


**ԱՆՁԻ ՀՈԳԵԲԱՆՈՒԹՅԱՆ**  
**ՏԵՍԱԿԱՆ ԵՎ ԿԻՐԱՌԱԿԱՆ ՀԱՐՑԵՐ**  
(գիտական հոդվածների ժողովածու)



**ԵՐԵՎԱՆԻ ՊԵՏԱԿԱՆ ՀԱՄԱԼՍԱՐԱՆ**

**ԱՆՁԻ ՀՈԳԵԲԱՆՈՒԹՅԱՆ  
ՏԵՍԱԿԱՆ ԵՎ ԿԻՐԱՌԱԿԱՆ ՀԱՐՑԵՐ**

(գիտական հոդվածների ժողովածու)

Երևան  
«ԱՍՈՂԻԿ»  
2016

ՀՏԴ 159.923  
ԳՄԴ 88.37  
Ա 597

*Հրատարակվում է Երևանի պետական համալսարանի  
փիլիսոփայության և հոգեբանության ֆակուլտետի  
գիտական խորհրդի երաշխավորմամբ*

Գրախոս՝  
հոգեբանական գիտությունների դոկտոր  
ՌՈՒԲԵՆ ՆԱԴԴՅԱՆ

Գիտական խմբագիր՝  
հոգեբանական գիտությունների թեկնածու  
ՆԱՐԻՆԵ ԽԱԶԱՏՐՅԱՆ

**Անձի հոգեբանության տեսական և կիրառական հարցեր** (գիտական  
Ա 597 հոդվածների ժողովածու). - Եր.: «Ասողիկ» հրատ., 2016.- 280 էջ:

Սույն ժողովածուում ներկայացված են ԵՊՀ Անձի հոգեբանության ամբիոնի դասախոսների, ասպիրանտների և մագիստրոսների հոդվածները: Ժողովածուում ընդգրկվել են անձի հոգեբանության հիմնահարցերին վերաբերող տեսական և կիրառական բնույթի հոդվածներ: Դիտարկվում են անձի ձևավորման և կայացման գործում զարգացման, սոցիալական, մշակութային և էքզիստենցիալ խնդիրներ:

Հոդվածների ժողովածուն կարող է օգտակար լինել անձի հոգեբանության ոլորտով հետաքրքրված մասնագետների և ուսանողների համար:

ՀՏԴ 159.923  
ԳՄԴ 88.37

ISBN 978-9939-50-308-0

© Երևանի պետական համալսարան, 2016  
© Խաչատրյան Ն. (խմբ.), 2016

# ԲՈՎԱՆԴԱԿՈՒԹՅՈՒՆ

**ԱՌԱՋԱԲԱՆ**..... 5

## **ԱՆՁԻ ՀՈԳԵԲԱՆՈՒԹՅԱՆ ՆՈՐ ԿՈՂՄՆՈՐՈՇՈՒՄՆԵՐ**

### ***Նարինե Խաչապրյան***

ԱՆՁԻ ՀՈԳԵԲԱՆՈՒԹՅՈՒՆՆ ԼՅՍՕՐ. ՈՒՍՈՒՄՆԱՍԻՐՄԱՆ ԱՌԱՐԿԱՆ ԵՎ ՄԱՐՏԱՀՐԱՎԵՐՆԵՐԸ..... 9

### ***Սվեդրյանա Հարությունյան***

ՆԱՐԱՏԻՎ ՀՈԳԵԲԱՆՈՒԹՅՈՒՆ. ՁԵՎԱՎՈՐՄԱՆ ՀԻՄՔԵՐԸ, ՄԵԹՈԴԱԲԱՆՈՒԹՅՈՒՆ ԵՎ ԿԻՐԱՌԱԿԱՆ ՆՇԱՆԱԿՈՒԹՅՈՒՆԸ .....16

## **ԱՆՁ ԵՎ ԶԱՐԳԱՑՄԱՆ ԽՆԴԻՐՆԵՐ**

### ***Լիլիթ Գարգրյան***

ՍԵՓԱԿԱՆ ՏԱՐԻՔԻ ԸՆԿԱԼՈՒՄՆ ՈՒ ԴՐԱ ՆԿԱՏՄԱՄԲ ՎԵՐԱԲԵՐՄՈՒՆԻՔԸ ՀԱՍՈՒՆՈՒԹՅԱՆ ՓՈՒԼՈՒՄ ..... 33

### ***Իրինա Խանամիրյան***

ԾՆՈՂԱԿԱՆ ՀՐԱՀԱՆԳՆԵՐԻ ԱԶԴԵՑՈՒԹՅՈՒՆԸ ԿԱՆԱՑԻՈՒԹՅԱՆ ՁԵՎԱՎՈՐՄԱՆ ՎՐԱ..... 42

### ***Էլենորա Զաքարյան, Մարինե Միքայելյան***

ՓՈԽՀԱՏՈՒՑՄԱՆ ԲԱԶՄԱԲՆՈՒՅԹ ՄԵԽԱՆԻԶՄՆԵՐԸ ԵՎ ԴՐԱՆՑ ԿԻՐԱՌԱԿԱՆ ՆՇԱՆԱԿՈՒԹՅՈՒՆԸ ՀԱՏՈՒԿ ԿԱՐԻՔՆԵՐ ՈՒՆԵՑՈՂ ԵՐԵԽԱՆԵՐԻ ԶԱՐԳԱՑՄԱՆ ԳՈՐԾՈՒՄ ..... 49

### ***Սոսե Խաչիբաբյան***

ՍՏԵՂԾԱՐԱՐՈՒԹՅԱՆ ԶԱՐԳԱՑՄԱՆ ԳՈՐԾՈՆՆԵՐԸ ԿՐՏՍԵՐ ԴՊՐՈՑԱԿԱՆ ՏԱՐԻՔՈՒՄ .....61

### ***Մանե Տոնոյան***

ԾԵՐՈՒԹՅԱՆ ՎԵՐԱԲԵՐՅԱԼ ՊԱՏԿԵՐԱՑՈՒՄՆԵՐԸ ՄԻՋԻՆ ՀԱՍՈՒՆՈՒԹՅԱՆ ՓՈՒԼՈՒՄ ..... 68

### ***Կարինե Հարությունյան***

ՆԿԱՐԻ ԴԵՐԸ ԵՎ ՊԱՏԿԵՐՄԱՆ ԱՌԱՆՁՆԱՀԱՏԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԸ ՄԱՆԿՈՒԹՅԱՆ ՇՐՋԱՆՈՒՄ ..... 77

### ***Արմինե Հայրապետյան, Լիլիթ Գարգրյան***

ԿԱՊՎԱԾՈՒԹՅԱՆ ՏԵՍԱԿԻ ԵՎ ՀՈԳԵԲԱՆԱԿԱՆ ԲԱՐԵԿԵՑՈՒԹՅԱՆ ՓՈԽԿԱՊՎԱԾՈՒԹՅՈՒՆԸ ԵՐԻՏԱՍԱՐԴՈՒԹՅԱՆ ՏԱՐԻՔՈՒՄ..... 84

## **ԱՆՁ ԵՎ ՍՈՑԻԱԼԱԿԱՆ ԽՆԴԻՐՆԵՐ**

### ***Աննա Հակոբջանյան***

ԱՌՈՂՋՈՒԹՅԱՆ ՊԱՀՊԱՆՄԱՆՆ ՈՒՂՂՎԱԾ ՎԱՐՔԻ ՈՒՍՈՒՄՆԱՍԻՐՄԱՆ ՄՈՏԵՑՈՒՄՆԵՐԸ ..... 97

### ***Լիանա Սարգսյան, Սվեդրյանա Հարությունյան***

ԵՐԻՏԱՍԱՐԴՆԵՐԻ ԱՐԺԵՔԱՅԻՆ ԿՈՂՄՆՈՐՈՇԻՉՆԵՐԻ ԵՎ ՏՆՏԵՍԱԿԱՆ ԻՆՔՆՈՒԹՅԱՆ ՓՈԽԿԱՊՎԱԾՈՒԹՅԱՆ ԱՌԱՆՁՆԱՀԱՏԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԸ .....113

## **Ներածություն**

Առողջության և հիվանդության հիմնախնդիրը մշտապես կենտրոնական դիրքում է ինչպես առօրյա կենսական պահանջների, բարեկեցության ապահովման, այնպես էլ բժշկագիտական տարբեր ուսումնասիրությունների տեսանկյունից: Գիտության զարգացման ներկա փուլում առողջությունը ոչ միայն բժշկության ուսումնասիրության գերակա խնդիրներից է, այլև հոգեբանական հետազոտությունների առարկա: Հոգեբանության բնագավառում առողջության հիմնախնդրի արդի հետազոտությունները ներառում են այն հոգեբանական գործոնների ուսումնասիրությունները, որոնք անհրաժեշտ են առողջության պահպանման և բարելավման համար:

Այս հոդվածի նպատակն է լուսաբանել առողջության հոգեբանության՝ որպես առանձին գիտաճյուղի խնդիրների շարքում առողջ վարքի վերաբերյալ մոտեցումները՝ հիմնական տեսությունների վերլուծությամբ:

Ըստ առողջապահությանը համաշխարհային կազմակերպության (ԱՀԿ) կանոնադրության՝ «առողջությունը ֆիզիկական, հոգեկան և սոցիալական լիարժեք բարեկեցության վիճակն է, այլ ոչ թե պարզապես հիվանդության կամ ֆիզիկական թերությունների բացակայությունը» [20, էջ 1]: Տարբերակենք հոգեկան առողջություն և հոգեբանական առողջություն եզրույթները: Հոգեկան առողջություն եզրը հաճախ կիրառվում է՝ բացատրելու վարքային և հուզական մակարդակում մարդու արդյունավետ գործելը, այլ ոչ թե պարզապես հոգեկան հիվանդության բացակայությունը [2]:

Հոգեմարմնական հիվանդությունների տեղեկատուում նշվում են առողջապահության համաշխարհային կազմակերպության կողմից առաջ քաշվող հոգեկան առողջության հետևյալ չափանիշները [1].

- ֆիզիկական և հոգեկան «Ես»-ի նույնության, անընդհատության ու կայունության զգացում և գիտակցում,
- նույնանման իրավիճակներում ապրումների նույնություն և կայունություն,
- մարդու՝ իր և իր հոգեկան գործունեության ու դրա արդյունքների նկատմամբ քննադատություն,

- հոգեկան ռեակցիաների համապատասխանություն միջավայրի ազդեցությունների ուժին և հաճախականությանը, սոցիալական իրադրությանը և իրավիճակներին,
- վարքի ինքնակարգավորման ընդունակություն՝ սոցիալական նորմերին և կանոններին համապատասխան,
- սեփական կենսագործունեությունը պլանավորելու և իրականացնելու ընդունակություն,
- կյանքի պայմանների և իրավիճակների փոփոխություններից կախված՝ վարքը փոփոխելու ընդունակություն:

Այսպիսով՝ հոգեկան առողջությունը կենսապահովման այն հիմնարար բաղադրիչն է, որի շնորհիվ մարդն արդյունավետ գործունեություն է իրականացնում ինչպես իր, այնպես էլ շրջապատի համար:

Ի տարբերություն հոգեկան առողջության, հոգեբանական առողջությունն ընդգրկում է անձնային կողմը ևս՝ մատնանշելով անձի հասունությունն ու սոցիալական արդյունավետ փոխհարաբերությունները: Հոգեբանորեն առողջ մարդն առանձնանում է իր բարենպաստ սոցիալական վարքով, հասարակության մեջ որպես սոցիալապես օգտակար փոխհարաբերությունների կառուցման մասնակից [3]:

Հոգեբանական առողջության հետ ավելի շատ հատման կետեր ունի սոցիալական առողջությունը: Սոցիալական բաղադրիչն առկա է առողջության գրեթե բոլոր սահմանումներում, բայց, ի տարբերություն ֆիզիկական և հոգեկան բաղադրիչների, ավելի բարդ է սահմանել, թե որն է սոցիալական առողջությունը: Սահմանման բարդությունը կապված է նաև սոցիալական առողջության՝ ոչ միայն անձին, այլև հասարակությանը վերագրելու հետ: Անձի սոցիալական առողջության խնդիրը նաև անմիջական սոցիալական միջավայրում բարեկեցությունն ապահովելն է [18]: Առողջության համակարգայնությունը, նախևառաջ, լիարժեք բարեկեցության վիճակի ապահովումն է: Բարեկեցությունը՝ որպես անձի համար արդյունավետ և լիարժեք վիճակ, ներառում է առողջությունը, երջանկությունը, սոցիալական բարօրությունը և կյանքի դրական որակը [8]:

Այսպես, առողջությանն առնչվող տարաբնույթ ուսումնասիրությունները ևս կապվում են դրա համակարգային բնույթի հետ: Համակարգայնությունը ենթադրում է բազմամակարդակ հետազոտություններ, որոնցում դիտարկվում են մի շարք գործոններ՝ ֆիզիկական, հոգեբանական, սոցիալական, էկոլոգիական և այլն: Հոգեբանական տարբեր առանձնահատկությունների ուսումնասիրություններն այսօր իրականացվում են երիտասարդ գիտակարգի՝ առողջության հոգեբանության շրջանակներում:

Առողջության հոգեբանության ոլորտում հետազոտությունները կարող են կապված լինել բազմազան հիմնահարցերի հետ, որոնցում առանձնացվում են ուսումնասիրության առանձին խնդիրներ: Դրանք են *առողջությանն առնչվող վարքի* և *կանխարգելման* հարցերը, *առողջության ու սթրեսի կամ հոգեմարմնական խնդիրների* ուսումնասիրությունը և *հիվանդության ու խնամքի հոգեւոցիալական կողմի* ուսումնասիրությունները [19]:

Սույն հոդվածում մենք կանդրադառնանք խնդիրների առաջին ոլորտին՝ *առողջությանն առնչվող վարքի* տեսական ուսումնասիրությանը: Այս ոլորտը ներառում է ամենօրյա սովորույթների և այլ վարքաձևերի (ֆիզիկական ակտիվության աստիճան, ծխելը, ալկոհոլի օգտագործումը և այն) ու դրանց հետևող առողջական հետևանքների միջև կապի ուսումնասիրությունները: Այսպիսի հետազոտությունների գլխավոր նպատակն է պարզել փոփոխելի վարքի, դրան հետևող առողջական հետևանքների առանձնահատկությունները, ինչպես նաև դրանց միջև ընկած պայմանավորող գործոնների (սեռ, ազգություն, հիվանդության ընտանեկան պատմություն, անձնային գծեր) առանձնահատկությունները [11, 19]:

Ստորև կդիտարկենք, թե առողջության բարելավման և հիվանդության կանխման նպատակով վարքային փոփոխություններ իրականացնելու համար ինչ տեսություններ, մոդելներ են հիմք հանդիսանում:

## **Առողջությանն առնչվող վարքի մեկնաբանությունները**

Առողջության հոգեբանության շրջանակներում հիմնարար է առողջության և հիվանդության ընկալումը, թե ինչ են մարդիկ մտածում իրենց առողջության մասին և ինչպես են վերաբերվում հիվանդությանը: Մտքերը կապված են առողջության և հիվանդության վերաբերյալ պատկերացումների ու համոզմունքների հետ: Ընկալումները, մտքերն ու համոզմունքներն, իրենց հերթին, ընկած են դրսևորվող վարքի հիմքում: Այսինքն՝ առողջությանն առնչվող վարքն անհրաժեշտ է ուսումնասիրել և հասկանալ դրա հիմքում ընկած գործոնների (կոգնիցիաների) միջոցով [10]:

Մինչ վարքի վերաբերյալ տեսություններին և մոդելներին անդրադառնալը, վերլուծենք, թե ինչպես է մեկնաբանվում *առողջ վարքը* կամ *առողջությանն առնչվող վարքը*: Ընդհանուր առմամբ, առողջությանն առնչվող վարքը Դեյվիդ Գոչմանը մեկնաբանում է որպես անհատների, խմբերի ու կազմակերպությունների կողմից արվող գործողություններ, ինչպես նաև այդ գործողությունների հետևանքներ, դետերմինանտներ ու կորելյատներ, որոնցից իրականանում են սոցիալական և ռազմավարական փոփոխություններ, զարգանում են քոփինգ հմտություններն ու բարելավվում է

կյանքի որակը [12]: Գոչմանը «առողջ վարքը» սահմանում է որպես այն-պիսի անձնային առանձնահատկություններ, ինչպիսիք են համոզմունքները, սպասումները, դրդապատճառները, արժեքները, ընկալումները և այլ կոգնիտիվ տարրեր, անձնային գործոնները, ինչպես նաև աֆեկտիվ և հուզական վիճակներն ու գծերը և վարքի այն բացահայտ ձևերը, սովորություններն ու գործողությունները, որոնք վերաբերում են առողջության պահպանմանը, վերականգնմանն ու բարելավմանը: Քեսլը և Քոբբը (Kasl&Cobb, 1966) սահմանում են առողջությանն առնչվող վարքի երեք կատեգորիաներ.

1) *Կանխարգելիչ վարքը (preventive behavior)* ներառում է անձի կողմից դրսևորվող ցանկացած ակտիվություն, որն ուղղված է հնարավոր վնասից պաշտպանվածությանը (օրինակ՝ ամրագոտիների օգտագործումը մեքենա վարելիս, պահպանակի օգտագործումը սեռահարաբերության ժամանակ և այլն): Ինքնապաշտպան այսպիսի վարքը կոչվում է նաև զգուշավոր վարք:

2) *Հիվանդ վարքը (illnes behavior)* իրեն հիվանդ ընկալող անձի կողմից դրսևորվող ցանկացած ակտիվություն է, որն ուղղված է անձի առողջական վիճակի բացահայտմանն ու համապատասխան դեղամիջոցի ընտրությանը (ախտանշանների առկայության պարագայում մասնագետներին դիմելը, առողջական վիճակին հետևելը):

3) *Հիվանդի դերի վարքը (sick-role behavior)* ներառում է իրենց հիվանդ համարող անձանց կողմից առողջանալու նպատակով իրականացվող գործողությունները. բժիշկների նշանակած բուժումը ստանալը, ընդհանուր առմամբ կախյալ վարքաձևերը [8]:

Առանձնացվում են նաև առողջությանն առնչվող (health-related) վարք և առողջությանն (պահպանմանը) ուղղված (health-directed) վարք: Առողջությանն առնչվող վարքը մեկնաբանվում է որպես ցանկացած գործողություն, որը կապված է հիվանդության կանխարգելման, առողջության պահպանմանն ու բարելավման հետ: Այս տիպի վարքը կարող է ենթադրել կամային և ոչ կամային ջանքերի օգտագործում, այսինքն՝ մտադրված բարելավելու առողջությունը և որպես ուղղակի պահանջվող գործողության ձև: Օրինակ, երեխան, որը վազում է ֆիզկուլտուրայի դասի ժամանակ, դրսևորում է առողջությանն առնչվող վարք, բայց դա ոչ թե մտադրված վարք է՝ բարելավելու առողջական վիճակը, այլ պարտադրված է ուսուցչի կողմից՝ գնահատական ստանալու համար: Իսկ, օրինակ, մեծահասակը, որ մարզվում է սրտի հիվանդության ռիսկը նվազեցնելու համար, մտադրված վարքաձև է իրականացնում՝ առողջությունը պահպանելու և ամրապնդելու համար: Այս տիպի վարքն արդեն կոչվում է առողջությանն ուղղված վարք [նույն տեղում]:



Այսպիսով, առողջությանն առնչվող վարքաձևերը կարող են տարբեր լինել, սակայն վերլուծելով դրանց տրված մեկնաբանությունները՝ միանշանակ է, որ այդ վարքի ուսումնասիրություններն ու վարքաձևերի հետ իրականացվող միջամտություններն ուղղված են առողջության պահպանմանը, բարելավմանն ու բարեկեցության ապահովմանը:

Առողջությանն առնչվող վարքի ինչպես հետազոտական, այնպես էլ կիրառական դաշտում չկա մի միասնական տեսություն: Գրականության մեջ ամենից հաճախ հանդիպում են մի քանի մոդելներ և տեսություններ, որոնք մեթոդաբանական տեսանկյունից փոխլրացնում են միմյանց՝ կիրառվելով և՛ հետազոտություններում, և՛ պրակտիկ ոլորտում՝ փոփոխելու անառողջ վարքաձևերը:

Այդ տեսություններից հիմնականում չորսն առավել հաճախ կիրառելի են համարվում: Դրանց վերլուծությանը մենք կանդադառնանք ստորև: Այդ մոտեցումներն են [9, 13].

1. Սոցիալ-կոգնիտիվ տեսությունը (social-cognitive theory)
2. Առողջության վերաբերյալ համոզմունքների մոդելը (health belief model)
3. Պլանավորված վարքի տեսությունը (theory of planned behavior)
4. Տրանստեսական մոդելը (the transtheoretical model):

*Սոցիալ-կոգնիտիվ իստական մոտեցումը* վարքի փոփոխման ամենաարդյունավետ տեսություններից է: Այս մոտեցման համաձայն՝ մարդու վարքը կառուցվում է եռակողմ փոխազդեցությամբ՝ փոխադարձ դետերմինացիայի երեք բաղադրիչներով, որոնք փոխապայմանավորում են միմյանց: Այսինքն՝ ըստ այս դրույթի, գոյություն ունի շարունակական, դինամիկ փոխազդեցություն անհատի, միջավայրի և վարքի միջև, ինչի հետևանքով էլ բաղադրիչներից որևէ մեկի փոփոխությունն անդադառնում է մյուս երկուսի փոփոխության վրա: Հիմնական կառույցները, որոնք առանձնացվում են սոցիալ-կոգնիտիվ իստական տեսության շրջանակներում, հետևյալն են. միջավայրային, իրավիճակային, ինքնակարգավորում, ուսուցում դիտման միջոցով, ամրապնդում, ինքնարդյունավետություն, հուզական քոփինգ-պատասխաններ [6]:

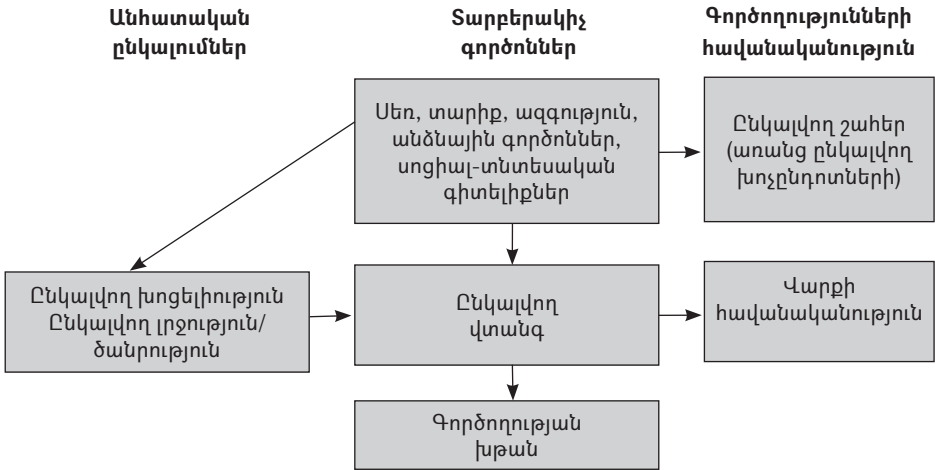
Սոցիալ-կոգնիտիվ իստական տեսությունն առաջարկում է հինգ առանցքային հասկացություններ առողջության պահպանմանն ուղղված վարքի հասկացման և մեկնաբանման համար: Դրանք են՝ առողջության համար ռիսկային և շահավետ գործոնների մասին գիտելիքը, ինքնարդյունավետությունը, սպասելիքներն արդյունքների վերաբերյալ, նպատակները և խոչընդոտների ընկալումն ու փոխվելու համար օգնող միջոցները: Սոցիալ-կոգնիտիվ իստական մոտեցման վրա հիմնվող կանխարգելիչ

աշխատանքները ներառում են տեղեկատվական բաղադրիչը՝ մեծացնելու որոշակի վարքաձևի հետ կապված ռիսկերի և շահերի մասին պատկերացումները, ինչպես նաև սովորեցնելու այնպիսի սոցիալական և կոգնիտիվ հմտություններ, որոնք կարող են ձևավորել վարքային փոփոխություններ, կառուցելու ինքնարդյունավետությունը, ինչը կնպաստի վարքի դրսևորմանը [6, 7]:

Ինքնարդյունավետությունը տեսության շրջանակներում մեկնաբանվում է որպես մարդու՝ տարբեր իրավիճակներում այս կամ այն վարքաձևն իրականացնելու վստահություն: Ինքնարդյունավետությունը կարևոր միջնորդավորող փոփոխական է գիտելիքի, դիրքորոշումների, հմտությունների և վարքի միջև [6]: Տվյալ պարագայում ինքնարդյունավետությունը վերաբերում է առողջության պահպանման համար իրականացվելիք որևէ վարքաձևին: Ա. Բանդուրան նշում է, որ ինքնարդյունավետության համոզմունքներն առողջության վրա ազդում են երկու ճանապարհով՝ ազդելով կենսաբանական համակարգերի (իմունային, նյարդային) ակտիվացման վրա և ազդելով մարդու՝ վարքային փոփոխություններ իրականացնելու որոշումների վրա, նրանց՝ փոխվելու դրդապատճառայնության վրա [7]: Ցածր ինքնարդյունավետությամբ մարդը քիչ արդյունքներ է ակնկալում իր վարքի փոփոխությունից, իսկ բարձր ինքնարդյունավետություն ունեցող մարդը ոչ միայն ակնկալում է, որ կհաջողի, այլև ավելի հավանական է, որ ներկայում էլ կունենա ավելի առողջ վարք: Ինքնարդյունավետության վրա մի քանի գործոններ են ազդում. այլոց հայացքների համակարգը, այլոց վարքը դիտելը, նախկին փորձը և ֆիզիոլոգիական հետադարձ կապը [6]:

Այսպիսով՝ Ա. Բանդուրայի սոցիալ-կոգնիտիվ լիստական տեսությունն առանձնահատուկ մեթոդաբանական նշանակություն ունի առողջության պահպանմանն ուղղված վարքաձևերի ուսումնասիրություններում, քանզի տեսության գլխավոր դրույթներից մեկի՝ ինքնարդյունավետության գաղափարն է վարքային փոփոխությունների հիմքում: Վարքի փոփոխմանն ուղղված այլ տեսությունների ու մոդելների համար ևս այն ունի տեսամեթոդաբանական նշանակություն:

*Առողջության վերաբերյալ համոզմունքների մոդելն* առաջինն է, ստեղծվել է 1950-ականներին Գ. Հոխբաումի (G. Hochbaum) կողմից և կապվում է ամերիկյան հանրային առողջության ծառայությունում առաջարկվող կանխարգելիչ հետազոտությունների, մասնավորապես՝ տուբերկուլյոզի հայտնաբերմանն ուղղված կանխարգելիչ աշխատանքների անարդյունավետությունը բացատրելու հետ [մեջբերում ըստ 17]: Առողջության վերաբերյալ համոզմունքների մոդելը ներկայացված է Նկար 1-ում:



Նկար 1. Առողջության վերաբերյալ համոզմունքների մոդել (Stretcher, V., & Rosenstock I. M., 1977), [մեջբերվում է ըստ 13, էջ 34]:

Ըստ այս մոդելի՝ առողջության համար որևէ գործողության պատրաստակամության աստիճանն անձի կողմից հիվանդության վնասի ընկալման հետևանքն է: Այս ընկալումն, իր հերթին, ձևավորվում է մի քանի բաղադրիչներից. անձի՝ հիվանդության նկատմամբ *խոցելիության* (susceptibility) և դրա պոտենցիալ *ծանրության* (severity) ընկալում, *գործողության խթան* (the cue for action), որը կարող է լինել կամ սուբյեկտիվ ընկալմամբ, կամ առողջության մասին օբյեկտիվ տեղեկատվությունից ելնելով (օրինակ՝ այդ մասին նյութեր կարդալուց): Վարքը բնորոշվում է խոցելիության և ծանրության նվազեցմանն ուղղված գործողությունից ստացվող պոտենցիալ *շահի* (benefits) գնահատմամբ, իսկ շահերն այնուհետև բախվում են ֆիզիկական, հոգեբանական, ֆինանսական և այլ ծախսերի կամ *խոչընդոտների ընկալման* (barriers) հետ [9, 13, 14]:

Այսպիսով, առողջության վերաբերյալ համոզմունքների մոդելը՝ որպես հիմնական կառույց, ընկալումների մակարդակում ներառում է հիվանդության *ընկալվող ծանրությունը*, *խոցելիությունը*, *շահերը* և *խոչընդոտները*:

Հիվանդության ընկալվող ծանրությունը վերաբերում է հիվանդության ծանր լինելու՝ անձի ունեցած համոզմունքներին: Հիվանդության ծանրության վերաբերյալ ընկալումը սովորաբար ստացվում է բժշկական տեղեկատվությունից, սակայն կարող է հիմնված լինել նաև այն համոզմունքների վրա, թե ինչ հետևանքներ կունենա հիվանդությունն ու ինչպես կազդի ամբողջ կյանքի վրա առհասարակ [14]:

Ընկալվող խոցելիությունն ամենագգայուն բաղադրիչն է՝ փոփոխելու և ավելի առողջ վարք ձևավորելու գործում: Որքան խոցելի և ռիսկային է անձն ընկալում հիվանդությունը, այնքան հավանականությունը մեծ է, որ կձևավորվի այդ ռիսկը փոքրացնող առողջ վարքաձև, սակայն խոցելիության ընկալումն ունի նաև հակառակ կողմը, այսինքն՝ որքան քիչ ռիսկային է ընկալվում հիվանդությունը, այնքան ավելի արագ են ձևավորվում անառողջ վարքաձևեր [13, 14]:

Ընկալվող շահերի կառուցվածքը ներառում է անձի կարծիքն ու համոզմունքներն այն մասին, թե որքանով են արդյունավետ հիվանդության ռիսկայնության նվազեցմանն ուղղված գործողություններն ու նոր վարքի ձևավորումը: Մարդիկ հակված են վարքի նոր ձևերի, եթե հավատում են, որ հիվանդությունը չի զարգանա: Ընկալվող խոցելիություններն անձի կողմից գնահատվող բոլոր այն արգելքներն են, որոնք խանգարում են նոր վարքի ձևավորմանը: Առողջության վերաբերյալ համոզմունքների մոդելում այս բաղադրիչն ամենանշանակալիցն է վարքի փոփոխման գործում, քանի որ անձը հակակշռում է իր վարքի արդյունավետությունն ընկալվող խոցելիություններին: Վարքի նոր ձևերը, չնայած ավելի առողջ լինելուն, հաճախ ծախսեր են պահանջում, տհաճ են, ժամանակատար և այլն [14]:

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

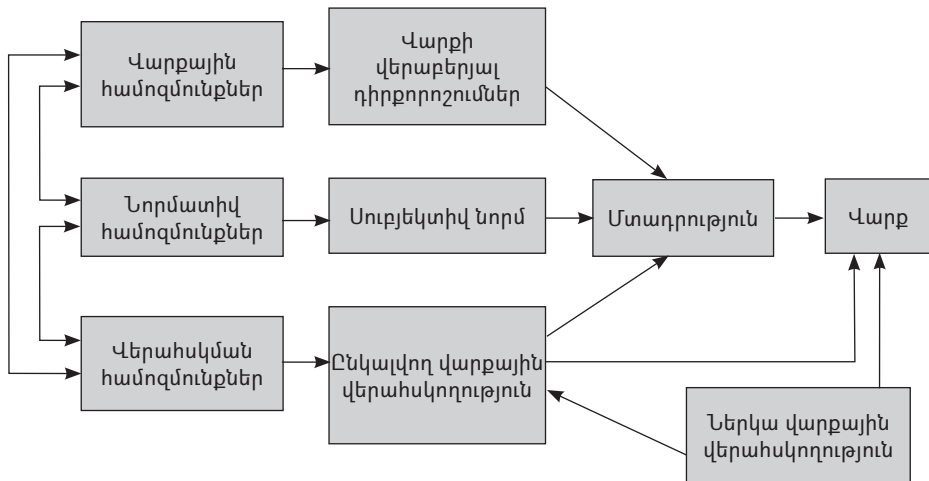
Առողջության վերաբերյալ համոզմունքների մոդելում ավելի ուշ չորս հիմնական բաղադրիչներին ավելացան նաև տարբերակիչ բաղադրիչները՝ գործողության դրդապատճառը և ինքնարդյունավետությունը: Գործողությունների դրդապատճառը խթանն է որոշման կայացման գործընթացում, այն կարող է լինել ներքին (օրինակ՝ ախտանշանները) կամ արտաքին (ԶԼՄ, միջանձնային փոխհարաբերություններ, նախազգուշացումներ և այլն): Արտաքին դրդապատճառներն ընդհանուր առմամբ միավորվեցին ժողովրդագրական, սոցիալ-հոգեբանական գործոններում: Ինքնարդյունավետությունը, ինչպես վերը նշվեց, Բանդուրայի՝ սոցիալ-կոգնիտիվ տեսության շրջանակներում կիրառվող տերմին է, որով սահմանվում է անձի՝ գործողություններ իրականացնելու վստահությունը: Սովորաբար մարդիկ որևէ նոր գործողություն չեն իրականացնում, քանի դեռ վստահ չեն, որ կարող են: Այսինքն՝ ինքնարդյունավետությունն ազդում է ընկալումների և հետևաբար՝ վարքի վրա [9, 14]:

Այսպես, առողջության վերաբերյալ համոզմունքների մոդելը ներկայանում է որպես անձի կոգնիտիվ և վարքային դրսևորումների համակարգ,

որը հնարավորություն է ստեղծում կոգնիտիվ բաղադրիչի փոփոխությամբ փոխել նաև վարքը՝ առողջացման միտումով:

Պլանավորված վարքի տեսության հեղինակն է Իցեկ Այզենը, որը մինչ այս տեսության վերամշակումը, զարգացրել էր մեկ այլ տեսություն՝ գիտակցված գործողությունների տեսությունը (theory of reasoned actions) [5]: Գիտակցված գործողությունների տեսության տեսամեթոդաբանական հիմքն են կազմում Ա. Բանդուրայի սոցիալ-կոգնիտիվ տեսությունը, Հ. Տրիանդիսի սուբյեկտիվ մշակույթի և միջանձնային փոխհարաբերությունների տեսությունը, առողջության վերաբերյալ համոզմունքների մոդելը (Health belief model: Becker&Rosenstock, 1984), նպատակադրման տեսությունը (Goal setting theory: Locke and Latham, 1960), «տեղեկատվություն, դրդապատճառ, վարքային հմտությունների» մոդելը (The Information-Motivation-Behavioral Skills Model: Fisher&Fisher, 1992), տեխնոլոգիաների ընդունման մոդելը (technology acceptance model: Davis 1989, Bagozzi, Davis & Warshaw 1992) [5]: Պլանավորված վարքի տեսությունը ներկայացված է Նկար 3-ում:

Գիտակցված գործողությունների տեսության մեջ առանձնացվող բաղադրիչները հիմնվում են Դ. Դուլանի (D. Dulany, 1968) կողմից առաջարկված «տրամաբանական վերահսկողության տեսության» հիմնադրույթների վրա [մեջբերվում է ըստ 5]: Վերջինն, ի հակադրություն ռադիկալ բիհևիորիզմի, փաստում է, որ մարդկանց գործողությունները ոչ թե հիմնվում են խրախուսանքով ու պատժով ամրապնդման վրա, այլ վարքին նախորդում են գիտակցական մտադրությունները, վարքը ղեկավարվում է բարձրագույն մտային գործընթացներով [5, 9]:



Նկար 2. Պլանավորված վարքի տեսություն [4, էջ 182]

Գիտակցված գործողությունների տեսության մեջ որպես բաղադրիչներ առանձնացվում են *վարքային համոզմունքները*, որոնք կազմում են մարդու սուբյեկտիվ ընկալումներն այն մասին, որ որոշակի վարք ցուցաբերելով՝ նա կունենա ցանկալի արդյունքներ, վերջիններն էլ ստանում են համապատասխան գնահատական: Այսպես, որևէ վարքաձևի վերաբերյալ մարդիկ ունեն համոզմունքներ՝ այդ վարքին հաջորդող սպասվող որոշակի արդյունքներով և դրանց տրվող արժեքով: Գիտակցված գործողությունների տեսությունն այս վարքային համոզմունքների և արդյունքների գնահատման համադրությունը մեկնաբանում է որպես ընդհանուր դրական կամ բացասական *դիրքորոշում վարքի նկատմամբ*:

*Նորմատիվ համոզմունքները* մարդու սուբյեկտիվ ընկալումն է՝ որևէ նշանակալի անձի կամ խմբի կողմից սպասվող վարքը ցուցաբերելու, իսկ սոցիալական տարբեր նշանակալի խմբերի կողմից սպասելիքները ձևավորում են ընդհանուր սոցիալական ճնշումը կամ *սուբյեկտիվ նորմը*: Սուբյեկտիվ նորմերն ու դիրքորոշումները վարքի նկատմամբ իրարից անկախ բաղադրիչներ են: Օրինակ, թեև մարդը կարող է ունենալ դրական դիրքորոշում տվյալ վարքը ցուցաբերելու վերաբերյալ, բայց սոցիալական ճնշման ընկալմամբ չիրականացնի համապատասխան գործողություններ և ընդհակառակը՝ բացասական դիրքորոշումներ ունենալով հանդերձ՝ վարվել սպասումներին համապատասխան [5, 9]:

Պլանավորված վարքի տեսությունը ստեղծվեց՝ փոխլրացնելու գիտակցված գործողությունների տեսությունը՝ մտցնելով վարքի նկատմամբ ընդհանուր վերահսկողությունը [4, 5, 9, 13]: Այսպիսով՝ պլանավորված վարքի տեսությունն արդեն ներառում է բոլոր այն բաղադրիչները, որոնք վերաբերում են գիտակցված գործողությունների տեսությանը՝ համալրվելով երկու բաղադրիչով ևս: Դրանցից մեկը՝ *վարքային վերահսկումը*, վերաբերում է բոլոր այն ներքին և արտաքին գործոններին, որոնք կարող են նպաստել կամ խոչընդոտել վարքի իրականացման մտադրությանը: Այսինքն՝ վարքային վերահսկողության ներկա աստիճանը միջնորդավորում է, թե ինչպես մտադրությունը կազդի վարքի վրա: Հոգեբանական տեսանկյունից ավելի մեծ հետաքրքրություն է ներկայացնում *ընկալվող վարքային վերահսկողությունը*, որը պլանավորված վարքի տեսության մեջ ներկայանում է որպես տվյալ վարքն իրականացնել կարողանալու մարդկանց վստահության և համոզվածության բաղադրիչ: Սոցիալ-կոգնիտիվ խստական մոտեցման համաձայն՝ այս բաղադրիչը նույնական է ինքնարդյունավետությանը (վերջինին կանդրադառնանք ստորև): Ինչպես և դիրքորոշումներն ու սուբյեկտիվ նորմերը, վարքային վերահսկողության ընկալումները բխում են ընդունելի համոզմունքներից,

տվյալ պարագայում՝ վարքի իրականացմանը նպաստող ռեսուրսների և խոչընդոտների մասին համոզմունքներից: Այսինքն՝ ընկալվող վարքային վերահսկողությունն, իր հերթին, կարելի է կանխորոշել վերահսկման համոզմունքների ուսումնասիրմամբ [4, 5]:

Այսպիսով, ըստ պլանավորված վարքի տեսության՝ մարդկանց վարքը պայմանավորված է երեք տիպի համոզմունքներով. վարքի սպասվող արդյունքների և դրանց գնահատման վերաբերյալ համոզմունքներով (վարքային համոզմունքներ), նշանակալի անձանց սպասելիքների վերաբերյալ համոզմունքներով և այդ սպասելիքներին համապատասխան գործելու մոտիվացիայով (նորմատիվ համոզմունքներ) և վարքը խթանող կամ խոչընդոտող գործոնների առկայության վերաբերյալ համոզմունքներով ու այդ գործոնների ուժի ընկալմամբ (վերահսկման համոզմունքներ):

Այս համոզմունքներից յուրաքանչյուրն, իր հերթին, ձևավորում է բնութագրական խմբեր, որոնք ազդում են վարքի մտադրության վրա: Վարքային համոզմունքները ձևավորում են վարքի իրականացման բարենպաստ կամ անբարենպաստ դիրքորոշումներ, նորմատիվ համոզմունքները ձևավորում են սոցիալական ճնշման արդյունքում սուբյեկտիվ նորմը, իսկ վերահսկման համոզմունքները ձևավորում են ընկալվող վարքային վերահսկումը: Դիրքորոշումների, սուբյեկտիվ նորմի և ընկալվող վարքային վերահսկման համադրումն ընկած է վարքի իրականացման մտադրության հիմքում: Որպես կանոն, որքան բարենպաստ են դիրքորոշումներն ու սուբյեկտիվ նորմը, և որքան մեծ է ընկալվող վարքային վերահսկողությունը, այնքան ավելի մեծ է տվյալ վարքն իրականացնելու անձի մտադրությունը: Ունենալով ներկա վարքի վերահսկողության բավարար մակարդակ՝ մարդիկ հակված են համապատասխան հնարավորության դեպքում իրականացնել մտադրությունները [5]:

Այսպիսով՝ պլանավորված վարքի տեսության հիմնարար գաղափարն այն է, որ վարքը կարելի է կանխատեսել մտադրություններով: Ընկալվող վարքային վերահսկողությունը միջնորդավորում է մտադրություններն ու վարքը. մտադրություններից վարքն ավելի կանխատեսելի է, երբ բարձր է վարքային վերահսկողության մակարդակը:

*Վարքային փոփոխությունների պրանսպրեսական մոդելն* իր մեթոդաբանական նշանակությամբ ևս մեկ ընդունելի մոտեցում է: Այս մոդելում կիրառվում են վարքի փոփոխության տարբեր փուլերը՝ միավորելով տարբեր տեսությունների հիմքում ընկած փոփոխությունների սկզբունքները, ինչի արդյունքում էլ տեսությունն անվանվում է տրանստեսական: Այս մոդելի ստեղծման հիմքում հոգեթերապևտիկ մի շարք միջամտությունները և վարքային փոփոխություններն են: Տեսությունն առաջ քաշած հեղինակների կողմից իրականացված

փորձարարական հետազոտությունները ցույց են տվել, որ վարքի որոշակի ձևեր միանգամից չեն ենթարկվում փոփոխությունների, այլ անցնում են մի շարք փուլեր [15]:

Նախնական հետազոտությունները, որոնք ներառում էին մի շարք վարքաձևերի (ծխելը թողնելը, ակոհոլից և թմրանյութերից կախվածության վերացումը, վարժություններ անելը, արևից պաշտպանվածությունը, քաշի նվազեցումը, պահպանակների օգտագործումը, սթրեսի կառավարումը և այլն) ուսումնասիրություններ, ցույց տվեցին, որ վարքի փոփոխությունները տարբեր ժամանակահատվածներում տարբեր տեսակի գործընթացներ են անցնում, այսինքն՝ դրանք ունեն փուլային պայմանավորվածություն [15, 16]: Այսպես, տրանստեսական մոդելի հիմնական առանցքային հասկացություններն են փոփոխման փուլերը, փոփոխման գործընթացը, որոշման կայացումը, ինքնարդյունավետությունը [15, 9]:

Փուլերը տեսության կարևոր մասն են կազմում, քանի որ փոփոխությունները բնականորեն ենթարկվում են ժամանակի ֆեյնոմենին, սակայն առաջատար թերապևտիկ ուղղություններում առանձնացված չէ ժամանակը որպես առանցքային կառույց, վարքային փոփոխություններն ավելի հաճախ ներկայանում են որպես որոշակի իրադարձություններ: Տրանստեսական մոդելը փոփոխությունները կառուցում է որպես վեց փուլերի ընթացքում առաջացող գործընթաց: Այդ փուլերն են. նախնական հետաքրքրվածության (precontemplation), որի ընթացքում մարդիկ մտադրված չեն փոփոխության որևէ գործողություն իրականացնել մոտ ապագայում, սովորաբար հաշվարկվում է վեց ամիս ժամանակահատվածում: Մարդիկ կարող են այս փուլում գտնվել իրենց վարքի մասին տեղեկացված չլինելու պատճառով, կամ հնարավոր է, որ մի քանի անգամ փոխել փորձելով և արդյունքի չհասնելով՝ այլևս փոփոխության անհավանականությունը պատճառ լինի: Երկու խմբերն էլ հակված են խուսափելու իրենց բարձր ռիսկային վարքի մասին կարդալուց, խոսելուց և մտածելուց: Հոգեթերապևտիկ ուղղություններում այսպիսի մարդիկ կարող են նկարագրվել որպես չմոտիվացված այցելուներ: Հաջորդ փուլը մտածմունքի (contemplation) փուլն է, երբ մարդիկ մտադրված են իրականացնելու գործողություններ առաջիկա վեց ամսվա ընթացքում, նրանք իրազեկ են փոփոխման հետևանքով առաջացող ռեմ և կողմ արդյունքներին, որոնց հետևանքով էլ կարող է առաջանալ այս փուլում մնալու ամբիվալենտությամբ դրսևորվող պատճառը: Վերջինը հաճախ անվանում ենք վարքային պրոկրաստինացիա: Երրորդ փուլը նախապատրաստական (preparation) փուլն է, երբ մարդիկ մտադրված են փոփոխություններ իրականացնել մոտ ապագայում, սովորաբար մեկ ամսվա ընթացքում: Նրանք



արդեն որոշակի տիպական վարք են ունեցել նախորդ տարվա ընթացքում, ունեն գործողությունների պլան, օրինակ՝ միանալ առողջության վերաբերյալ անցկացվող դասընթացի, անցնել խորհրդատվություն: Այս փուլում գտնվող մարդկանց շարքին հեղինակները սովորաբար դասում են ծխելը թողնել ցանկացողներին, քաշը նվազեցնել ցանկացողներին, վարժություններով զբաղվողներին: Չորրորդը գործողության (action) փուլն է, երբ մարդիկ արդեն որոշակի փոփոխություններ իրականացրել են իրենց կենսակերպում նախորդ վեց ամիսների ընթացքում: Քանի որ գործողությունն ակնհայտ է, այն նույնացվում է վարքային փոփոխության հետ, բայց այս մոդելում գործողությունն ընդամենը վեց փուլերից մեկն է: Այսինքն՝ վարքի ոչ բոլոր դրսևորումներն են համարվում գործողություն այս մոդելում: Գործողություն է համարվում ռիսկային վարքը նվազեցնող չափանիշներին համապատասխանությունը, օրինակ՝ ծխելու պարագայում դա կարող է լինել կրճատված ծխախոտների քանակը: Հինգերորդ փուլը դրսևորման (maintenance) փուլն է, երբ մարդիկ փորձում են կանխել վարքի կրկնությունը, սակայն ավելի հազվադեպ են գործում, քան գործողությունների փուլում: Այս փուլում ավելի քիչ են հակված գործողությունների, փոխարենն ավելի վստահ են, որ կարող են իրականացնել ու շարունակել համապատասխան փոփոխությունները: Կախված ինքնարդյունավետությունից՝ դրսևորման փուլը կարող է տևել վեց ամսից մինչև հինգ տարի: Տեսության հեղինակները նշում են, որ ավելի վաղ ուսումնասիրություններում առանձնացնում են կրկնությունները (relapse) որպես առանձին փուլ, որը գործողության կամ դրսևորման փուլից ավելի վաղ փուլի անցումն է [16]: Վերջին փուլը եզրափակման (termination) փուլն է, երբ մարդը գործում է բարձր ինքնարդյունավետությամբ, և էական չէ՝ արդյո՞ք նա նյարդային է, տագնապային, թե՞ ընկճված տրամադրությամբ. նա վստահ է, որ այլևս չի վերադառնա իր անառողջ վարքաձևերին՝ որպես հաղթահարման միջոց: Նախկին ծխողների և ալկոհոլամոլների շրջանում իրականացված ուսումնասիրությունների արդյունքում հեղինակները եկել են այն եզրակացության, որ ուսումնասիրվողների յուրաքանչյուր խմբում 20%-ից քիչ է կազմում այն մարդկանց թիվը, ովքեր հասել են այս փուլին՝ դրսևորելով բարձր ինքնարդյունավետություն, այսինքն՝ այս փուլի համար սահմանված չափանիշը կարող է շատ խիստ լինել կամ կարող է նշանակել, որ այս փուլը կատարյալ նպատակ է մարդկանց մեծամասնության համար, սակայն այլ վարքաձևերի պարագայում էլ կարող է համարժեք լինել ընդունված կենսակերպին [15, 16, 13, 9]:

Փոփոխման գործընթացներն այն բացահայտ և թաքնված գործողություններն են, որոնք մարդիկ իրականացնում են փոփոխման փուլերի

ընթացքում: Փոփոխման գործընթացներն այն անկախ փոփոխականներն են, որոնք մարդիկ պետք է կիրառեն մի փուլից մյուսին անցման ժամանակ: Դրանք ներկայացված են առանձին գործընթացներով, որոնց մեկնաբանությանը կանդրադառնանք ստորև:

*Գիտակցականության բարձրացում.* որոշակի խնդրային վարքի վերաբերյալ պատճառների, և բուժման պայմանների մասին իրազեկվածությունն է:

*Հուզական աջակցություն.* գործողությունների իրականացման համար բացասական հուզականության նվազեցում:

*Ինքնավերագնահատում,* որը ներառում է Ես-կերպարի կոգնիտիվ և հուզական գնահատումը՝ առանց որևէ անառողջ սովորության կամ էլ դրանով հանդերձ:

*Միջավայրի վերագնահատում.* ներառում է այլ մարդկանց վրա անառողջ վարքաձևի ազդեցության կոգնիտիվ և հուզական գնահատումը, կարող է ներառել նաև այն գիտակցումը, որ որևէ մեկը կարող է ուրիշների համար դրական կամ բացասական օրինակ ծառայել:

*Ինքնազատագրումը* փոխվել կարողանալու և, միևնույն ժամանակ, այդ համոզմունքից դրդված գործողություններ իրականացնելու համոզմունքն է, ավելի պարզ ասած՝ այն կամային ջանքերը, որոնց շնորհիվ մարդն իրականացնում է փոփոխությանն ուղղված գործողություններ:

*Սոցիալական ազատագրում՝* առողջ վարքաձևերին ուղղված սոցիալական հնարավորությունների մեծացում:

*Հակամրայնացում՝* ավելի առողջ վարքաձևերին սովորելը, որոնք կարող են փոխարինել նախկին անառողջ վարքաձևերին:

*Խթանիչների վերահսկում՝* հեռացնում է անառողջ սովորությունների խթանները՝ ավելացնելով ավելի առողջ այլընտրանքները:

*Իրադրությունների կառավարում՝* որոշակի ուղղվածությամբ քայլեր ձեռնարկելու պայմաններն են, մասնավորապես՝ վարքը փոխել ցանկացողների ամրապնդման մեխանիզմները:

*Օգնող հարաբերություններ՝* ներառում են հոգատարությունը, վստահությունը, ինչպես նաև աջակցությունն առողջ վարքաձևի կառուցման համար [15, 16]:

Այսպիսով՝ տրանստեսական մոդելի առանցքային երկու բաղադրիչներն են փոփոխման փուլերը և այդ փուլերի ընթացքում տեղի ունեցող այն գործընթացները, որոնք հաջորդականորեն անցնում են մի փուլից մյուսին:

Առանցքային բաղադրիչներից են նաև որոշման կայացումը և ինքնարդյունավետությունը: Այսպես, որոշման կայացումը անձի՝ փոխվելու դեմ և կողմ գործոնների հակակշռումն է: Այս բաղադրիչին է վերագրվում անձի

կողմից իր վարքի փոփոխման արդյունքների մասին բոլոր արգելքների և շահերի հաշվառումը: Համեմատելով՝ տրանստեսական մոդելում որոշման կայացման բաղադրիչը կարելի է նույնացնել ընկալվող վարքային վերահսկողության հետ՝ պլանավորված վարքի տեսությունում և պոտենցիալ շահերի ու ընկալվող խոչընդոտների հետ՝ առողջության վերաբերյալ համոզմունքների մոդելում [15, 9, 13]:

Ինքնարդյունավետությունը, թերևս, այն առանձնահատուկ բաղադրիչն է, որ առկա է բոլոր մոդելներում: Տրանստեսական մոդելում այն մատնանշվում է որպես վստահության բարձր աստիճան՝ չկրկնելու նախկին անառողջ վարքաձևերը:

Առողջության պահպանմանն ուղղված վարքի փոփոխման տրանստեսական մոդելում իբրև բաղադրիչներ են առանձնացվում նաև նախկին՝ անառողջ վարքը կրկնելու գայթակղությունը և վստահությունը, որոնք հաճախ կապվում են ինքնարդյունավետության հետ: Այս երկու բաղադրիչները փոխարինում են հաջորդաբար՝ փոփոխման փուլերի ընթացքում [15, 16]:

Այսպիսով՝ ամփոփելով, կարող ենք նկատել, որ բոլոր չորս մոդելներում վարքի փոփոխությունը մի շարք գործոնների փոխազդեցության հետևանքով տեղի ունեցող գործընթաց է: Այդ գործընթացում կարևորվում են համոզմունքների ուսումնասիրությունները տվյալ վարքաձևի հասկացման, մեկնաբանման և փոփոխության գործում: Համոզմունքներից բացի, վարքի փոփոխության գործընթացն ուղեկցվում է ինքնարդյունավետության՝ տեսական մոդելներում կիրառական նշանակությամբ առանցքային բաղադրիչով:

Առողջության հոգեբանության ուսումնասիրությունների խնդիրների շրջանակում առանձնացնելով առողջության պահպանմանն ուղղված վարքը՝ մենք փորձեցինք ներկայացնել այդ վարքի հիմնական առանձնահատկությունները տեսական վերլուծությամբ: Առողջության հոգեբանության ուսումնասիրությունների խնդիրները բավական լայն ընդգրկում ունեն ինչպես տեսական վերլուծությունների ենթարկելու, այնպես էլ նոր հետազոտական խնդիրների առաջադրման առումով:

Առողջության հիմնախնդրին վերաբերող ցանկացած ուսումնասիրություն նպատակ ունի նպաստելու մարդու կյանքի որակի բարելավմանը: Որևէ վարք կանոնավոր դարձնելու համար անհրաժեշտ է գիտակցել այդ վարքից բխող օգուտներն ու դրա հիմքում ընկած դրդապատճառները: Առողջ վարքի հիմքում ընկած հոգեբանական մեխանիզմներն ու դրա իրականացմանը նպաստող կամ խոչընդոտող գործոնները հասկանալու դեպքում մեծ է հավանականությունը, որ մարդու կյանքում այդ վարքը կդառնա

կանոնավոր: Այս առումով առողջ վարքի տեսական ուսումնասիրություններն էական նշանակություն ունեն՝ այդ մոդելները կիրառելի դարձնելու տեսանկյունից:

## ԳՐԱԿԱՆՈՒԹՅՈՒՆ

1. **Елисеев, Ю.** *Психосоматические заболевания*. Справочник. Москва, Эксмо, 2003.
2. Оксфордский толковый словарь по психологии, под ред. А.Ребера, 2002.
3. **Adler, A.** *Superiority and Social Interest: A Collection of Later Writings*, NY, W. W. Norton & Compan, 1979.
4. **Ajzen, I.** The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50(2), 1991, pp. 179-211.
5. **Ajzen, I.** The Theory of Planned Behavior, in P. A. M. Lange, A. W. Kruglanski & E. T. Higgins (eds), *Handbook of theories of social psychology*, 2012, Vol. 1, pp. 438-459.
6. **Bandura, A.** *Social Foundations of Thought and Action: A Social Cognitive Theory*. Englewood Cliffs, NJ, Prentice Hall, 1986.
7. **Bandura, A.** Health promotion by social cognitive means. *Health Education&Behavior*, N 31, 2004, pp. 143-164.
8. *Encyclopedia of Public Health*, L. Breslow (ed), Macmillan Reference USA, 2002.
9. **Redding, C. A., Rossi, J. S., Rossi, S. R., Velicer, W. F., Prochaska, J. O.** Health Behavior Models, *The International Electronic Journal of Health Education*, 2000, N 3 (Special Issue), pp. 180-193.
10. **Forshaw, M.** *Essential Health Psychology*, Oxford University Press, 2002.
11. *Foundations of Health Psychology*, H. Friedman & R. Silver (eds), Oxford University Press, 2007.
12. **Gochman, D.** *Handbook of Health Behavior Research*, New York, Vol. 1, 1997.
13. **Hayden, J.** *Introduction to Health Behavior Theory*, Jones & Bartlett Learning, 2013.
14. **Janz, N., Becker, M.** The Health Belief Model: A Decade Later, *Health Education Quarterly*, Vol.11, 1984, pp. 1-47.
15. **Prochaska, J. O., Velicer, W. F.** The Transtheoretical model of health behavior change. The Science of Health Promotion, *American Journal of Health Promotion*, Vol.12, N 1, 2007, pp. 38-48.
16. **Prochaska, J. O., Velicer, W. F., DiClemente C., et al.** Measuring the process of change: applications to the cessation of smoking. *J Consult Clin. Psychology*, 56, 1988, pp. 520-528.
17. **Rosenstock, I.** The health belief model and preventive health behavior, *Hlth Educn Monogr*, N2, 1974, pp. 354-386.
18. **Russell, R.** Social health: An attempt to clarify this dimension of well-being. *International Journal of Health Education*, 1973, pp. 74-82.
19. *The Oxford Handbook of Health Psychology*, Howard S. Friedman (ed), Oxford University Press, 2011.
20. World Health Organization. Constitution of the World Health Organization, Basic Documents, Forty-fifth edition, Supplement, October, 2006.