицю та знезараження приміщень. Хоча це й ефективні засоби зниження загрози зараження, але також вони є наслідком хронічної тривоги. З іншого боку, А. Тхостов та Є. Рассказова зазначили у своїй роботі, що для повсякденної свідомості очевидно, що чим сильніше людина тривожиться, тим більшим набором рекомендацій щодо захисту від ризиків пандемії,

перевіраних і неперевіраних, вона слідуватиме [10]. Отже, підставою для тривоги у ситуації підвищеної напруженості під час пандемії можуть стати будь-які зміни у повсякденному способі життя. Головним чином, тривога, так само, як і стрес, має схожу симптоматику, що ускладнює виявлення відмінностей між ними. Втім, тривожність є основною причиною більш значних функціональних порушень у різних сферах життя [15].

Для повного опису впливу пандемії на психіку слід брати до уваги, що основою частини психічних захворювань є стрес, і кожна людина різною мірою виразності відчуває його на собі щодня. Однак, багато досліджень показують, що під час карантину чи локдауну існує логічна закономірність посилення стресу на ранніх стадіях появи епідемії. Відповідно до цього, соціальні обмеження під час карантину впливають на психіку людини, що може спричинити стан невизначеності та загострення реакції організму на стрес. Причому тривалий стрес включає занепокоєння, депресію і нездатність впоратися з травматичними і негативними емоціями. До того ж пандемія коронавірусу створила психологічну кризу, в якій масштаб проблеми її впливу на психічний стан стоїть поряд із проблемами захисту від вірусу. Невизначеність в даному випадку створює колосальний рівень напруги, а потім може призвести до хвороб, через які, в першу чергу, виникає тривожність. Більше того, чим вищий цей рівень, тим більше різних емоційних та фізичних розладів може виникнути, таких як інсульт, гіпертонія, неспокій, депресія. Особливою характерною стресовою реакцією може бути забудькуватість, втома, погана концентрація, дратівливість, відчуття пригніченості та надмірне занепокоєння. Встановлено, що під час тривалої пандемії виникає підвищена реакція на стрес через занепокоєння про своє здоров'я чи здоров'я близьких, порушення сну, неправильне харчування, вживання алкоголю чи психоактивних речовин. Знання цих реакцій може допомогти виявити стресове загострення для запобігання довгостроковим наслідкам.

Група вчених (М. Бухеджі та ін.) у 2020 р. провела дослідження психологічного впливу карантину на основі 3166 розглянутих робіт і показали несприятливі ефекти, що поєднуються, включаючи симптоми посттравматичного стресу, збентеження та гнів [15]. Були виявлені фактори стресу через більш тривалий карантин, страх перед інфекціями, розчарування, нудьги, неадекватних установок, недостовірної інформації, фінансових втрат та стигматизації під час пандемій [3]. Аналіз цієї проблеми включав такі епідемії, як ТГРС (SARS), лихоманка Ебола, грип H1N1, близькосхідний респіраторний синдром (MERS) та кінський грип. Тут відіграє важливу роль екстрене психологічне втручання, поряд із моральною підтримкою, які можуть допомогти підтримувати стабільний емоційний стан, справляючись із психологічним тиском під час пандемії та правильний розподіл свого внутрішнього ресурсу.

Важливо відзначити те, що непереборний психологічний тиск, під яким перебуває громадськість, призводить до різних психічних розладів та проблем, пов'язаних зі здоров'ям, на зразок тривоги, безсоння, але так само і до пригніченого стану теж. Це пов'язано не тільки з постійним карантинном та переглядом негативних новин, але й впливом щоденно зростаючої кількості заражених та смертельних випадків. Деякі верстви населення більш схильні до ризику виникнення тривожних, депресивних і посттравматичних симптомів, оскільки вони більш чутливі до стресу [27]. У свою чергу, депресивні симптоми є наслідком пережитого життєвого потрясіння або травми, які часто трапляються під час пандемії з багатьма людьми. У результатах дослідження Ф. Альвареса та ін. (2020 р.) було сказано, що зараження родичів або знайомих призводить до загострення, раніше згаданих, тривожних, депресивних симптомів, але до того ж, сім'ї померлих пацієнтів можуть страждати ще від важкої втрати і горя [27]. Це, можливо, матиме подальші наслідки при переживанні горя, що перетинаються із почуттям апатії чи іншими ознаками меланхолійного стану. Виходячи з даних Американської психологічної асоціації, депресія зазвичай визначається

таким поєднанням симптомів: відсутністю інтересу і задоволення від повсякденних справ, проблемами зі сном, занепадом сил, нестачею енергії, нездатністю сконцентруватися, почуттям марності, спустошеності і думками про смерть або самогубство, що повторюються. До факторів, які посилюють або викликають депресію, слід віднести економічний занепад, що негативно впливає на психічне здоров'я багатьох людей. Ситуація з COVID-19 демонструє, що у людей кожен день проходить так, що вони живуть між надією знайти вирішення своїх проблем зі здоров'ям та соціально-економічними проблемами, які цей вірус зумів підірвати, а також почуттям відчаю, коли немає ясності щодо того, коли ця криза закінчиться [15]. Прикладом можуть служити дослідження попередніх економічних криз під час пандемій. Вони показують, що причиною цього є втрата роботи, що також супроводжуватиметься типовою психічною реакцією: змішаним тривожно-депресивним розладом, підвищеним стресом, низькою самооцінкою, а також проявом психосоматичних розладів. Вивчення 244 безробітних під час пандемії показало, що 94,3% та 58,7% учасників мали симптоми депресії та тривоги відповідно [26]. Деякі безробітні з високими показниками тривожності та депресії використовували неадаптивні стратегії подолання такого стану, такі як самозвинувачення, заперечення та вживання психоактивних речовин [22]. З цього випливає, що такі наслідки призводять до більш високого рівня психічних розладів, пов'язаних із вживанням наркотичних, алкогольних речовин та спробами самогубства.

У свою чергу, раніше описані нами психічні розлади, такі як тривога та депресія, пов'язані зі страхом епідемій. Ю. Биховець представила у своїй роботі перелік почуттів з особливим акцентом на почуття страху, які відчуває людина у ситуації епідемії: страх заразитися, вина за зараження, самотність, занепокоєння через відсутність точної інформації, страх фінансових втрат, страх втратити роботу, втому від ситуації невизначеності, розчарування у зв'язку з новими правилами та положеннями, батьківський стрес [3]. Страх, що часто підживлюється сенсаційними заголовками в засобах масової

інформації, може змусити людей вагатися між запереченням та фобією, що також стигматизує громадян сприймати одне одного як джерело хвороби [29]. Крім того, постійний страх зараження призводить до нав'язливих думок, що посилює стан людини підвищеною тривожністю та додатковими переживаннями з приводу ситуації, що склалися в період пандемії [27]. У цьому й полягає завдання психологів та фахівців у галузі охорони здоров'я, щоб допомогти людям контролювати свій стан та емоції, навчити їх справлятися з постійним стресом та тривогою, показати їм надію та вихід із скрутного становища.

Висновки. Пандемія - це великомасштабний спалах хвороби, який швидко поширюється на території інших країн, вражаючи безліч людей одночасно. Унікальною особливістю коронавірусної пандемії є ефект «інфодемії» - надлишок (невірної) інформації в ЗМІ. Масові інфекційні захворювання простежувались ще з того часу, коли тільки починали формуватися і розселятися первісні общини. Пандемія призводить до значних змін у поведінці, які залежать від психічного благополуччя.

Під час пандемії негативними станами можуть виступати: невизначеність, тривога, стрес, депресія, страх. Переживання негативних емоцій є наслідком сприйняття індивідом критичної ситуації. А тривале переживання негативних станів призводять до виснаження психологічних ресурсів особистості, що призводить до важких розладів. ЗМІ мають велике значення, але через нестачу знань про потенційну загрозу та засоби її профілактики знижується критичне мислення та підвищується рівень відчаю у людей. Через що з'являється схильність до пошуку шарлатанських засобів і традиційних методів лікування. В період епідемії у деяких людей може виявлятися нігілізм, тобто відмова вірити в існування вірусної загрози. Внаслідок цього виникає недовіра до правдивої інформації та віра в теорії змови.

Через тривалий карантин та зміни звичного способу життя може погіршуватись психічний стан, через що виникають панічні атаки,

суїцидальні думки, які чергуються з обсесями й компульсіями. Тому пандемія характеризується не тільки боротьбою з масовою захворюваністю, а й з негативними станами також, що виникають внаслідок постійного психологічного тиску в цей період.

1.2. Особливості поведінки громадян під час пандемії COVID-19

Актуальною проблемою є реакція українського населення на боротьбу влади з пандемією і, як наслідок, відбуваються громадянські заворушення, страйки та насильство, які іноді трапляються через медійний феномен інфodemії. Відмінною особливістю епіdemії, порівняно з іншими типовими катастрофічними подіями, є стигматизуюче ставлення, зокрема до працівників охорони здоров'я, які щодня контактують з хворими із ризиком зараження [27]. Існують приклади зіткнень громадян із медичними працівниками через побоювання заподіяння ними шкоди, а не допомоги. Ця поведінка пояснюється невизначеністю, що створює стигму щодо інфікованих людей, сприймаючи їх як джерело хвороби, з ризиком виникнення бійки або в крайньому випадку, цивільних конфліктів. Стигматизація, зазвичай, залежить від багатьох чинників. Крім вищевикладених причин, головною виділяється почуття вберегти себе від невідомої загрози. Як приклад можна згадати про громадянські заворушення в Україні – скандальну обсервацію в Нових Санжарах на початку 2020 року. Ця подія стала відомою на весь світ. На Полтавщині новосанжарці блокували дорогу, зводили барикади та палили шини на знак протесту проти розміщення українців, евакуйованих з Уханя, де розпочалася пандемія коронавірусу. Повідомлення про те, що у місцевому санаторії поселять пасажирів китайського спецрейсу, сильно налякало мешканців. На той час українцям було відомо, що нове захворювання швидкими темпами вразило Китай і вже встигло охопити частину Європи. Тоді ще поширювалися чутки,

що автобус перевозив не лише громадян України, а й іноземців теж. Місцеві пояснюють, що вони стали жертвами провокації, а причиною такої негативної реакції була хибна інформація, яка популізувалася у соціальних мережах. За їхньою інформацією, таким чином вони дізналися, що до них прибули заражені люди, через що ще більше загострювалася паніка серед населення. Хоча даних про те, що серед привезених людей були інфіковані, не надходило, всі евакуйовані були розміщені у шпиталі на 2-тижневу обсервацію. Однак, на даний момент, уявлення новосанжарців про пандемію кардинально змінилося на краще: вони дотримуються карантинних правил, носять маски, більшість позитивно ставляться до вакцинації і навіть через півроку після подій 2020 року, не було зафіксовано жодного випадку коронавірусу. З цього інциденту можна зробити висновок, що страх перед невідомістю та новою загрозою спонукає шукати способи убезпечити себе, навіть, якщо вони виходять за рамки моральності та адекватної поведінки. Тут важливо відзначити, що значної ролі грає довірливе ставлення людей до хибних новин за умов явного браку інформації.

Що стосується інших видів реакцій суспільства на боротьбу із хворобою, то на даний момент, через підвищений контроль та суворі карантинні заходи під час пандемії COVID-19, відбуваються протести проти обов'язкової вакцинації в багатьох країнах світу. Так, наприклад, в Естонії, незважаючи на погіршення ситуації з поширенням вірусу, пройшла масова акція протесту проти карантинних обмежень "на захист вільного суспільства" [5]. На тлі суворих вимог до ковід-сертифікатів у різних сферах громадської діяльності, заворушення виникали також в Італії, які потім переростали у зіткнення з поліцією. Подібні акції протесту не оминули і Україну в листопаді 2021 року, коли кілька тисяч людей, переважно в Києві та Одесі, висловлювали невдоволення проти обмежувальних заходів та вимушеної вакцинації. На поточному етапі в Україні гостро постає проблема загальнообов'язкової вакцинації населення, проте поведінкове дослідження ВООЗ, проведене у березні 2021 р., виявило відносно позитивну статистику. З серпня 2020 р.

особистісні настанови українських громадян щодо вакцинації змінилися. Результати показують, що за наявності вакцини, готовність щепитися висловило майже 50% респондентів [25]. Інші не планують цього робити через побоювання ускладнень, а також недовіри щодо країни-виробника вакцини. Серед основних названих причин на підтримку вакцинації підкреслюється зняття обмежень, можливість бачитися з родичами та отримання безкоштовної вакцини.

Таким чином, запровадження владою обмежень у соціальне життя заради безпеки призводить до невдоволення громадян через відсутність виразних пояснень на початковому етапі пандемії, що й провокує масові протести та упереджене ставлення на основі доступної інформації. Тому, окрім соціально-економічних причин, основною проблемою є ефект інфodemії, що впливає на поведінкові реакції населення, що пов'язані з помилками щодо пандемії в цілому.

Розглядаючи інший аспект впливу пандемії на поведінку, негативні реакції людини можуть виявлятися не тільки у відкритій боротьбі, а й у внутрішньому сприйнятті катастрофи, що насамперед позначається на характері її поведінки, що залежить від загальної обстановки та різних чинників. Одним із таких предметів впливу виступає соціальна ізоляція – як спосіб знизити ризики масового поширення хвороби. Однак, раптова повна ізоляція призводить до великих змін у повсякденному житті. Широко поширене переживання самотності під час ізоляції стало проблемою суспільної охорони здоров'я ще до пандемії, враховуючи його зв'язок із скороченням тривалості життя та підвищеним ризиком як психічних, так і фізичних захворювань.

Цей запобіжний захід може викликати у населення паніку, внаслідок чого спостерігаються масові спроби людей скупити якнайбільше предметів першої необхідності. Передбачається, що таке явище виникає через соціально-економічні наслідки карантину, а саме через побоювання перед новими обмеженнями або виникнення дефіциту товарів. Але, з іншого боку,

використання препаратів на лікування нового інфекційного захворювання не виключає негативних наслідків. На початковій стадії поширення епідемії українці почали закуповуватися парацетамолом або іншими ліками від застуди, щоб збивати високу температуру як один із симптомів коронавірусу. Однак, виключаючи деякі рекомендації застосування парацетамолу, не всі розуміли для чого він і вживали його просто для профілактики. Хоча, наприклад, недотримання відповідного дозування може призвести до тяжкого ураження печінки. Таким чином, подібна ситуація спостерігається напередодні перед тривалим карантинном чи локдауном, коли поширюється ефект “зараження” серед населення. Отже, люди масово скуповують продукти та медикаменти, боячись їхньої гострої нестачі під час карантину, тим самим створюючи дефіцит цих товарів.

Соціальна ізоляція також відкрила інші проблеми у поведінці. Говорячи про психологічні наслідки такого режиму в період коронавірусу, слід зазначити, що вже сьогодні в багатьох дослідженнях фіксуються зміни у поведінці та емоційному стані. Кардинальні зміни у способі життя спричиняють перетворення на психічному рівні. Як зазначалося раніше, внаслідок таких змін підвищується загальна тривожність серед населення. У зв'язку з цим, у поведінковому аспекті, тривога виявляється у прояві агресії. В Україні через карантин та ізоляцію кількість звернень жертв домашнього насильства зросла вдвічі. Ю. Биховець і Л. Коган-Лернер пояснили це підвищенням закритості зовнішніх кордонів сім'ї, через що збільшується злитість між її членами всередині неї; ізоляція обриває зовнішні соціальні контакти і може підвищувати реактивність у відносинах між членами сім'ї, виснажувати їх психологічні ресурси, послаблювати захисні механізми та призводити до зростання конфліктів, а в ряді випадків – насильства [4]. Постійна присутність членів сім'ї, особливо у закритому просторі, коли раніше це чергувалося з роботою, спілкуванням з друзями, прогулянками містом, відвідуванням розважальних місць тощо, майже завжди викликає характерні реакції: загострюються раніше невирішені проблеми, які можуть

призвести до проявів агресивності у сімейних конфліктах. Тому влада країни проводить інформаційні кампанії для поінформованості громадян щодо проблеми домашнього насильства та способів допомоги постраждалим від нього.

Поведінка, яка проявляється у схильності особистості до здійснення вчинків, що відхиляються від усталених суспільних норм поведінки, називається девіантною. До таких дій відносять алкоголізм, наркоманію, самогубства та інші злочини. Суспільна норма є ключовим поняттям у поясненні девіантної поведінки, оскільки вона регулює соціальну поведінку індивіда у суспільстві, встановлюючи межі дозволеного. У той же час, деструктивні установки, пов'язані із самоізоляцією – це прояв несвідомої готовності людини до певної реакції, дії чи вчинку. Вони заважають побудові нормальних міжособистісних відносин. При таких установках виявляється наявність відкритої та завуальованої жорстокості до оточуючих, схильність до необґрунтованих узагальнень негативних фактів, а також обґрунтований негативізм [2]. Розглядаючи наслідки тривалої самоізоляції під час карантину, можна зробити висновок, що небезпечні для життя вчинки будуть проявлятися не тільки всередині сім'ї, але і в соціумі теж. Отримані дані свідчать про те, що чим вище виражена тенденція до самоізоляції особистості, тим яскравіше виражається схильність до девіантної поведінки й деструктивних установок в міжособистісних відносинах [2]. Це пояснюється тим, що звичний спосіб життя під час пандемії відхиляється від норми, з'являються обмеження, які змушують вийти із зони комфорту та прийняти нові правила. Почуття страху та розпачу посилюють внутрішню невизначеність. З цієї причини люди часто не знають, як довго ще триватиме ця ситуація, як вийти із скрутного становища, яким чином пережити це на особистісному рівні. Тому варіантом для них є відповідна негативна реакція на те, що відбувається, яка часто носить агресивний характер. На думку Ю. Биховець і Л. Коган-Лернер, цей поведінковий патерн виникає в гострий період травматичної ситуації, а не є відстроченим психологічним наслідком,

що виникає, наприклад, як один із проявів посттравматичного стресу [4].

Висновки. Через феномен інфодемії відбуваються громадянські заворушення, страйки та насильство, які іноді трапляються серед українського населення у відповідь на боротьбу влади з пандемією. Також може виникати стигматизуюче ставлення, щоб вберегти себе від вірусу, сприймаючи як загрозу інфікованих людей або тих, хто з ними контактує. Прикладом такого явища була обсервація на Полтавщині, в Нових Санжарах 2020 року.

Поведінка може виражатися у відповідних реакціях суспільства на боротьбу влади з пандемією. Внаслідок цього відбуваються протести проти посиленних карантинних обмежень та обов'язкової вакцинації в багатьох країнах світу. Це пов'язано з відсутністю чітких пояснень зі сторони влади чи організацій охорони здоров'я щодо вимог та необхідності спрямованих заходів для контролювання поширення вірусу.

Інший аспект коронавірусної пандемії виникає не тільки у відкритій боротьбі, а й у внутрішньому сприйнятті загрози. Насамперед соціальна ізоляція є одним із чинників, що головним чином впливає на внутрішній стан людини. Також у населення виникають характерні реакції, наприклад, паніка. Вона проявлялася у масових спробах людей скупити якнайбільше предметів першої необхідності через побоювання перед новими обмеженнями або дефіциту товарів. На тлі такого «зараження» українське населення також закуповувалось лікарськими препаратами для збиття температури. Також соціальна ізоляція викликає зміни в емоційному стані, через що спостерігаються прояви агресії. Обривання зовнішніх контактів та попередніх соціальних відносин може привести до зростання конфліктів та насильства в сім'ї. небезпечні для життя вчинки будуть проявлятися не тільки всередині родини, але і в соціумі також.

Алкоголізм, наркоманію та самогубства відносять до девіантної поведінки, що характеризується аморальними вчинками людини й заважає побудові нормальних міжособистісних відносин. Ізоляція порушує звичний

спосіб життя та змушує прийняти нові правила. Тому в гострий період травматичної ситуації на особистісному рівні виникає відповідна реакція: девіантна та агресивна поведінка поряд з іншими відстроченими психологічними наслідками.

РОЗДІЛ II.

ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПОВЕДІНКИ У ПЕРІОД КОРОНАВІРУСНОЇ ПАНДЕМІЇ

2.1. Методика та процедура емпіричного дослідження

Для емпіричного дослідження було обрано метод польового спостереження з метою виявлення статевих та вікових поведінкових особливостей, що виявляються у носінні індивідуальних засобів захисту мешканцями Чернігова в умовах пандемії COVID-19.

Дослідження проводилося у два етапи для порівняльного аналізу поведінки мешканців у різних карантинних умовах. Вони відрізняються тривалістю, строгістю карантинних обмежень та різним ступенем загрози масового поширення вірусу. Такий підхід пояснюється тим, що з урахуванням різних ситуацій статистичні дані у динамічному процесі польового спостереження відрізнятимуться. Далі детальніше розглянемо особливості кожного етапу.

Перший етап було проведено 25 березня – 22 травня. Він характеризується поширенням «британського» вірусу (Альфа), виявленого в Україні на початку березня 2021 року. Також на території Чернігівської області періодично запроваджувалися посилення карантинних обмежень «червоної» зони у зв'язку зі зростанням захворюваності на коронавірус. Основним завданням даного етапу було аналізування поведінкових реакцій, що виявляються у носінні масок у період тривалого посиленого карантину.

Другий етап спостережень проводився в період з 16-31 жовтня під час чергової хвилі коронавірусу та появи нового, більш агресивного та мутованого індійського штаму "Дельта", який було виявлено в Україні в липні 2021 року. Виходячи з цього, його головною особливістю є підвищена заразність, недостатня вивченість і, за оцінками охорони здоров'я, цей різновид вірусу частіше призводить до госпіталізації, ніж штам "Альфа", при

цьому підвищується ризик реанімації при інфікуванні. У цей період основний акцент був зроблений на вивченні характерних поведінкових реакцій, що виражаються у використанні засобів особистого захисту за ослаблених карантинних умов «помаранчевої» зони в період підвищеного зараження нового штаму коронавірусу "Дельта".

Перш ніж перейти до вибірки, хотілося б відзначити інший аспект нашого емпіричного дослідження – особливості носіння масок у різних місцях. Нами було передбачено описувати характерні категорії поведінки (А – правильне носіння маски, Б – неправильне, В – не носить маски) людей в двох ситуаціях: а) у приміщеннях (магазини, супермаркети, торгові центри, кінотеатри, театри, кафе, ресторани, транспорт, заклади освіти та ін.); б) на вулиці. Таким чином, для кожної ситуації спостереження використовувався наступний протокол спостереження.

Зразок протоколу спостереження

Чоловіки		Жінки	
Діти та молодь (1-2 групи)			
A1 – носить маски (правильно)		A2 – носить маски (правильно)	
B1– не правильно носить маски		B2– не правильно носить маски	
B1 – не носить маски		B2 – не носить маски	
Люди зрілого віку (3-4 групи)			
A3 – носить маски (правильно)		A4 – носить маски (правильно)	
B3 – не правильно носить маски		B4– не правильно носить маски	
B3 – не носить маски		B4 – не носить маски	
Люди похилого віку (5-6 групи)			
A5 – носить маски (правильно)		A6 – носить маски (правильно)	

Б5– не правильно носить маски		Б6– не правильно носить маски	
В5 – не носить маски		В6 – не носить маски	

Усього на кожному етапі досліджувалося 6 соціально-демографічних підгруп (кожна налічувала по 30 осіб): 1) діти та молодь (чоловічої статі); 2) діти та молодь (жіночої статі); 3) чоловіки зрілого віку; 4) жінки зрілого віку; 5) чоловіки похилого віку; 6) жінки похилого віку. Зазначимо, що до категорії «діти та молодь» ми відносили осіб молодшого шкільного, підліткового, юнацького та раннього зрілого віку.

Отже, на кожному етапі польового спостереження ми досліджували по 360 осіб (180 – на вулиці; 180 – у приміщенні). Загальна кількість усієї вибірки (за даними спостереження двох етапів) налічує 720 осіб.

Обробка результатів здійснювалася із використанням процедури частотного аналізу, який застосовувався окремо до кожної демографічної групи.

2.2. Отримані результати та їх аналіз

Результати математико-статистичної обробки категорій спостереження (за допомогою процедури частотного аналізу) наведені нижче у таблицях 1-4 (2 етапи x 2 ситуації спостереження).

Таблиця 1.

*Протокол спостереження за особливостями поведінки мешканців
м. Чернігова під час коронавірусної пандемії
на I етапі дослідження у приміщенні (180 осіб)*

Чоловіки		Жінки	
Діти та молодь (1-2 групи)			
A1 – носить маски (правильно)	20 (67%)	A2 – носить маски (правильно)	26 (87%)
Б1– неправильно носить маски	6 (20%)	Б2– не правильно носить маски	3 (10%)
B1 – не носить маски	4 (13%)	B2 – не носить маски	1 (3%)
Люди зрілого віку (3-4 групи)			
A3 – носить маски (правильно)	16 (53%)	A4 – носить маски (правильно)	22 (73%)
Б3 – неправильно носить маски	9 (30%)	Б4– не правильно носить маски	5 (17%)
B3 – не носить маски	5 (17%)	B4 – не носить маски	3 (10%)
Люди похилого віку (5-6 групи)			
A5 – носить маски (правильно)	21 (70%)	A6 – носить маски (правильно)	23 (77%)
Б5– неправильно носить маски	8 (27%)	Б6– не правильно носить маски	6 (20%)
B5 – не носить маски	1 (3%)	B6 – не носить маски	1 (3%)

Для виокремлення **вікових відмінностей поведінки чоловіків** порівняємо їх різні вікові групи у приміщенні на першому етапі:

Діти та молодь:

Тут бачимо, що вони носять маски однаково правильно разом із літніми та частіше, ніж зрілі. У ситуації з неправильним носінням, вони злегка відрізняються на краще від літніх і набагато відповідальніші за зрілих. Натомість, у них відзначається більша кількість людей, які не носили масок, ніж у людей похилого віку та майже залишаються на рівні зі зрілими.

Люди зрілого віку:

Виходячи з даних показників можна виділити, що вони дотримувалися правил гірше літніх людей та дітей з молоддю. Проте результати неправильного використання засобів індивідуального захисту ідентичні з літніми, але гірші ніж у першої групи. Тому в цьому випадку зазначається, що зрілі майже так само як діти та молодь, але більше ніж літні, взагалі не носять маски.

Люди похилого віку:

Помітно, що правильне носіння масок у них дуже схоже з дітьми та молоддю, але, звичайно, є різниця зі зрілими у більш позитивний бік. Неправильно вони носять так само як і зрілі, але трохи гірше за дітей з молоддю. У всіх випадках чоловіки похилого віку менше виявляють безвідповідальність, у порівнянні з рештою вікових груп.

Надалі виявимо спільне між всіма чоловічими групами. Правильний варіант носіння маски спостерігався однаково у людей похилого віку та у дітей з молоддю. Неправильно носили зрілі нарівні з літніми людьми. І без особливої різниці діти та молодь разом із чоловіками похилого віку були так само без захисних масок. Можна припустити, що така поведінка характеризується внаслідок деяких особливостей вікових груп та їхнього ставлення до ситуації пандемії. Так, наприклад, діти могли носити маски через настанови батьків. А літні намагалися дотримуватися правил через явний страх перед інфекцією, що й логічно, бо за численними даними було тоді відомо, що широко розповсюджений штамп в Україні здебільшого націлений на людей їхньої категорії.

Відмінності відзначаються майже у всіх випадках: діти та молодь правильніше одягали маски ніж інші групи, але у гірший бік відрізнялися від людей похилого віку відсутністю маски. Зрілі за всіма параметрами менше користувалися індивідуальним захистом. В свою чергу літні краще за інших дотримувалися правил, але менше ніж діти та молодь одягали маску коректно. Причиною цього явища може бути різний рівень конформізму та

відповідна поведінка даних груп. Так, у підлітків відзначається високий рівень конформності, особливо з однолітками, тому вони швидко пристосувалися до нових правил. У той же час зрілі певну необхідність у цьому не бачать, тому просто дотримуються правил, коли це потрібно, ймовірно, через відсутність почуття страху перед загрозою. Люди похилого віку більше конформісти, тому розуміють для чого потрібні такі заходи безпеки, але справляються з цим важко, можливо через незручності.

Для виокремлення **вікових відмінностей поведінки жінок** порівняємо їх різні вікові групи у приміщенні на першому етапі:

Діти та молодь:

Ця група характеризується кращими показниками правильного носіння та застосування засобів особистого захисту, ніж зрілі та літні. І все ж таки мають однакові результати з літніми людьми відсутності масок у приміщенні.

Люди зрілого віку:

Наступна категорія жителів менше дітей та молоді дотримувалася всіх правил карантину, проте майже у всіх випадках у них спостерігаються однакові показники з жінками похилого віку, хоча зрілі трохи рідше вдягали маску.

Люди похилого віку

Як уже нами було виявлено, що літні нарівні зі зрілими однаково носили та застосовували засоби індивідуального захисту, відрізняючись лише незначною мірою їх наявністю. Але все ж таки вони практично у всіх результатах гірші ніж у дітей та молоді, крім такого самого ставлення до заходів безпеки.

Спільним можна назвати те, що правильно і належним чином застосовували профілактичні заходи однаково зрілі і літні жіночої групи. І однаково не носили маски діти та молодь разом із людьми похилого віку. Характеризуючи подібну поведінку можна відзначити, що через пристосованість до використання гігієнічних засобів, жінки легко

адаптувалися до нових умов. Хоча варто виділити те, що літні люди більше дбають про безпеку, бо перш за все турбуються про своє здоров'я.

Відмінності полягають в тому, що діти і молодь, порівняно з іншими, все ж таки мали кращі результати у всіх випадках. Але з іншого боку, також літні жінки більш відповідально дотримувалися правил, ніж зрілі та частіше носили маски. Вікові особливості залежать насамперед від рівня адаптації до поточних умов, наприклад діти через свій вік мають дуже високий рівень конформізму, тому дотримуються всіх необхідних вимог. А жінки похилого віку, поєднуючи високі показники конформності та підвищене почуття самозбереження, тим самим захищаючи себе від небезпечного вірусу, проявляють більшу відповідальність, ніж зрілі.

Наступним кроком нашого дослідження є виокремлення **статевих відмінностей поведінки**, тому порівнюємо групи за статтю на першому етапі у приміщенні:

- 1) Група 1 в середньому менш свідомо ставилася до карантинних обмежень, ніж група 2 .
- 2) Група 3 виявилася в цілому гіршою за показниками, а у деяких випадках (неправильне носіння маски) майже вдвічі, ніж група 4.
- 3) Група 5 в основному так само дотримувалася правил як і група 6.

Як ми бачимо, то чоловіки в переважній більшості гірше проявили себе у дотриманні правил, ніж жінки. Але спільне в цьому порівнянні можна визначити те, що в цілому люди похилого віку чоловічої та жіночої групи за всіма варіантами носіння масок майже не мають відхилень у результатах. Безумовно, як згадувалося раніше, що літні люди у дотриманні всіх вимог бачать в цьому можливість захистити себе, у зв'язку з почуттям самозбереження, а чи не лише яскраво вираженим рівнем конформізму.

Але з іншого боку, відмінності полягають у тому, що в основному діти та молодь чоловічої статі, поряд із зрілими, менш відповідально ставляться до загальних правил носіння масок у громадських місцях, ніж жінки. Здебільшого це пояснюється тим, що свідомість жінок щодо дотримання

правил виражена краще ніж у чоловіків. По суті ця характеристика проявляється у схильності підкорятися, завдяки чому вони без особливих заперечень "приймають" обстановку замість явного бунтарства, опору і заперечення ситуації, що дуже властиво чоловікам.

Проаналізуємо тепер результати досліджуваних чоловіків різного віку. Як бачимо, тут більшість дітей та молоді правильно носять маски, проте менша кількість людей цієї групи носять їх неправильно й зовсім малий відсоток ігнорує обмеження. Це означає, що здебільшого вони усвідомлено ставляться до загрози інфікування, хоча ще варто враховувати чинник обов'язкових правил носіння масок у приміщенні.

Помітно, що половина чоловіків зрілого віку дотримуються інструкцій з носіння масок, проте майже третина з них роблять це неправильно. Також окремі досліджувані принципово відмовляється від індивідуального захисту, незважаючи на карантинні обмеження. Така поведінка може інтерпретуватися недостатньою поінформованістю людей, які ігнорують чи неправильно носить маски щодо серйозності усієї ситуації. Навіть, якщо вони обізнані, то чомусь упевнено покладаються на свою «вдачу» та імунітет, що створює додаткові проблеми для оточення.

Літні чоловіки в цьому випадку виявилися свідомішими в даній категорії і намагаються за правилами носити маски. З деяких причин, можливо, через незручність або незнання, вони можуть неправильно або зовсім їх не одягати, що видно за низьким показником останнього варіанту.

Розглянемо тепер жіночу вікову групу у приміщенні. Згідно зі статистикою, діти та молодь жіночої статі найбільше намагаються правильно одягати маски. При цьому в іншому співвідношенні у них спостерігається відносно малий відсоток і в інших варіантах. Тому тут бачимо, що вони свідомо віднеслись до впровадження обмежень.

Жінки зрілого віку переважно дотримуються правил і носять правильно маски, особливо в магазинах, торгових центрах та транспорті, тому досить рідко можна було зустріти тих, у кого вона була неправильно одягнена або

взагалі була відсутня. Така поведінка, можливо, залежить від характерних особистісних якостей зрілих жінок, вони більш відповідальні в цьому плані.

Літні жінки теж відповідально підходили до питання індивідуального захисту і в багатьох приміщеннях найчастіше спостерігалася велика кількість тих, хто дотримувався правил носіння масок, тут ключову роль відіграє підвищена увага до свого здоров'я у цьому віці. Але й нерідко можна було зустріти літніх жінок, які не дотримувалися всіх вимог, а відсутність маски буває швидше за все як виняток.

У порівняльному аналізі першого періоду зупинимося докладніше на відмінностях статевих та вікових особливостей поведінки у приміщенні. Показники у чоловічої групи в середньому нижчі, ніж у жіночої. Діти та молодь чоловічої статі менше керуються нормами носіння маски та відрізняються неправильним способом її застосування або взагалі її наявністю, на відміну від жінок. Чоловіки зрілого віку мають приблизно схожу статистику з жінками. Хоч є незначні відхилення у відсотках людей похилого віку, вони мають приблизно однакові результати в обох статевих групах. Однак, якщо брати до уваги лише склад чоловіків за віком, то в приміщенні найкраще співвідношення всіх варіантів спостерігається у людей похилого віку. Водночас, у складі жінок за віком – молодь та діти щодо всіх інших на даному етапі краще виявляють відповідальність, перебуваючи у приміщенні.

Таблиця 2.

*Протокол спостереження за особливостями поведінки мешканців
м. Чернігова під час коронавірусної пандемії
на I етапі дослідження на вулиці (180 осіб)*

Чоловіки		Жінки	
Діти та молодь (1-2 групи)			
A1 – носить маски (правильно)	3 (10%)	A2 – носить маски (правильно)	7 (23%)
B1– не правильно носить маски	1 (3%)	B2– не правильно носить маски	1 (3%)
B1 – не носить маски	26 (87%)	B2 – не носить маски	22 (74%)
Люди зрілого віку (3-4 групи)			
A3 – носить маски (правильно)	2 (7%)	A4 – носить маски (правильно)	8 (27%)
B3 – не правильно носить маски	10 (33%)	B4– не правильно носить маски	6 (20%)
B3 – не носить маски	18 (60%)	B4 – не носить маски	16 (53%)
Люди похилого віку (5-6 групи)			
A5 – носить маски (правильно)	8 (26%)	A6 – носить маски (правильно)	14 (47%)
B5– не правильно носить маски	11 (37%)	B6– не правильно носить маски	12 (40%)
B5 – не носить маски	11 (37%)	B6 – не носить маски	4 (13%)

Щоб виявити, як ситуація впливає на поведінку людей, треба порівняти кожну групу в двох ситуаціях «на вулиці – у приміщенні»:

- 1) Група 1 (на вулиці) – група 1 (у приміщенні) – діти та молодь чоловічої статі на вулиці набагато менше стежить за вимогами карантинних умов, ніж у приміщенні;

- 2) Група 2 (на вулиці) – група 2 (у приміщенні) – діти та молодь жіночої статі на вулиці майже в 4 рази гірше дотримуються вимог карантину;
- 3) Група 3 (на вулиці) – група 3 (у приміщенні) – зрілі чоловіки на вулиці набагато менше стежить за вимогами карантинних умов, ніж у приміщенні;
- 4) Група 4 (на вулиці) – група 4 (у приміщенні) – зрілі жінки на вулиці майже в 4 рази гірше дотримуються вимог карантину;
- 5) Група 5 (на вулиці) – група 5 (у приміщенні) – чоловіки похилого віку відрізняються поведінкою на вулиці майже втричі гіршою, ніж у приміщенні;
- 6) Група 6 (на вулиці) – група 6 (у приміщенні) – жінки похилого віку на вулиці демонструють невелику різницю у різних ситуаціях - майже у півтора рази.

Поведінка, яка пов'язана з носінням масок у всіх груп відрізняється в залежності від ситуації. На вулиці, було логічно припустити, що використовувати захисні індивідуальні засоби будуть менше, ніж у приміщенні. Проте з усієї картини виділяється підгрупа жінок похилого віку - вони намагалися дотримуватися карантинних заходів з мінімальними відмінностями у двох ситуаціях. Це можна пояснити гендерно-віковими поведінковими особливостями сприйняття загрози пандемії. Поєднуючи воедино два фактори, що жінки краще пристосовуються до нових умов і люди похилого віку відрізняються високим рівнем конформізму, то можна дійти висновку, що літні жінки відповідальніше ставляться до ситуації, ніж усі інші групи під час пандемії. Але головним чином така поведінка залежить від малої кількості соціальних контактів на вулиці та суворості карантинних обмежень.

Мабуть, аналіз першого етапу на вулиці слід розпочати з огляду вікових груп чоловічої статі. Дуже високий відсоток невикористання особистих

засобів захисту сягає дитячої та молодіжної групи поза приміщенням. Найімовірніше те, що багато з них не бачать сенсу в додаткових заходах безпеки. Так само фіксуються поодинокі випадки носіння масок згідно з правилами та ні.

За відсотковими даними зрілі чоловіки на вулиці практично не використовують маски, а надягають їх тільки у разі гострої потреби, тому третина неправильно їх носить і тільки у малої кількості людей ці засоби захисту правильно експлуатувалися.

Зупинимося на чоловіках похилого віку. У тому випадку відзначається рівне відсоткове співвідношення між варіантами не носити маски й використовувати їх неналежним чином. Практично однаково виходить і кількість тих, хто дотримується всіх правил.

Наразі, розглянемо жіночу статеву групу на вулиці під час першого етапу. У досліджуваній вибірці діти та молодь, згідно зі статистичними даними, має високий рівень нехтування засобами захисту від вірусу, що цілком пояснюється малою кількістю соціальних контактів на вулиці, тому немає особливої необхідності ними користуватися. З введенням нових обов'язкових вимог носіння масок деякі особи намагаються не ігнорувати їх, але в поодиноких випадках зустрічається молодь, яка все ж таки не дотримується всіх правил.

Майже половина жінок зрілого віку не відчували потребу в носінні масок на вулиці, але незначна частина все ж таки правильно носили маски, і така ж кількість виконувала це не зовсім належним чином, що проявляється у їхньому розумінні до строгості необхідних заходів через підвищену турботу про своє здоров'я.

За результатами особи похилого віку жіночої статі найбільше дотримувалися карантину та належним чином носили маски на вулиці, незважаючи на майже такий самий відсоток помилкового носіння у інших

похилих жінок. Це вказує на те, що вони усвідомлюють необхідність цих запобіжних заходів.

У подальшому порівняльному аналізі першого етапу детальніше розглянемо відмінності гендерних та вікових груп на вулиці. За статевою ознакою жінки трохи частіше дотримувалися карантинних обмежень. Діти та молодь жіночої статі в середньому відрізнялися трохи краще від чоловіків за всіма параметрами. У зрілому віці кількість жінок, які носили маски злегка перевищує той же показник чоловіків, а інші варіанти в принципі майже ідентичні між собою. У поведінці людей похилого віку підкреслюється головним чином те, що жінки дещо частіше носили маски правильно і приблизно стільки ж менше це ігнорували, у порівнянні з чоловіками тієї категорії. Зважаючи лише на жіночий склад за віком, то серед них краще виявляли свідомість жінки похилого віку, нарівні з чоловіками цієї ж демографічної групи.

На завершення якісного аналізу першого етапу можна провести закономірність, яка відстежується у поведінці людей на вулиці та у приміщенні. В основному, жінки різного віку набагато відповідальніше ставляться до нових умов «червоної» зони під час тривалого карантину. У приміщенні діти та молодь, а також зрілі чоловіки в середньому менше дотримуються правил, проте літні обох статей виділяються на тлі інших вікових груп своєю дисциплінованістю, всупереч побічним ефектам носіння масок. На вулиці такі показники у чоловіків сильно відрізняються від жінок, тільки літні частіше робили це правильно і вони, так само як і зрілі жінки, більше одягали маски ніж чоловіки.

Таблиця 3.

*Протокол спостереження за особливостями поведінки мешканців
м. Чернігова під час коронавірусної пандемії
на II етапі дослідження у приміщенні (180 осіб)*

Чоловіки		Жінки	
Діти та молодь (1-2 групи)			
A1 – носить маски (правильно)	15 (50%)	A2 – носить маски (правильно)	20 (67%)
Б1– не правильно носить маски	9 (30%)	Б2– не правильно носить маски	6 (20%)
B1 – не носить маски	6 (20%)	B2 – не носить маски	4 (13%)
Люди зрілого віку (3-4 групи)			
A3 – носить маски (правильно)	8 (27%)	A4 – носить маски (правильно)	18 (60%)
Б3 – не правильно носить маски	12 (40%)	Б4– не правильно носить маски	10 (33%)
B3 – не носить маски	10 (33%)	B4 – не носить маски	2 (7%)
Люди похилого віку (5-6 групи)			
A5 – носить маски (правильно)	23 (77%)	A6 – носить маски (правильно)	26 (86%)
Б5– не правильно носить маски	5 (16%)	Б6– не правильно носить маски	2 (7%)
B5 – не носить маски	2 (7%)	B6 – не носить маски	2 (7%)

Переходячи до наступного етапу, зупинимося на докладному аналізі **вікових груп чоловічої статі у приміщенні**. Не важко помітити той факт, що лише половина дітей та молоді, переважно у торгових центрах та кінотеатрах, правильно носять захисні маски. Незначна кількість людей неправильно носять і незначна кількість взагалі не замислювалися про безпеку. Воно й зрозуміло, адже з початку проведення спостереження на цьому етапі Чернігів ще перебував у «помаранчевій» зоні – це означає, що діями ослаблені карантинні заходи у порівнянні з червоною зоною. Тому на

тлі властивої безтурботності представниками молоді чоловічої статі спостерігаються такі результати.

У групи осіб зрілого віку чоловічої статі виділяється найбільший показник людей, які неправильно носять маски. Тих, хто нехтує правилами й вважає це зайвим заходом безпеки, налічується майже третина та досить мала кількість людей носили їх правильно. Більшість чоловіків зрілого віку начебто й дотримувалися вимог, але робили це залежно від вимушеної ситуації, наприклад, коли продавець у магазині наполягав на коректному розташуванні лицьової маски.

Багато чоловіків похилого віку в приміщенні намагалися дотримуватися всіх правил носіння масок. В результаті є відносно низький показник серед них, хто робить це неправильно, спираючись на причини, викладені раніше у першому етапі. І зовсім мала частина цього не робили.

Спираючись на дані **жіночих підгруп**, то діти та підлітки здебільшого більш дисципліновано підходили до виконання норм, наперекір загальному майже байдужому ставленню українського суспільства до пандемії загалом. Тому достатньо при такому розкладі більше половини правильно одягали маски. Наприклад, було найчастіше явище, коли у торгових центрах чи інших громадських приміщеннях через незручності деякі могли їх приспускати, що цілком є нормальним явищем, враховуючи певний дискомфорт. У сукупності всіх відомостей відзначається небагато й тих, хто носив маски.

У дослідженні груп жінок зрілого віку було виявлено, що в приміщенні лише трохи більше ніж половина осіб правильно одягали маски, своєю чергою третина не носила їх правильно, і тільки за рідкими випадками деякі жінки мали повну їх відсутність у громадських місцях. Внаслідок чого, основною причиною є можливий супутній ефект «розслаблення» після мінімальних обмежень «зеленої» зони влітку 2021 року.

У жінок зрілого віку на даному проміжку часу відзначаються високі показники безпомилкового носіння масок у приміщенні й це також стосується кореляції з іншими низькими параметрами у кожному варіанті. Таку поведінку можна пояснити їхньою схильністю дотримуватися старих поглядів і правил, які встановилися раніше та нездатністю швидко звикати до нових умов, а також загостреною увагою до свого здоров'я, тому спостерігається у них свідоме ставлення до застосування масок.

У порівняльному аналізі звернемо увагу на зіставленні вікових та статевих груп у приміщенні на другому етапі. Загалом результати групи дітей та молоді чоловічої статі слабо відрізняються від тієї ж групи жінок. У жінок зрілого віку в остаточному результаті є істотні відмінності практично у всіх варіантах в паралелі з чоловіками, хіба що крім майже однакового неправильного носіння масок. Таким чином, різниця між ними становить близько третини людей. Група жінок похилого віку за даними приблизно співвідноситься до групи чоловіків того ж віку. Єдиним другорядним фактом є те, що чоловіки вдвічі частіше одягали неправильно маски. Звертаючи увагу безпосередньо на чоловічий склад за віком, серед наявних груп свідомо поведінка осіб похилого віку перевершує інші вікові категорії, але таку ж позицію займають і жінки.

Таблиця 4.

*Протокол спостереження за особливостями поведінки мешканців
м. Чернігова під час коронавірусної пандемії
на II етапі дослідження на вулиці (180 осіб)*

Чоловіки		Жінки	
Діти та молодь (1-2 групи)			
A1 – носить маски (правильно)	2 (7%)	A2 – носить маски (правильно)	4 (13%)
B1– не правильно носить маски	1 (3%)	B2– не правильно носить маски	2 (7%)
B1 – не носить маски	27 (90%)	B2 – не носить маски	24 (80%)
Люди зрілого віку (3-4 групи)			
A3 – носить маски (правильно)	3 (10%)	A4 – носить маски (правильно)	2 (7%)
B3 – не правильно носить маски	3 (10%)	B4– не правильно носить маски	9 (30%)
B3 – не носить маски	24 (80%)	B4 – не носить маски	19 (63%)
Люди похилого віку (5-6 групи)			
A5 – носить маски (правильно)	5 (17%)	A6 – носить маски (правильно)	19 (63%)
B5– не правильно носить маски	18 (60%)	B6– не правильно носить маски	8 (27%)
B5 – не носить маски	7 (23%)	B6 – не носить маски	3 (10%)

Для того, щоб з'ясувати, що змінилося у поведінці жителів Чернігова за півроку, проведемо порівняння кожної групи у кожній ситуації за принципом 1-2 етапи:

- 1) Група 1 (на вулиці, 1 етап) – група 1 (на вулиці, 2 етап) – поведінка за півроку не змінилася;

- 2) Група 1 (у приміщенні, 1 етап) – група 1 (у приміщенні, 2 етап) – у порівнянні з першим етапом, трохи гірше стали дотримуватися правил на другому;
- 3) Група 2 (на вулиці, 1 етап) – група 2 (на вулиці, 2 етап) – на другому етапі поведінка трохи відрізняється не зовсім в позитивний бік;
- 4) Група 2 (у приміщенні, 1 етап) – група 2 (у приміщенні, 2 етап) – протягом першого періоду вони трохи свідоміше підходили до питання безпеки;
- 5) Група 3 (на вулиці, 1 етап) – група 3 (на вулиці, 2 етап) – в цей період ситуація стала гіршою тільки у носінні масок;
- 6) Група 3 (у приміщенні, 1 етап) – група 3 (у приміщенні, 2 етап) – поведінка відрізняється тим, що на другому етапі вони вдвічі рідше стали правильно носити маски й в стільки ж разів не використовувати їх;
- 7) Група 4 (на вулиці, 1 етап) – група 4 (на вулиці, 2 етап) – набагато менше стали замислюватись про особистий захист у другому періоді;
- 8) Група 4 (у приміщенні, 1 етап) – група 4 (у приміщенні, 2 етап) – у порівнянні з другим періодом, то спочатку трохи більше людей правильно носило маски, а на другому - вдвічі частіше стали не належним чином їх застосовувати;
- 9) Група 5 (на вулиці, 1 етап) – група 5 (на вулиці, 2 етап) – на останньому етапі у них відзначається більш неправильне носіння маски, а також зменшився відсоток і тих, хто використовував їх;
- 10) Група 5 (у приміщенні, 1 етап) – група 5 (у приміщенні, 2 етап) – поведінка не змінилася, тільки рідше стали неправильно використовувати індивідуальні засоби захисту;

11) Група 6 (на вулиці, 1 етап) – група 6 (на вулиці, 2 етап) – ця група відрізняється тим, що з часом вони стали ще відповідальнішими у застосуванні індивідуального захисту;

12) Група 6 (у приміщенні, 1 етап) – група 6 (у приміщенні, 2 етап) – також ми тут бачимо, що рівень відповідальності у них з часом піднявся.

Тут ми бачимо, що позиція щодо носіння масок у багатьох групах з часом змінилася, хоча в деяких залишилася такою самою. Поведінка у підлітків чоловічої статі майже не змінилася, літні чоловіки стали правильніше надягати маски, а літні жінки стали ще дисциплінованішими в обох ситуаціях. В усіх інших статево-вікових групах показники пізніше погіршилися.

Можна припустити, що характерна поведінка насамперед залежить умов карантину. На першому етапі, в нестандартній ситуації при нерозумінні того, що потрібно робити, спочатку багато хто намагався дотримуватися вимог. Однак, коли захворюваність у країні почала спадати, а також почали знімати суворі обмеження, то у свідомості людей могла закріпитися установка, що така ситуація не може погіршуватись. Але якщо проаналізувати поведінку на рівні свідомості, то в умовах виникнення нової небезпеки, пов'язаної з підвищеним зростанням смертності від нового штаму, у людей часто може бути відсутня реакція на те, що відбувається, адже звикли до колишнього не суворого карантинного режиму. Тому ми й бачимо, що з цих причин швидше за все це й визначається відсутністю страху та байдужості до гіршого становища.

Далі розберемо вікові групи чоловічої статі завершального етапу спостереження на вулиці. Діти та молодь в основному не помічають загрози нового штаму, тому в наших результатах практично всі не вважали за потрібне одягати маски поза приміщеннями. Отже, в інших випадках

відзначаються низькі показники, що говорить нам про їхню явну безтурботність з приводу того, що відбувається.

Незалежно від умов перебігу ситуації пандемії у Чернігові, зрілі чоловіки, як і раніше, ставляться до індивідуальних засобів профілактики дуже скептично, значна більшість не вважають важливим використовувати маски. Звичайно, головним фактором можуть виступати не зовсім радикальні обмеження «помаранчевої» зони, але, з іншого боку, як раніше було викладено, вони також вважають, що хвороба не може їх торкнутися.

Намагаючись дотримуватись профілактичних норм більша частина літніх чоловіків так чи інакше приспускали маски на вулиці. Перебувала відносно мала кількість людей, які їх не мали. В останньому варіанті з правильним носінням на обличчі спостерігалось у низького відсотку чоловіків похилого віку. Це пояснюється вищесказаними причинами зручності при носінні. І беручи до уваги той факт, що на вулиці в нашому місті не так багато буває людних місць, то, відповідно, в числовому співвідношенні дані результати виявилися досить позитивними.

Розглядаючи детально жіночу вікову категорію, то у дітей та молоді часто спостерігалася відсутність масок на вулиці переважної більшості людей. Тільки у незначної кількості осіб можна було побачити належним чином засіб захисту від інфекції. Деякі намагалися дотримуватись загальних карантинних правил, але, щоб не викликати незручності при носінні, маска майже не закривала повітряно-крапельні шляхи, через які передається вірус. Припущення залишається тим самим: через низьку частотність соціальних контактів на вулиці необхідність в експлуатації засобів індивідуального захисту пропадає.

Перейдемо до аналізу поведінки жіночих осіб зрілого віку поза приміщеннями. Ігнорування рекомендацій відзначається у більш ніж половини зрілих жінок. Однак, у позитивній інтерпретації, беручи до уваги тривалий період слабких обмежень, хоч і в меншій мірі, але в деяких

залишилися установки у дотримуванні профілактичних норм. Це виражається неправильним носінням масок у третини зрілих жінок, що говорить про привчену дисциплінарну відповідальність, попри низького відсотка їх правильного надягання.

У детальному аналізуванні поведінкового аспекту літніх жінок можна виділити більшу частину тих людей, які незважаючи на «помаранчеву» карантинну зону в Чернігові, краще сприймали загрозу штаму «Дельта» та переважна кількість безпомилково дотримувалися загальних правил носіння масок. По низхідній лінії у незначних випадках відзначається неправильне розташування лицьової маски та тільки у деяких жінок була її повна відсутність через найбільш ймовірну причину незручностей під час її носіння.

Наступним кроком нашого емпіричного дослідження є порівняльний аналіз другого етапу, у якому проведемо докладний огляд статевих та вікових відмінностей цих груп на вулиці. Загалом, дані мешканців чоловічої групи дітей та молоді мають несуттєву різницю з групою жінок. У людей зрілого віку жіноча стать виділяється хіба що ставленням до не носіння масок і неправильним їх застосуванням, тому результати відрізняються малим відсотком. Виходячи з показників груп похилого віку, то в цей період можна спостерігати суттєві розбіжності між варіантами поведінки. Таким чином, кількість чоловіків цієї категорії, які правильно носять маски помітно менше, ніж жінок, близько менше половини. Також велику різницю становить неправильне використання, майже на третину, але подібність є у тому, що у всій групі спостерігається низький рівень нехтування вказівками «помаранчевої» зони. Серед інших вікових категорій жіночого населення за дотриманням правил виділяється підгрупа людей похилого віку, рівно, як і у чоловічого теж.

При якісному аналізі другого етапу виділяється деяка загальна тенденція, яка простежується у поведінці людей на вулиці та у приміщенні.

Загалом, жінки різного віку відзначаються значно дисциплінованішою поведінкою під час нового спалаху «Дельта» в умовах ослаблених заходів карантину. До того ж, слід зазначити, що діти та молодь мають у середньому однакові результати. Єдиним зауваженням є близьке значення щодо неправильного носіння масок зрілих жінок та чоловічого населення. А кількість літніх чоловіків, які неправильно ходили в масках, була вдвічі більше. З усім тим, люди похилого віку частіше турбувалися про індивідуальний захист, ніж усі інші вікові групи.

Наступним кроком нашого емпіричного дослідження є порівняльний аналіз другого етапу, у якому проведемо докладний огляд статевих та вікових відмінностей цих груп на вулиці. В цілому дані чоловічого населення групи дітей та молоді мають несуттєву різницю з групою жінок. У людей зрілого віку жіноча стать виділяється хіба що ставленням до не носіння масок і неправильним їх застосуванням, тому результати відрізняються незначним відсотком. Виходячи з показників груп похилого віку, то в цей період можна спостерігати суттєві розбіжності між варіантами поведінки. Таким чином, кількість чоловіків цієї категорії, які правильно носять маски помітно менше, ніж жінок, дещо менше половини. Також велику різницю становить неправильне використання – майже на третину, але подібність у тому, що у всій групі спостерігається низький рівень нехтування вказівками «помаранчевої» зони. Серед інших вікових категорій жіночого населення за дотриманням правил виділяється підгрупа людей похилого віку, рівно, як і у чоловічого теж.

При якісному аналізі другого етапу виділяється деяка загальна тенденція, яка простежується у поведінці людей на вулиці та у приміщенні. Загалом, жінки різного віку відзначаються значно дисциплінованішою поведінкою під час нового спалаху «Дельта» в умовах ослаблених заходів карантину. До того ж, слід зазначити, що діти та молодь мають у середньому однакові результати. Єдиним зауваженням є близьке значення щодо

неправильного носіння масок зрілих жінок та чоловічого населення. А кількість літніх чоловіків, які неправильно ходили в масках, була вдвічі більше. Тим не менш, люди похилого віку частіше турбувалися про індивідуальний захист, ніж усі інші вікові групи.

Перейдемо тепер до спільного зіставлення фактів на двох етапах у приміщенні та на вулиці. Загалом, як ми вже раніше з'ясували гендерні особливості, жінки в першому періоді серйозніше поставилися до чинних тривалих умов «червоної» зони. А в другому, під час чергової хвилі коронавірусу і менш жорстких обмежень, відрізнялися дисциплінованішою поведінкою в порівнянні з чоловіками через властиву їм конформність. Також, маски не виключено допомагають їм менше дбати про свою зовнішність і не надавати значення певним умовностям. У чоловічого населення під час пандемії відзначалася підвищена впевненість та ігнорування профілактичних заходів. Але, з іншого боку, якщо розглядати це на особистісному рівні, можливо, вони вважають носіння масок ознакою слабкості, тому що дотримуватись норм гігієни та профілактики є «жіночим» заняттям, через що відчують негативні емоції. Однак, там, де це необхідно, чоловіки все ж поведуться майже так само дисципліновано, як і жінки.

Після всього вищесказаного можна підійти до **підсумків всієї емпіричної частини**. У ході порівняльного та якісного аналізу були виявлені загальні характеристики статевих та вікових груп. У порівнянні з гендерними групами було виявлено, що у жінок набагато кращі показники носіння масок, ніж у чоловіків. Це пояснюється тим, що вони за своєю природою конформніші, відповідальніші й відповідно краще пристосовуються до нових умов. Крім того, на підсвідомому рівні жінки схильні підпорядковуватися та дотримуватися правил, тому без особливих проблем швидше звикають до карантинних вимог. У чоловіків явним відображенням такої поведінки виступає більше байдужість до того, що відбувається, у зв'язку з підвищеною впевненістю, що хвороба їх не торкнеться. Однак, на особистісному рівні

вони вважають дотримання гігієнічних заходів ознакою "жіночності", через що відчують негативні емоції та складніше адаптуються. Але все ж таки, у разі потреби їх дисциплінованість у носінні масок майже не відрізняється від жінок.

Переходячи до порівняння вікових груп було виявлено, що діти та молодь краще пристосовувалися до карантинних вимог через більш високий рівень конформізму. Хоча з іншого боку, вони відрізняються загальною безтурботністю, тому не помічають загрози. А діти, наприклад, могли надягати маски через настанови батьків. Зрілі в силу своїх вікових особливостей та низьким рівнем конформності не бачили потреби дотримуватись правил, бо не відчували жодного страху перед вірусом. Виходить, що вони носили маски лише тоді, коли це було потрібно. З віком зростає рівень конформності, тому літні виділялися на тлі решти вікових груп своєю підвищеною відповідальністю, попри незручності у носінні масок. Це також пояснюється тим, що в цьому віці вони частіше приділяють увагу своєму здоров'ю, але до того ж не можуть швидко звикати до нових умов.

Ми також з'ясували, як ситуація впливає на поведінку людей. Результати груп по носінню масок сильно відрізнялися на вулиці та в приміщенні. Таким чином, на вулиці мешканці Чернігова набагато рідше використовували засоби індивідуального захисту, ніж у приміщенні. Цікавим зауваженням було те, що літні намагалися дотримуватись правил у всіх ситуаціях. Основною причиною даної поведінки є суворість карантинних обмежень та низький рівень соціальних контактів на вулиці.

Щоб дізнатися, як змінилася поведінка мешканців за півроку, ми провели порівняльний аналіз усіх груп за принципом 1-2 етапи. У результаті виявилось, що в багатьох категоріях поведінка на другому етапі змінилася в гірший бік. Тим не менш у підлітків вона залишилася такою ж, а літні, навпаки, стали краще дотримуватися вимог. Також визначили причини такого явища: карантинні умови першого етапу були дуже суворими у зв'язку

з поширенням «британського» вірусу «Альфа» на весні 2021 року. Це викликало у людей, окрім масової паніки, ще й необхідність у використанні захисних засобів. Після тривалого знаходження мешканців у "зеленій" зоні в літній період з'явився ефект "розслаблення". Внаслідок чого вони звикли до несерйозності ситуації та на підсвідомому рівні могла закріпитися думка про низьку ймовірність поновлення суворих правил. У зв'язку з чим, на другому етапі в осінній період спостерігалось майже байдуже ставлення, відсутність страху та в цілому незначне реагування жителів на появу мутованого штаму коронавірусу "Дельта".

1.3. Практичне впровадження результатів (лекція)

НАВЧАЛЬНО-МЕТОДИЧНА КАРТА ЛЕКЦІЙНОГО ЗАНЯТТЯ

Тема: Особливості масової поведінки українців під час коронавірусної пандемії

Кількість годин: 2

Вид заняття: лекція

Мета заняття:

- навчальна: ознайомити студентів із поняттями пандемія та інфодемія, а також з особливостями масової поведінки під час пандемії; визначати негативні психологічні стани в цей період.
- виховна: формувати знання щодо профілактики захворюваності коронавірусу.
- розвивальна: розвивати критичне мислення, уважність, володіти навичками аналізу та фільтрації інформації.

Міжпредметні зв'язки: соціальна психологія, психологія здоров'я.

Матеріально-технічне забезпечення заняття: друковані матеріали та таблиці до теми.

Організація заняття: вітання, перевірка явки студентів і готовність аудиторії до заняття.

Мотивація: обґрунтувати необхідність вивчення психологічних станів під час пандемій та поведінки населення України задля формування наукових знань та професійної компетентності.

План

1. Психологічні аспекти та стани людей під час пандемії
2. Особливості масової поведінки українців в період пандемії COVID-19
3. Результати дослідження масової поведінки населення

Активізація розумових здібностей: бесіда про наслідки карантинних обмежень на психологічний стан та поведінку людей.

Самостійна робота: особливості роботи психологів під час епідемій.

Домашнє завдання: опрацювати додаткові джерела та навести приклади психологічної допомоги людям під час карантинних обмежень.

Література:

1. Селюкова Т.В., Євглевська Л.А. *Девіантна поведінка та деструктивні установки у осіб з різним рівнем самоізоляції*: матеріали міжнар. наук.-практ. конф., присвяч. 25-річчю підготовки психологів у Харківському національному університеті внутрішніх справ: «Бочаровські читання» (м. Харків, 13 квіт. 2018 р.). Харків: ХНУВС, 2018. С. 236-240.

2. Быховец Ю.В., Дан М.В., Никитина Д.А. Международный опыт исследований и практических рекомендаций населению в период пандемии коронавируса [Электронный ресурс]. URL: http://www.ipras.ru/cntnt/rus/institut_p/covid-19/

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

4. Buheji M., Jahrami H., Dhahi A.S. Minimising Stress Exposure During Pandemics Similar to COVID-19. *International Journal of Psychology and Behavioral Sciences*. 2020. Vol. 10, No. 1. P. 9-16.

5. Li W., Yang Y., Liu Z.H., Zhao Y.J., Zhang Q., Zhang L., Xiang Y.T. Progression of Mental Health Services during the COVID-19 Outbreak in China. *International Journal of Biological Sciences*. 2020. Vol. 16, No. 10. P. 1732-1738.

Викладач: Гоман М.О.

ЗМІСТ ЛЕКЦІЇ

1. Психологічні аспекти та стани людей під час пандемії

На сьогодні актуальність досліджень коронавірусної пандемії не викликає сумнівів, адже проблема здоров'я завжди стоїть на першому місці. Зараз під час пандемії виникає безліч питань, пов'язаних з психологічним станом людини та її особливостей поведінки в різних сферах життя.

Пандемічна ситуація несе в собі зміни, що вимагають переосмислити наші погляди, звикати до нових умов і шукати різні способи подолання життєвих криз - це все, безумовно, впливає як на окрему людину так і на суспільство в цілому.

У різних підходах, сферах діяльності зустрічаються найрізноманітніші визначення поняття "пандемія".

Загальне тлумачення цього терміну належить Всесвітній організації охорони здоров'я (ВООЗ):

Пандемія - це великомасштабний спалах хвороби, який швидко поширюється, вражаючи безліч людей одночасно у кількох країнах.

Існує інше визначення:

Пандемія (з грец. «весь народ») - надзвичайно сильна епідемія, що поширилася на території низки країн, континентів; найвищий ступінь розвитку епідемічного процесу.

Але у своїх дослідженнях Л. Донг, Дж. Буї щодо криз громадського психічного здоров'я під час пандемії COVID-19 у Китаї визначили, що унікальною особливістю сучасної пандемії є супутня «інфодемія».

Інфодемія – надлишок (невірної) інформації в соціальних мережах та в інших місцях засобів масової інформації - що є серйозною загрозою психічному благополуччю під час цієї кризи охорони здоров'я.

Отже, можна розглядати пандемію як найбільш складну актуальну ситуацію, яка окрім очевидного впливу на здоров'я включає соціально-економічні та психологічні фактори, що може супроводжуватиметься типовою психічною реакцією: змішаним тривожно-депресивним розладом, підвищеним стресом, почуттям страху, невизначеності, а також проявом психосоматичних розладів. Це також призводить до суттєвих змін у поведінці, які впливають на психічне благополуччя.

Трагічні наслідки пандемій відзначалися ще за давніх часів. Інфекційні захворювання почали спалахувати ще тоді, коли тільки починали формуватися та розселятися первісні племена. В історії зафіксовано багато масових інфекційних захворювань, тому варто згадати деякі з них:

Найвідоміші пандемії в історії людства			
Назва	Роки	Огляд	Померло
1. Чума Юстиніана	541-750 рр.	Перша зафіксована чума. Почалася в Африці, потім перейшла кораблями до Європи.	30-50 млн
2. Чорна смерть	1346-1353 рр.	Вважається однією з наймасштабніших епідемій в історії людства. Виникла в Азії та через купців потрапила до європейської частини.	200 млн.

3. Третя холерна пандемія	1846-1860 рр.	Вважається найбільшою за смертністю пандемією XIX ст. Поширилася за межі Індії в Європу, Африку, Північну та Південну Америку.	10 млн.
4. Портова смерть	1855-1945 рр.	Третя пандемія чуми. спалахнула одразу у великих портових містах Східної Азії та поширилася на узбережжя Індійського океану та континенти Північної й Південної Америки, а також в Австралії.	20 млн.
5. Іспанський грип	1918-1920 рр.	Найбільша за смертністю пандемія грипу в історії. Через розвинену транспортну інфраструктуру вірус H1N1 почав швидко поширюватися у всьому світі.	50-80 млн. (або 100 млн.)

??? Питання до студентів: «Чи вважаєте Ви, що сучасна пандемія має більш катастрофічні наслідки ніж попередні? Якщо так, то в чому вони проявляються?»

Негативні стани людей під час пандемії

Пандемія характеризується не тільки боротьбою з інфекцією, але і негативними станами також, які призводять до змін звичної поведінки людини. Безперечно, це пов'язано з психологічним тиском, який відчувається людиною в період нестабільної ситуації та складних умов.

??? Питання до студентів: «А тепер прошу вас подумати і навести приклади основних категорій людей, що зазнають найбільшого психологічного тиску під час епідемії.»

Під час пандемії негативними станами можуть виступати:

- невизначеність,
- тривога,
- стрес,

- депресія,
- страх

1) Невизначеність. В умовах обставин, що постійно змінюються, люди часто не можуть уявити, що станеться далі та часто не мають відповіді на питання яким буде наступний день.

Причини невизначеності (І.Г. Скотникова):

1. надлишок або нестача інформації
2. сприйняття пандемії, як загрозової ситуації
3. ситуації неоднозначності

2) Тривога. Тривога - це емоційне переживання, при якому людина відчуває важковизначені передчуття в очікуванні негативних подій. Тривожність – це індивідуальна особистісна риса, але вона може підсилюватись внаслідок багатьох чинників, серед яких виділяють основні:

Фактори тривожності під час пандемії:

- зміна способу життя
- вимушена ізоляція,
- очікування поганих новин
- страх перед майбутнім
- економічна нестабільність

Тому причиною тривоги є не сама по собі невизначена ситуація, а її суб'єктивна оцінка людиною складної події. Вона також може з'являтися внаслідок постійної потреби у захисті себе від інфекції.

3) Страх. Страх – це природна реакція людини на конкретну загрозу та її наслідки. Тому такий стан може масово поширюватися, і на тлі загального "зараження" виникає паніка серед населення при наявності

шокуючого стимулу, поєднаного з надлишком або дефіцитом інформації.

Зараження – це процес передачі емоційного стану від одного індивіда до іншого, що відбувається на психофізіологічному рівні контакту, який полягає у ефекті багаторазового взаємного посилення емоційного впливу.

Основні види страхів під час пандемії (Ю.В. Биховець): страх заразитися, страх фінансових втрат, страх втратити роботу, страх смерті та ін.

На рівень страху можуть також впливати сенсаційні новини у ЗМІ, які посилюють тривогу та переживання у складній ситуації. Внаслідок цього виникає упереджене стигматизуюче ставлення та сприймання інших людей як джерело хвороби.

4) Стрес. Протягом усього життя людина у будь-якому разі відчуватиме стрес, це захисна реакція організму на різні несприятливі фактори. Тому характерними стресовими реакціями можуть бути забудькуватість, втома, погана концентрація, дратівливість, почуття пригніченості та надмірне занепокоєння. Але стрес під час пандемії ще виникає через занепокоєння про своє здоров'я або здоров'я близьких, порушення сну, неправильне харчування, вживання алкоголю або психоактивних речовин. Тривалий стрес може включати депресію та нездатність впоратися з травматичними та негативними емоціями.

5) Депресія. Внаслідок пережитого життєвого потрясіння чи травми можуть виникати депресивні симптоми, що часто трапляються під час пандемії з багатьма людьми. Серед таких потрясінь відзначається зараження родичів або знайомих, а також горе внаслідок тяжких втрат, що призводить до загострення депресивних симптомів.

Симптоми депресії: відсутність інтересу та задоволення від повсякденних справ, проблеми зі сном, занепад сил, нестача енергії, нездатність сконцентруватися, почуття марності, спустошеності, а також репетитивні думки про смерть або самогубство.

Фактори, що посилюють або викликають депресію: частіше це економічний занепад і втрата роботи, що негативно впливає на психічне здоров'я багатьох людей. Наприклад, безробітні з високими показниками тривожності та депресії застосовували неадаптивні стратегії подолання такого стану, такі як самозвинувачення та вживання психоактивних речовин.

??? Питання до студентів: «Які, на вашу думку, виникають психологічні стани у людини під час пандемії?»

2. Особливості масової поведінки українців під час пандемії COVID-19

Пандемія як багатофакторна ситуація чинить значний вплив на різноманітні сторони суспільного життя. І одним із таких проявів впливу виявляється характерне стереотипне упередження щодо інших людей у сучасному соціумі, що відображається у відповідній поведінці населення.

В Україні поведінка жителів, в основному, залежала від складності умов і етапів карантину. Наприклад, яскраво виражається у населення стигматизація, тобто навішування соціальних ярликів або виділення соціумом індивіда чи соціальної групи за певними негативними властивостями, стереотипами, хоча цього зв'язку можливо не існує. Доречно згадати ситуацію в Нових Санжарах 2020 року. Тоді ще до населення тільки доходили чутки про коронавірус, який почав швидко поширюватися в Азії, про нову хворобу ще нічого не було відомо. Але в той момент, коли привезли громадян України та іноземців на обсервацію, жителі цього міста сприйняли їх як критичну загрозу. Тому вони проводили протести проти розміщення

привезених людей, вважаючи їх зараженими, хоча таких даних не надходило. У цьому випадку на ранньому етапі пандемії можна було спостерігати феномен "інфodemії", який показує, що чутки та неправдиві дані в ЗМІ кардинально можуть впливати на поведінку людей через нестачу інформації.

??? Питання до студентів: «Які ще, на вашу думку, є приклади характерної масової поведінки українців під час обмежених заходів?»

3. Результати дослідження масової поведінки населення

У нашому дослідженні масової поведінки українців були виявлені статеві та вікові особливості носіння масок у період пандемії COVID-19. Наприклад, жінки відзначалися більш відповідальною поведінкою та частіше чоловіків дбали про свою безпеку. Пов'язано це з гендерними особливостями, зокрема, високим рівнем конформізму у жінок. Але чоловіки, в свою чергу, відчували негативні емоції при носінні масок через те, що дотримання гігієнічних норм вважається для них «жіночим» заняттям. Однак, у разі необхідності, дотримуються дисципліни так само, як і жінки. У вікових відмінностях було виявлено, що діти та молодь краще адаптувались до нових умов, хоча й відрізнялися своєю безтурботністю. Зрілі в більшості випадків носили маски тільки у разі гострої потреби. А люди похилого віку, попри дискомфорт при носінні масок відзначалися більшою відповідальністю, ніж усі інші категорії. Також вони мали найкращі показники по дотриманню правил в різних ситуаціях. Але за ситуаційними умовами було все очевидно, що на вулиці люди менше застосовують захисні маски, ніж у приміщеннях, зважаючи на строгість вимог та малу кількість соціальних контактів на вулиці.

Висновки лекційного заняття: підбиваючи підсумки лекції, можна зробити такий висновок. Людство пережило багато пандемій, проте коронавірусною особливістю є супутня інфodemія. Недостатня чи зайва

кількість інформації змінюють поведінку людей, викликаючи негативні стани. Такими станами виступають невизначеність, тривога, стрес, депресія, страх та інші. Головною особливістю поведінки українців виступає відповідна стигма щодо інших. Внаслідок чого, відбуваються масові акції протестів та невдоволення. Також існують статеві відмінності в поведінці та реакції на пандемію: жінки в своїй більшості частіше намагаються дотримуватися гігієнічних норм і частіше носять маски, а чоловіки, через незвичне для них заняття, відчували негативні емоції у зв'язку з цим. Проте серед мешканців Чернігова найкращу відповідальність у носінні масок виявляли люди похилого віку.

ВИСНОВКИ

Результати проведених теоретичного та емпіричного дослідження дозволяють дійти наступних висновків.

1. Проблеми психологічних реакцій громадян на ситуацію пандемії визначаються специфікою психологічного стану та особливостями поведінки людей під час пандемії COVID-19. Основними негативними психологічними станами в період пандемії виступають: страх, невизначенність, стрес, депресія, тривога. Вони залежать від сприйняття індивідом критичної ситуації, зокрема, тривале переживання зазначених станів призводить до важких психічних розладів. Важливим фактором впливу на особистість людини в період пандемій грають ЗМІ. Через нестачу або надлишок інформації про потенційну загрозу може знижуватися рівень критичного мислення, через що з'являється схильність до пошуку сумнівних засобів лікування та профілактики від інфекції. Характерною реакцією на інформацію, що надходить, також виступає відмова або недовіра до правдивих джерел інформування, внаслідок чого проявляється схильність людини вірити у конспірологічні теорії. Також має місце специфічна поведінка громадян, вона полягає у відкритій боротьбі проти застосованих владою заходів для стримування поширення вірусу. Через це в країні відбуваються громадські заворушення страйки, насильство та протести проти вакцинації й посилення карантинних обмежень. До того ж одним із важливих аспектів коронавірусної пандемії є внутрішнє сприймання невідомої загрози, головним чинником якої виступає соціальна ізоляція. Крім панічної реакції населення на основі масового зараження щодо тривалих умов карантину також виникають зміни в емоційному стані. Внаслідок змушеної ізоляції, через порушення звичного змiну життя та появи нових обмежень виникає девіантна та агресивна поведінка поряд з іншими негативними психологічними розладами.

2. В емпіричному дослідженні поведінки громадян у період коронавірусної пандемії було виявлено загальні характеристики вікових та статевих груп, а також з'ясували, як ситуація впливає на поведінку мешканців та визначили їх зміни у поведінці за півроку. Результати показали, що загалом жінки мали набагато кращі показники носіння масок, ніж чоловіки, тому що вони більш конформні та краще пристосовуються до нових умов. Це також пояснюється тим, що на особистісному рівні вони схильні дотримуватися правил та підпорядковуватися. З іншого боку, у чоловіків зазначалася байдужість до загрози інфікування, тому менше дотримувались правил носіння масок. Але на особистісному рівні вони вважають, що слідування гігієнічним заходам є жіночим заняттям, тому чоловіки мали складнощі в пристосуванні до карантинних вимог, хоча за потреби поводитися так само дисципліновано, як і жінки.

Дані за віковими особливостями продемонстрували, що діти та молодь по причині високого рівня конформності краще пристосовувались до змін. Але діти скоріше робили це через настанови батьків. У зрілих поведінка визначалася відсутністю страху перед хворобою, тому гірше дотримувались карантинних вимог. Проте з усіх вікових груп виділялися літні люди. Незважаючи на складнощі в адаптації, вони краще слідували вимогам до носіння масок, ніж усі інші вікові групи, тому що для них на першому плані стоїть турбота про своє здоров'я.

Також було з'ясовано що мешканці міста Чернігова значно менше використовували засоби індивідуального захисту на вулиці через відсутність потреби та малої кількості соціальних контактів. У порівняльному аналізі поведінки людей на двох етапах ми визначили, що з часом ставлення до карантинних вимог у них змінилося, вони гірше стали сприймати загрозливу ситуацію пандемії в осінній період, навіть на тлі нової небезпеки у вигляді коронавірусного штаму «Дельта», який швидко тоді починав розповсюджуватися країною. Припускаємо, що причиною такої реакції було

тривале несерйозне сприйняття карантину протягом літнього періоду, наряду з послабленням обмежень.

3. Отримані результати можуть бути використані у навчальній та психопрофілактичній роботі, зокрема у вигляді проведення вузькотематичних навчальних занять (лекцій) для студентів різних спеціальностей.

У подальших дослідженнях, на наш погляд, слід детальніше дослідити специфіку психологічного стану та поведінки людей в період масового поширення хвороби задля ефективної роботи психологічних служб з психологічними наслідками у складній нестандартній ситуації.

ВИКОРИСТАНІ ДЖЕРЕЛА

1. Дроздов О.Ю., Дроздова М.А. Деякі тенденції масової свідомості українців в умовах пандемії коронавірусу. *Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія «Психологічні науки»*. 2020. № 3. С. 130-138. URL: <https://doi.org/10.32999/ksu2312-3206/2020-3-16> (дата звернення: 21.04.2021)
2. Селюкова Т.В., Євглевська Л.А. *Девіантна поведінка та деструктивні установки у осіб з різним рівнем самоізоляції*: матеріали міжнар. наук.-практ. конф., присвяч. 25-річчю підготовки психологів у Харківському національному університеті внутрішніх справ: «Бочаровські читання» (м. Харків, 13 квіт. 2018 р.). Харків: ХНУВС, 2018. С. 236-240.
3. Быховец Ю.В., Дан М.В., Никитина Д.А. Международный опыт исследований и практических рекомендаций населению в период пандемии. *Институт психологии РАН*. URL: http://www.ipras.ru/cntnt/rus/institut_p/covid-19/kommentarii-eksp/bih.html (дата звернення: 07.11.2021).
4. Быховец Ю. В., Коган-Лернер Л. Б. Пандемия COVID-19 как многофакторная психотравмирующая ситуация. *Институт психологии Российской академии наук. Социальная и экономическая психология*. 2020. Т. 5, № 2(18). С. 291–308.
URL: <https://doi.org/10.38098/ipran.sep.2020.18.2.010> (дата звернення: 22.07.2021).
5. Дельфинов А. В Эстонии прошли протесты против обязательной вакцинации. *Deutsche Welle*. URL: <https://www.dw.com/ru/v-jestonii-proshli-protesty-protiv-objazatelnoj-vakcinacii/a-59607990> (дата звернення: 23.10.2021).
6. Динамика психологических реакций на начальном этапе пандемии COVID-19 / С. Н. Ениколопов та ін. *Психолого-педагогические исследования*. 2020. Т. 12, № 2. С. 108–126.

- URL: <https://doi.org/10.17759/psyedu.2020120207> (дата звернення: 04.06.2021).
7. Нестик Т. А. Влияние пандемии COVID-19 на общество: социально-психологический анализ. *Институт психологии Российской академии наук. Социальная и экономическая психология*. 2020. Т. 5, № 2(18). С. 47–83. URL: <https://doi.org/10.38098/ipran.sep.2020.18.2.002> (дата звернення: 07.05.2021).
 8. Психологические особенности переживания неопределенности при эпидемии COVID-19 / И. Г. Скотникова та ін. *Институт психологии Российской академии наук. Социальная и экономическая психология*. 2020. Т. 5, № 2(18). С. 245–268. URL: <https://doi.org/10.38098/ipran.sep.2020.18.2.008> (дата звернення: 30.09.2021).
 9. Психологическое состояние людей в период пандемии COVID-19 и мишени психологической работы / О. М. Бойко та ін. *Психологические исследования*. 2020. Т. 13, № 70. С. 1. URL: <http://psystudy.ru> (дата звернення: 28.08.2021).
 10. Тхостов А. Ш., Рассказова Е. И. Психологическое содержание тревоги и профилактики в ситуации инфодемии: защита от коронавируса или «порочный круг» тревоги. *Консультативная психология и психотерапия*. 2020. Т. 28, № 2. С. 70–89.
URL: <https://doi.org/10.17759/cpp.2020280204> (дата звернення: 20.07.2021).
 11. Управление ООН по координации гуманитарных вопросов. Готовность населения Украины вакцинироваться от COVID-19. *Situation Reports*. URL: <https://reports.unocha.org/ru/country/ukraine/card/5Dvk0c0Mpz/> (дата звернення: 13.10.2021).
 12. Ушаков Д.В., Юревич А.В., Юревич М.А. Социально-психологический контекст распространения коронавирусной инфекции. *Институт психологии РАН*. URL: http://www.ipras.ru/cntnt/rus/institut_p/covid-19/kommentarii-eksp/urevich1.html (дата звернення: 11.08.2021).

13. Харламенкова Н.Е., Быховец Ю.В., Дан М.В., Никитина Д.А.
Переживание неопределенности, тревоги, беспокойства в условиях COVID-19. *Институт психологии РАН*.
URL: http://www.ipras.ru/cntnt/rus/institut_p/covid-19/kommentarii-eksp/har-1.html (дата звернения: 21.09.2021).
14. Barry J. M. Pandemics: avoiding the mistakes of 1918. *Nature*. 2009. Vol. 459, no. 7245. P. 324–325. URL: <https://doi.org/10.1038/459324a> (дата звернения: 04.12.2021).
15. Buheji M., Jahrami H., Sabah Dhahi A. Minimising stress exposure during pandemics similar to COVID-19. *International Journal of Psychology and Behavioral Sciences*. 2020. Vol. 10, no. 1. P. 9–16.
URL: <https://doi.org/10.5923/j.ijpbs.20201001.02>.
16. Choi J. Taylor, S. (2019). The psychology of pandemics: Preparing for the next global outbreak of infectious disease. Newcastle upon Tyne, UK: Cambridge Scholars Publishing. *Asian Communication Research*. 2020. Vol. 17, no. 2. P. 98–103. URL: <https://doi.org/10.20879/acr.2020.17.2.98>.
17. Coronavirus conspiracy beliefs and distrust of science predict risky public health behaviours through optimistically biased risk perceptions in Ukraine, Turkey, and Germany / M. Chayinska et al. *Group Processes & Intergroup Relations*. 2021. P. 136843022097827.
URL: <https://doi.org/10.1177/1368430220978278>.
18. Dong L., Bouey J. Public mental health crisis during COVID-19 pandemic, China. *Emerging Infectious Diseases*. 2020. Vol. 26, no. 7. P. 1616–1618.
URL: <https://doi.org/10.3201/eid2607.200407>.
19. Fahmy D. Drugmakers, doctors rake in billions battling H1N1 flu. *ABC News*.
URL: <https://abcnews.go.com/Business/big-business-swine-flu/story?id=8820642> (дата звернения: 07.10.2021).
20. Klepper D. Viral thoughts: Why COVID-19 conspiracy theories persist. *The Associated Press*. URL: <https://apnews.com/article/why-covid-19-conspiracy->

- [theories-persist-2586c1bc28259f7e224885b609c8f131](#) (дата звернення: 22.07.2021).
21. Lee J. D. Epidemic of Rumors: How Stories Shape Our Perception of Disease. University Press of Colorado, 2014. 220 p.
 22. Mental health aspects of pandemics with special reference to COVID-19 / S. Chaudhry et al. *Industrial Psychiatry Journal*. 2020. Vol. 29, no. 1. P. 1. URL: https://doi.org/10.4103/ipj.ipj_64_20 (дата звернення: 18.05.2021).
 23. Preliminary investigation of the association between COVID-19 and suicidal thoughts and behaviors in the U.S. / B. A. Ammerman et al. *Journal of Psychiatric Research*. 2021. Vol. 134. P. 32–38. URL: <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2020.12.037> (дата звернення: 06.07.2021).
 24. Progression of Mental Health Services during the COVID-19 Outbreak in China / W. Li et al. *International Journal of Biological Sciences*. 2020. Vol. 16, no. 10. P. 1732–1738.
 25. Psychological and behavioral response to the coronavirus (COVID-19) pandemic / F. Balkhi et al. *Cureus*. 2020. URL: <https://doi.org/10.7759/cureus.7923> (дата звернення: 18.07.2021).
 26. Psychological Coping with Job Loss. Empirical Study to Contribute to the Development of Unemployed People / Y. Navarro-Abal et al. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2018. Vol. 15, no. 8. P. 1787. URL: <https://doi.org/10.3390/ijerph15081787>.
 27. Saladino V., Algeri D., Auriemma V. The Psychological and Social Impact of Covid-19: New Perspectives of Well-Being. *Frontiers in Psychology*. 2020. Vol. 11. URL: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.577684>.
 28. Silva Filho O. C. d., Minayo M. C. d. S. Huremović D, editor. Psychiatry of Pandemics: A Mental Health Response to Infection Outbreak. Gewerbestrasse: Springer Nature; 2019. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2020. Vol. 25, suppl 1. P. 2499–2500. URL: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020256.1.11272020>.

29. Validation and Psychometric Evaluation of the Italian Version of the Fear of COVID-19 Scale / P. Soraci et al. *International Journal of Mental Health and Addiction*. 2020. URL: <https://doi.org/10.1007/s11469-020-00277-1>.
30. World Health Organization. *What is a Pandemic*. 2010.
URL: https://web.archive.org/web/20200715082719/https://www.who.int/csr/disease/swineflu/frequently_asked_questions/pandemic/en/ (дата звернення: 01.07.2021).