

Осипова Е.В. (г. Москва)

Изучение взаимосвязей социокультурного контекста, отношения к здоровью и психологического благополучия¹⁷

Введение

В последнее время в мировой практике при оценке качества жизни людей на первое место выдвигается состояние их здоровья. И это не случайно: ведь именно оно служит основой полноценной жизни и деятельности каждого человека, да и общества в целом.

В исследованиях Д. Харрисона и А. Инглхарта отмечается, что уровень экономического развития и состояние здоровья населения тесно взаимосвязаны в большинстве стран, поэтому отставание в экономическом и социальном развитии часто коррелирует с ухудшением здоровья населения и негативными установками людей в отношении поддержания здоровья [Harrison, 1992; Inglehart, 1990].

В работах Н.М. Лебедевой, А.Н. Татарко, В.И. Чиркова говорится, что «позитивные для здоровья факторы выходят за пределы физических характеристик в сферу социума, культуры и психологии. В то же время здоровье рассматривается как предпосылка человеческого развития, как индивидуального, так и национального, и понимается как ответственность каждого человека, а не только как профессиональная обязанность специалистов в сфере здравоохранения» [Лебедева, Чирков, Татарко, 2007].

Здоровье человека как предмет комплексного междисциплинарного исследования.

В литературе широко обсуждается само понятие «здоровье», его клинические аспекты, исследуются факторы, детерминирующие здоровье [Никифоров, 2006, Лисицын, 1987, Мацумото, 2002, Берри, 2007]. Самостоятельную группу представляют работы, рассматривающие пути и средства охраны здоровья населения [Назарова, 2007, Бовина, 2007, Лебедева, 2007, Кокерхам, 1999].

Так, в прикладных исследованиях В. Кокерхама изучается здоровье-разрушающее поведение индивидов и его влияние на продолжительность жизни [Кокерхам, 1993]. Количество алкоголя было таковым, что налоговые поступления от продаж водки составляли 35% Советского бюджета в 1988 году. К 1995 году водка генерировала менее чем 5% поступлений из-за утраты правительством монополии на производство и продажу алкоголя и невозможности управлять «черным» рынком алкоголя. В 1995 году русские поглощали 4,1 галлона крепких алкогольных напитков – самый высокий показатель на душу населения в мире [Кокерхам, 1993]. В исследовании смертности из-за алкоголя в России В. Школьников и А. Немцов [Немцов, Школьников, 1999], изучая про-

¹⁷В данной научной работе использованы результаты, полученные в ходе выполнения проекта «Социокультурные и психологические факторы экономической активности и психологического благополучия» (ТЗ 54.0 2012-2013 гг.)

дажи и потребление алкоголя в период с 1971 г. по 1993 г. обнаружили, что продолжительность жизни возросла на 3,2 года для мужчин и 1,3 года для женщин в течение этой кампании. Исследователи сделали вывод, что резкое снижение смертности с 1984 г. по 1987 г. являлось ярким результатом сокращения потребления алкоголя, потому что других значительных изменений в условиях жизни общества и здравоохранении за этот короткий период не происходило [Немцов, Школьников, 1999]. То, что злоупотребление алкоголем было региональной (или этнической) проблемой, может объяснить тот факт, что повышение смертности взрослого мужского населения в России и странах Балтии (где потребление было максимальным) было больше, чем в Центральной Азии [Кеер, 1995].

Современные исследования указывают на то, что болезнь часто категоризируется с точки зрения не анатомических и физиологических аспектов, а социальных [Бовина, 2007, Ениколопов, Садальская, 2000]. Она ассоциируется с неактивностью, а не с болью. Здоровье, наоборот, ассоциируется с активностью (рис. 1). Активность и не-активность оказываются связующими элементами между индивидом и обществом [Бовина, 2007].

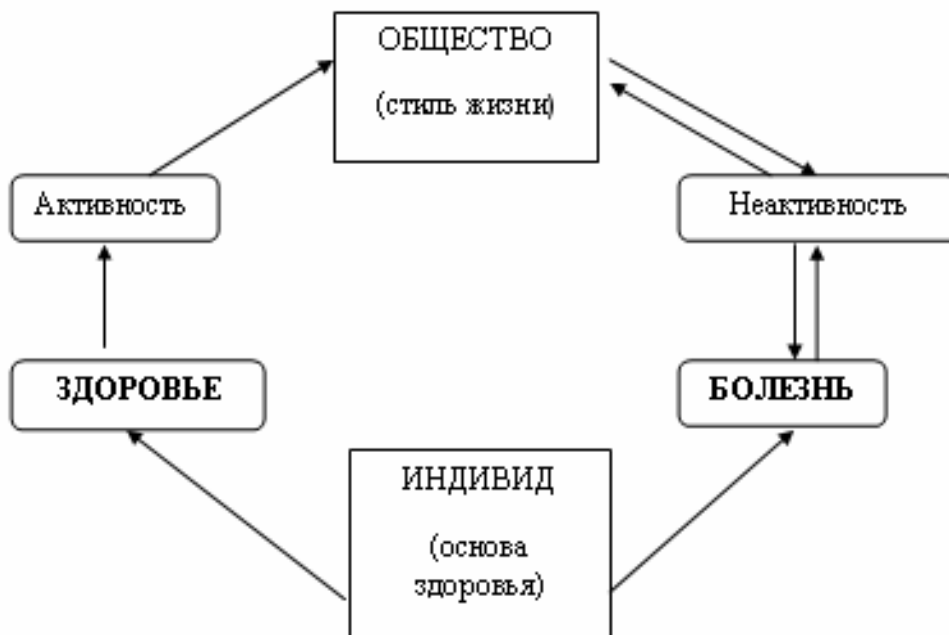


Рисунок 1. Понятия «здоровье» и «болезнь» в современных исследованиях здоровья

В работах К. Эрзлиш отмечается, что в современном обществе здоровье является несомненной ценностью, даже обязанностью людей «быть здоровыми». Одни респонденты определяют поведение, требующееся для поддержания здоровья через частоту обращений к врачу и соблюдение личной гигиены. Другие – через наличие прогулок на свежем воздухе, занятие йогой и медитацией, третьи – через спорт и здоровое питание. И.Б. Бовина в своей монографии «Социальная психология здоровья и болезни» акцентирует внимание на том, что

практики поведения относительно своего здоровья культурно специфичны [Бовина, 2007].

Анализируя литературу, посвященную взаимосвязям культуры и здоровья, следует отметить, что за последние десять лет проведено несколько попыток разработки культурно-зависимых подходов к лечению людей, принадлежащих разным культурам. В прошлом в Соединенных Штатах врачи и медицинские организации стремились подходить к лечению всех пациентов однообразно, считая, что у всех людей тело устроено одинаково [Мацумото, 2002]. По мере того как население Соединенных Штатов становилось все более разнообразным, а также в связи с исследованием культурных различий между людьми разного происхождения, все более очевидной для врачей становилась необходимость разработки культурно-зависимых, т.е. приемлемых для людей разной культуры подходов к лечению болезней.

Основные подходы к исследованию феномена здоровья

Процесс формирования здоровья населения за последние десятилетия отражает общие тенденции социально-экономического развития государства. Наиболее острыми проблемами здоровья населения являются низкий уровень рождаемости, высокий уровень общей смертности, особенно от социально значимых заболеваний.

Определяющее значение в преодолении кризиса личности, в решении проблемы выживания, приобретает такой феномен культуры как развитие экологического сознания, которое, применительно к проблеме защиты и улучшения здоровья, означает

- интерес к этой проблеме,
- знание ее теоретических основ,
- осознание личной ответственности в вопросах защиты и улучшения здоровья,
- готовность к действиям, способствующим оптимальному решению проблемы защиты и улучшения здоровья.

Экологическое сознание представляет собой такую перестройку взглядов и представлений человека, когда усвоенные им знания и экологические нормы становятся нормами каждодневного поведения и проявляются, в том числе, в деятельности по защите и улучшению здоровья [Никифоров, 2006, Лисицын, 1987].

В настоящий момент здоровье рассматривается как сложный многомерный феномен, имеющий гетерогенную структуру, сочетающий в себе качественно различные компоненты и отражающий фундаментальные аспекты человеческого бытия. Эта сложность и неоднородность состава, присущая самой природе здоровья, акцентирована в формулировке, предложенной экспертами Всемирной Организации Здравоохранения: «Здоровье – состояние полного физического, психического и социального благополучия, а не только отсутствие каких-либо болезней и дефектов» [Васильева, Филатов, 2001].

Междисциплинарные исследования здоровья в современной России.

Последние 15 лет в России наблюдается ухудшение практически всех демографических показателей. Специалисты говорят о депопуляции, т.е. практически о вымирании населения нашей страны. Действительно, начиная с 1992 г. наблюдается так называемый отрицательный баланс прироста населения, т.е. смертность превышает рождаемость. По мнению некоторых демографов, если не принять срочных мер, снижение численности населения России может оказаться катастрофическим, и к 2060 г. в нашей стране будет всего 65-69 млн. граждан. Уже через 25-30 лет может наступить качественная деформация, т.е. число пожилых людей и инвалидов превысит половину населения и встанет вопрос о возможности поддержания жизнеобеспечения государства. Конечно, речь идет о самом катастрофическом варианте развития событий.

Эпидемиологические исследования указали на основные факторы, приведшие к беспрецедентному ухудшению здоровья:

- переходный период в экономике,
- ухудшение окружающей среды,
- последствия социально-экономических изменений,
- поведение, подвергающее здоровье риску.

Кризис смертности и плохое здоровье объясняются плохим питанием, недостатком оздоровительных упражнений, и, для мужчин, курением и злоупотреблением алкоголя. Вред здоровью дополняется тенденцией полагаться на государство, нежели на себя в заботе о своем здоровье [Abbott, 2006].

Очень неблагоприятна динамика средней продолжительности жизни и смертности в стране. На сегодняшний день средняя продолжительность жизни в России меньше, чем в развитых странах, где давно уже преодолен 70-летний рубеж. В 1964 г. в России (СССР) средняя продолжительность жизни равнялась 70 годам, в том числе у мужчин – 66,1, у женщин – 73,7 года. В тот период отставания от наиболее передовых в этом отношении стран практически не было. Но затем продолжительность жизни начала снижаться, и в настоящее время не достигает 70 лет (точнее, составляет 67, 66 лет).

По данным ООН, в 2004 г. по этому показателю Россия занимала 142-е место в мире. Надо отметить, что большинство стран Западной Европы входит в первую двадцатку в этом списке.

Какие же факторы определяют продолжительность жизни? (см. табл. 1)

Таблица 1.

Группировка факторов риска по их доли влияния на здоровье

Факторы, влияющие на здоровье	Примерная доля фактора, %	Группы факторов риска
Образ жизни	49-53	Курение, употребление алкоголя, несбалансированное, неправильное питание, вредные условия труда, стрессовые ситуации (дистресс), адинамия, гиподинамия, плохие материально-бытовые условия, употребление наркотиков, злоупотребление лекарствами, непрочность се-

		мей, одиночество, низкий образовательный и культурный уровень, чрезмерно высокий уровень урбанизации.
Генетика, биология человека	18-22	Предрасположенность к наследственным болезням.
Внешняя среда, природно-климатические условия	17-20	Загрязнение воздуха, воды, почвы; резкая смена атмосферных явлений; повышенные космические, магнитные и другие излучения.
Здравоохранение	8-10	Неэффективность профилактических мероприятий, низкое качество медицинской помощи, несвоевременность ее оказания.

Приведенные в таблице данные показывают, что наибольшее влияние на состояние здоровья оказывает образ жизни. От него зависит почти половина всех случаев заболеваний. Второе место по влиянию на здоровье занимает состояние среды жизнедеятельности человека (не менее одной трети заболеваний определяется неблагоприятными воздействиями окружающей среды). Наследственность обуславливает около 20% болезней.

Чтобы ответить на вопрос о создании условий для увеличения продолжительности жизни, следует познакомиться со структурой заболеваемости и смертности населения.

Структура смертности в России имеет определенные отличия от других стран мира. Как в развитых странах, так и в России большинство людей умирают от сердечно-сосудистых заболеваний (в настоящее время это причина смерти почти 56% россиян). Однако следует заметить, что в развитых странах Запада смертность от болезней кровообращения снизилась в последние годы на 50-60%. В России же она не просто выросла вдвое, но приобрела характер эпидемии.

На втором месте среди причин смертности не злокачественные новообразования, как везде, а несчастные случаи, травмы, отравления, самоубийства и убийства. Скажем, на дорогах гибнут ежегодно более 30 тыс. человек, а от самоубийств – около 60 тыс.

Очень тревожит высокая доля несчастных случаев, травм и отравлений среди людей, способных к труду. Это является причиной смерти не менее чем в 1/3 случаев, причем у мужчин в 4-5 раз чаще, чем у женщин. Ежегодно травмы и отравления получают 12 млн. россиян. Вероятность смерти от неестественных причин в течение жизни в России вдвое выше, чем в США и Японии, втрое – чем в Великобритании.

Здоровый образ жизни является связанным со здоровьем поведением, основанным на выборе из альтернатив жизненных возможностей, доступных для людей [Cockerham & Ritchey 1997; Cockerham, Rutten & Abel 1997]. Эти возможности зависят от возраста, расы, этнической принадлежности, и других переменных. Поведение, которое сгенерировано на основе этих возможностей, может иметь либо положительные, либо отрицательные последствия для лич-

ности, но, тем не менее, формировать общий паттерн здоровых и нездоровых привычек, которые составляют образ жизни.

Структурные ограничения по отношению к жизненным возможностям могут быть доминирующим показателем в операционализации здорового образа жизни. Хотя Вебер признаёт превосходство выбора над шансом, он также признает центральную роль шанса при выборе образа жизни [Cockerham]. Жизненные возможности, в контексте Вебера, фиксированы в структурных условиях, которые в основном, социо-экономические, подобно доходу, собственности, и возможности для извлечения выгоды, но также включают права, нормы, и вероятность того, что другие люди будут реагировать определённым образом. [Dahrendorf, 1979].

В 1986 г. в результате антиалкогольной кампании уменьшилась как общая смертность трудоспособного населения (на 21%), так и особенно смертность от несчастных случаев, травм и отравлений (на 36%). Эффект борьбы с пьянством был быстрым и выраженным, но ограниченным по времени.

Далее среди причин, вызывающих смерть, идут онкологические заболевания и болезни органов дыхания. Следует отметить, что в России больные умирают на 5-8 лет раньше, чем в большинстве развитых стран, и этим обусловлены большие потери трудового и жизненного потенциала населения в нашей стране.

Более высокая смертность населения трудоспособных возрастов – одна из основных причин снижения средней продолжительности жизни россиян. Нам не удалось пока оттеснить болезни и смерть к более поздним возрастам в такой мере, в какой это сделано в развитых странах.

Часто приходится слышать, что решение демографических проблем связано с повышением уровня жизни населения. Резон в этом, безусловно, есть. Чем лучше живет человек, тем, как правило, больше внимания уделяет своему здоровью. Но напрямую связывать уровень здоровья с экономическими показателями все же не стоит. Социально-психологические факторы, видимо, не менее важны.

Социологические исследования не только бросают вызов биомедицинским определениям, но и показывают важность понимания здоровья как комплексного многоуровневого социального феномена, где обыденное понимание должно рассматриваться в контексте жизненного опыта людей. Обыденные представления не только влияют на то, как люди интерпретируют свой опыт касательно здоровья и болезни, но и на то, как они поддерживают здоровье, свое и своей семьи. Две сферы знаний, которые были исследованы: определение здоровья и болезни, и понимание факторов, влияющих на здоровье, в том числе степень понимания респондентами причин заболеваний.

Респонденты часто определяют здоровье как категорию или состояние, а также по отношению к внешнему виду, чувствам и поведению. Херцлих (1973) в своем раннем исследовании во Франции назвала 3 категории своих респондентов: 1. те, кто рассматривает здоровье негативно – как отсутствие болезни; 2. те, кто видит здоровье как резерв, который сохраняется, несмотря на эпизоды

болезни; 3. те, кто видит здоровье позитивно, как нормальное умственное и физическое функционирование. Блэкстер (1990 г.) дает более широкий спектр определений – здоров в смысле «не болен», готов «функционировать», физически годен, ведет здоровый образ жизни, а также здоровье как ресурс и психологическая стабильность. Обобщенные определения здоровья часто отличаются от того, как респонденты определяют, что для них значит быть здоровыми, и когда они описывают свое здоровье, они чаще обращаются к чувству здоровья/благополучия, а также к способности «справляться». Респонденты из среднего класса на Западе чаще определяют здоровье позитивно, включая умственное/психическое здоровье наряду с физическим. Представители рабочего класса в ранних исследованиях определяли здоровье с точки зрения функциональности, как «способность работать». Пожилые люди рассматривали здоровье как ресурс, способность участвовать в каждодневных делах. Некоторые исследования показали, что женщины чаще видят здоровье как отсутствие болезней, тогда как мужчины – как «быть энергичными и сильными».

Решение проблемы защиты и улучшения здоровья предполагает способ существования человека, который заключается в умении управлять собственным поведением – способностью приспосабливаться к среде в условиях постоянного изменения медико-биологических стандартов собственной жизнедеятельности.

К числу самых острых проблем, стоящих сегодня перед Россией, относится, безусловно, проблема общественного здоровья. В этом контексте особую важность представляют исследования здоровья, поиск его критериев, анализ факторов риска, разработка профилактических программ. По результатам лонгитюдного исследования выявлены взаимосвязи между состоянием экономики и здоровьем населения страны [Римашевская, 2003].

Следует отметить, что помимо социально-экономических факторов риска на здоровье россиян действуют природно-биологические, социокультурные и социально-психологические факторы риска, которые часто взаимообуславливают друг друга. Профилактические программы направлены, прежде всего, на предотвращение сердечно-сосудистых заболеваний, эндокринных расстройств, рака, СПИДа, аддиктивного поведения, такого как курение, алкоголизация и наркотизация. Наблюдается смещение центра профилактических усилий от конкретных расстройств к общему укреплению здоровья индивида. В исследованиях, посвященных здоровью, наблюдается дополнение традиционных биомедицинских подходов моделями взаимодействия человека с окружающей средой, позитивного состояния и благополучия. Все большее значение приобретают исследования здоровья в контексте гуманитарных дисциплин. Значимым становится учет возможностей человека, его приспособленности к окружающему миру, физических и психических ресурсов, качества его жизни, его потенциала.

Однако в России такого рода концепции стали использоваться только в последнее десятилетие в рамках исследований качества жизни и качества населения, сохранения, развития и реализации человеческого потенциала, психологии, социологии и философии здоровья.

Для таких обществ, как бывшие социалистические страны, где людям не хватало информации о здоровье, и они почти не придерживались правильного питания, регулярно сталкивались с экологическим загрязнением, или с общественной средой, где курение и злоупотребление спиртными напитками считалось нормой, характерен нездоровый образ жизни.

В многочисленных работах было показано, что обыденные представления о здоровье и болезни основываются как на различных убеждениях, выработанных миром «экспертов», так и на убеждениях, специфичных для той или иной социальной группы или культуры [Бовина, 2008].

Д. Кокерхам отмечает, что с учетом массовых социальных, экономических, технологических и политических изменений, которые произошли в конце XX века, образ жизни, приобрел особую значимость в качестве индивидуальных и коллективных проявлений поведения, направленного на здоровье. Некоторые социологи даже утверждают, что образ жизни, ситуация и среда приобретают все более важное значение и влияют на поведение группы [Hradil, 1987].

Здоровье людей – это хороший показатель того, как экономика, культура, социальные и политические факторы обеспечивают условия для гармоничной, счастливой и здоровой жизни граждан данной страны [Лебедева, Чирков, Татарко, 2007].

Цель нашего исследования – изучить, каким образом, посредством каких психологических механизмов социокультурные факторы могут быть связаны с показателями индивидуального уровня. Как социокультурный контекст может помогать личности реализовать автономное и ответственное поведение в отношении здоровья?

Гипотеза исследования: существуют социокультурные различия в поведении студентов по отношению к своему здоровью.

Методика исследования

Выборка исследования. Исследование проводилось в 2008 – 2009гг.

Выборка русских составила 124 респондента, из них 47 мужчин, 77 женщин возраста 20 лет (медиана). Выборка канадских студентов составила 126 респондентов, из них 43 мужчины, 83 женщин возраста 21 (медиана). В табл. 2 представлены основные характеристики выборки.

Таблица 2.

Характеристики выборки

	N	Кол-во мужчин	Кол-во женщин	Возраст (медиана, размах)
Российские студенты	124	47	77	Me=20 (max-30, min=18)
Канадские студенты	126	43	83	Me=21 (max-37, min=18)
Итого	250	90	160	Me=21 (max-37, min=18)

Инструментарий исследования

Теоретический анализ проблемы взаимосвязи культуры и мотивации личности с установками по отношению к здоровью и выдвинутые гипотезы определили методологию исследования и состав инструментария.

Опросник, использованный в исследовании, включал набор методик и шкал, позволяющих оценить особенности социокультурного контекста (индивидуализм – коллективизм, «вертикальность», «горизонтальность», характеристики социально-психологического капитала: уровень и радиус доверия, позитивность гражданской идентичности), характеристики мотивации поведения, связанного со здоровьем, а также – выявить представления и установки респондентов по отношению к собственному здоровью и регулярность здоровьесберегающих и здоровье–разрушающих практик. Методики построены по типу шкал Лайкерта (5 и 7 –балльные шкалы).

Описание результатов эмпирического исследования взаимосвязи социокультурного контекста, мотивации и индикаторов отношения к своему здоровью.

Рассмотрим различия между российскими и канадскими студентами в отношениях к своему здоровью (см. табл. 4).

Таблица 4.

Средние значения и оценка различий между индикаторами отношения к здоровью в объединенной выборке

Переменные	Значение средних для российской выборки		Значение средних для канадской выборки	
	M	SD	M	SD
Важность здоровья	6,14	0,90	6,33	0,80
Зависимость состояния здоровья от поведения	5,02*	1,09	5,42*	1,01
Типичность здорового образа жизни	4,02	1,05	4,17	1,14
Воспринимаемая компетентность в сфере здоровья	5,30	0,77	6,08	0,67
Уровень психологического благополучия	5,33	0,58	5,45	0,56
Субъективное ощущение счастья	3,15	0,58	3,18	0,54
Уровень удовлетворенности жизнью	4,65*	1,13	5,05*	0,99

* различия достоверны при уровне $< 0,05$

** различия достоверны при уровне $< 0,01$

*** различия достоверны при уровне $< 0,001$

Как видно из таблицы, в общей выборке студентов – представителей обеих культур не обнаружено различий в выраженности представлений о важности здоровья. Студенты обеих выборок признают важность своего здоровья и оценивают в шесть баллов из семи возможных. И русские, и канадцы считают, что

состояние здоровья зависит от поведения человека. Этот показатель значимо выше у канадских студентов. На вопрос «Насколько типично для Вас вести здоровый образ жизни?» студенты давали баллы выше среднего, но значимых различий между двумя выборками обнаружено не было. Оценка респондентами воспринимаемой компетентности в сфере здоровья находится в диапазоне от 5 (у русских) до 6 (у канадцев) баллов по семибальной шкале, достоверно значимых различий не выявлено. Показатель психологического благополучия на выборке российских и канадских студентов оценивается ими в пять-шесть баллов из семи возможных, значимых различий также не обнаружено. Удовлетворенность жизнью у студентов из Саскатчеванского Университета значимо выше, чем у российских студентов.

Далее рассмотрим различия между характеристиками практик относительно здоровья в российской и канадской выборках (см. табл. 5).

Таблица 5.

Средние значения и оценка различий в регулярности практик, связанных со здоровьем, в российской и канадской выборках

Переменные	Значение средних для российской выборки		Значение средних для канадской выборки	
	М	SD	М	SD
Следование здоровому образу жизни	4,40**	1,00	5,05**	0,87
Регулярность здоровье-сберегающих практик	4,23*	0,95	4,59*	0,83
Частота здоровье-разрушающих практик	1,92	1,08	1,94	0,84

* различия достоверны при уровне $< 0,05$

** различия достоверны при уровне $< 0,01$

*** различия достоверны при уровне $< 0,001$

Субъективная оценка следования здоровому образу жизни имеет достаточно высокие показатели среди респондентов российской и канадской выборок, но при этом показатели канадских студентов значимо выше, чем российских.

Регулярность здоровье-сберегающих практик в целом по обеим выборкам характеризуется средними значениями. Канадцы оценивают регулярность собственного поведения, направленного на поддержание здоровья, как более высокую, чем русские.

Взаимосвязи социокультурного контекста и отношения к здоровью

Рассмотрим полученные результаты регрессионного анализа культуры с установками относительно здоровья на российской выборке (см. табл. 6).

Таблица 6.

Регрессионные связи культуры с установками относительно здоровья (российская выборка, N=124)

Зависимые переменные	Предикторы	R2
----------------------	------------	----

	Горизонтальный коллективизм β	Горизонтальный индивидуализм β	Вертикальный коллективизм β	Вертикальный индивидуализм β	
Типичность здорового образа жизни		0,24**			0,12
Воспринимаемая компетентность в сфере здоровья		0,27**			0,10

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

β – стандартизированные коэффициенты уравнения регрессии;

R^2 – доля дисперсии.

По результатам регрессионного анализа мы можем заключить, что горизонтальный индивидуализм взаимосвязан с оценкой российскими студентами собственной компетентности в сфере здоровья, а также – типичности здорового образа жизни.

Рассмотрим взаимосвязь культуры с установками относительно своего здоровья канадских студентов. Результаты приведены в табл. 7.

Таблица 7.

Регрессионные связи культуры с установками относительно здоровья (канадская выборка, $N=126$)

Зависимые переменные	Предикторы				R^2
	Горизонтальный коллективизм β	Горизонтальный индивидуализм β	Вертикальный коллективизм β	Вертикальный индивидуализм β	
Важность здоровья					0,06
Зависимость здоровья от поведения	0,18*				0,02
Типичность здорового образа жизни		0,28**			0,17
Воспринимаемая компетентность в сфере здоровья		0,32**			0,10

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

β – стандартизированные коэффициенты уравнения регрессии;

R^2 – доля дисперсии.

Результаты взаимосвязи культуры с представлениями личности о своем здоровье позволили нам обнаружить, что горизонтальный коллективизм положительно взаимосвязан с представлением о зависимости здоровья от поведения личности. Показатель горизонтального индивидуализма взаимосвязан с оценкой типичности здорового образа жизни канадскими студентами и собственной компетентности в сфере здоровья.

Далее рассмотрим результаты регрессионного анализа взаимосвязи между индикаторами воспринимаемого социального капитала и установками по отношению к своему здоровью для каждой культуры отдельно. В табл. 8 представлены взаимосвязи социального капитала с установками по отношению к здоровью на российской выборке, в табл. 9 – данные для канадской выборки.

Таблица 8.

Регрессионные связи социально-психологического капитала с установками относительно здоровья (российская выборка, N=124)

Зависимые переменные	Предикторы					
	Позитивная гражданская идентичность β	Уровень доверия β	Доверие семье β	Доверие друзьям β	Доверие социальным институтам β	R ²
Зависимость здоровья от поведения	0,18*					0,03
Типичность здорового образа жизни	0,18*	0,19*				0,07
Воспринимаемая компетентность в сфере здоровья			0,19*		0,20*	0,07

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

β – стандартизированные коэффициенты уравнения регрессии;

R² – доля дисперсии.

Таблица 9.

Регрессионные связи социально-психологического капитала с установками относительно здоровья (канадская выборка, N=126)

Зависимые переменные	Предикторы					
	Позитивная гражданская идентичность β	Уровень доверия β	Доверие семье β	Доверие друзьям β	Доверие социальным институтам β	R ²
Типичность здорового образа жизни				0,23*	0,19*	0,11
Воспринимаемая компетентность в сфере здоровья			0,23**	0,29**		0,13

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

β – стандартизированные коэффициенты уравнения регрессии;

R² – доля дисперсии.

Основываясь на анализе регрессионных связей компонентов социально-психологического капитала с установками относительно здоровья можно сказать, что для российских студентов позитивность гражданской идентичности взаимосвязана с представлением личности о зависимости здоровья от поведения человека и о типичности здорового образа жизни. Уровень межличностного доверия положительно взаимосвязан с оценкой типичности здорового образа жизни. Доверие институту семьи и социальным институтам способствует высокой оценке российскими студентами собственной компетентности в сфере здоровья.

В канадской выборке уровень доверия семье и друзьям способствует выраженной воспринимаемой компетентности в сфере здоровья. Доверие друзьям и социальным институтам связано с представлением о типичности ведения здорового образа жизни.

Выводы эмпирического исследования взаимосвязи социокультурного контекста и индикаторов отношения к своему здоровью

Исследование подтвердило гипотезу о том, что **существуют социокультурные различия в поведении студентов по отношению к своему здоровью.**

В целом результаты исследования позволяют сделать следующие выводы.

1. Выявлены социокультурные различия здоровье-сберегающего и здоровье-разрушающего поведения: субъективные показатели здоровья, в основном, выше у канадских студентов.

2. Социокультурные характеристики влияют на поведение личности по отношению к здоровью. Воспринимаемая «горизонтальность» культуры (горизонтальный индивидуализм, горизонтальный коллективизм) взаимосвязана с позитивными установками и представлениями личности относительно здоровья у студентов России и Канады.

3. У канадских студентов воспринимаемая «горизонтальность» культуры (горизонтальный индивидуализм, горизонтальный коллективизм) позитивно способствует формированию взаимосвязи здоровья и поведения.

4. Показатели социально-психологического капитала взаимосвязаны с позитивными установками и представлениями личности относительно здоровья, регулярностью здоровье-сберегающего поведения и психологическим благополучием личности.

5. Культурно универсальной оказалась положительная взаимосвязь доверия семье и компетентностью в сфере здоровья.

6. Для канадских студентов доверие друзьям способствует ведению здорового образа жизни, а доверие социальным институтам – типичности здорового образа жизни.

7. В России позитивная гражданская идентичность способствует осознанию зависимости здоровья от поведения и типичности здорового образа жизни; общий уровень доверия положительно взаимосвязан с типичностью здорового образа жизни; доверие социальным институтам способствует повышению компетентности в сфере здоровья.

Литература

1. Лебедева Н. М., Чирков В. И., Татарко А. Н. Культура и отношение к здоровью: Россия, Канада, Китай // М.: РУДН, 2007.
2. Назарова И. Б. «Здоровье занятого населения» // Гос. Ун-т – Высшая школа экономики. – М.:МАКС Пресс, 2007.
3. Радаев В.В. Понятие капитала, формы капиталов и их конвертация // Общественные науки и современность. – 2003. – N2.- С.5-16.
4. Роуз Р. Достижение целей в квазисовременном обществе: социальные сети в России // ОНС: Общественные науки и современность. – 2002. – N3.- С.23-38. – с. 37-38.
5. Татарко А. Н. Культурно-психологические особенности социального капитала этнических групп России // Психологический журнал. – 2009. – Т. 30, N 2. – С. 67-80.
6. Татарко А.Н. Социальный капитал как объект психологического исследования // НИУ ВШЭ. – М.МАКС ПРЕСС, 2011.
7. Chirkov, V. I., Lebedeva, N. M., Molodtsova, I., & Tatarko, A. Social capital, motivational autonomy, and health behavior: A comparative study of Canadian and Russian youth. In D. Chadee & A. Kostic (Eds.), *Research in Social Psychology*. Trinidad, W.I.: University of West Indies Press.
8. Fukuyama, F. (1995). *Trust: The social virtues and the development of prosperity*. New York: Free Press.