

УДК 316.4.063.2+316.4.063.3
DOI <https://doi.org/10.32782/2707-9147.2023.99.5>

А. Ю. ТАЩЕНКО

кандидатка соціологічних наук,
асистентка кафедри соціальних структур
та соціальних відносин факультету соціології
Київський національний університет імені Тараса Шевченка

В. В. ЧЕПАК

докторка соціологічних наук, професорка, деканеса,
професорка кафедри галузевої соціології факультету соціології
Київський національний університет імені Тараса Шевченка

Ю. А. ПАНАСЕНКО

студентка факультету соціології
Київський національний університет імені Тараса Шевченка

РЕТРОСПЕКТИВНЕ (ПЕРЕ)ОСМИСЛЕННЯ НА ЧАСІ: АНАЛІЗ ДЕКЛАРОВАНОЇ КАРАНТИННОЇ ПОВЕДІНКИ ПІД ЧАС COVID-19

Пандемія COVID-19 вплинула на наше життя і спричинила появу різних типів поведінки серед населення України. Автори поставили за мету провести глибокий аналіз поведінкових реакцій та з'ясувати, як вони залежать від різноманітних соціальних і демографічних чинників. Аналіз даних першої хвилі проекту «RUBICON» дозволив виділити кластери карантинної поведінки та визначити їх характеристики. Автори вказують на різницю серед чоловіків і жінок залежно від різних факторів, таких як вік, статус сімейного стану, наявність інших членів сім'ї, кількість дітей, що проживають разом із респондентами. Найбільш примітними були «максималісти», які частіше турбуються про інших членів сім'ї, мають більші родини, частіше мають дітей. Велика родина може зменшити страх перед фізично небезпечними соціальними контактами, оскільки вони вже мають багато потенційних контактів. Жінки були більш схильними до «максималістської» поведінки через більшу відповідальність за сім'ю та здоров'я всіх. Протилежний тип, «мінімалісти», менше дотримувався заходів для уникнення зараження та міг бути менше обізнаним із ризиками. Дані четвертої хвилі проекту «RUBICON» розширили можливість аналізу, ілюструючи відмінності в установах стосовно продовження карантину у 2020 році. Авторське дослідження підкреслює зв'язок між поведінкою та віком. Молоді люди можуть бути більше обмеженими карантинном, оскільки він впливає на їхнє життя сильніше. Старші люди можуть менше хвилюватися, оскільки вже звикли до менш сприятливого стану здоров'я та боротьби зі складними хворобами. Окрім

цього, припущено, що доступ до інформації та соціальних медіа може впливати на сприйняття ризиків та реакцію на них. Подальший аналіз та обговорення необхідні для більш глибокого розуміння цих явищ та розуміння впливу пандемії на поведінку та установки населення в Україні, може служити основою для подальших аналізів і розробки стратегій управління кризовими ситуаціями подібного роду.

Ключові слова: пандемія COVID-19, поведінкові кластери, ставленнєві кластери, карантин, соціальні чинники.

Постановка проблеми. Нещодавно Всесвітня організація охорони здоров'я скасувала статус пандемії COVID-19. Але це явище, безперечно, ще надовго залишиться актуальною темою для соціологічного вивчення. Адже тривала ізоляція, дистанціювання та багато обмежень значною мірою змінили наче теперішнє повсякдення. Пандемія COVID-19 суттєво трансформувала наше трудове та професійне життя, сферу освіти, дозволяла, індустрію моди та багато іншого. З кожним днем дедалі важче повною мірою пригадати та зануритися у відчуття, які охопили людство у перші місяці карантину. Але різні люди все одно по-різному реагували на такі життєві обставини. Тому необхідні дослідження, які допоможуть зрозуміти, якими були типові і нетипові моделі поведінки у перші місяці пандемії та яким чином вони пов'язані із різними соціально-демографічними характеристиками.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Виходячи з наукової цікавості, ми пішли дещо нетрадиційним для даної рубрики шляхом і спитали про дослідження поведінки людей під час пандемії COVID-19 у ChatGPT, попросивши виділити 30 провідних тематичних напрямків. У першій десятці опинилися: *соціальна дистанція та фізичний контакт* (вплив обмежень, ефективність заходів, способи дотримання вимог та їх вплив на психічний стан); *виконання приписів щодо громадських заходів* (фактори дотримання громадських заходів – носіння масок, регулярне миття рук, уникання натовпу тощо); *психічний вплив пандемії* (ефекти соціальної ізоляції, почуття тривоги, депресії, страху, пов'язаний із невизначеністю та змінами у повсякденному житті стрес); *вакцинація та довіра* (ставлення до вакцинації, фактори прийняття рішення про (не)вакцинацію, сприйняття ризику, довіра до вакцин); *інформаційні джерела та сприйняття інформації* (які саме джерела інформації про COVID-19 впливали на сприйняття і розуміння людьми поточної ситуації, як відбувалося поширення місцевих та глобальних новин, інших інформаційних джерел); *економічні та соціальні наслідки* (зміни у зайнятості, втрата робочих місць, фінансовий стрес, зміни в побутових витратах); *соціальна підтримка та солідарність* (їх механізми та ефективність, рівень взаємодопомоги у суспільстві, роль громадських організацій та ініціатив у наданні допомоги та підтримки тим, хто її потребував); *особисте життя та стиль життя* (зміни в режимі дня, звичках, харчуванні, сні, фізичній активності); *управління кризою* (сприйняття людьми розбіжностей у цьому,

політичні дії, стратегії керівництва); *ментальне здоров'я* (стратегії саморегуляції, підтримка ментального здоров'я під час кризових періодів). Отже, хоча міркування мають інакший характер, позбавлений прямих аналогій, але, як і на початку розвитку самої соціології, в центрі уваги опиняється насамперед людське тіло як найзручніший та інтуїтивно найзрозуміліший об'єкт, від якого починають відштовхуватися для пояснення соціальних відносин.

У другу десятку потрапили: *сприйняття вакцин або повсякденна «вакцинологія»* (фактори вакцинаційної поведінки та різні аспекти, пов'язані з процесом вакцинації); *соціокультурні аспекти поведінки під час пандемії* (вплив культурних, етнічних, соціальних чинників на сприйняття пандемії та дотримання заходів безпеки); *інновації та технології* (використання технологій, інноваційних рішень та цифрових інструментів, вплив телемедицини, додатків контактного слідування, електронного навчання на поведінку та взаємодію); *етика та соціальні настанови* (етичні питання, включаючи розподіл ресурсів, раціональність заходів обмеження, різні аспекти соціальної відповідальності та справедливості); *економіка* (ринки праці, бізнеси, фінансова стабільність); *фізичне здоров'я* (специфічні зміни в різних аспектах здорового способу життя); *освіта* (дистанційне навчання, нерівності в доступі до освіти, різні аспекти освітньої системи); *комунікація та інформаційні повідомлення* (ефективність різних комунікаційних стратегій, сприйняття інформації, розповсюдження міфів); *роль гендеру* (вплив пандемії на чоловіків і жінок, гендерні нерівності, роль гендерних стереотипів); *соціальне дистанціювання та здоров'я громадськості* (ефективність та сприйняття заходів соціального дистанціювання, їх вплив на поведінку та здоров'я громадськості). Отже, акценти другої десятки – класично перша, регулятивна складова соціального порядку, що обмежує «природні права» в інтересах більшості.

І, нарешті, третя десятка тем – це: *психічний стан та добробут* (емоційний стан та інші аспекти, які зазвичай вивчає психологія); *сімейні відносини* (баланс роботи й особистого життя, стосунки батьків і дітей, сімейна підтримка); *специфічні психічні фактори поведінки* (впевненість у власних здібностях, відношення до правил та рекомендацій); *роль спільнот* (підтримка від родини, друзів, сусідів, онлайн-спільнот та громадських організацій); *медична система* (вплив пандемії на неї, надання медичної допомоги, доступ до лікарень, лікарських послуг, вакцинації тощо); *політична реакція* (дії уряду, політична комунікація, прийняття політичних рішень та їх вплив на поведінку громадян); *фінансова поведінка* (зайнятість, доходи, споживчі звички); *різниця у поведінці між чоловіками і жінками* (розподіл домашніх обов'язків, рівень зайнятості, доступ до послуг); *освітні процеси* (дистанційне навчання, доступ до освітніх ресурсів, психічні наслідки для учнів, студентів, працівників освіти); *громадська свідомість* (громадське сприйняття пандемії, довіра до інформації та влади,

вплив медіа і, зокрема, соціальних мереж на уявлення про пандемію). Отже, завершує популярні дослідницькі розвідки увага до різномірних «екологічних» (у соціальному сенсі) середовищ та процесуальності у них.

Здавалося би, все зрозуміло, однак потрібно врахувати той нюанс, що ChatGPT поки що «знає» світ лише станом до вересня 2021 року. І, звісно, він міг сформулювати сутність тематичних прогалин у дослідженнях поведінки людей протягом пандемії COVID-19, що існували саме на той час.

Виділення невіршених раніше частин загальної проблеми. Аналогічно до першого контакту із вищезгаданим віртуальним асистентом, ми попросили його надати список із топ-30 актуальних тем, тільки тепер – для подальших досліджень. Перша десятка тем-прогалин була пов'язана насамперед із диференціацією, нерівністю та адекватністю: *довготривалий вплив* (тривалі наслідки і зміни у загальній поведінці протягом тривалого періоду); *регіональні варіації* (унікальні контекстуальні особливості, що можуть впливати на поведінку та реакції); *вразливі групи* (люди похилого віку, інваліди, мігранти, люди з низьким рівнем освіти або / та низьким соціально-економічним статусом, їх особливі потреби, специфіка поведінки, більш глибоке розуміння їхнього досвіду, врахування їхніх потреб у стратегіях управління кризою); *використання природничих наук і технологій* (аналіз даних, штучний інтелект, машинне навчання, сенсорні технології для виявлення складних зв'язків і трендів у поведінці); *психічні поведінкові аспекти* (психічне благополуччя, механізми адаптації до нових умов); *вплив економічних наслідків пандемії* (втрата робочих місць, зміни в економічному статусі, фінансовий стрес, сприйняття економічних ризиків); *психосоціальні наслідки* (соціальна ізоляція, втрата соціальної підтримки, зміна міжособистих відносин і сприйняття якості життя); *ефективність громадських заходів і політик* (які саме заходи дійсно допомагають знижувати ризики); *попередження майбутніх пандемій* (вивчення причин їх виникнення і поширення, розробка стратегій для попередження і кращого управління подібними кризами у майбутньому); *вплив інформаційних джерел* (оцінка їх надійності і доступності, впливу на розуміння сприйняття ризиків та засобів захисту).

Друга десятка тематичних прогалин ґрунтувалася скоріше на соціально-демографічній стандартності та на травматичності: *гендерні аспекти* (врахування різниці у ставленні до здоров'я, дотриманні заходів безпеки, ментальному благополуччю між чоловіками і жінками, розробка цільової підтримки та цільових інтервенцій для них); *деталі психічного стану* (вивчення різноманітних психічних наслідків пандемії); *вікові групи* (особливості поведінки та потреб дітей, підлітків, дорослих і літніх людей); *сімейні відносини* (зміни в домашньому оточенні, балансі роботи і сімейного життя, вихованні дітей, підтримці між сім'ями); *культурні варіації* (різні способи сприйняття

та реагування, вплив пандемії на представників різних культур, розробка контекстуально зорієнтованих стратегій для них); *економічний вплив* (витрати на медичну допомогу, доступ до задоволення основних потреб); *ефективність контролю окремих заходів* (маскового режиму, дотримання соціальної дистанції, карантинних заходів, вакцинації); *довготривалі стилезжиттєві наслідки* (зміни у ставленні до здоров'я, гігієнічних звичок, соціальної взаємодії, прийняття нових норм); *оцінка інформаційного простору* (перш за все, на предмет поширення дезінформації); *глобальна співпраця* (міжнародний обмін досвідом у боротьбі з пандемією, розуміння колективного відгуку і спільних стратегій, підготовка до майбутніх глобальних викликів).

Зрештою, третя десятка тем була про практичність та множинність загроз: *взаємодія між фізичним і психічним здоров'ям* (вплив стресу, тривожності, депресії на здоровий спосіб життя, ризик інфікування, вживання превентивних заходів); *роль соціальних мереж* (вплив вірусних чуток, соціальної підтримки, комунікації в онлайн-середовищі); *різниця у впливі на різні групи населення* (нерівності у доступі до інформації, послуг охорони здоров'я, можливостях впливу на вживання превентивних заходів); *розробка ефективних підходів до психічної підтримки і допомоги* (розуміння посттравматичного стресового розладу, втоми від рішень, страху перед зараженням); *взаємодія з системою охорони здоров'я* (вплив обмежень, доступ до тестування, лікування і вакцинації, рішення щодо свого здоров'я та ризиків); *економічна нестабільність* (вплив фінансових проблем на прийняття рішень і здоровий спосіб життя); *ізоляція та соціальна віддаленість* (вплив їх як довготривалих станів на психічне здоров'я та соціальні взаємини); *інформаційна навантаженість* (вплив перенасиченості інформацією, ефекти інформаційного перенасичення і фейкових новин, пов'язаний із постійним відстеженням ситуації стрес); *реакція на вакцинацію* (вплив переконань та страхів, роль соціальних мереж у формуванні думок про вакцини); *життєві перспективи* (очікування, побоювання, плани на майбутнє, ставлення до змін, громадських заходів, переходу у нормальний режим життя).

Як бачимо, багато пунктів із першого та другого топ-30 (зокрема, про поведінку чоловіків і жінок, батьків і дітей, представників різних вікових груп тощо) «повторюються», тобто потребують детальнішого вивчення, і багато з них так чи інакше перетинаються. Даваймо порівняємо висновки ChatGPT із висновками деяких знакових у вітчизняному соціологічному співтоваристві подій. Так, перший висновок пленарного засідання XVII Міжнародної науково-практичної конференції «Проблеми розвитку соціологічної теорії: Концептуальні стратегії дослідження соціальних наслідків пандемії COVID-19», висловлений В. Степаненком, стосується соціології в Україні – а саме необхідності забезпечення нею всебічного(!) дослідження і соціальних викликів та ризиків COVID-19, і перспектив та можливостей цього нового

соціального досвіду [1, с. 12]. Монографічне звітування Інституту соціології НАН України за результатами проєкту «Соціальні наслідки пандемії COVID-19 в контексті суспільної трансформації в Україні: соціологічний підхід» доречно нагадувало, що «варто актуалізувати вітчизняні особливості протікання пандемії. Вони обумовлюються тим, що в Україні універсальні соціальні виклики пандемії накладаються та поєднуються з багатофакторною суспільною трансформацією» [2, с. 6]. Міжнародні соціологічні читання пам'яті Н. В. Паніної 2021 року, згідно із результатами узагальнення конкурсних есе про глобальні та локальні кризи, наголошують на «нових можливостях для створення й перевірки теорій та прогнозів», а також на необхідності «безперервного соціологічного спостереження», якщо ми хочемо дійсно переосмислити(!) українське суспільство [3, с. 7]. 2022 рік і майже половина 2023 року через повномасштабне вторгнення замість вітальної кризи більше були стурбовані кризою екзистенційною, що відобразилося і на нещодавньому XX Світовому конгресі соціології Міжнародної соціологічної асоціації [4], і варто підкреслити, що навіть доповіді про COVID-19 від наших представників із Українського інституту політики громадського здоров'я на цьому конгресі були у дусі «як пандемія допомогла підготуватися до війни» [5]. Зараз, коли ми безстрашно повернулися до аудиторій, навіть дані про перші місяці пандемії COVID-19 бачаться в іншому світлі, до них хочеться повернутися і проаналізувати більш детально, з максимально можливою деталізацією та користю для співгромадян.

Формулювання цілей статті. Ми маємо на меті провести глибший аналіз декларованої карантинної поведінки під час COVID-19, детальніше характеризуючи поведінкові кластери за результатами проєкту «RUBICON» Research & Branding Group [6; 7; 8] із врахуванням низки ще не включених раніше важливих змінних, а також розглядаючи визнані вартими уваги відмінності, по-перше, поведінки чоловіків та жінок серед окремих підкатегорій населення і, по-друге, всередині різних підкатегорій чоловіків та жінок.

Виклад основного матеріалу дослідження з повним обґрунтуванням отриманих наукових результатів. Проєкт «RUBICON» відбувся зусиллями Research & Branding Group з 28 березня по 24 квітня 2020 року. Було опитано 5620 респондентів у віці від 18 років і старше (1400 за I хвилю 28 березня – 3 квітня; 1410 за II хвилю 4-10 квітня; 1410 за III хвилю 11–17 квітня та 1408 за IV хвилю 18-24 квітня). Вибірка репрезентувала населення України за статтю, віком, типом населеного пункту та регіоном проживання (за винятком непідконтрольних територій Донецької і Луганської областей, АР Крим, та м. Севастополь). Метод – САПІ-опитування ролінгового формату. Максимальна похибка вибірки +/- 3,5%. Ми зосередимося на аналізі першої та четвертої (останньої) хвилі, оскільки це своєрідні осьові етапи.

Дані першої хвили дозволили здійснити кластерний аналіз декларованої карантинної поведінки під час пандемії COVID-19 у 2020 р., і ми пропонуємо ознайомитися з уже опублікованими загальними характеристиками отриманих кластерів для розуміння контексту подальшої деталізації, яка вперше буде викладена саме у цій статті (див. табл. 1).

Почнемо з відмінностей, які нам допоможуть унаочнити двомірні розподіли. Фактично, вони стосувалися як усіх обов'язкових для визначення репрезентативності вибірки ознак, так і специфічних,

Таблиця 1

**Поведінкові кластери, початок пандемії
(дані у% серед тих, хто відповів)**

Карантинні заходи	«Мініма-лісти» (363/1393 осіб)	«Максима-лісти» (674/1393 осіб)	«Помір-ковані» (356/1393 осіб)
Перейшли на дистанційний режим роботи	0,6	41,7	5,3
Не користуюся громадським транспортом	3,3	90,8	28,9
Мию руки частіше і ретельніше ніж зазвичай	41,9	97,6	84,3
Не виходжу без потреби з дому	48,5	93,9	64,9
Ношу маску при виході з будинку і в громадських місцях	50,7	92,9	80,3
Дезінфікую поверхні	20,9	86,5	41
Уникаю місць скупчення людей	10,2	95,7	34,8
Дотримуюся соціальної дистанції в 1–2 м	6,6	94,8	32,3
Часто провітрюю приміщення, в якому живу або довго перебуваю	4,4	95,1	47,2
Роблю покупки онлайн та/або з доставкою додому	0,3	21,8	2,2
Відвідую магазини продуктів рідше, ніж зазвичай	9,1	93,5	47,5
Інше	7,2	4,7	4,5

Джерело: [6, с. 29].

актуалізованих під час пандемії коронавірусу у силу загострення питання про необхідність і можливість дистанціювання при неунікно систематичних близьких контактах і забезпечення найменших за віком членів домогосподарств, а також ставлення до потенційних рятівників від невідомої раніше хвороби (див. табл. 2–4, значущість відмінностей: *** – рівень 0,001; ** – 0,01; * – 0,05).

Таблиця 2

Поведінкові кластери, початок пандемії – деталізація за ознаками статі, віку та типу населеного пункту (дані у% по рядку,% серед тих, хто відповів)

Кластер \ Категорія	Стать***		Вік***			Тип населеного пункту*		
	Чол.	Жін.	18–29	30–49	50+	Обл. центр	Місто	Село
«Мінімалісти»	52,3	47,7	12,1	39,4	48,5	40,5	28,1	31,4
«Максималісти»	41,7	58,3	18	42,7	39,3	44,1	33,1	22,8
«Помірквані»	38,8	61,2	14,6	34,6	50,8	37,6	34,8	27,5

Джерело: побудовано авторами

Таблиця 3

Поведінкові кластери, початок пандемії – деталізація за ознаками, що стосуються сумісного проживання (дані у% по рядку,% серед тих, хто відповів)

Категорія Кластер \	«Скільки осіб, включно з Вами, проживає разом з Вами?»*					«Чи є у Вас діти молодше 18-ти років, що живуть з Вами разом? Якщо так, то скільки таких дітей?»*			
	Тільки я	Я + 1	Я + 2	Я + 3	Я + 4 і більше	Немає таких	1 дитина	2 дітей	3 дітей + 4 дітей і більше
«Мінімалісти»	15,2	31,6	18,3	15,2	19,7	62,6	17,7	13,9	5,8
«Максималісти»	11,1	28,6	25,1	20,5	14,6	57,9	25,3	13,3	3,5
«Помірквані»	13,0	33,6	22,6	17,8	13,0	64,0	17,7	14,6	3,7

Джерело: побудовано авторами

Таблиця 4

**Поведінкові кластери, початок пандемії – деталізація
за ставленням до медичних працівників і сфери охорони здоров'я
в Україні (дані у% по рядку,% серед тих, хто відповів)**

Кластер \ Категорія***	Позитивне (Підтримка + Повага)	Байдужість	Негативне (Недовіра + Ненависть)
«Мініма-лісти»	73,9	8,7	17,4
«Максима-лісти»	80,8	3,5	15,7
«Помірко-вані»	82,9	3,4	13,7

Джерело: побудовано авторами

Далі ми перевірили відповіді на запитання про відмінності поведінки чоловіків та жінок серед окремих підкатегорій населення, і презентуємо отримані тримірні розподіли (тобто робимо інтерсекційний аналіз). Отже, по-перше, у середньому віці і чоловіки, і жінки поводили себе схоже, а в іншому віці – ні; по-друге, у містах і чоловіки, і жінки поводили себе схоже, а в інших населених пунктах – ні; по-третє, у розлученні та у вдівстві і чоловіки, і жінки поводили себе схоже, а в інших сімейних станах – ні; по-четверте, серед тих, із ким живуть 1 чи 3+ дітей до 18 років, і чоловіки, і жінки поводили себе однаково, а в інших випадках – ні; по-п'яте, була різниця між поведінкою чоловіків і жінок, із якими живе більше 4-х людей; по-шосте, була різниця між поведінкою чоловіків і жінок, які позитивно ставляться до медичних працівників та сфери охорони здоров'я в Україні (див. табл. 5, значущість відмінностей: *** – рівень 0,001; ** – 0,01; * – 0,05).

Чи були відмінності всередині різних підкатегорій чоловіків та жінок? Так, були: 1) серед чоловіків залежно від пункту їхнього проживання; 2) серед чоловіків залежно від їхнього ставлення до медпрацівників та сфери охорони здоров'я; 3) серед жінок залежно від їхнього віку (див. табл. 6, значущість відмінностей: *** – рівень 0,001; ** – 0,01; * – 0,05).

Чи були відмінності у ставленні до себе і родини? (тобто, ми перевіряли ймовірну міру турботливості чоловіків та жінок із різним складом родини). Так, теж були: 1) між поведінкою чоловіків, із якими живе різна кількість осіб; 2) між поведінкою жінок, із якими живе різна кількість дітей до 18 років. А от серед поведінки і чоловіків, і жінок із різним сімейним станом відмінностей не було (див. табл. 7, значущість відмінностей: *** – рівень 0,001; ** – 0,01; * – 0,05).

Також у попередніх наробках із цієї теми вже значився і кластерний аналіз декларованої поведінки у разі захворювання на

Таблиця 5

Поведінкові кластери, початок пандемії – інтерсекційний аналіз, чоловіки та жінки серед окремих підкатегорій населення (дані у % по рядку, % серед тих, хто відповів)

Категорія \ Кластер		«Мініма-лісти»	«Максима-лісти»	«Помірко-вані»
18–29 років**	Чоловіки	29,2	52,8	17,9
	Жінки	11,7	58,6	29,7
50+ років*	Чоловіки	34,9	39,1	26,1
	Жінки	24,2	44,8	31
Обласні центри**	Чоловіки	30,2	51,3	18,5
	Жінки	21,4	51,4	27,2
Села*	Чоловіки	37,9	37,9	24,2
	Жінки	25,9	45,4	28,8
Неодружені / незаміжні*	Чоловіки	35,8	42,1	22,1
	Жінки	20,5	53,8	25,6
Одружені / заміжні + фактичний шлюб**	Чоловіки	29,5	47,2	23,3
	Жінки	20,5	52,1	27,4
Немає дітей 18–*	Чоловіки	31,1	45,1	23,7
	Жінки	24,1	46,1	29,8
Двоє дітей 18–**	Чоловіки	35,5	44,1	20,4
	Жінки	17,5	48,5	34
Я + 4 і більше осіб*	Чоловіки	43	38	19
	Жінки	24,8	51,3	23,9
Підтримка + Повага щодо медпрацівників і СОЗ**	Чоловіки	28	49,3	22,7
	Жінки	20,6	50,2	29,2

Джерело: побудовано авторами

COVID-19 у 2020 р. – і тут наводимо результати для розуміння контексту (див. табл. 8–9).

У пошуках відмінностей за двомірними розподілами ми зафіксували, що навидовижу були відсутніми значущі відмінності, які стосуються типу населеного пункту, статі, віку, сімейного стану, кількості осіб, що живуть поруч, ставленню до медпрацівників та СОЗ. Однак, якщо із поправкою на недостатню кількість заповнених комірок (у 12,5% очікувана частота менше 5, і за менш суворими правилами щодо статистичного аналізу даних, ніж зазвичай, допускається брати до розгляду двовимірні таблиці, де є навіть до 20% таких комірок) – була

Таблиця 6
Поведінкові кластери, початок пандемії – інтерсекційний аналіз, відмінності серед різних підкатегорій чоловіків і жінок (дані у% по рядку,% серед тих, хто відповів)

Категорія \ Кластер	«Мінімалісти»	«Максималісти»	«Поміркovanі»
Чоловіки з обл. центрів*	30,2	51,3	18,5
Чоловіки із міст*	26,8	45,9	27,3
Чоловіки із сіл*	37,9	37,9	24,2
Чоловіки з позитивним ставленням**	28	49,3	22,7
Чоловіки з байдужим ставленням**	56,7	26,7	16,7
Чоловіки з негативним ставленням**	37	41,1	21,9
Жінки у віці 18-29 років**	21,4	51,4	27,2
Жінки у віці 30-49 років**	19,9	52,3	27,8
Жінки у віці 50+ років**	25,9	45,4	28,8

Джерело: побудовано авторами

Таблиця 7
Поведінкові кластери, початок пандемії – інтерсекційний аналіз, відмінності у турботі про себе і родину (дані у% по рядку,% серед тих, хто відповів)

Категорія \ Кластер	«Мінімалісти»	«Максималісти»	«Поміркovanі»
Чоловіки, що живуть одні*	36,8	42,1	21,1
+1 особа з ними*	32,8	40,6	26,7
+2 особи з ними*	22,9	54,9	22,2
+3 особи з ними*	28,1	49,1	22,8
+4 і більше осіб із ними*	43	38	19
Жінки, поруч немає дітей 18–***	24,1	46,1	29,8
Жінки з 1 дитиною 18– поруч**	16,8	61,5	21,7
Жінки з 2 дітьми 18– поруч**	17,5	48,5	34
Жінки з 3 і більше дітьми 18– поруч**	35,3	50	14,7

Джерело: побудовано авторами

різниця залежно від кількості дітей до 18 років, що проживають поруч (див. табл. 10, значущість відмінностей: *** – рівень 0,001; ** – 0,01; * – 0,05).

Знову ж таки, чи була різниця між поведінкою чоловіків і жінок, якщо дивитися на різні категорії населення? Перевіряючи, побудували

Таблиця 8

Поведінкові кластери у ситуації гіпотетичного захворювання, початок пандемії (дані у% серед тих, хто відповів)

Дії в разі коронавірусу	«Спокійні» (821/1393 осіб)	«Занепокоєні» (499/1393 осіб)	«Налякані» (73/1393 осіб)
Подзвоню до лікаря	54,7	78,2	95,9
Викличу лікаря додому	9,9	19,4	90,4
Піду в лікарню на прийом до лікаря	5	6	34,2
Викличу «швидку допомогу»	22,5	48,7	94,5
Самоізолююся – мінімізую спілкування з близькими та іншими людьми	2,3	60,9	95,9
Буду займатися самолікуванням	1,3	4,2	6,8
Нічого не буду робити – почекаю поки пройде	0,6	0,8	4,1
Інше	1,8	4,8	4,1

Джерело: [6, с. 30].

Таблиця 9

Співвідношення типів поведінки: карантин vs. хвороба, результати двох кластерних аналізів у перетині (дані у% по рядку,% серед тих, хто відповів)

Кластери	«Спокійні»	«Занепокоєні»	«Налякані»
«Мінімалісти»	76,6	23,4	0
«Максималісти»	44,5	45	10,5
«Помірковані»	68,3	31,2	0,6

Джерело: [6, с. 30].

Таблиця 10

Поведінкові кластери у ситуації гіпотетичного захворювання – деталізація за сумісним (не)проживанням із дітьми 18– (дані у% по рядку,% серед тих, хто відповів)

Кластер \ Категорія	Немає дітей 18– поруч	1 дитина 18– поруч	2 дітей 18– поруч	3 і більше дітей 18– поруч
«Спокійні»**	63,5	18,1	14	4,3
«Занепокоєні»**	57,7	24,7	14	3,6
«Налякані»**	49,3	35,2	9,9	5,6

Джерело: побудовано авторами

тримірні розподіли (повертаємося до інтерсекційного аналізу), і переконалися, що: 1) чоловіки та жінки середнього віку поводять себе по-різному; 2) чоловіки та жінки без шлюбних партнерів поводять себе по-різному; 3) чоловіки та жінки, з якими живуть ще 1 чи 2 осіб, поводять себе по-різному (див. табл. 11, значущість відмінностей: *** – рівень 0,001; ** – 0,01; * – 0,05).

Чи була в поведінці різниця, схована всередині категорій «чоловіки» та «жінки»? Тільки одна – серед жінок різного віку (див. табл. 12, значущість відмінностей: *** – рівень 0,001; ** – 0,01; * – 0,05).

Аналіз даних четвертої хвилі презентується вперше у цій статті. Отже, перш за все ми здійснили кластерний аналіз декларованих засад ставлення до подальшого карантину під час COVID-19 у 2020 р. (див. табл. 13, значущість відмінностей: *** – рівень 0,001; ** – 0,01; * – 0,05).

Перевірємо наявність відмінностей залежно від типу населеного пункту, віку, статі, сімейного стану, кількості дітей 18–, що проживають поруч, та знання про хворих. Бачимо, що значущі відмінності були за половиною розглянутих ознак – за віком, сімейним станом та знанням

Таблиця 11

Поведінкові кластери при гіпотетичному захворюванні – інтерсекційний аналіз, чоловіки і жінки серед окремих підкатегорій (дані у% по рядку,% серед тих, хто відповів)

Категорія \ Кластер		«Спокійні»	«Занепокоєні»	«Налякані»
30–49 років*	Чоловіки	61,9	32,1	6
	Жінки	53,6	41,9	4,5
Неодружені / незаміжні*	Чоловіки	64,2	32,6	3,2
	Жінки	47,9	44,4	7,7
Я+1*	Чоловіки	67,8	30,6	1,7
	Жінки	57,3	37,8	5
Я+2*	Чоловіки	56,9	33,3	9,7
	Жінки	50,9	44,9	4,2

Джерело: побудовано авторами

Таблиця 12

Поведінкові кластери при гіпотетичному захворюванні – інтерсекційний аналіз, різні підкатегорії чоловіків та жінок (дані у% по рядку,% серед тих, хто відповів)

Категорія \ Кластер	«Спокійні»	«Занепокоєні»	«Налякані»
Жінки у віці 18–29 років*	48,6	44,1	7,2
Жінки у віці 30–49 років*	53,6	41,9	4,5
Жінки у віці 50+ років*	61,5	32,8	5,7

Джерело: побудовано авторами

Таблиця 13

**Ставлення до кластерів, предмет – подальший карантин
під час COVID-19 (2020)**

Декларовані засади \ Кластер		«Обережні» (555/668 осіб)	«Відчайдушні» (113/668 осіб)
Чи пододала Україна те найгірше, що пов'язане з епідемією і кризою через це***	Ні + Скоріше ні	15,1	46
	Найгірше – це зараз	13,2	15
	Так + Скоріше так	71,7	38,9
Підтримка продовження карантину до 12.05 (недостатньо підтверджено значущість ***)	Так + Скоріше так	94,2	0
	Однаково	1,4	0,9
	Ні + Скоріше ні	4,3	99,1
Готовність до можливого ще довшого карантину (недостатньо підтверджено значущість ***)	Так + Скоріше так	65,6	12,4
	Однаково	1,1	0
	Ні + Скоріше ні	33,3	87,6
Матеріальний стан (відмінності не значущі)	Нужденні + З їжею	20,9	16,8
	Їжа + найнеобхідніше	39,1	37,2
	Майже забезпечені + Забезпечені	40	46
Ставлення до медичних працівників та сфери охорони здоров'я (СОЗ)*	Позитивне	83,6	74,3
	Байдуже	4	8
	Негативне	12,4	17,7
Коли потрібно знімати карантинні обмеження***	Прямо зараз (дві альтернативи разом)	14,6	85,8
	Менше хворих (дві альтернативи разом)	45,6	13,3
	Без хворих + Вакцина	39,8	0,9

Джерело: побудовано авторами

про хворих (див. табл. 14–16, значущість відмінностей: *** – рівень 0,001; ** – 0,01; * – 0,05).

Тримірні розподіли (інтерсекційний аналіз) засвідчили, що різниця між установками чоловіків та жінок, розглянутих усередині інших категорій населення, були математично суттєвими тільки в одному випадку (значущість відмінностей – рівень 0,05): чоловіки, з якими

Таблиця 14

Ставленнєві кластери, предмет – подальший карантин під час COVID-19 (2020), деталізація за ознакою віку (дані у% по рядку, % серед тих, хто відповів)

Кластер \ Категорія	18–29 років	30–49 років	50+ років
«Обережні»***	16,6	39,3	44,1
«Відчайдушні»***	18,6	57,5	23,9

Джерело: побудовано авторами

Таблиця 15

Ставленнєві кластери, предмет – подальший карантин під час COVID-19 (2020), деталізація за ознакою (не)шлюбності (дані у% по рядку, % серед тих, хто відповів)

Кластер \ Категорія	Не у шлюбі	З партнером	У розлученні	У вдівстві
«Обережні»**	17,3	65,7	5,4	11,6
«Відчайдушні»**	20,7	69,4	8,1	1,8

Джерело: побудовано авторами

Таблиця 16

Ставленнєві кластери, предмет – подальший карантин під час COVID-19 (2020), деталізація за ознакою обізнаності (дані у% по рядку, % серед тих, хто відповів)

Кластер \ Категорія	Особисто знають хворих + самі хворіють або хворіли	Особисто не знають, але чули про таких від знайомих, друзів, родичів	Особисто не знають і нічого не чули
«Обережні»*	5,2	13,9	80,9
«Відчайдушні»*	6,3	4,5	89,3

Джерело: побудовано авторами

поруч проживає ще 1 особа, частіше були серед «обережних» порівняно з жінками, з якими поруч проживає ще 1 особа (92,6% проти 80,8%); відповідно, жінки із «+1» у домогосподарстві частіше знаходилися серед «відчайдушних», ніж чоловіки із «+1» у домогосподарстві (19,2% проти 7,4%). Значущі відмінності всередині різних категорій чоловіків та жінок були наявні за ознакою віку (для обох категорій) та ознакою сімейного стану (тільки для жінок – див. табл. 17, значущість відмінностей: *** – рівень 0,001; ** – 0,01; * – 0,05).

Висновки та перспективи. Отже, зупинимось на найбільш цікавих та важливих відмінностях для їх пояснення. Поведінка «максималістів» зумовлена тим, що у них є необхідність піклуватися ще про когось, окрім себе. Тобто, їх сім'ї зазвичай більші, і вони мають дітей, в той

Таблиця 17

**Ставленняві кластери, предмет – подальший карантин (2020),
інтерсекційний аналіз, відмінності у підкатегорій за статтю
(дані у% по рядку,% серед тих, хто відповів)**

Категорія \ Кластер	«Обережні»	«Відчайдушні»
Чоловіки у віці 18–29 років*	78,8	21,2
Чоловіки у віці 30–49 років*	76,5	23,5
Чоловіки у віці 50+ років*	92,1	7,9
Жінки у віці 18–29 років**	83,6	16,4
Жінки у віці 30–49 років**	77,3	22,7
Жінки у віці 50+ років**	89,3	10,7
Жінки не у шлюбі*	86,0	14,0
Жінки з партнером*	81,5	18,5
Жінки у розлученні*	75,8	24,2
Ж у вдівстві*	96,6	3,4

Джерело: побудовано авторами

час як у «мінімалістів» та «поміrkованих» частіше спостерігається ситуація, коли вони живуть самотійно або ще лише з одним членом сім'ї. «Максималістська» поведінка частіше притаманна жінкам, ніж чоловікам, що можна пояснити більшою відповідальністю жінок (які досі виконують свої традиційні ролі у сім'ї) за здоров'я її членів та турботу про них. Також «мінімалістам» меншою мірою притаманне дотримання заходів, що допомагають уникнути зараження хворобою. Тобто, вони більш байдужі до пандемії як такої, тому бачимо і статистично значущу вищу частку байдужого ставлення до медичних працівників серед цього кластера, тоді як «максималісти» та «поміrkовані» частіше мають переважно позитивне ставлення до них.

Якщо у обласних центрах частка «максималістів» серед чоловіків та жінок приблизно однакова, то у селах спостерігається збільшення цього розриву – у сторону більшої частки «максималістів» серед жінок. Але також зі зростанням розриву бачимо зменшення часток «максималістів» серед обох статевих груп, що може бути зумовлено меншою кількістю населення у селах, а, отже, меншою кількістю потенційних соціальних контактів та ймовірністю зараження. Примітним є те, що зі збільшенням кількості членів сім'ї частка чоловіків-«максималістів» поступово зростає, але коли досягаємо позначки «4 і більше осіб», що проживають із ними, вона різко знижується і натомість зростає частка чоловіків-«мінімалістів». Тобто, до певної межі чоловіки відчувають все більшу і більшу відповідальність за захист сім'ї, а потім сім'я стає настільки великою, що вже наявна кількість соціальних контактів у ній і так висока, тому не так лякають і зовнішні соціальні контакти. Також

більшу кількість людей складніше контролювати для їх захисту, тому у великих сім'ях батьки легше сприймають можливі загрози, до яких вже давно звикли. Ще, як припускаємо, може діяти фактор розділеної відповідальності один за одного на більшу кількість осіб, і тому чоловіки відчувають свою відповідальність менш інтенсивно. У жінок спостерігається схожа ситуація зі збільшенням частки «мінімалісток» зі збільшенням кількості дітей у сім'ї, що можна пояснити аналогічно.

Бачимо також, що жінки старшого віку (50+) частіше належать до кластеру «мінімалісток», ніж жінки молодшого віку, що може виглядати досить суперечливо, адже саме люди старшого віку мали вищий ризик зараження. Але це можна пояснити тим, що молодші жінки можуть бути більш обізнані із факторами ризику та впливом коронавірусу на їх здоров'я, ніж старші, особливо якщо вони мають дітей або молодших родичів. Жінки старшого віку, з іншого боку, можуть вже мати власних дорослих дітей та менше хвилюватись про них та про свій добробут у зв'язку з коронавірусом. Також існує фактор доступу до інформації, адже молодші жінки, які активно використовують соціальні медіа, можуть бути більш чутливими у відношенні до отримання інформації про загрози та ризику. Завищена кількість інформації та медійний шум можуть збільшити почуття страху та тривоги. Схожа ситуація спостерігається і при виокремленні кластерів на основі поведінки у разі захворювання. Жінки старшого віку частіше належать до кластеру «Спокійні», ніж жінки молодшого віку, адже вони частіше мають певні попередні хвороби або хронічні стани, які можуть збільшити ризик важкого перебігу коронавірусної інфекції. Внаслідок цього вони можуть відчувати меншу тривогу, оскільки вже звикли до менш сприятливого стану здоров'я та боротьби зі складними хворобами.

При виокремленні кластерів за результатами опитування четвертої хвилі ми отримали підстави говорити про ще два типи поведінки людей: «Обережні», які ще підтримують продовження карантину та заходи захисту від хвороби, і «Відчайдушні», які виступають за скасування карантинних заходів. До кластеру «відчайдушних» частіше належать люди молодшого віку. Чому? Мабуть, тому, що карантинні обмеження впливають на їхнє життя та обмежують його значно більше, ніж це відбувається для людей старшого віку, які і раніше проводили більшу частину часу вдома. Вдівці та вдови можуть бути більш обережними, бо втратили своїх шлюбних партнерів безпосередньо під час пандемії; цілком закономірно, що чутки можуть роздмухувати негативні думки та емоції більше за стан реальної хвороби, коли ти не знаєш, чого насправді чекати, і не маєш досвіду покрокового додання незнайомої хвороби; також не дивно, що чоловіки традиційно більше переймаються долею та перспективами навіть однієї людини, що проживає поруч, бо відчувають себе головою навіть такої маленької родини, і що в середньому віці погляди на ситуацію більш зважені, ніж у молодості та старості. Але при цьому очевидно, що навіть наведені тільки

у цій статті конкретизовані дані отримали тільки пролегомени і вступ до своєї інтерпретації, і ми потребуємо подальших інсайтів та обговорень із колегами.

Список використаної літератури

1. Проблеми розвитку соціологічної теорії: Концептуальні стратегії дослідження соціальних наслідків пандемії COVID-19. *Матеріали XVII Міжнар. наук.-практ. конф. «Проблеми розвитку соціологічної теорії: Концептуальні стратегії дослідження соціальних наслідків пандемії COVID-19»*, 18–19 грудня 2020 р. (м. Київ) / Наукове видання / КНУ імені Тараса Шевченка, факультет соціології [за ред. д.соц.н. Л. Малес, д.соц.н. Ю. Савельєва, к.соц.н. О. Боровського та к.соц.н. І. Набруско]. К. : «Наукова столиця», 2021. 154 с.

2. Пандемія COVID-19 в Україні: соціальні наслідки / за наук. ред. В. П. Степаненка. Київ : ТОВ НВП «Інтерсервіс», 2021. 406 с.

3. Глобальні та локальні кризи: переосмислюючи українське суспільство. *Матеріали Міжнародних соціологічних читань пам'яті Н. В. Паніної* / за наук. ред. Є. І. Головахи, О. Г. Стегнія та О. О. Максименко. Київ : Інститут соціології НАН України, 2021. 170 с.

4. Куценко О. Коротка інформація про XX Світовий конгрес соціології (Мельбурн, 2023) та нашу спеціальну сесію на ньому. *САУ – Портал Соціологічної асоціації України*. URL: <https://sau.in.ua/opinion/kоротка-informacziya-pro-hh-svitovuj-kongres-socziologiyi-melburn-2023-ta-nashu-speczialnu-sesiyu-napomu/> (дата звернення: 29.09.2023).

5. Благодійна організація «Український інститут політики громадського здоров'я» (УІПГЗ). XX Всесвітній соціологічний конгрес МСА. *Український Інститут Політики Громадського Здоров'я*. URL: <https://uiphp.org.ua/uk/hromadske-zdorovia/podii-ta-anonsy/item/397-xx-vsesvitnii-sotsiolohichni-konhresmsa> (дата звернення: 29.09.2023).

6. Ташченко А., Олексюк О. *Вплив COVID-19 на глобальне споживання даних / Ексайтова економіка : підручник* / за науковою ред. к.е.н., доц. Татомир І. Л., к.тех.н., доц. Шульжика Ю. О. Трускавець : ПОСВІТ, 2022. С. 28–39.

7. Ташченко А. Болоче питання: карантинні переживання про особисте та державне. *Research & Branding Group*. 2020. URL: <https://rb.com.ua/uk/blog-uk/boljuche-pitannya-karantinni-perezhivannja-pro-osobiste-ta-derzhavne/>

8. Ташченко А. Рубікон: такі різні українці. *Research & Branding Group*. 2020. URL: <http://rb.com.ua/uk/blog-uk/rubikon-taki-rizni-ukrainci/>

Tashchenko A. Yu., Shepak V. V., Panasenko Yu. A. Retrospective (re) conception in time: analysis of declared quarantine behavior during COVID-19

The COVID-19 pandemic has impacted our lives, and resulted in various types of behavior among the population of Ukraine. The authors aimed to conduct an in-depth analysis of behavioral reactions, and understand how they depend on various social and demographic factors. The analysis of data from the first wave of the «RUBICON» project allowed for the identification of clusters of quarantine behavior, and their characteristics. The authors note differences among men and women depending on factors such as age, marital status, the presence of other

family members, and the number of children living with the respondents. The most prominent ones were the «maximalists», who were more concerned about other family members, had larger families, and more often had children. A large family can reduce the fear of physically risky social contacts, since they already have many potential contacts. Women were more inclined to «maximalist» behavior, due to their greater responsibility for the family and the health of everyone. The opposite type, «minimalists», adhered less to measures to avoid infection, and may have been less informed about the risks. Data from the fourth wave of the «RUBICON» project expanded the possibilities for analysis, illustrating differences in attitudes regarding the continuation of quarantine in 2020. The authors' research emphasizes the connection between behavior and age. Young people may be more restricted by quarantine as it affects their lives more strongly. Older people may worry less as they are accustomed to less favorable health conditions and dealing with complex illnesses. In addition, it is assumed that access to information and social media can influence risk perception and reactions to it. Further analysis and discussion are necessary for a deeper understanding of these phenomena and the impact of the pandemic on the behavior and attitudes of the population in Ukraine, which can serve as a basis for further analysis and the development of strategies for managing similar crisis situations.

Key words: COVID-19 pandemic, behavioral clusters, attitude clusters, quarantine, social factors.