

ПАВЛО СЕРЕДА,

магістр соціології (НаУКМА, 2021); аспірант кафедри соціології факультету соціальних наук і соціальних технологій (НаУКМА) (04655, Київ, вул. Волоська, 8/5, корп. 4)

PAVLO SEREDA,

MA in Sociology (National University of "Kyiv-Mohyla Academy", 2021), Postgraduate Student at the Department of Sociology, Faculty of Social Sciences and Social Technologies, National University of "Kyiv-Mohyla Academy" (8/5 Volosska St., Build. 4, Kyiv, 04655)

p.sereda@ukma.edu.ua

<https://orcid.org/0000-0003-1896-496X>

КАТЕРИНА МАЛЬЦЕВА,

кандидат філософських наук (2003), PhD (2010, University of Connecticut, USA), доцент, кафедри соціології факультету соціальних наук і соціальних технологій (НаУКМА); афілійований дослідник (University of Connecticut, USA) (04655, Київ, вул. Волоська, 8/5, корп. 4)

KATERYNA MALTSEVA,

Candidate of Sciences in Philosophy (2003), PhD in Anthropology (2010), Associate Professor at the Department of Sociology at the Faculty of Social Sciences and Social Technologies, National University of "Kyiv-Mohyla Academy". Affiliated Research Fellow (University of Connecticut, USA) (8/5 Volosska St., Build. 4, Kyiv, 04655)

maltsevaKS@ukma.edu.ua

<https://orcid.org/0000-0001-6540-8734>

Роль культурного та соціального капіталів у суб'єктивній оцінці здоров'я

Дослідження нерівностей у здоров'ї виявили складні причинні зв'язки між соціально-економічним статусом (СЕС) індивіда та його чи її здоров'ям. Існує кілька теоретичних моделей пояснення нерівностей у здоров'ї, які зосереджуються на різних аспектах впливу СЕС [Carpiano, Link, Phelan, 2008]. Ці моделі демонструють нерівномірність розподілу показників здоров'я між різними групами в популяції, проте виявляються обмеженими щодо пояснення механізмів відтворення нерівності у здоров'ї. Утім, саме спостереження впливу СЕС на здо-

Цитування: Середя, П., Мальцева, К. (2022). Роль культурного та соціального капіталів у суб'єктивній оцінці здоров'я. Соціологія: теорія, методи, маркетинг, 1, 83–105, <https://doi.org/10.15407/sociology2022.01.083>.

ров'я не є новим і сягає корінням щонайменше ідей соціальної медицини XIX століття, тож зараз ми знаємо значно більше про соціальні чинники у патернах здоров'я, захворюваності та смертності. Розвиток підходів до розуміння нерівності у здоров'ї, а також збагачення соціологічного знання завдяки інкорпоруванню інформації з епідеміології, медицини, генетики та інших дотичних наук змінили й засадниче визначення самого здоров'я. Наприклад, 1946 року ВООЗ визначила здоров'я як «стан повного фізичного, ментального та соціального благополуччя», а не лише як відсутність хвороб, як це було попередньо визначено [World Health Organization, 1995]. Подальші уточнення ВООЗ вказують на те, що для досягнення такого стану в індивідів мають бути можливості виявляти та реалізовувати прагнення змінюватися чи справлятися з умовами середовища. Здоров'я розуміють як «ресурс для повсякденного життя, а не мету життя» і розглядають в сенсі позитивної концепції, що робить наголос як на доступних індивідові соціальних ресурсах, так і на фізичних можливостях [World Health Organization, 2009]. Зокрема, додано таку інтерпретацію здоров'я, як «здатність адаптуватися до умов та самоорганізовуватися, стикаючись із соціальними, фізичними та емоційними викликами» [Huber et al., 2011]. Тому наразі з'являються моделі, які зосереджуються на механізмі відтворення нерівності у здоров'ї з урахуванням нової інтерпретації визначення здоров'я [Cockerham, 2013].

До цих підходів належать і спроби адаптувати підхід П'єра Бурдьє до вивчення нерівності у здоров'ї. За такого розуміння здоров'я набуває актуальності підхід П. Бурдьє крізь призму визначення нерівності у суспільстві. Тобто передбачається, що індивіди перебувають у боротьбі за позиції у полях соціальної структури, що описується через поняття габітуса та капіталів [Bourdieu, 1984]. Цей підхід описує механізм формування практики із застосуванням концептів сприйняття, наявності та реалізації власних ресурсів. Останнє визначення здоров'я та підхід Бурдьє мають точки перетину в моменті здатності адаптуватися з огляду на наявні ресурси, й це дає змогу отримати знання про механізми відтворення нерівності у здоров'ї.

Таким чином, зміна погляду на концептуалізацію здоров'я тягне за собою появу нових методологічних засад для вимірювання нерівності у здоров'ї. До вже наявних конструктів, таких як соціально-економічний статус, додаються нові, латентні, до яких належать культурний та соціальний капітали. Виявлення таких механізмів має розширити знання щодо відтворення нерівності у здоров'ї, які надалі можуть втілюватися у розробленні інтервенцій (тобто в організації зусиль чи політик, що мають на меті покращити психічне чи фізіологічне здоров'я на рівні популяції чи зменшити поширеність поведінки, що є шкідливою для здоров'я). Мета цього дослідження полягає у з'ясуванні ролі культурного та соціального капіталів у суб'єктивних оцінках здоров'я з боку дорослого населення України.

Дослідження нерівності у здоров'ї на підставі підходу П'єра Бурдьє

Згідно з підходом П. Бурдьє, доступні індивідові ресурси відіграють роль капіталів, що зумовлюють відтворення нерівності. Проте у цьому підході вони працюють у комплексі з агентністю, що скеровує використання цих ресурсів

різними шляхами, створюючи відмінності між різними статусними групами [Veenstra, Abel, 2019]. Капітали є ресурсами індивіда, керованими за допомогою габітусу, проте водночас габітус діє в рамках наявності певних ресурсів. Такий підхід може пояснити механізми, які відтворюють практики, пов'язані зі здоров'ям у різних статусних групах. Адаптація підходу Бурдьє включає дослідження форм капіталів, їхнього впливу на здоров'я, а також впливу стилю життя індивіда та його практик щодо здоров'я на підставі становища в соціальній структурі [Veenstra, 2018; Abel, Frohlich, 2012; Cockerham, 2013].

Головними формами капіталу в сучасному суспільстві є економічний, культурний та соціальний [Bourdieu, 1984]. Економічний капітал стосується грошей та інших матеріальних благ, як-от майно, які можуть бути безпосередньо перетворені у гроші. Втілення економічного капіталу відбувається в комплексі з культурним та соціальним капіталами. Своєю чергою, культурний капітал — це ресурси, ґрунтовані на домінуючих символічних/культурних системах [Veenstra, Abel, 2019; Abel, Frohlich, 2012]. Культурний капітал ділиться на інституціалізований, об'єктивний та інкорпорований. У дослідженні нерівності у здоров'ї останнім часом найбільша увага приділяється інкорпорованому культурному капіталу — знанню та навичкам, які індивід має й може використовувати і які відображаються у когнітивних схемах індивіда, що, зокрема, відіграють свою роль у формуванні певних практик щодо здоров'я.

Прикладом використання підходу Бурдьє є дослідження здорового способу життя як набору практик, зокрема пов'язаних з харчуванням та фізичною активністю й відмінних у різних категоріях населення. Так, нижчі показники СЕС асоціюються зі шкідливим для здоров'я стилем життя, а вищі — з корисним [Oude Groeniger et al., 2019]. Одним із пояснень поширеності здорового способу життя у вищих статусних групах суспільства є те, що він потребує більших зусиль для його підтримання. Дотримання високих вимог щодо здорового способу життя надає групам із вищим статусом можливість вирізнитися на підставі поведінки, пов'язаної зі здоров'ям [Wiltshire, Lee, Williams, 2019]. Поряд із тим, ті, кому властивий вищий рівень участі в культурному житті, частіше займаються спортом, ходять пішки або їздять на велосипеді у вільний час і з більшою ймовірністю виконують рекомендації щодо споживання фруктів і овочів [Abel, 2008; Turrell, Kavanagh, 2006; Darmon, Drewnowski, 2008]. Знання та навички щодо здорового харчування становлять частину інкорпорованого культурного капіталу [Kamphuis et al., 2015]. Сильний зв'язок між культурною участю і поведінкою, пов'язаною зі здоров'ям, не передбачає, що участь в культурній діяльності (англ. cultural participation) буде безпосередньо мотивувати людей до більш здорової поведінки, проте передбачає, що соціалізація в середовищі з високим статусом призводить до появи смаків, які вимагають докладання істотних зусиль задля формування статусних розрізень [Blasius, Friedrichs, 2008]. Інкорпорований культурний капітал потенційно є джерелом знань і про саме здоров'я, і про необхідні дії, спрямовані на його підтримання [Abel, 2007; Gagne, Frohlich, Abel, 2015]. Зокрема, це стосується знань, які дають змогу індивідові, зважаючи на власні ресурси, приймати рішення стосовно кращої адаптації до умов для підтримання власного здоров'я. Таким чином, зв'язок між соціаль-

но-економічним становищем, фізичною активністю і здоровим харчуванням може відображати широкий спектр культурних переваг і смаків, пов'язаних із соціальним становищем людини.

Крім того, передумовою певної поведінки є наявність відповідного культурного знання. Таким чином, участь у «високій» культурній діяльності пов'язана з процесом соціалізації в соціокультурному середовищі з уподобаннями «складного» способу життя і тенденцією до увиразнення соціальних відмінностей [Mackenbach, 2012].

Соціальний капітал, втілюваний у здоров'ї, є одним з латентних механізмів відтворення нерівності у здоров'ї, який передбачає множинність підходів до його визначення. Загалом можна виокремити три основні підходи до визначення соціального капіталу через макро-, мезо- та мікропоказники [Song, 2013]. *Перший підхід* базується на розгляді соціального капіталу як показника довіри – як міжособистісної, так і довіри до інституцій [Newton, 2001]. За цим підходом, громадянська активність збільшує соціальний капітал та є спільним ресурсом суспільства як так званий «громадський (громадянський)» капітал (англ. *civic capital*) [Bartscher, Seitz, Siegloch, Slotwinski, Wehrhöfer, 2021]. *Другий підхід* стосується вивчення самих мереж у їхніх кількісних та якісних характеристиках і здатності індивіда мобілізувати мережі для реалізації власних цілей [Granovetter, 1973; Burt, 2004]. Цей підхід робить акцент на можливості використання певних характеристик власних мереж, наприклад наявності структурних «дір» або слабких зв'язків, як соціального капіталу. Заповнення таких структурних дірок шляхом поєднання не пов'язаних між собою груп, уможливорює отримання інформації та використання її у власних цілях. *Третій підхід* зосереджується на розгляді соціального капіталу з огляду на ресурси, присутні в соціальній структурі та втілювані у мережах взаємодій індивідів [Coleman, 1988; Lin, 2001]. Ресурси можуть бути як матеріальними, так і нематеріальними, наприклад, інформація та обмін інформацією. Базуючись на цих підходах, ми маємо три ідеальні типи, які в поєднанні дають змогу отримати більш повну картину. Визначення соціального капіталу, згідно з Бурдьє, поєднує два останні підходи та передбачає доступ до капіталів інших членів мережі, тобто до тих соціальних зв'язків, які можуть бути мобілізовані індивідом для особистих цілей [Bourdieu, 1970; Bourdieu, 1984].

Потік інформації у мережі безпосередньо стосується і здоров'я, тому різноманітність інформації може підвищувати знання щодо здоров'я. Поряд із тим було помічено захисний вплив гомогенної мережі на ментальне здоров'я у групах, що пояснюється наявністю більшої кількості тісних зв'язків, які надають соціальну підтримку [Tulin, Smith, 2020]. Одним із найвпливовіших застосовно до здоров'я аспектів соціального капіталу є соціальна підтримка, пов'язана з емоційною, інформаційною та матеріальною допомогою, що дає змогу опосередковувати негативні моменти в житті індивіда та підтримувати позитивні, тим самим сприяючи його здоров'ю [Song, 2013; Kawachi, Berkman, 2014; Sweet et al., 2017]. Отже, соціальний капітал в аспекті здоров'я втілюється як соціальна підтримка й передбачає гомогенність або гетерогенність мережі індивіда та

наявність у ній зв'язків, які можуть стати корисними для індивіда у досягненні його цілей.

Механізм взаємодії капіталів у аспекті здоров'я

У вивченні впливу капіталів на здоров'я слід звертати увагу на їхню взаємодію, оскільки корисність і можливість застосування кожного з них для індивіда часто залежить від інших форм капіталу. Тобто економічний капітал *per se* може сприяти практикам, корисним для здоров'я, проте інші форми капіталу можуть зробити цей процес швидшим, ефективнішим тощо, тобто одна форма капіталу посилюється наявністю іншої форми капіталу [Abel, Frohlich, 2012]. Наприклад, володіння економічним капіталом саме по собі не забезпечує міцного здоров'я, якщо немає знань про корисне споживання їжі, що виявляються через культурний капітал [Pampel, Krueger, Denney, 2010]. Ефективність тієї чи іншої форми капіталу каталізується володінням іншою формою капіталу. Так, ефект наявності достатнього для користування послугами приватних лікарень економічного капіталу може бути пришвидшений за допомоги соціального капіталу — у мережі або лікарів, або людей, які знають медичних спеціалістів, які б надали найкращі послуги.

Ще один тип взаємодій капіталів становлять компенсаційні взаємодії, коли одна форма капіталу стає особливо ефективною, якщо за відсутності інших форм капіталу заповнює таку «прогалину» [Veenstra, Abel, 2019]. Культурний капітал може бути використаний через знання про здорове харчування або інші превентивні заходи, як-от профілактичний похід до лікаря, що може зменшити ризики погіршення здоров'я тих індивідів, які не мають достатнього економічного капіталу [Pinxten, Lievens, 2014].

Збільшення капіталу — це процес, в якому застосування однієї форми капіталу сприяє успішному набуттю іншої форми капіталу і, відповідно, «виробництву» здоров'я. Взаємодія між капіталами при набутті капіталу може бути свідомим, стратегічним вибором людей, які бажають збільшити капітали (наприклад, поповнити гроші, витрачені на освіту). Використання інституціалізованого культурного капіталу в формі університетського диплома може сприяти збільшенню інкорпорованого культурного капіталу у вигляді знань та навичок, які можуть знадобитися для здобуття високооплачуваних посад, що забезпечують високий рівень економічного капіталу [Veenstra, Abel, 2019]. Натомість інкорпорований культурний капітал у вигляді знань та навичок уможливорює вступ до університету, що в подальшому конвертується в інституціалізований культурний капітал [Nora, 2004], який, своєю чергою також дає змогу накопичувати соціальний капітал у вигляді професійних знайомств, що можуть бути реалізовані в пошуку високооплачуваної роботи [Burt, 2002; Lin, 2001].

Отже, через дослідження практик, пов'язаних зі здоров'ям, та капіталів індивідів, використовуваних у певних практиках, ми можемо виявляти механізми реалізації нерівності у здоров'ї серед різних статусних груп. Тобто, з одного боку, ми маємо здоровий спосіб життя як індивідуальний вибір кожної людини, а з іншого — цей вибір обмежується зовнішніми умовами, за яких індивід може робити вибір.

Методи

Дизайн дослідження поєднує якісний і кількісний підходи (з акцентом на кількісному). Така логіка дизайну дослідження зумовлена метою дослідження, яка передбачає виявлення ролі культурного та соціального капіталів у суб'єктивній оцінці здоров'я, тож особливості таких конструктів потребують комплексного підходу до вивчення їх у певному соціокультурному середовищі. Логіка вибору комбінованих методів пов'язана також із розробленням інструментарію для даного дослідження, адже це потребувало інтеграції вже наявних знань та розуміння контексту.

Якісна фаза дослідження

Якісний компонент у дослідженні було використано для виявлення елементів, пов'язаних із габітусом та капіталами в аспекті здоров'я. Капітали, зокрема культурний та соціальний, концептуалізувалися як ресурс, застосовний в аспекті здоров'я, наприклад: інформація про здоров'я (як частина культурного капіталу), наявність мережі (соціальна підтримка) у сенсі наявності контактів, що можуть сприяти здоров'ю та доступу до певних складових капіталів членів своєї мережі у вигляді інформації про сприятливі щодо здоров'я практики [Veenstra, Abel, 2019].

На першому етапі дослідження було проведено короткі напівструктуровані інтерв'ю з метою формування спектра інформації щодо проявів капіталів у аспекті здоров'я задля розроблення кількісного інструментарію. Добір респондентів здійснювався за методом доступності та методом снігової грудки. Для інтерв'ю було відібрано респондентів різного віку, представників різних професій, а також жителів таких міст України, як Київ та Вінниця, задля розуміння досвіду індивідів з різними соціально-демографічними характеристиками. Загалом було проведено десять напівструктурованих інтерв'ю за допомоги онлайнного зв'язку (Zoom, Skype, Telegram) з огляду на карантинні обмеження, спричинені пандемією COVID-19. Збирання даних тривало з 24.11.2020 до 15.12.2020. Запитання ґайду були спрямовані на те, щоб: виявити, який зміст респонденти вкладають у поняття здоров'я; зрозуміти, з яких джерел респонденти переважно беруть інформацію про здоров'я; які практики щодо здоров'я визнають сприятливими; які з них застосовують у власному досвіді; чи відмінні ці практики від практик, культивованих у їхній сім'ї. Після аналізу проведених інтерв'ю було виокремлено важливі елементи, надалі використовувані для побудови інструментарію для кількісної частини дослідження (табл. 1). Для кожної з шести визначених тем було виокремлено головні тематичні характеристики, які було взято до уваги у формулюванні анкетних запитань для наступного етапу проєкту.

Кількісна фаза дослідження

У рамках кількісного етапу було проведено опитування з використанням сервісу онлайн опитування LimeSurvey. Поширення онлайнної анкети здійснювалося через сайти соціальних мереж, а також з використанням рекламного

поширення за допомоги FacebookAds на сайті соціальної мережі Facebook. Анкетування проведено навесні 2021 року. Інструмент (анкета) складався з шести блоків. Перші чотири блоки містили запитання щодо харчових практик, сприйняття здоров'я, організаційних навичок та соціальних аспектів мережі індивіда. П'ятий блок включав запитання про задоволеність дозвіллям та перелік дозвіллевих практик, що їх респонденти мали, зокрема, до карантинних обмежень¹. Шостий блок містив стандартну демографічну інформацію (табл. 2). Демографічний блок містив запитання для виявлення соціально-демографічних характеристик (гендер, вік, освіта, працевлаштованість та фінансовий стан індивіда).

Таблиця 1

Коротке узагальнення результатів проведених інтерв'ю

Теми	Характеристики
Здоров'я	<ul style="list-style-type: none"> – відсутність будь-яких хвороб (дискомфарту) – гарне фізичне та психічне самопочуття – злагоджена робота організму – ресурс, який потребує постійного підтримання
Бути здоровим	<ul style="list-style-type: none"> – не хворіти (коли нічого не болить, ніщо не турбує) – почуватися добре (фізично, психічно, соціально) – можливість повноцінно діяти (вдома та на роботі) – задоволеність своїм виглядом (тіла, волосся, шкіри, нігтів) – можливість бути щасливим/-ою
Джерела інформації	<ul style="list-style-type: none"> – інтернет (портали, просвітницькі джерела, книги) – близькі люди (друзі, родичі, знайомі) – лікарі
Уявлення про підтримання здоров'я	<ul style="list-style-type: none"> – стежити за самопочуттям (через регулярні перевірки) – підтримувати сталість практик (сна, харчування, відпочину, спорту) – прислухатися до свого організму і стану – культивувати позитивні думки
Практики щодо підтримання здоров'я	<ul style="list-style-type: none"> – заняття спортом, збалансоване харчування, повноцінний сон – робота зі стресом (мінімізація та контроль) – відсутність шкідливих звичок (куріння, вживання алкоголю) – щорічна перевірка здоров'я
Практики власні vs практики сім'ї	<ul style="list-style-type: none"> – більшість практик збігаються – є відмінності – відмінні практики через різницю у знаннях – відмінні практики через окреме проживання

Вибірка

Цільова група, для якої були виставлені характеристики реклами із посиленням на опитування, стосувалась дорослого населення Києва віком від 18 років. Загальна кількість опитаних становила 203 респонденти, проте після всіх процедур перевірки анкет на наповненість до подальшого аналізу було залуче-

1 Змінні з цього блоку не брали участі в аналізі, розглядуваному в нинішній публікації.

но 156 респондентів. Нижче наведено соціально-демографічні характеристики респондентів (табл. 2).

Таблиця 2

Соціально-демографічні показники респондентів

<i>Змінні</i>	<i>Категорії</i>	<i>%</i>	<i>N</i>
Гендер	Чоловіча	27	42
	Жіноча	73	114
Статус працевлаштованості	Працевлаштовані	67	105
	Непрацевлаштовані	33	51
Статус студентства	Студенти	49	76
	Не студенти	51	80
Розподіл за рівнем освіти	Середня школа	7	11
	Училище	5	8
	Університетський диплом	84	131
	Науковий ступінь	4	6
Комфортність життя з наявними доходами	Важко жити комфортно з наявними доходами	8	12
	Радше важко, ніж легко	24	37
	Радше легко, ніж важко	45	70
	Легко жити комфортно з наявними доходами	23	36
Стан фізичного здоров'я загалом	Дуже поганий	1	1
	Поганий	21	33
	Добрий	74	115
	Дуже добрий	5	7
Стан психічного здоров'я загалом	Дуже поганий	4	6
	Поганий	27	42
	Добрий	62	97
	Дуже добрий	7	11

Основна частина анкети містила перелік запитань про поведінку та звички, що поділявся на кілька секцій. Перша стосувалася харчових звичок у повсякденному житті, друга – ставлення, оцінювання та сприйняття власного здоров'я, третя – організаційних навичок індивіда, що включає окремі практики з підтримання здоров'я та із самоорганізаційних аспектів. Запитання четвертої секції містили запитання про соціальний капітал.

Аналіз даних та результати

Для з'ясування ролі культурного та соціального капіталу в суб'єктивній оцінці здоров'я використовувались: конденсація виміру, який застосовувався для пошуку культурних компетенцій щодо сприйняття здоров'я і за яким порівнювалися показники інших шкал; побудова структурних рівнянь, на підставі яких виявлялася взаємодія факторної структури індексів як частина механізму

взаємодії капіталів. Аналіз здійснювався у статистичних середовищах SPSS та RStudio.

Перевірка надійності шкал та побудова індексів

Наступним кроком в аналізі було утворення шкал для культурного та соціального капіталів. Тестування надійності шкал здійснювалося в кілька етапів: пошук зв'язків всередині блоків запитань; факторний аналіз (для перевірки на наявність декількох конструктів); перевірка на надійність за показником α Кронбаха; побудова адитивних індексів. В перебігу аналізу було утворено три шкали для різних аспектів культурного капіталу (табл. 3–5) та три шкали для соціального капіталу (табл. 6–9).

Таблиця 3

Шкала «Культурний капітал в аспекті харчування» (α Кронбаха = 0,75)

Я радше куплю менше за кількістю, але якісну їжу, аніж більше, але менш якісну
Зазвичай я читаю інформацію про поживні речовини та склад на етикетці товарів
Кількість калорій та поживних речовин, яку я вживаю, є достатньою
Я приблизно розумію, яку кількість калорій вживаю
Зазвичай я харчуюсь за графіком, а не тоді, коли вийде
Я радше куплю менше за кількістю, але дорогу їжу, аніж більше, але дешеву
Краще витратити гроші на гарні речі, аніж на якісну їжу
Якщо мені захочеться солодкого, я радше куплю солодощі, аніж фрукти
Якщо мені захочеться снєків, я радше куплю чіпси, аніж горішки

Таблиця 4

Шкала «Культурний капітал в аспекті здоров'я» (α Кронбаха = 0,5)

Зазвичай в мене добре виходить стежити за своїм здоров'ям
Я вважаю, що в мене добре виходить стежити за своїм здоров'ям
Я маю достатньо ресурсів для того, щоб підтримувати своє здоров'я
Я добре розумію, що потрібно робити, щоб підтримувати своє здоров'я
Втілюю більшість своїх знань на практиці для підтримання свого здоров'я
Стеження за своїм здоров'ям приносить мені задоволення
В мене є достатньо знань для того, щоб підтримувати своє здоров'я
Мої батьки розповідали мені в дитинстві, як потрібно стежити за здоров'ям
Для мене важливо мати достатньо знань для того, щоб стежити за своїм здоров'ям
Я цікавлюсь інформацією про здоров'я

Перша шкала стосується харчових звичок у повсякденному житті. До неї входять запитання, що стосуються знання про окремі харчові звички, про те, як стежити за споживанням калорій та поживних речовин, про вибір більш корисних продуктів, дотримання графіка харчування та перевірку інформації щодо продуктів на предмет поживних речовин та складу [Kamphuis, 2015;

Pinxten, Lievens, 2014]. Шкала спрямована на виявлення інкорпорованих знань щодо харчової поведінки та відображає частину культурного капіталу в аспекті харчування (високі показники означають більше знань про харчові практики, які можуть сприяти здоров'ю). Показник α Кронбаха дав змогу створити адитивний індекс (надалі у моделях – змінна *cult_food*). Середнє значення індексу становить 33,47 за максимального значення 40,00.

Таблиця 5

Шкала «Культурний капітал в аспекті оцінки міри дотримання власних практик/звичок/рутини щодо здоров'я» (α Кронбаха = 0,70)

Я підтримую стабільність у своїх практиках
Зазвичай я розумію, куди я рухаюсь у житті
Я стежу за своєю фізичною формою
Раз на рік я роблю скринінг на головні показники свого здоров'я
Я стежу за своїм сном
Я часто здійснюю прогулянки, щоб подихати свіжим повітрям
Я хотіла б / хотів би більше приділяти уваги своєму здоров'ю
Я часто думаю про дії, які я здійснила(-ив)
Я хотіла б / хотів би змінити частину своїх практик

Друга шкала складається із запитань, які стосуються ставлення до власного здоров'я, його оцінювання та сприйняття. В основі цього блоку лежить логіка визначення здоров'я через здатність адаптуватися до умов для кращого самопочуття [Abel, 2007; Huberetal, 2011]. Виходячи з такого визначення було включено запитання про оцінювання власних зусиль щодо стеження за здоров'ям, про сприйняття наявності ресурсів та знань для задовільного стеження за здоров'ям та про значущість наявності знань щодо здоров'я. Ці запитання спрямовані на виявлення сприйняття респондентами їхньої здатності адаптуватися на підставі своїх ресурсів; це також становить компонент культурного капіталу в аспекті здоров'я. Показник α Кронбаха дав змогу створити індекс, який буде використовуватись у моделях як змінна *cult_health*. Середнє значення індексу становить 31,99 за максимального значення 44,00.

Третя шкала стосується організаційних навичок індивіда, що включає окремі практики з підтримання здоров'я та із самоорганізаційних аспектів. Зокрема, до них належать такі практики, як стеження за сном та за фізичною формою, відвідування лікарні для перевірки основних медичних показників та прогулянки. Самоорганізаційні аспекти проявляються через підтримання стабільності своїх практик, оцінку вміння зорганізувати власне життя та оцінку розуміння напрямку руху в житті [Cockerham, 2013]. Таким чином, ця шкала відображає частину культурного капіталу в аспекті оцінки міри дотримання практик/звичок/рутини щодо здоров'я. Показник α Кронбаха для цієї шкали дав змогу створити адитивний індекс, який надалі буде використовуватись як змінна *cult_org*. Середнє значення індексу становить 25,82 за максимального значення 40,00.

Блок запитань щодо соціального капіталу у вигляді соціальних аспектів мережі індивіда має неоднорідні значення кореляції між запитаннями, через що виокремлюються різні підгрупи запитань. Це зумовлено тим, що в цьому блоці присутні різні аспекти соціального капіталу у вигляді: соціальної підтримки, оцінка респондентом наявності в мережі контактів, які можуть бути корисними для індивіда, характеристик гомогенності / гетерогенності мережі та відчуття виключення з мережі взаємодій. Тому для перевірки поділу цього блоку на різні конструкти було використано зменшення розмірностей за допомогою методу принципівих компонент з методом обертання варімакс (із попередньою перевіркою на ортогональність факторів). Перед проведенням процедури змінні, що мали негативні значення кореляції були перекодовані на обернену шкалу.

Було виокремлено 5 факторів з параметрами власних значень, більшими за одиницю, але в цьому випадку п'ятий фактор містив одну змінну. Тому з огляду на 4 початкові аспекти було вирішено обрати 4 фактори для аналізу. Для кожного з побудованих факторів було розраховано показники α Кронбаха. Показник КМО (Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy) становить 0,810 ($p < 0.0001$), що є більшим за 0,6 та свідчить про відносну якість факторної моделі [Tabachnick, Fidell, 2013].

Перший фактор, що утворився в результаті аналізу, за змістом змінних стосується соціальної підтримки (табл. 6).

Таблиця 6

Перший фактор: соціальна підтримка

Оцінка соціальної підтримки (середнє значення за індексом = 24,49)	α Кронбаха = 0,76
Я маю у своєму оточенні людей, які можуть надати мені емоційну підтримку	0,708
Я почуваю себе потрібною(-им) у своєму оточенні	0,691
У моєму оточенні в разі наявності проблеми люди зазвичай пропонують допомогу	0,663
Люди, у моєму оточенні розуміють мене	0,638
Більшість мого оточення – це люди, які піклуються про своє здоров'я	0,629
Я маю у своєму оточенні людей, з якими підтримую сильні зв'язки	0,576
В моєму оточенні є люди, з якими я говорю про здоров'я	0,571
Мої батьки надавали мені емоційну підтримку в дитинстві	0,534

До цього фактора потрапили 8 змінних, які стосуються емоційної підтримки, відчуття потрібності, розуміння та можливості отримати допомогу у своєму оточенні, наявність сильних зв'язків та людей, які піклуються про своє здоров'я, α Кронбаха за цими змінними становить 0,760, середнє значення індексу — 24,49 за максимального 32,00. Надалі цей індекс скорочено позначатиметься і буде використовуватись як *soc_support*.

Другий утворений фактор за змістом змінних стосується інструментальної складової мережі індивіда (табл. 7). До цього фактора потрапили 4 змінні, які стосуються сприйняття наявності в оточенні людей, які можуть бути корисни-

ми в діяльності індивіда; є здібними та здатними на компетентні рішення та дії; й ті, хто зможе потенційно допомогти в разі потреби; а також наявність великої кількості знайомих з різних сфер. За цими змінними α Кронбаха становить 0,780, середнє значення індексу — 24,49 за максимального 32,00, цей індекс буде використовуватись як *soc_insrt*.

Таблиця 7

Другий фактор: Оцінка респондентом наявності в мережі контактів, які можуть бути корисними для індивіда

Оцінка наявності в мережі корисних контактів (середнє значення за індексом = 12,24)	α Кронбаха = 0,78
Я маю у своєму оточенні людей, які можуть бути корисними у моїй діяльності	0,753
Я маю у своєму оточенні багато знайомих з різних сфер	0,753
Я маю у своєму оточенні людей, які є здібними та здатними на компетентні рішення та дії	0,678
Я маю багато знайомих, які зможуть (якщо звернутися до них) мені допомогти	0,598

До третього фактора увійшли 6 змінних, які стосуються гетерогенності / гомогенності як характеристики мережі індивіда (табл. 8). Зокрема, це твердження про характеристики мережі індивіда, такі як наявність взаємодій та сила зв'язків у мережі взаємодій загалом, а також про належність індивіда до різних не пов'язаних між собою підгруп. α Кронбаха за цими змінними становить 0,855, середнє значення індексу становить 14,60 за максимального 24,00. Далі буде використовуватись коротке позначення індексу — *soc_ties*.

Таблиця 8

Третій фактор: характеристики гомогенності / гетерогенності мережі

Оцінка гомогенності мережі (середнє значення за індексом = 14,60)	α Кронбаха = 0,86
Більшість людей, з якими я підтримую контакти, спілкуються між собою	0,854
Більшість людей серед моїх близьких контактів мають тісні зв'язки між собою	0,818
Більшість людей серед моїх близьких контактів не пов'язані між собою ^a	0,794
Більшість людей серед моїх близьких контактів знають один одного	0,788
Люди у моєму оточенні тісно між собою пов'язані	0,774
Я маю належність до різних не пов'язаних між собою підгруп людей ^a	0,517

^a Змінні було перекодовано в обернену шкалу.

Четвертий фактор складається із 4 змінних, які стосуються відчуття виключеності з мережі взаємодій (табл. 9).

Зокрема, йдеться про твердження щодо бажання мати більшу кількість корисних контактів та контактів, які могли б надати емоційну підтримку; про відчуття виключеності із соціальних взаємодій у своєму оточенні та відчуття того,

що власні проблеми в цьому оточенні належить розв'язувати самостійно. Однак показник α Кронбаха для цієї шкали не дає змоги побудувати за цими запитаннями індекс.

Таблиця 9

Четвертий фактор: відчуття виключеності з мережі взаємодій

<i>Оцінка виключеності з мережі (середнє значення за індексом = 17,6)</i>	<i>α Кронбаха = 0,54</i>
Я хотіла б / хотів би мати більше контактів, які можуть надати мені емоційну підтримку	0,773
Я хотіла б / хотів би мати більше корисних контактів	0,769
Зазвичай я відчуваю себе виключеною(-им) із соціальних взаємодій у своєму оточенні	0,477
У моєму оточенні заведено самостійно розв'язувати свої проблеми	0,458

Таким чином, у результаті аналізу для перевірки шкал було отримано 6 індексів. Індекси «культурний капітал в аспекті здоров'я», «соціальна підтримка» та «оцінка респондентом наявності в мережі контактів, які можуть бути корисними для індивіда» не мають нормального розподілу за критерієм Шапіро–Вілка; індекси «культурний капітал в аспекті харчування», «культурний капітал в аспекті оцінки респондентом міри, якою він чи вона дотримується рутини власних звичок щодо здоров'я» та «гетерогенності / гомогенності мережі» мають нормальний розподіл.

Профіль капіталів за рівнем суб'єктивної оцінки своїх знань щодо зміцнення здоров'я

Для реалізації цього завдання було застосовано метод аналізу консенсусу. Статистично цей метод реалізується за допомоги методу головних компонент, проте виміри побудовано не за змінними, а за транспонованою матрицею відповідей, тобто за респондентами. Це надає можливість виявляти міру консенсусальності стосовно відповідей у вибірці та виявляти людей, які мають культурну компетенцію щодо певного явища. Для інтерпретації результатів використовується перший фактор — через особливість формування факторів у методі головних компонент, який формує перший фактор з найбільшою часткою поясненої дисперсії. Як змінну, за якою було здійснено пошук культурної компетенції, було взято «культурний капітал в аспекті здоров'я». Далі було проведено факторизацію методом головних компонент за респондентами та відібрано навантаження респондентів на перший фактор для подальшого аналізу.

Наступним кроком було зіставлення значень індексів респондентів з їхнім значенням факторного навантаження. Після цього навантаження на перший фактор було просортовано й поділено на квартали, за якими знайдено середні значення для індексів, які стосуються капіталів. Поділ на квартали дав підстави виокремити чотири категорії людей — від тих, хто має низькі культурні компетенції щодо оцінки своїх знань щодо зміцнення здоров'я (1 квартал), до тих,

хто має високі компетенції (4 кватиль). Отримані результати свідчать про наявність градаційного збільшення показників за чотирма з показників (рис. 1).

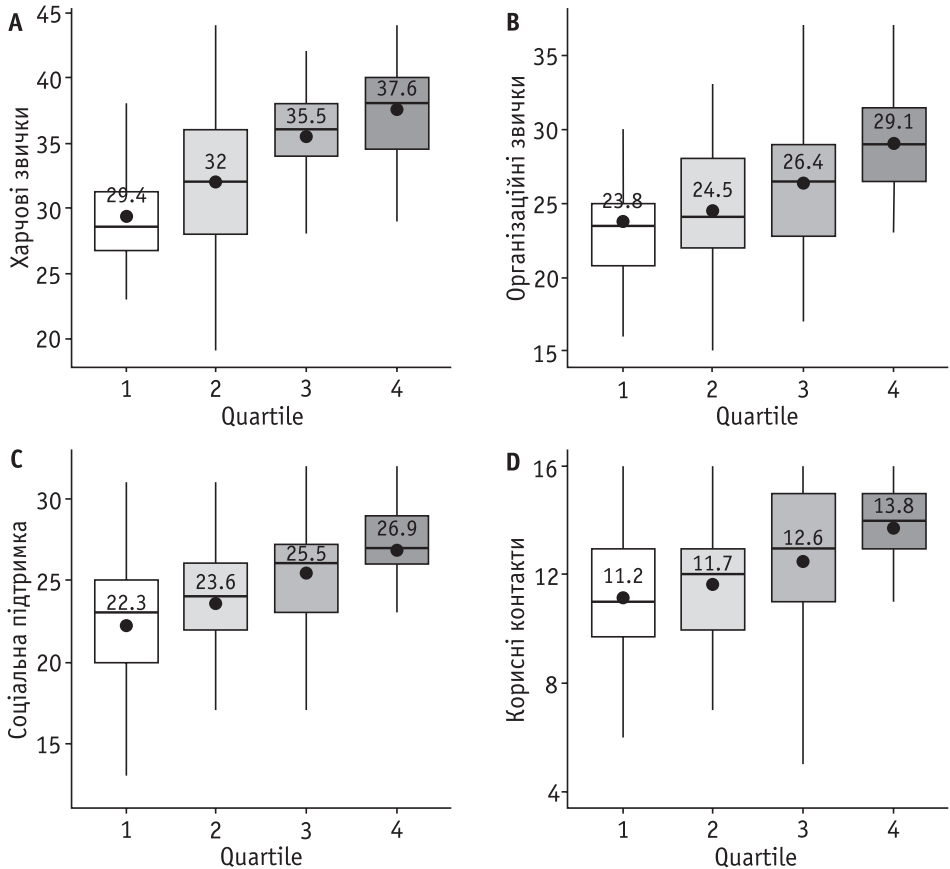


Рис. 1. Розподіл значень індексів за кватильми

Для перевірки статистично значимої різниці середніх було використано тест one-way ANOVA, усі змінні мали статистично значимі відмінності середніх між групами у вигляді кватиль. З кожним кватилем збільшується значення індексів і, відповідно, підвищується оцінка респондентом наявності капіталу. Таким чином, люди, які були більш культурно компетентними в аспекті оцінки своїх знань щодо зміцнення власного здоров'я, тобто мали вищий культурний капітал щодо здоров'я, одночасно мали вищі показники інших капіталів.

Щодо індексу гетерогенності мережі індивіда спостерігалася обернена ситуація, за якої вищі кватилі мали нижчі значення за цим показником (рис. 2). Через особливість формулювання запитань вищі значення за цим індексом вказують на більш гомогенну структуру мережі в індивіда, а низькі показники — на більш гетерогенну. Це свідчить про те, що люди, які мали вищий культурний капітал щодо оцінки своїх знань щодо зміцнення здоров'я, водночас мали більш гетерогенні мережі, що, згідно з однією з версій підходу до визначення соціального капіталу, вказує на наявність більшого соціального капіталу [Burt, 2004].

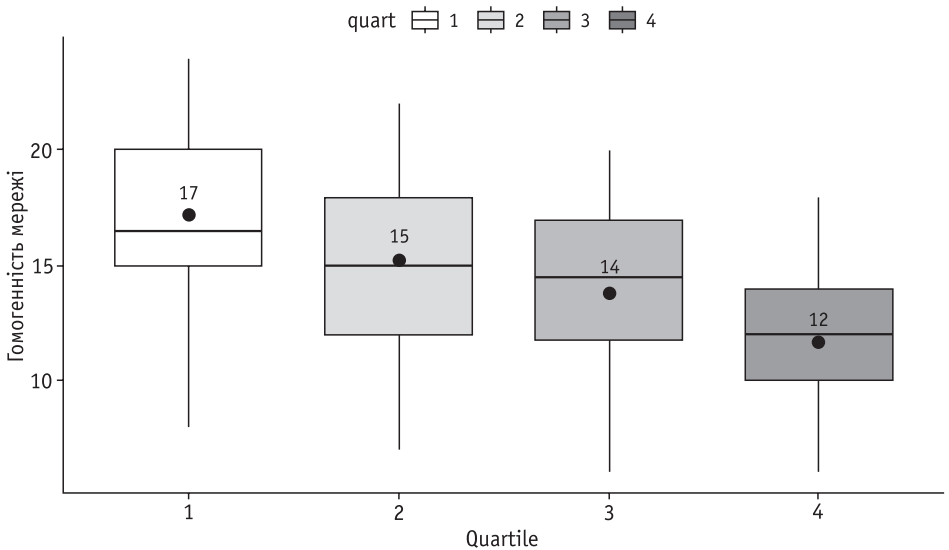
Гомогенність мережі

Рис. 2. Розподіл значень індексу характеристик соціальної підтримки за квантилями

Взаємодія капіталів у формуванні оцінки своїх знань щодо зміцнення здоров'я

Для виявлення взаємодії капіталів було виконано аналіз кореляцій між індексами, після чого було побудовано моделі структурних рівнянь (Structural equation modeling (SEM)) в статистичному середовищі RStudio за допомоги пакета lavaan. Для побудови показника кореляцій було обрано критерій Пірсона (рис. 3). Загалом усі індекси мають статистично значимий зв'язок між собою, окрім індексу гомогенності мережі індивіда, який має статистично значимий зв'язок лише зі змінними соціальної підтримки та оцінки респондентом наявності корисних контактів, які належать до відповідної частини соціального капіталу. Зв'язок між показниками культурного капіталу та соціального капіталу є сильним як всередині конструктів, так і між конструктами. Тому для виявлення взаємозв'язку між показниками соціального та культурного капіталів було використано моделювання структурних рівнянь.

Моделювання структурних рівнянь дає змогу виявляти більш складну взаємодію факторної структури пояснюваного явища [Weston, 2006]. Структурні рівняння в цьому випадку використано як аналіз шляху (англ. path analysis), що відображається як лінійні регресії в декілька рівнів. Структурні рівняння потребують теоретичного підґрунтя для побудови моделей, а також можуть бути використані для експлораторного аналізу [Schreiber et al., 2006]. У цьому дослідженні використання такого аналізу обґрунтовується наявністю взаємозв'язків між теоретичними конструктами, зокрема капіталами, проте воно має експлораторний характер, спрямований на виявлення можливої структури зв'язків.

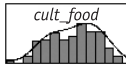
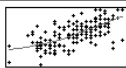

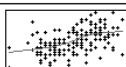
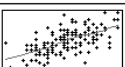
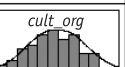
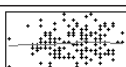
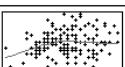
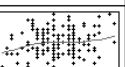
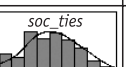
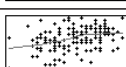
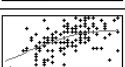
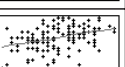
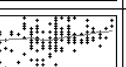

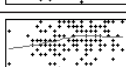
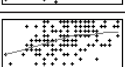
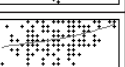
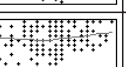
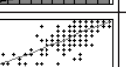
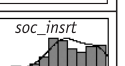
	<i>cult_food</i>	<i>cult_health</i>	<i>cult_org</i>	<i>soc_ties</i>	<i>soc_support</i>	<i>soc_insrt</i>
<i>cult_food</i>		0.63***	0.50***	0.08	0.36***	0.22**
<i>cult_health</i>			0.60***	0.11	0.51***	0.36***
<i>cult_org</i>				0.15	0.36***	0.36***
<i>soc_ties</i>					0.23**	0.16*
<i>soc_support</i>						0.76***
<i>soc_insrt</i>						

Рис. 3. Коефіцієнти кореляції Пірсона з показниками статистичної значимості $*p < 0,05$; $**p < 0,01$; $***p < 0,001$ та розподіл відповідей індексів. Культурний капітал в аспектах: *cult_food* — харчування; *cult_health* — здоров'я; *cult_org* — підтримання власних звичок щодо здоров'я; соціальний капітал було втілено в таких змінних: *soc_ties* — характеристики гомогенності мережі; *soc_support* — соціальної підтримки; *soc_insrt* — наявності корисних контактів.

Побудову структурних рівнянь було виконано в кілька етапів. Для початку було обрано головну залежну змінну, для якої здійснювалися пошуки предикторів. Далі для кожного окремого предиктора здійснювався пошук власних предикторів. Як головну залежну змінну визначено «культурний капітал в аспекті здоров'я», як незалежні використовувалися інші показники культурного капіталу «в аспекті харчування» та «в аспекті підтримання власних звичок щодо здоров'я» та соціального капіталу у вигляді «соціальної підтримки», «наявності корисних зв'язків» та «гомогенності мережі». Також для контролю до моделі було включено соціально-демографічні показники: «відчуття комфортності життя з наявним доходом», вік, стать, освіта (власна та батьків) та працевлаштованість.

Предикторами для «культурного капіталу в аспекті здоров'я» були «культурний капітал в аспекті харчування» та «підтримання власних звичок щодо здоров'я», соціальний капітал у вигляді «соціальної підтримки» та «комфортність наявного доходу». Всі незалежні змінні виявили позитивний зв'язок з «культурним капіталом в аспекті здоров'я», тобто зі збільшенням цих показників збільшується і значення цього капіталу. Інші аспекти соціального капіталу та соціально-демографічні показники не набували статистично значимих значень. Ця модель пояснює 56% дисперсії (табл. 10).

Далі в рамках аналізу шляху було знайдено власні предиктори для кожного з предикторів культурного капіталу в аспекті здоров'я. Проте пошук предикторів здійснювався за порядком величини регресійного коефіцієнта, після чого він не використовується як незалежна змінна. Порядок пошуку: 1. для культурного капіталу в аспекті харчування; 2. для культурного капіталу в аспекті підтримання власних звичок щодо здоров'я; 3. для соціальної підтримки. До моделі

увійшли також соціально-демографічні показники для контролю. Таким чином було змодельовано структурне рівняння (табл. 10).

Таблиця 10

Регресійні коефіцієнти моделювання структурних рівнянь

Назви змінних	B	Стандарт-на похибка	p
Культурний капітал в аспекті здоров'я	adj. R² = 0,56		
Культурний капітал в аспекті харчування	0,41	0,07	0,000
Культурний капітал в аспекті підтримання власних звичок щодо здоров'я	0,34	0,08	0,000
Соціальний капітал: соціальна підтримка	0,32	0,07	0,000
Відчуття комфортності життя з наявним доходом	0,91	0,35	0,010
Культурний капітал в аспекті харчування	adj. R² = 0,27		
Культурний капітал в аспекті підтримання власних звичок щодо здоров'я	0,49	0,08	0,000
Соціальний капітал: соціальна підтримка	0,27	0,09	0,002
Культурний капітал в аспекті підтримання власних звичок щодо здоров'я	adj. R² = 0,18		
Соціальний капітал: наявність корисних контактів	0,56	0,13	0,000
Відчуття комфортності життя з наявним доходом	1,34	0,38	0,000
Соціальний капітал: соціальна підтримка	adj. R² = 0,59		
Соціальний капітал: наявність корисних контактів	1,19	0,08	0,000
Соціальний капітал: характеристики гомогенності мережі	0,11	0,05	0,040
Соціальний капітал: наявність корисних контактів	adj. R² = 0,03		
Соціальний капітал: характеристики гомогенності мережі	0,10	0,05	0,044

^a Індекс *adj. R²*, або скоригований *R²* є модифікованою версією індексу *R²*, який коригує значення показника *R²* на підставі кількості незалежних змінних у моделі.

Модель культурного капіталу в аспекті харчування складається з культурного капіталу в аспекті підтримання власних звичок щодо здоров'я та соціальної підтримки. Своєю чергою, модель культурного капіталу в аспекті підтримання власних звичок щодо здоров'я складається з наявності у мережі корисних контактів та відчуття комфорту за наявного доходу. Предикторами для соціальної підтримки стали наявність корисних контактів та характеристики гомогенності мережі. Так, предиктором для змінної наявності корисних контактів у мережі була характеристика гомогенності мережі. Якість моделі мала високі показники: значення χ^2 дорівнює 12,385, тоді як $p = 0,192$, тобто модель є такою,

що є задовільною щодо даним. Значення $RMSEA = 0,049$ (CI 0,00–0,087), тоді як $p = 0,451$, це вказує на високу відповідність моделі [Xia, Yang, 2019]. Значення Comparative Fit Index (CFI) = 0,991, а Tucker-Lewis Index (TLI) = 0,971, що також свідчить про належну якість відповідності моделі.

Усі коефіцієнти мають позитивне значення, тобто зі збільшенням наявності перелічених капіталів збільшується значення інших капіталів (рис. 4). Таким чином, культурний капітал в аспекті здоров'я має зв'язок зі змінними культурного капіталу в аспектах харчування та підтримання власних звичок щодо здоров'я, а також зі складовою соціального капіталу у вигляді соціальної підтримки. Змінні культурного капіталу є пов'язаними між собою, а також зі складовою соціального капіталу у вигляді соціальної підтримки та наявності корисних контактів. Будучи більш багатовимірним конструктом, соціальний капітал відіграє більшу роль, оскільки впливає через більшу кількість каналів (рис. 4). Змінні соціального капіталу також мають між собою зв'язок.

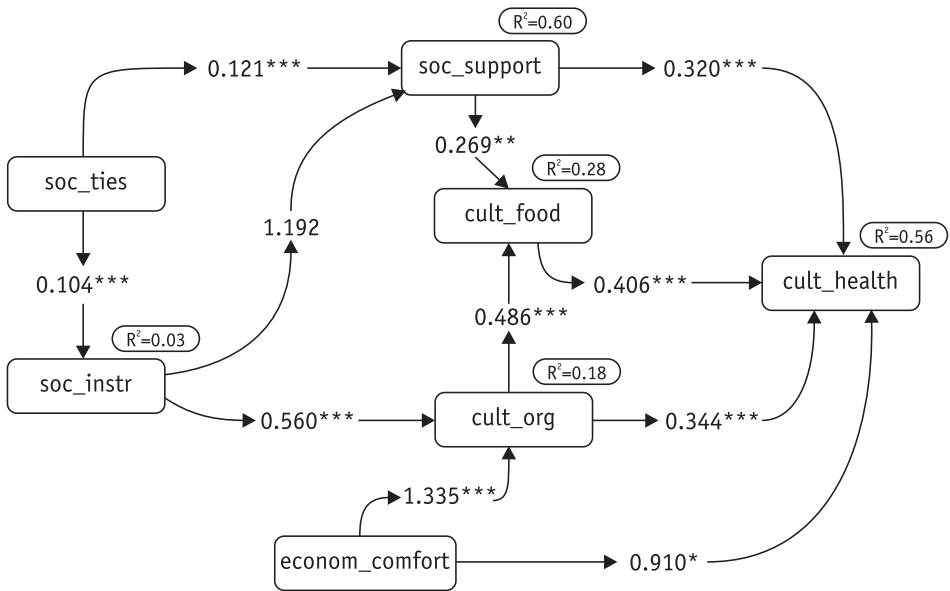


Рис. 4. Схематичне зображення моделювання структурного рівняння

Нестандартизовані регресійні коефіцієнти вказані для кожного зв'язку в супроводі показників статистичної значимості $*p < 0,05$; $**p < 0,01$; $***p < 0,001$ та $adj.R^2$ для кожної залежної змінної. Культурний капітал в аспектах: $cult_food$ — харчування; $cult_health$ — здоров'я; $cult_org$ — підтримання власних звичок щодо здоров'я. Соціальний капітал було втілено в таких змінних: soc_ties — характеристики гомогенності мережі; $soc_support$ — соціальної підтримки; soc_insrt — наявності корисних контактів.

Слід зазначити, що характеристики гомогенності мережі мали також позитивні коефіцієнти у регресійних рівняннях для соціальної підтримки та наявності корисних контактів. Це може пояснюватися особливістю визначення самого явища соціальної підтримки. Соціальна підтримка загалом асоціюється з наявністю сильних зв'язків, яким більш притаманна емоційна підтримка, тоді як гомогенним мережам властиві саме такі зв'язки через невелику кількість їх

[Granovetter, 1973]. Позитивний вплив на наявність корисних контактів може бути пояснений тим, що корисні контакти, своєю чергою, впливають на соціальну підтримку, тому сприйняття наявності корисних контактів респондентами асоціюється з наявністю близьких контактів у мережі, через що саме гомогенність мережі, а не сильніші зв'язки є чинником позитивного впливу.

Висновки та обмеження дослідження

Культурний капітал у вигляді ресурсів, ґрунтованих на домінуючих символічних/культурних системах, поділяється на інституціалізований, об'єктивований та інкорпорований. Інкорпорований культурний капітал є найбільш дієвим щодо пояснення нерівності у здоров'ї, оскільки він включає аспект знань, реалізовуваних на практиці. Такі знання можуть стосуватися інформації щодо підтримання власного здоров'я та мати позитивний вплив на здоров'я. Підтримання здоров'я є складником культурного смаку, що формує статусне розрізнення, тому сприйняття здоров'я є частиною культурного капіталу. Поняття соціального капіталу — це комплексний конструкт, який передбачає різні виміри та підходи. Головними аспектами пояснення нерівності у здоров'ї є концепти соціальної підтримки, гетерогенності / гомогенності мережі та наявності ресурсів у мережі, які можна використовувати для досягнення власних цілей. Цінність такого підходу для вивчення нерівності у здоров'ї полягає не в окремішньому розгляді культурного та соціального капіталів, а в аналізі механізмів взаємодії цих капіталів. Так, капітали в сукупності взаємодіють, і ця взаємодія має різні прояви, зокрема: капітали можуть підсилювати дію один одного; компенсувати нестачу одного іншим, збільшуватися за рахунок один одного. Таким чином, вимірювання капіталів як потенційних ресурсів для здоров'я дає змогу виявляти механізми відтворення нерівності у здоров'ї. У рамках цього дослідження було розроблено інструментарій, який охоплює складові (1) культурного капіталу, такі як: оцінка респондентом власного здоров'я, оцінка респондентом харчових звичок та оцінка знання щодо зміцнення здоров'я, і (2) соціального капіталу, такі як: соціальна підтримка, гомогенність / гетерогенність мережі та сприйняття наявності у мережі корисних контактів. У результаті було виявлено ґradient наявності капіталів щодо культурного капіталу в аспекті сприйняття здоров'я як складової його оцінки. Більш культурно компетентні в аспекті оцінки власного здоров'я індивіди, які мають більший культурний капітал в аспекті здоров'я, одночасно мають вищі показники всіх форм капіталів. Це підтримує ідею того, що здоров'я є складником культурного смаку, що формує статусне розрізнення.

Щодо механізмів взаємодії капіталів виявлено, що культурний капітал в аспекті здоров'я має зв'язок з культурним капіталом в аспектах харчування та підтримання власних звичок щодо здоров'я, а також з таким складником соціального капіталу, як соціальна підтримка. Змінні культурного капіталу є пов'язаними між собою, а також із соціальним капіталом у вигляді соціальної підтримки та наявності корисних контактів. Соціальний капітал впливає через більшу мережу каналів на культурний капітал через соціальну підтримку. Вод-

ночас соціальний капітал є багатовимірним конструктом, у межах якого різні фактори взаємодіють між собою.

Джерела / References

- Abel, T. (2007). Cultural capital in health promotion. In: D.V. McQueen, I. Kickbusch, L. Potvin, J.M. Pelikan, L. Balbo, T. Abel (Eds.), *Health and Modernity: The Role of Theory in Health Promotion* (pp. 43–73). New York, NY: Springer.
- Abel, T. (2008). Cultural capital and social inequality in health. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 62 (7), e13–e13.
- Abel, T., Frohlich, K. (2012). Capitals and capabilities: Linking structure and agency to reduce health inequalities. *Social Science & Medicine*, 74 (2), 236–244.
- Bartscher, A.K., Seitz, S., Siegloch, S., Slotwinski, M., Wehrhuffer, N. (2021). Social capital and the spread of COVID-19: Insights from European countries. *Journal of Health Economics*, 80, 10253 (1–15).
- Blasius, J., Friedrichs, J. (2008). Lifestyles in distressed neighborhoods: A test of Bourdieu's "taste of necessity" hypothesis. *Poetics*, 36(1), 24–44.
- Bourdieu, P. (1977). *Outline of a Theory of Practice*. Cambridge, UK: Polity.
- Bourdieu, P. (1984). *Distinction*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Burt, R. (2002). The social capital of structural holes. *The New Economic Sociology: Developments in an Emerging Field*, 148 (90), 122.
- Burt, R. (2004). Structural holes and good ideas. *American Journal of Sociology*, 110 (2), 349–399.
- Carpiano, R.M., Link, B.G., Phelan, J.C. (2008). Social inequality and health: future directions for the fundamental cause explanation. In: A. Lareau, D. Conley (Eds.), *Social Class: How Does It Work* (pp. 232–263). New York, NY: Sage Foundation.
- Cockerham, W.C. (2005). Health lifestyle theory and the convergence of agency and structure. *Journal of health and social behavior*, 46 (1), 51–67.
- Cockerham, W. (2013). Bourdieu and an update of health lifestyle theory. In: *Medical Sociology on the Move: New Directions in Theory* (pp.127–154). New York, NY: Springer.
- Coleman, J. (1988). Social capital in the creation of human capital. *American Journal of Sociology*, 94, 95–120.
- Gagne, T., Frohlich, K., Abel, T. (2015). Cultural capital and smoking in young adults: applying new indicators to explore social inequalities in health behaviour. *The European Journal of Public Health*, 25 (5), 818–823. DOI: 10.1093/eurpub/ckv069
- Huber, M., Knottnerus, J., Green L., et al (2011). How should we define health? *BMJ*, 343: d4163. DOI: 10.1136/bmj.d416
- Mackenbach, J.P. (2012). The persistence of health inequalities in modern welfare states: the explanation of a paradox. *Social Science & Medicine*, 75 (4), 761–769.
- Nora, A. (2004). The Role of Habitus and Cultural Capital in Choosing a College, Transitioning From High School to Higher Education, and Persisting in College Among Minority and Nonminority Students. *Journal of Hispanic Higher Education*, 3 (2), 180–208. DOI: 10.1177/1538192704263189
- Kamphuis, C., Jansen, T., Mackenbach, J., Van Lenthe, J. (2015). Bourdieu's cultural capital in relation to food choices: a systematic review of cultural capital indicators and an empirical proof of concept. *PloS One*, 10 (8), e0130695.
- Kawachi, I., Berkman, L. (2014). Social capital, social cohesion, and health. *Social Epidemiology*, 2, 290–319.
- Lin, N. (2001). *Social capital: A theory of social structure and action*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Newton, K. (2001). Trust, social capital, civil society, and democracy. *International Political Science Review*, 22 (2), 201–214.
- Pampel, F., Krueger, P., Denney, J. (2010). Socioeconomic disparities in health behaviors. *Annual Review of Sociology*, 36, 349–370.

Pinxten, W., Lievens, J. (2014). The importance of economic, social and cultural capital in understanding health inequalities: using a Bourdieu-based approach in research on physical and mental health perceptions. *Sociology of Health & Illness*, 36 (7), 1095–1110.

Schreiber, J., Nora, A., Stage, F., Barlow, E., King, J. (2006). Reporting structural equation modeling and confirmatory factor analysis results: A review. *The Journal of educational research*, 99 (6), 323–338.

Song, L. (2013). Social Capital and Health. In: Cockerham W. (Ed/), *Medical Sociology on the Move*. S.I.: Springer. DOI: 10.1007/978-94-007-6193-3_12

Sweet, D., Byng, R., Webber, M., et al (2017). Personal well-being networks, social capital and severe mental illness: exploratory study. *The British Journal of Psychiatry*, 212 (5), 308–317.

Tulin, M., Smith, S. (2020). Poverty and mental health among migrants: When is ingroup exposure more protective than social ties? *SSM — Population Health*, 11, 100599 (1–8). DOI:10.1016/j.ssmph.2020.100599

Turrell, G., Kavanagh, A.M. (2006). Socio-economic pathways to diet: modelling the association between socio-economic position and food purchasing behaviour. *Public Health Nutrition*, 9 (3), 375–383.

Veenstra, G. (2018). Infusing fundamental cause theory with features of Pierre Bourdieu's theory of symbolic power. *Scandinavian Journal of Public Health*, 46(1), 49–52. DOI: org/10.1177/1403494817748253

Veenstra, G., Abel, T. (2019). Capital interplays and social inequalities in health. *Scandinavian Journal of Public Health*, 47 (6), 631–634.

Weston, R. (2006). A Brief Guide to Structural Equation Modeling. *The Counseling Psychologist*, 34 (5), 719–751. DOI: 10.1177/0011000006286345

Wilkinson, R., Pickett, K. (2006). Income inequality and population health: a review and explanation of the evidence. *Social Science & Medicine*, 62 (7), 1768–1784.

Wiltshire, G., Lee, J., Williams, O. (2019). Understanding the reproduction of health inequalities: Physical activity, social class and Bourdieu's habitus. *Sport, Education and Society*, 24 (3), 226–240.

World Health Organization (1995). *Constitution of the world health organization*. Retrieved from: https://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf

World Health Organization (2009). *Milestones in health promotion: statements from global conferences*. Retrieved from: https://www.who.int/healthpromotion/Milestones_Health_Promotion_05022010.pdf

Xia, Y., Yang, Y. (2019). RMSEA, CFI, and TLI in structural equation modeling with ordered categorical data: The story they tell depends on the estimation methods. *Behavior Research Methods*, 51 (1), 409–428.

Отримано / Received 09.11.2021

ПАВЛО СЕРЕДА, КАТЕРИНА МАЛЬЦЕВА

Роль культурного та соціального капіталів у суб'єктивній оцінці здоров'я

Сучасна епідеміологічна ситуація ще раз привернула увагу наукової спільноти та полісі-мейкерів до важливості розуміння соціальних джерел біологічних ризиків. Упродовж кількох останніх десятиліть висновки емпіричних досліджень нерівностей у здоров'ї привертати увагу до складних причинних зв'язків між соціально-економічним статусом індивіда та його чи її здоров'ям. Існує кілька теоретичних моделей для пояснення нерівностей у здоров'ї, які зосереджуються на різних аспектах впливу соціально-економічного статусу. Ці моделі демонструють, що показники здоров'я розподілені між різними групами у популяції нерівномірно, проте є обмеженими у своїх поясненнях механізмів відтворення нерівності у здоров'ї. Хоча самі спостереження щодо впливу соціально-економічного статусу на здоров'я не є новими й походять щонайменше від ідей соціальної медицини XIX століття, зараз ми знаємо значно

більше про соціальні чинники у патернах здоров'я, захворюваності та смертності. Розвиток підходів до розуміння нерівності у здоров'ї, а також збагачення соціологічного знання завдяки інкорпорації інформації з епідеміології, медицини, генетики та інших дотичних наук змінили й засадниче визначення самого здоров'я. Відповідно, має розвиватися і методологічний вимір оцінювання соціальних чинників у здоров'ї. Проведене авторами дослідження передбачало з'ясування ролі культурного та соціального капіталів у суб'єктивних оцінках здоров'я з боку дорослого населення України. У 2020–2021 роках було проведено двохфазове дослідження мішаним способом із залученням напівструктурованого інтерв'ювання ($n = 10$) для розроблення інструменту для подальшого анкетування ($n = 156$). У результаті аналізу було виявлено градієнт наявності капіталів щодо культурного капіталу в аспекті сприйняття здоров'я як частини суб'єктивної його оцінки. Індивіди, більш обізнані в царині здорового способу життя і спроможні втілювати набуті знання у своєму способі життя, водночас мали вищі показники всіх форм капіталів. Це підтримує ідею того, що здоров'я є одним із проявів культурного смаку, що формує статусне розрізнення. Щодо механізмів взаємодії капіталів, виявлено, що культурний капітал втілений у знаннях про здоров'я має зв'язок з культурним капіталом в аспектах харчування та дотримання власних звичок щодо зміцнення здоров'я, а також з таким складником соціального капіталу, як соціальна підтримка. Змінні культурного капіталу є пов'язаними між собою, а також зі складниками соціального капіталу у вигляді соціальної підтримки та наявності корисних контактів. Соціальний капітал є багатовимірним конструктом у межах якого різні фактори взаємодіють між собою. Соціальна підтримка виступає медіатором між соціальним та культурним капіталом.

Ключові слова: самооцінка здоров'я, соціальні детермінанти здоров'я, градієнт, теорія капіталів, П'єр Бурдьє, кількісні методи

ПАВЕЛ СЕРЕТА, ЕКАТЕРИНА МАЛЬЦЕВА

Роль культурного и социального капиталов в субъективной оценке здоровья

Современная эпидемиологическая ситуация еще раз привлекла внимание научного сообщества и полиси-мейкеров к важности понимания социальных источников биологических рисков. В течение нескольких последних десятилетий выводы эмпирических исследований неравенств в здоровье подчеркивали сложные причинные связи между социально-экономическим статусом индивида и его или ее здоровьем. Существует несколько теоретических моделей для объяснения неравенств в здоровье, которые сосредотачиваются на различных аспектах влияния социально-экономического статуса. Эти модели демонстрируют, что показатели здоровья между разными группами в популяции распределены неравномерно, однако ограничены в своих объяснениях механизмов воспроизводства неравенства в здоровье. Хотя само наблюдение о влиянии социально-экономического статуса на здоровье не ново и восходит по меньшей мере к идеям социальной медицины XIX века, сейчас мы знаем гораздо больше о социальных факторах в паттернах здоровья, заболеваемости и смертности. Развитие подходов к пониманию неравенства в здоровье, а также обогащение социологического знания благодаря инкорпорации информации из эпидемиологии, медицины, генетики и других смежных наук изменило и основополагающее определение самого здоровья. Соответственно должно развиться и методологическое измерение оценки социальных факторов в здоровье. Проведенное авторами исследование предполагало выяснение роли культурного и социального капиталов в субъективных оценках здоровья со стороны взрослого населения Украины. В 2020–2021 годах было проведено двухфазовое исследование смешанным способом с использованием полуструктурированного интервьюирования ($n = 10$) для разработки инструмента для последующего анкетирования ($n = 156$). В результате анализа был выявлен градиент наличия капиталов в отношении культурного капитала в аспекте восприятия здоровья как части субъективной его оценки. Индивиды с более обширными познаниями в области здо-

рового образа жизни и способные воплощать эти знания в свой образ жизни, одновременно имели более высокие показатели всех форм капиталов. Это поддерживает идею о том, что здоровье является одним из проявлений культурного вкуса, что формирует статусное различие. Относительно механизмов взаимодействия капиталов было выявлено, что культурный капитал воплощенный в знаниях про здоровье имеет связь с переменными культурного капитала в аспектах питания и соблюдения собственных привычек укрепления здоровья, а также с такой составляющей социального капитала, как социальная поддержка. Переменные культурного капитала связаны между собой, а также с частью социального капитала в виде социальной поддержки и наличия полезных контактов. Социальный капитал выступает многомерным конструктом, в рамках которого разные факторы взаимодействуют между собой. Социальная поддержка выступает медиатором между социальным и культурным капиталом.

Ключевые слова: самооценка здоровья, социальные детерминанты здоровья, градиент, теория капиталов, Пьер Бурдьё, количественные методы

PAVLO SEREDA, KATERYNA MALTSEVA

Cultural and social capitals as factors in self-rated health

The present-day epidemiological situation has once again drawn attention of the scientific community and policy makers to the importance of understanding of the social sources of biological risks. During the past few decades the empirical research into health disparities has revealed the complex links existing between the socioeconomic status of an individual and his or her health. There are several theoretical models that explain health disparities chiefly focusing on various facets of the socioeconomic status and their effects on health. Those models point to the unequal distribution of health across different groups within a population, but they remain rather limited in terms of accounting for the mechanisms of its maintenance. Although the idea of the effects of socioeconomic status on health is not new and dates back at least as far as 19th c. social medicine, the body of knowledge regarding the social patterns of health, disease and mortality has increased considerably since then. Burgeoning new approaches to health disparities as well as incorporation of data from the epidemiological, medical, genetic and similar connected disciplines have enriched the sociological knowledge and changed the very conceptualization of health. The methodological means of assessing the social factors in health should be enhanced accordingly. The present study contributes to this empirical literature. The aim of the present study was to explore the factor of the cultural and social capitals in self-rated health status among the adult Ukrainians. During 2020–2021 the authors have conducted a two-phase mixed methods study employing the results of semi-structured interviews (n = 10) to develop a survey instrument (n = 156). The results pointed to the gradual data structure in self-rated health based on the cultural capital criterion. Individuals who were more knowledgeable in terms of healthy lifestyle habits and capable of translating this knowledge into practice adhering to it in their lifestyle, also had higher scores on all other forms of capital. This finding supports the notion that health is linked to the cultural taste which forms the status distinctions. As for the mechanisms of the interaction of capitals, it was found that cultural capital in the domain of health is connected to the variables of the cultural capital in the domain of diet and healthy habits, as well as with the social support aspect of the social capital. Cultural capital variables were intercorrelated among themselves, as well as with such aspects of social capital as social support and useful contact networks. Social capital emerged as a multidimensional construct with multiple interrelated compounds. The relationship between social and cultural capitals was mediated by social support availability.

Keywords: self-rated health, social determinants of health, gradient, theory of capitals, Pierre Bourdieu, quantitative methods