

Міністерство освіти і науки України
Національний університет «Києво-Могилянська академія»
Факультет соціальних наук і соціальних технологій
Кафедра соціології

Магістерська робота
Освітньо-кваліфікацій ступінь – магістр

на тему: **«РОЛЬ КУЛЬТУРНОГО ТА СОЦІАЛЬНОГО КАПІТАЛІВ У
СУБ'ЄКТИВНІЙ ОЦІНКІ ЗДОРОВ'Я»**

Виконав: студент 2-го року навчання,
Спеціальності 0.54 Соціологія
Середа Павло Олександрович

Наукова керівниця:
Мальцева Катерина Сергіївна,
кандидат філософських наук, доктор філософії,
доцентка кафедри соціології НаУКМА

Рецензентка:
Пугачова О. Г. кандидат економічних наук,
доцентка кафедри соціології НаУКМА

Магістерська робота захищена з оцінкою
«_____»

Секретар ЕК _____

«_____» _____ 2021р.

ЗМІСТ

ВСТУП	5
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО–МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ НЕРІВНОСТІ У ЗДОРОВ'І ЧЕРЕЗ ПРИЗМУ КУЛЬТУРНОГО ТА СОЦІАЛЬНОГО КАПІТАЛІВ	7
1.1. Підходи до розуміння нерівності у здоров'ї та визначення здоров'я	7
1.2. Дослідження нерівності у здоров'ї на основі підходу П'єра Бурдьє.....	9
1.2.1 Роль культурного капіталу у здоров'ї.	10
1.2.2 Роль соціального капіталу у аспекті здоров'я.	12
1.2.3 Механізм взаємодії капіталів у аспекті здоров'я.....	15
РОЗДІЛ 2. МЕТОДОЛОГІЯ ДОСЛІДЖЕННЯ	17
2.1. Якісна частина дослідження	17
2.2. Кількісна частина дослідження	20
2.2.1 Опис вибірки дослідження.....	21
2.2.2 Опис інструментарію дослідження.	22
РОЗДІЛ 3. РОЛЬ КУЛЬТУРНОГО ТА СОЦІАЛЬНОГО КАПІТАЛІВ У СУБ'ЄКТИВНІЙ ОЦІНЦІ ЗДОРОВ'Я.....	24
3.1. Основні тенденції сприйняття аспектів культурного та соціального капіталів	24
3.1.1. Інкорпоровані знання щодо харчової поведінки.	24
3.1.2. Ставлення, оцінювання та сприйняття власного здоров'я.	26
3.1.3. Сприйняття підтримки власних звичок щодо здоров'я.....	28
3.1.4. Соціальний капітал, у вигляді соціальних аспектів мережі індивіда.	29
3.2. Перевірка шкал та побудова індексів.....	30
3.3. Профіль капіталів за рівнем сприйняття здоров'я.....	38

3.4. Взаємодія капіталів у формуванні сприйняття здоров'я	40
ВИСНОВКИ.....	46
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ:.....	48
ДОДАТОК А. АНКЕТА ЗБОРУ ДАНИХ.....	52

ВСТУП

Дослідження нерівності у здоров'ї виявили вплив соціально-економічного статусу (СЕС) індивіда на його здоров'я. Існує декілька моделей до пояснення нерівності у здоров'ї, які зосереджуються на різних аспектах впливу СЕС (Carpiano, Link & Phelan, 2008). Ці моделі в основному виявляють нерівність у різних аспектах здоров'я, проте мають обмеження щодо встановлення механізму відтворення нерівності у здоров'ї. На додачу до цього, трансформується й розуміння самого здоров'я. Так, визначення здоров'я як «стан повного фізичного, ментального та соціального благополуччя» (ВНО, 1995) змінюється на «здатність адаптуватись до умов та самоорганізовуватись при зустрічі соціальних, фізичних та емоційних викликів» (Huber et al., 2011). Тому з метою пошуку відповідей на ці запитання з'являються моделі, які зосереджуються на механізмі відтворенні нерівності у здоров'ї (Cockerham, 2013).

До цих підходів і відносяться спроби адаптувати підхід П'єра Бурдьє до вивчення нерівності у здоров'ї. За таким розумінням здоров'я набуває актуальності підхід П. Бурдьє, саме через призму визначення нерівності у суспільстві. Він передбачає, що індивіди знаходяться у боротьбі за позиції у соціальних полях соціальної структури, що втілюється через поняття габітус та капітали (Bourdieu, 1984). Цей підхід описує механізм формування практики, через концепти сприйняття, наявності та реалізації власних ресурсів. Останнє визначення здоров'я та підхід Бурд'є мають точки перетину у моменті здатності адаптуватись з наявними ресурсами, що дозволяє отримати знання про механізми відтворення нерівності у здоров'ї.

Таким чином, зміна погляду на концептуалізацію здоров'я веде за собою появу нових методологічних засад для вимірювання нерівності у здоров'ї. До вже наявних конструктів, таких як соціально-економічний статус, додаються нові латентні, серед яких культурний та соціальний капітали. Виявлення таких механізмів розширить знання щодо відтворення нерівності у здоров'ї, які

надалі можуть бути втіленими у розробці інтервенцій. Тому **метою** цієї роботи є: з'ясувати роль культурного та соціального капіталів у суб'єктивній оцінці здоров'я дорослим населенням України.

Об'єктом дослідження є доросле населення України віком від 18 років.

Предметом дослідження є роль культурного та соціального капіталів у суб'єктивній оцінці здоров'я.

Завдання:

1. Систематизувати результати попередніх досліджень з нерівності у здоров'ї з використанням підходу Бурдье для виявлення основних елементів культурного та соціального капіталів у аспекті здоров'я;

2. Розробити інструментарій для вимірювання культурного та соціального капіталів у аспекті здоров'я;

3. Виявити зв'язок між сукупністю капіталів у аспекті здоров'я з використанням розробленого інструментарію (пілотне дослідження).

Емпірична частина дослідження поєднує як якісний так і кількісний підходи (з акцентом на кількісний), тож було використано комбіновані методи. У рамках якісного етапу було проведено 10 коротких напівструктурованих інтерв'ю, основною метою яких було формування спектру інформації для формування кількісного інструментарію. Відбір респондентів здійснювався за методом доступності та методом снігової кулі. Важливим етапом цього дослідження є розробка інструментарію, який передував кількісному етапу дослідження. У рамках кількісного етапу було проведено опитування із використанням сервісу онлайн опитування LimeSurvey. Загальна кількість опитаних складає 156 респондентів. Поширення онлайн анкети здійснювалось через сайти соціальних мереж, а також з використанням рекламного поширення за допомогою FacebookAds на сайті соціальної мережі Facebook.

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО–МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ НЕРІВНОСТІ У ЗДОРОВ'І ЧЕРЕЗ ПРИЗМУ КУЛЬТУРНОГО ТА СОЦІАЛЬНОГО КАПІТАЛІВ

У цьому розділі розглянуто основні концепції розуміння нерівності у здоров'ї, зокрема, ключові ідеї та підходи. Також у розділі висвітлено концепції розуміння самого поняття здоров'я з фокусом на зміні його трактування. Зважаючи на зміни у трактуванні здоров'я, одним з підходів до розуміння нерівності у здоров'ї, який набуває актуальності є адаптація підходу П'єра Бурдьє. Тому у цій частині роботи включений огляд основних концепцій цього підходу, а саме культурного та соціального капіталів.

1.1. Підходи до розуміння нерівності у здоров'ї та визначення здоров'я

Дослідження нерівності у здоров'ї виявили вплив соціально-економічного статусу (СЕС) індивіда на його здоров'я (Carpiano, Link & Phelan, 2008). Сьогодні існує багато підходів до пояснення нерівності у здоров'ї, які фокусуються на різних аспектах впливу СЕС. Проте, усі ці підходи мають в основі дві головні моделі, які зосереджуються на матеріальних або психосоціальних чинниках нерівності у здоров'ї.

У фокусі матеріалістичної моделі наявність ресурсів розглядається як пряма асоціація між соціальною позицією індивіда та його здоров'ям. Ресурси у такому контексті безпосередньо дозволяють мати умови, які сприяють здоров'ю. (Pinxten & Lievens, 2014). Прихильники цього підходу акцентують увагу на тому, що саме наявність ресурсів впливає на ймовірність уникнення несприятливих або дають можливість мати сприятливі життєві обставини і,

відповідно, мати хороше здоров'я. Таким чином, умови створюють життєві шанси, які мають індивіди знаходячись у певних соціальних позиціях, тобто формують певний спосіб життя (Cockerham, 2005).

В свою чергу, психосоціальна модель акцентована на впливі сприйняття наявності власних матеріальних ресурсів індивідом на стан здоров'я. За таким підходом, матеріальні ресурси є відносним показником: індивід розглядає свої ресурси у контексті розподілу ресурсів у порівнянні з іншими (Wilkinson & Pickett, 2006). Так, сприйняття свого соціального положення впливає на відчуття власної цінності. Усвідомлення ж свого перебування на нижчих позиціях виливається у хронічний стрес, який має негативні наслідки для здоров'я (Pampel, Krueger & Denney, 2010).

Розвиток підходів до розуміння нерівності у здоров'я, а також розвиток знання у епідеміології, медицині, генетиці та інших дотичних науках змінив й засадниче визначення самого здоров'я. Наприклад, у 1946 році ВООЗ визначає 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, що для досягнення такого стану, індивіди повинні мати можливості виявляти та реалізовувати прагнення змінюватись чи справлятися з умовами середовища. Здоров'я розуміється як «ресурс для повсякденного життя, а не мета життя» і розглядається як позитивна концепція, що підкреслює соціальні, особисті ресурси, а також фізичні можливості (World Health Organization, 2009). Проте, враховуючи тенденцію до зміни парадигми визначення здоров'я, все частіше науковці оперують визначенням здоров'я як «здатність адаптуватись до умов та самоорганізовуватись при зустрічі соціальних, фізичних та емоційних викликів» (Huber et al., 2011).

За таким формулюванням набуває актуальності підхід П. Бурдьє, саме через підхід до визначення нерівності у суспільстві. Він передбачає, що індивіди знаходяться у боротьбі за позиції у соціальних полях соціальної

структури, що втілюється через поняття габітус та капітали (Bourdieu, 1984). Габітус можливо окреслити як те, що індивіди володіють певним набором інтерналізованих когнітивних схем, за допомогою яких сприймають, розуміють та оцінюють оточуючий світ (Bourdieu, 1977). Габітус зумовлює практику, тобто люди здійснюють практику через призму свого габітусу. У свою чергу капітали є ресурсом індивіда, які керуються за допомогою габітусу, тобто габітус діє в рамках визначеної наявності ресурсів. Такий підхід є співзвучним з останнім визначенням здоров'я, оскільки здатність адаптуватись з наявними ресурсами залежить від схем сприйняття та поведінки пов'язаної зі здоров'ям.

Отже, існують різні моделі до пояснення нерівності у здоров'ї, які відрізняються за поглядом на природу впливу ресурсів на здоров'я. Що стосується розуміння самого здоров'я, то з розвитком та появою нових знань, зокрема, і про нерівність у здоров'ї, трансформувався погляд на здоров'я.

1.2. Дослідження нерівності у здоров'ї на основі підходу П'єра Бурдьє

Соціальні дослідники, які вивчали здоров'я встановили сильний зв'язок між показниками соціально-економічного статусу (освіта, дохід, професія) і здоров'ям. Багато з цих досліджень засновані на припущенні, що диплом про вищу освіту, гроші та професійний престиж є ресурсами для здійснення діяльності, що сприяє зміцненню здоров'я і пом'якшенню шкідливих наслідків від хвороб (Pampel, Krueger & Denney, 2010). Це один з векторів досліджень, які базуються на ресурсному підході до соціально-економічної нерівності у здоров'ї, через соціально-економічні ресурси і того, як вони використовуються людьми для забезпечення здоров'я.

За підходом П. Бурдьє ресурси виступають у ролі капіталів, що сприяють відтворенню нерівності, проте у його підході вони працюють у

комплексі із агентністю, що скеровує використання цих ресурсів у різні шляхи, створюючи відмінності у різних статусних груп (Veenstra & Abel, 2019). Такий підхід є інформативним для дослідження нерівності у здоров'ї, оскільки він може пояснити механізми, які відтворюють практики пов'язані зі здоров'ям у різних статусних групах. Так, теорія капіталів важлива для того, щоб виявляти яким чином соціально-економічні ресурси взаємопов'язані один з одним в їх впливі на здоров'я. Підхід Бурдьє включає в себе дослідження форм капіталів, їх вплив на здоров'я, а також дослідження впливу стилю життя індивіда та його практик щодо здоров'я зважаючи на положення у соціальній структурі (Veenstra, 2018; Abel & Frohlich, 2012; Cockerham, 2013).

У широкому сенсі, теорія капіталів Бурдьє акцентується на владних відносинах між індивідами і групами, які проявляються в боротьбі за соціальні позиції. У цій боротьбі окремі особи і групи осіб використовують різні економічні, культурні та соціальні ресурси – капітали, задля збереження і зміцнення своїх позицій (Veenstra & Abel, 2019). Іншими словами, капітали - це ресурси для участі в стратегічних діях, спрямованих на те, щоб їх власники займали вигідне становище порівняно з іншими індивідами.

За Бурдьє (Bourdieu, 1984) основними формами капіталу в сучасному суспільстві є економічний, культурний і соціальний капітали. Економічний капітал відноситься до грошей та інших матеріальних речей, таких як майно, яке може бути безпосередньо перетворено в гроші. Втілення економічного капіталу реалізується у комплексі з культурним та соціальними капіталами. Отже, капітали - це ресурси, що використовуються окремими особами і групами осіб для підтримки і зміцнення їх позицій в соціальному просторі. Взаємодії капіталу відноситься до взаємозв'язку різних форм капіталів у продукуванні здоров'я.

1.2.1 Роль культурного капіталу у здоров'ї. Культурний капітал - це ресурси, засновані на домінуючих символічних/культурних системах (Veenstra & Abel, 2019; Abel & Frohlich, 2012). Культурний капітал ділиться на

інституалізований, об'єктивний та інкорпорований. Наприклад, диплом від престижного навчального закладу - це інституалізована форма культурного капіталу, яка є перевіркою того, що людина володіє відповідними культурними якостями. Об'єктивний культурний капітал - це володіння цінними предметами культури, такими як твори мистецтва або література, які вимагають спеціальних культурних знань або навичок. Інкорпорований культурний капітал – це безпосередньо знання та навички, якими індивід володіє та використовує (або може використовувати).

Одним з прикладів використання підходу Бурдьє є дослідження здорового способу життя як набору практик. Проблеми з харчуванням та недостатня фізична активність відрізняються у різних категоріях населення, нижчі показники СЕС асоціюються з шкідливим для здоров'я стилем життя, а вищі показники СЕС навпаки (Oude Groeniger et. al., 2019). Одним з пояснень поширеності здорового способу життя у вищих статусних групах суспільства є те, що для цього потрібно вкладати більше зусиль для того, щоб підтримувати здоровий спосіб життя. Це висуває високі вимоги до підтримки здорового способу життя і надає групам з більш високим статусом можливість виділятися на основі поведінки, яка пов'язана зі здоров'ям (Wiltshire, Lee & Williams, 2019). Таким чином, зв'язок між соціально-економічним становищем, фізичною активністю і здоровим харчуванням може відображати ширший спектр культурних переваг і смаків, пов'язаних з соціальним становищем людей.

Здорове харчування і фізична активність є результатом практики і установок, використовуваних для формування відмінностей у суспільстві. Участь в культурному житті відображає схильність до "високих" культурних практик (наприклад, похід до музеїв, опери, тощо) і найчастіше використовується для вимірювання втіленого культурного капіталу. Засвоєння подібних видів культурної практики нелегко «здобути», оскільки розуміння культурних заходів повинно вимагати часу і зусиль (Oude Groeniger et. al.,

2019). Ті, хто має 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 про здорове харчування складають частину інкорпорованого культурного капіталу (Kamphuis et al., 2015). Сильний зв'язок між культурною участю і поведінкою, пов'язаною зі здоров'ям, імовірно, не передбачає, що участь в культурній діяльності буде безпосередньо мотивувати людей до більш здорової поведінки. Це передбачає, що соціалізація в середовищі з високим статусом призводить до появи смаків, які вимагають докладання більших зусиль для формування статусних розрізень (Blasius & Friedrichs, 2008). Інкорпорований культурний капітал потенційно виступає джерелом знань для дій направлених на здоров'я та знання про саме здоров'я (Abel, 2007; Gagne, Frohlich, & Abel, 2015). Зокрема, це стосується знань, які, зважаючи на власні ресурси, дозволяють приймати рішення для того щоб краще адаптуватись до умов для підтримки власного здоров'я.

Крім того, процес ознайомлення з культурними звичками можна засвоїти тільки в тих, хто сам володіє цими культурними звичками. Таким чином, участь у "високій" культурній діяльності відображає процес соціалізації в соціокультурному середовищі з уподобаннями "складного" способу життя і тенденцією до проведення соціальних відмінностей (Mackenbach, 2012).

1.2.2 Роль соціального капіталу у аспекті здоров'я. Соціальний капітал у здоров'ї є одним з латентних механізмів у відтворенні нерівності у здоров'ї, який множинність підходів до визначення. Загалом можливо виділити три основних підходи до визначення соціального капіталу як макро, мезо та мікро показники (Song, 2013). Перший підхід в основному 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.

Другий підхід стосується вивчення самих мереж, її кількісних та якісних показників, здатності індивідом мобілізувати мережі для реалізації власних цілей (Granovetter, 1973; Burt, 2004). Цей підхід акцентується на можливості використання характеристик власних мереж, наприклад, структурних дір або наявності слабих зв'язків, як соціального капіталу. Третій підхід зосереджується на розгляді соціального капіталу як на ресурсах які присутні в соціальній структурі, що уособлюється у мережах взаємодій індивідів (Coleman, 1988; Lin, 2001). Ресурсами можуть виступати як матеріальні так і нематеріальні як наприклад інформація та її обмін.

Усі три види є ідеальними типами, на яких базуються ті чи інші підходи, та можуть бути втілені у поєднанні, складаючи повну картину. Визначення соціального капіталу Бурд'є поєднує два останні підходи та визначається як доступ до капіталів інших членів мережі соціальних зв'язків, які можуть бути мобілізовані для особистих цілей (Bourdieu, 1970; Bourdieu, 1984).

Соціальний капітал дозволяє розглядати поєднання мікро та макрорівней, в особливості у тому, що індивіди можуть використовувати структурні особливості для досягнення власних цілей, що може говорити нам також про те, що ті аспекти соціальної структури, які використовуються індивідами, виступають у якості ресурсів (Coleman, 1988). Що у свою чергу нам дозволяє робити висновки, що є певні характеристики соціальної структури, які можуть використовуватись для досягнення власних цілей.

Марк Грановетр (1973) розглядаючи проблему поєднання мікро та макросвітів також приходять до висновку, що таке поєднання втілюється у зв'язках між людьми. Для цього він взяв аспект мікроевзаємодії - силу міжособистісних зв'язків і показав як застосування мережевого підходу може зв'язати даний параметр з різними макрофеноменами. Головна його гіпотеза

полягала у тому що, чим більше у суб'єкта не прямих, слабких контактів тим менше обмеженими будуть його знання про світ, що знаходиться за межами його дружнього кола, сильних зв'язків. Його дослідження виявляє такі аспекти сильних зв'язків, як гомогенність всередині цих груп. Якщо ж звернути увагу на слабкі зв'язки, то індивід, який пов'язаний з вами слабкою силою, з більшою ймовірністю входить в ті кола, в які не входите ви самі, і тим самим той індивід має доступ до інформації, якою ви не володієте (Granovetter, 1973). Тобто при слабких зв'язках буде більша ймовірність отримання нової інформації, а також сили, які витрачаються на передачу знань будуть меншими, а швидкість більша, ніж в сильних зв'язках.

Соціальний капітал накопичується тоді, коли контакти вносять свій внесок для досягнення цілей індивіда, ці контакти і є соціальним капіталом (Burt, 2004). Окрім цього, результатом заповнення структурних дірок (не пов'язані між собою групи) є підвищена вірогідність виникнення інновацій, що пояснюється на прикладі закритих та пов'язаних між собою груп. Закриті групи є більш гомогенними, у тому числі інформаційно, тобто усі члени групи мають приблизно однакову за повнотою та сутністю інформацію, хоча й з більшою ймовірністю зв'язки у таких групах є сильнішими. Заповнення структурних дірок, шляхом поєднання непов'язаних компаній, дозволяє отримувати інформацію та використовувати її у власних цілях.

Потік інформації у мережі безпосередньо стосується і здоров'я, тому різноманітність інформації може підвищувати знання щодо здоров'я. Проте у свою чергу було помічено протективний 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 з найбільш впливових на здоров'я аспектів соціального капіталу є концепт соціальної підтримки, яка стосується отримання емоційної, інформаційної та матеріальної допомоги, що дозволяють медіювати негативні моменти та

підтримувати позитивні в житті тим самим сприяючи здоров'ю (Song, 2013; Kawachi & Berkman, 2014; Sweet, et al., 2017).

Отже, соціальний капітал в аспекті здоров'я втілюється як соціальна підтримка, гомогенність або гетерогенність мережі індивіда, та наявність у мережі індивіда зв'язків, які можуть корисними для індивіда у досягненні його цілей.

1.2.3 Механізм взаємодії капіталів у аспекті здоров'я. При вивченні впливу капіталів на здоров'я слід звертати увагу на взаємодію капіталів, оскільки їх корисність і можливість застосування для індивіда часто залежить від інших форм капіталу. Таким чином покращення або підтримка здоров'я може втілюватись через взаємодію капіталів. Тобто сам економічний капітал може сприяти практикам для здоров'я, проте інші форми капіталу можуть зробити цей процес швидше, ефективніше, тощо. Сюди відносяться процеси, коли одна форма капіталу посилюється наявністю іншої форми капіталу (Abel & Frohlich, 2012).

Наприклад, володіння економічним капіталом само по собі не дозволяє мати добре здоров'я, якщо разом з цим немає знань про корисне споживання їжі, яке проявляється через культурний капітал (Pampel, Krueger, & Denney, 2010). Також ефективність тієї чи іншої форми капіталу каталізується володінням іншою формою капіталу. Наприклад, наявність достатнього економічного капіталу для того щоб користуватись послугами приватних лікарень може бути пришвидшена за допомогою соціального капіталу, маючи у мережі або лікарів або людей, які знають лікарів, які б дали кращі послуги.

Ще одним типом взаємодій капіталів можуть бути компенсаційні взаємодії, коли одна форма капіталу особливо ефективна при відсутності інших форм капіталу, заміщуючи «прогалину» у іншому (Veenstra & Abel, 2019). Культурний капітал може бути використаний як знання про здорове харчування або інші превентивні міри, як профілактичний похід до лікаря,

може зменшити ризики для погіршення здоров'я індивідів, які не мають достатнього економічного капіталу (Pinxten & Lievens, 2014).

Збільшення капіталу - це процеси, в яких застосування однієї форми капіталу сприяє успішному набуттю іншої форми капіталу і, відповідно, виробництва здоров'я. Взаємодія при набутті капіталу може бути свідомим, стратегічним вибором, який роблять люди, які бажають придбати більше капіталу (наприклад, гроші, витрачені на навчання). Використання інституціоналізованого культурного капіталу в формі диплому університету, може сприяти збільшенню інкорпорованого культурного капіталу вигляді знань та навичок, які можуть знадобитись у займанні високооплачуваних посад, що створюють високий рівень економічного капіталу (Veenstra & Abel, 2019). І навпаки, інкорпорований культурний капітал у вигляді знань та навичок дозволяє вступати в університети, який у подальшому конвертується у інституціоналізований культурний капітал (Nora, 2004). Який у свою чергу також дозволяє отримувати соціальний капітал у вигляді потенційних професійних знайомств, які можуть бути реалізовані у пошуку високооплачуваної роботи (Burt, 2002; Lin, 2001).

Отже, через дослідження практик пов'язаних зі здоров'ям та капіталів індивідів, 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 боку цей вибір обмежується зовнішніми умовами, з яких індивід може робити вибір.

РОЗДІЛ 2. МЕТОДОЛОГІЯ ДОСЛІДЖЕННЯ

Дизайн цього дослідження поєднує як якісний так і кількісний підходи (з акцентом на кількісний), тож було використано комбіновані методів. Така логіка дизайну дослідження обумовлена метою дослідження, яка передбачає виявлення ролі культурного та соціального капіталів у суб'єктивній оцінці здоров'я, тож особливості таких конструктів потребують комплексності підходу до їх вивчення у певному соціокультурному середовищі. Також логіка вибору комбінованих методів пов'язана із розробкою інструментарію для даного дослідження, адже це потребувало як інтеграції вже наявних знань, так і розуміння контексту.

2.1. Якісна частина дослідження

Якісний елемент у даному дослідженні було використано для виявлення елементів, які пов'язані з габітусом та капіталами в аспекті здоров'я. Капітали, зокрема, культурний та соціальний, виявлялись як те, що може бути використано як ресурс у аспекті здоров'я, наприклад, це інформація про здоров'я (частина культурного капіталу), наявність мережі (соціальна підтримка) у сенсі наявності контактів, що можуть сприяти здоров'ю та доступ до капіталів членів своєї мережі (наприклад інформація про сприятливі практики щодо здоров'я) (Veenstra & Abel, 2019).

Тому на першому етапі дослідження було проведено короткі напівструктуровані інтерв'ю, основною метою яких було формування спектру інформації щодо проявів капіталів у аспекті здоров'я, задля побудування кількісного інструментарію. Відбір респондентів здійснювався за методом доступності та методом снігової кулі, адже ці два методи відбору було визначено як найефективніші у рамках цього дослідження. Для інтерв'ю були відібрані респондентів різного віку, представники різних професій, а також

жителі декількох міст України (Київ, Вінниця) задля розуміння досвіду індивідів з різними соціально – демографічними характеристиками. Загалом, було проведено десять напівструктурованих інтерв'ю і такої кількості було достатньо, оскільки отримана точка насичення інформації. Проведення інтерв'ю відбувалося за допомогою онлайн зв'язку (Zoom, Skype, Telegram), така ситуація замовлення карантинними обмеженнями у зв'язку з пандемією COVID-19. Період збору даних 24.11.20 – 15.12.20. Перед проведенням інтерв'ю респонденти надали усну згоду на ведення аудіозапису, а також були ознайомлені зі своїми правами: не відповідати на неприємні питання, перервати інтерв'ю у будь-який момент. Також усім респондентам гарантувалась конфіденційність наданої інформації.

Для проведення таких інтерв'ю попередньо було розроблено короткий гайд, який складався з низки тематичних запитань, зокрема, респонденти відповідали на такі ключові запитання:

1. Як Ви (ти) розумієте що таке здоров'я?
2. Що для Вас (тебе) означає бути здоровим?
3. Де Ви (ти) берете інформацію про здоров'я?
4. Що потрібно робити щоб бути здоровим / ой?
5. Що Ви (ти) робите/робиш для свого здоров'я?
6. Як (чи) відрізняються практики щодо здоров'я у Вас (тебе) і Вашої (твоєї) сім'ї?

Таким чином, усі питання гайду були спрямовані на те, щоб виявити розуміння респондентами самого поняття здоров'я (що вони вкладають у це поняття), зрозуміти з яких основних джерел респонденти переважно беруть інформацію про здоров'я, які практики щодо здоров'я вони визначають сприятливими, які застосовують на власному досвіді і чи відмінні ці практики від практик, які культивуються у їхній сім'ї. Після аналізу проведених інтерв'ю, було виокремлено важливі елементи, які надалі використовувались

при розробці інструментарію для кількісної частини дослідження (див. Таблиця 2.1)

Таблиця 2.1. Коротке узагальнення результатів проведених інтерв'ю

Теми	Характеристики
здоров'я	<ul style="list-style-type: none"> - відсутність будь-яких хвороб (дискомфорту) - гарне фізичне та психічне самопочуття - злагоджена робота організму - ресурс, який потребує постійної підтримки
бути здоровим	<ul style="list-style-type: none"> - не хворіти (нічого не болить, ніщо не турбує) - почуватися добре (фізично, психічно, соціально) - можливість повноцінно діяти (вдома на роботі) - задоволеність виглядом (тіло, волосся, шкіра, нігті) - можливість бути щасливим/вою
джерела інформації	<ul style="list-style-type: none"> - інтернет (портали, просвітницькі джерела, книги) - близькі люди (друзі, родичі, знайомі) - лікарі
уявлення про підтримку здоров'я	<ul style="list-style-type: none"> - слідкувати за самопочуттям (регулярні перевірки) - підтримувати сталість практик (сон, харчування, відпочинок, спорт) - прислухатися до свого організму і стану - культивувати позитивні думки
практики щодо підтримки здоров'я	<ul style="list-style-type: none"> - заняття спортом, збалансоване харчування, повноцінний сон - робота зі стресом (мінімізація та контроль) - відсутність шкідливих звичок (куріння, алкоголь) - щорічна перевірка здоров'я
практики власні VS сім'ї	<ul style="list-style-type: none"> немає відмінностей - більшість практик співпадають відмінності - відмінності практик через різницю у знаннях - відмінні практики через окреме проживання

У наведеній таблиці систематизовано результати проведених інтерв'ю. Так, після аналізу для кожної з шести тем виокремлено основні тематичні характеристики. Оскільки фокус даного дослідження на кількісній методології, такого узагальнення якісної частини було достатньо для роботи на кількісним інструментарієм.

2.2. Кількісна частина дослідження

Дослідження орієнтовано буде з використанням комбінованих методів. Якісний елемент буде використаний для виявлення елементів, які пов'язані з габітусом та капіталами в аспекті здоров'я. Капітали, в особливості культурний та соціальний, будуть виявлятися як те, що може бути використано як ресурс у аспекті здоров'я (наприклад, інформація про здоров'я як частина культурного капіталу, або наявність мережі як соціальна підтримка, як наявність контактів, що можуть сприяти здоров'ю, або як доступ до капіталів членів своєї мережі (напр., інформація про здорові практики)).

Першим етапом в рамках розробки інструментарію, були проведені короткі напівструктуровані інтерв'ю, що допоможе сформуванню першопочаткові коди для формування потрібних аспектів для кількісного етапу. Такі дії допомогли сформуванню спектру інформації щодо проявів капіталів у аспекті здоров'я, що було використано для побудування кількісного інструментарію. Кількісний інструментарій складається із змінних з використанням шкали Лікерта. Для вимірювання показників було використано псевдометричну шкалу Лікерта від 1 до 4, де 1 означало не погодження респондента з твердженням («зовсім не так»), а 4 погодження респондента з твердженням («абсолютно точно»). Інструментарій складається з 6 блоків. Перші чотири блоки складаються з харчових практик, сприйняття здоров'я, організаційних навичок та соціальних аспектів мережі індивіда.

П'ятий блок включає у себе запитання про задоволеність дозвіллям, та переліком практик дозвілля, як респонденти мали у тому числі до карантинних обмежень.

2.2.1 Опис вибірки дослідження. У рамках кількісного етапу було проведено опитування із використанням сервісу онлайн опитування LimeSurvey¹. Поширення онлайн анкети здійснювалось через сайти соціальних мереж, а також з використанням рекламного поширення за допомогою FacebookAds на сайті соціальної мережі Facebook. Цільова група для якої були виставлені характеристики реклами із посиланням на опитування стосувалась дорослого населення Києва віком від 18 років. Загальна кількість опитаних складає 203 респондента, проте після усіх процедур перевірки анкет на заповненість для подальшого аналізу увійшло 156 респондентів. Серед 156 респондентів

- 73% жінок та 27% чоловіків;
- 67% працевлаштованих та 33% непрацевлаштованих;
- 49% студентів та 51% не студентів;
- Розподіл за рівнем освіти: середня школа 7.1%; училище 4.5%; університетський диплом 84.6%; науковий ступінь 3.8%
- 8.3% важко жити комфортно з наявними доходами; 24.4% швидше важко ніж легко; 44.9% швидше легко ніж важко; 22.4% легко жити комфортно з наявними доходами

Таблиця 2.2. Розподіл відповідей на запитання щодо здоров'я

Як Ви оцінюєте свій нинішній стан:	1	2	3	4
здоров'я загалом	0.0%	16.0%	76.3%	7.7%
фізичного здоров'я загалом	0.6%	21.2%	73.7%	4.5%
психічного здоров'я загалом	3.8%	26.9%	62.2%	7.1%

¹ Посилання на онлайн версію анкети: <https://pavlosereda.limesurvey.net/254852?lang=uk>

2.2.2 Опис інструментарію дослідження. Перший блок стосується харчових звичок у повсякденному житті. У нього входять запитання, що включають знання про окремі харчові звички, такі як слідкування за споживанням калорій та поживних речовин, вибір більш корисних продуктів, підтримка графіку харчування та перевірку інформації щодо складу продуктів на предмет поживних речовин та складу (Kamphuis, 2015; Pinxten & Lievens, 2014). Таким чином блок спрямований на виявлення інкорпорованих знань щодо харчової поведінки та складає частину культурного капіталу у аспекті харчування. Високі відповіді на запитання будуть означати більше знань про харчові практики, які можуть сприяти здоров'ю.

Другий блок складається з запитань, які стосуються ставлення, оцінювання та сприйняття власного здоров'я. У основі цього блоку лежить логіка визначення здоров'я за здатністю адаптуватись до умов для кращого самопочуття (Abel, 2007; Huber et al., 2011). Для реалізації такого визначення були включені запитання про оцінювання власних зусиль щодо слідкування за здоров'ям, сприйняття наявності ресурсів та знань для задовільного слідкування за здоров'ям, важливістю наявності знань щодо здоров'я. Ці запитання направлені на виявлення сприйняття респондентами їх здатності адаптуватись зі своїми ресурсами та складають частину культурного капіталу у аспекті здоров'я.

Третій блок стосується організаційних навичок індивіда, що включає в себе окремі практики на підтримку здоров'я та на самоорганізаційні аспекти. Окремі практики визначені як слідкування за сном, фізичною формою, відвідування лікарні на перевірку основних показників та прогулянки. Самоорганізаційні аспекти проявляються через підтримку стабільності своїх практик, сприйняття щодо вміння організації власного життя та сприйняття розуміння напрямку руху у житті (Cockerham, 2013). Цей блок складає частину

культурного капіталу у аспекті сприйняття підтримки власних звичок щодо здоров'я.

Запитання четвертого блоку мають зміст соціального капіталу, у вигляді соціальних аспектів мережі індивіда, які стосуються соціальної підтримки, сприйняття наявності у мережі контактів, які можуть бути корисними для індивіда, характеристики гомогенності або гетерогенності мережі та відчуття виключення з мережі взаємодій (Bourdieu, 1984; Burt, 2004; Song, 2013). П'ятий блок включає запитання про задоволеність дозвіллям та практиками дозвілля, у тому числі до карантинних обмежень. Шостий блок з соціально-демографічними характеристиками респондентів.

РОЗДІЛ 3. РОЛЬ КУЛЬТУРНОГО ТА СОЦІАЛЬНОГО КАПІТАЛІВ У СУБ'ЄКТИВНІЙ ОЦІНЦІ ЗДОРОВ'Я

Для з'ясування ролі культурного та соціального капіталу у суб'єктивній оцінці здоров'я у цьому розділі висвітлено основні тенденції сприйняття аспектів культурного та соціального капіталів, перевірено шкали та побудовано відповідні індекси на основі яких будувався аналіз. Використовувались наступні статистичні процедури: побудова виміру для пошуку культурних компетенцій за сприйняттям здоров'я за яким порівнювались показники інших шкал; та побудовано структурні рівняння (SEM) на основі яких виявлялась взаємодія факторної структури індексів як частина механізму взаємодії капіталів.

3.1. Основні тенденції сприйняття аспектів культурного та соціального капіталів

Для висвітлення основних тенденцій щодо відповідей на запитання у блоках соціального та культурного капіталів було розглянуто міри центральних тенденцій по кожному з запитань.

3.1.1. Інкорпоровані знання щодо харчової поведінки. Щодо першого блоку запитань, який стосувався харчових звичок, можливо виділити наступні тенденції. Найбільше респонденти погоджувалися з твердженнями:

- Я радше куплю менше за кількістю, але якісну їжу, аніж більше, але менш якісну;
- Кількість калорій та поживних речовин, яку я вживаю, є достатньою;
- Я радше куплю менше за кількістю, але дорогу їжу, аніж більше, але дешеvu.

Найменше респонденти погоджуються щодо таких тверджень харчових практик:

- Я приблизно розумію, яку кількість калорій вживаю
- Якщо мені захочеться снєків, я радше куплю чіпси, аніж горішки

- Краще витратити гроші на гарні речі, аніж на якісну їжу

З огляду на отримані результати, в середньому респонденти вважають, що вони вживають достатню кількість калорій та слідкують за тим, щоб у їх раціоні було достатньо поживних речовин. Проте одночасно респонденти в середньому зазначають, що не розуміють, яку кількість калорій вживають та харчуються не за графіком, а за можливості. На середині шкали знаходиться твердження про отримання інформації про поживні речовини та склад на етикетці товарів.

Таблиця 3.1. Описові статистики блоку інкорпорованих знань щодо харчової поведінки

	M	Sd.	Median	Mode
Я радше куплю менше за кількістю, але якісну їжу, аніж більше, але менш якісну	3.2	0.84	4	4
Кількість калорій та поживних речовин, яку я вживаю, є достатньою	3.0	0.84	3	4
Я радше куплю менше за кількістю, але дорогу їжу, аніж більше, але дешеву	2.9	0.88	3	3
Якщо мені захочеться солодкого, я радше куплю солодощі, аніж фрукти	2.8	0.98	3	3
Я слідкую за тим, щоб в моєму раціоні було достатньо поживних речовин	2.7	0.92	3	3
Зазвичай я читаю інформацію про поживні речовини та склад на етикетці товарів	2.5	1.00	3	3
Зазвичай я харчуюсь за графіком, аніж тоді коли вийде	2.2	1.03	3	3
Я приблизно розумію, яку кількість калорій вживаю	2.2	1.00	3	3
Якщо мені захочеться снєків, я радше куплю чіпси, аніж горішки	1.9	0.99	2	1
Краще витратити гроші на гарні речі, аніж на якісну їжу	1.7	0.84	2	2

Загалом респонденти погоджуються з твердженнями про купівлю меншої кількості, але більш якісної та дорогої їжі, аніж більше при цьому менш якісної та дешевої їжі. Пріоритет якісного харчування є вираженим також через твердження про купівлю якісної їжі, аніж гарних речей. Щодо

пріоритетів харчування, твердження про купівлю чіпсів, аніж горішків, має низьке значення, у той час як твердження про купівлю солодоців на противагу фруктів має значення вище умовної середини шкали.

Отже, показники щодо харчових звичок у повсякденному житті мають достатньо близькі значення до високого рівня, що може бути охарактеризоване як слідкування за поживними речовинами у своєму раціоні респондентами. Враховуючи значення стандартного відхилення, яке є достатньо високим в усіх твердженнях цього блоку, це вказує на присутність як низьких так і високих значень показників щодо харчових практик.

3.1.2. Ставлення, оцінювання та сприйняття власного здоров'я. У блоці запитань, що стосувався ставлення, оцінювання та сприйняття власного здоров'я можливо виділити наступні тенденції. Найбільше респонденти погоджувалися з твердженнями:

- Для мене важливо мати достатньо знань для того, щоб слідкувати за своїм здоров'ям;
- Я цікавлюсь інформацією про здоров'я;
- Я добре розумію, що потрібно робити щоб підтримувати своє здоров'я.

Найменше респонденти погоджуються щодо таких тверджень харчових звичок:

- Втіляю більшість своїх знань на практиці для підтримки свого здоров'я;
- Зазвичай в мене добре виходить слідкувати за своїм здоров'ям;
- Я вважаю, що в мене добре виходить слідкувати за своїм здоров'ям.

Відповіді респондентів мають значення середнього вище умовної половини шкали (Таблиця 3.2). Респонденти вважають, що для них важливо мати достатньо знань щоб слідкувати за своїм здоров'ям, вони цікавляться інформацією про здоров'я та вважають, що мають достатньо знань для того щоб слідкувати за своїм здоров'ям. Найменше респонденти погоджуються з твердженнями, що стосуються оцінки слідкування за власним здоров'ям та втілення власних знань на практиці, хоча все одно ці значення мають вище половини шкали (>2.5).

Таблиця 3.2. Описові статистики блоку ставлення, оцінювання та сприйняття власного здоров'я

	М	sd.	Median	Mode
Для мене важливо мати достатньо знань для того, щоб слідкувати за своїм здоров'ям	3.3	0.79	3	4
Я цікавлюсь інформацією про здоров'я	3.2	0.81	3	4
Я добре розумію, що потрібно робити щоб підтримувати своє здоров'я	3.1	0.77	3	3
В мене є достатньо знань для того, щоб підтримувати своє здоров'я	2.9	0.77	3	3
Я можу справлятися з особливостями свого організму, щоб відчувати себе добре	2.9	0.80	3	3
Слідкування за своїм здоров'ям приносить мені задоволення	2.9	0.89	3	3
Я маю достатньо ресурсів для того, щоб підтримувати своє здоров'я	2.9	0.93	3	3
Мої батьки розповідали мені у дитинстві як потрібно слідкувати за здоров'ям	2.8	0.99	3	3
Втілюю більшість своїх знань на практиці для підтримки свого здоров'я	2.7	0.77	3	2
Зазвичай в мене добре виходить слідкувати за своїм здоров'ям	2.7	0.78	3	3
Я вважаю, що в мене добре виходить слідкувати за своїм здоров'ям	2.6	0.72	3	3

Загалом респонденти погоджуються з твердженнями, що вони можуть справлятися з особливостями свого організму, щоб відчувати себе добре та добре розуміють, що потрібно робити для того, щоб підтримувати своє

здоров'я. Більше всього респонденти погоджуються з твердженнями про інформацію та знання щодо здоров'я, менше всього щодо оцінки того як в них виходить слідувати та втілювати ці знання для підтримки власного здоров'я.

3.1.3. Сприйняття підтримки власних звичок щодо здоров'я. Серед запитань про сприйняття підтримки власних звичок щодо здоров'я, можливо виділити наступні тенденції. Найбільше респонденти погоджувалися з твердженнями:

- Я хотіла б / хотів би більше приділяти уваги своєму здоров'ю;
- Я часто думаю про дії, які я зробила(-ив);
- Я відчуваю, що можу організувати своє життя.

Найменше респонденти погоджуються щодо таких тверджень сприйняття підтримки власних звичок щодо здоров'я:

- Я підтримую стабільність у своїх практиках;
- Я сліdkую за своєю фізичною формою;
- Раз на рік я роблю скринінг на основні показники свого здоров'я.

Таблиця 3.3. Описові статистики блоку сприйняття підтримки власних звичок щодо здоров'я

	M	sd.	Median	Mode
Я хотіла б / хотів би більше приділяти уваги своєму здоров'ю	3.4	0.76	4	4
Я часто думаю про дії, які я зробила(-ив)	3.2	0.81	3	4
Я відчуваю, що можу організувати своє життя	3.1	0.89	3	3
Я часто роблю прогулянки для того, щоб подихати свіжим повітрям	3.0	0.93	3	3
Я хотіла б / хотів би змінити частину своїх практик	2.9	0.87	3	3
Зазвичай я розумію, куди я рухаюсь у житті	2.8	0.91	3	3
Я сліdkую за своїм сном	2.8	1.01	3	3
Я підтримую стабільність у своїх практиках	2.7	0.84	3	3
Я сліdkую за своєю фізичною формою	2.6	0.96	3	3
Раз на рік я роблю скринінг на основні показники свого здоров'я	1.9	1.03	2	1

Майже усі твердження у цьому блоці мають значення середнього вище умовної половини шкали (Таблиця 3.3). Три найвищі значення стосуються бажанню приділяти більше уваги своєму здоров'ю, розмірковуванням щодо зроблених дій та відчуття організації життя. Значення по твердженням щодо таких практик для підтримки здоров'я як слідкування за сном, фізичною формою та прогулянками на свіжому повітрі також мають значення вище середнього відносно шкали, у той час як скринінг раз у рік має найнижче значення серед усіх запитань. Також значення щодо підтримки власних практик знаходиться серед найнижчих значень цього блоку, при цьому має значення вище середини шкали (>2.5).

3.1.4. Соціальний капітал, у вигляді соціальних аспектів мережі індивіда. Блок, який включав запитання щодо соціального капіталу є найбільшим серед усіх попередніх, через те, що включав 22 запитання. Тому для фіксування загальних тенденцій вирішено висвітити 5 найвищих та найнижчих середніх значень у цьому блоці.

Отже, з огляду на отримані результати, респонденти найбільше погоджуються з твердженнями про наявність у своїй мережі контактів людей з якими вони мають сильні зв'язки та які можуть надати емоційну підтримку, які мають сильні здібності, та яких вони оцінюють як корисних (Таблиця 3.4). Також виявлено, що у мережах респондентів присутні люди, з якими вони говорять про здоров'я. Ці твердження стосуються частково наявності корисних контактів та соціальної підтримки.

Таблиця 3.4. Описові статистики блоку соціальний капітал, у вигляді соціальних аспектів мережі індивіда (5 найвищих та найнижчих показників)

Найвищі 5:	M	sd.	Median	Mode
Я маю в своєму оточенні людей, з якими підтримую сильні зв'язки	3.39	0.78	4	4
Я маю у своєму оточенні людей, які мають сильні здібності	3.37	0.74	4	4

Я маю у своєму оточенні людей, які можуть надати мені емоційну підтримку	3.31	0.75	3	4
В моєму оточенні є люди, з якими я говорю про здоров'я	3.23	0.91	3	4
Я хотіла б / хотів би мати більше корисних контактів	3.21	0.85	3	4
Найнижчі 5:				
Більшість людей серед моїх близьких контактів не пов'язані між собою	2.40	0.98	2	3
Більшість людей, з якими я підтримую контакти, спілкуються між собою	2.39	0.88	2	2
Люди, у моєму оточенні тісно між собою пов'язані	2.37	0.88	2	2
Більшість людей серед моїх близьких контактів мають тісні зв'язки між собою	2.31	0.85	2	2
Зазвичай я відчуваю себе виключеною(-им) із соціальних взаємодій у своєму оточенні	1.87	0.90	2	1

Найменше респонденти погоджуються з твердженнями, які стосуються гомогенності або гетерогенності їхніх мереж. Зокрема, це твердження про зв'язок в середині своєї мережі контактів між собою, тобто чи пов'язані вони, чи спілкуються між собою та про силу зв'язків в середині мережі. Ці результати вказують на наявність у респондентів більш гетерогенної мережі аніж гомогенної. Також низьке значення має твердження про відчуття себе виключеним з мережі.

3.2. Перевірка шкал та побудова індексів

Розроблені блоки запитань були перевірені на можливість побудови індексів. Перевірка здійснювалась у декілька етапів: пошук зв'язків всередині блоків запитань; для перевірки на наявність декількох конструктів факторний аналіз; перевірка на надійність показником Альфа Кронбаха; побудова адитивних індексів.

Культурний капітал у аспекті харчування.

Більшість змінних в блоці запитань про харчові звички мають між собою зв'язок більший за 0.2 (абсолютне значення), це означає, що більшість змінних між собою мають середній та більше за силою зв'язок. Сильні зв'язки між запитаннями у блоці можуть свідчити про те, що вони вимірюють один конструкт. Змінна «я слідкую за тим, щоб в моєму раціоні було достатньо поживних речовин» має найвищі значення кореляції з усіма запитання з блоку, відповідно, цей конструкт найбільш пов'язаний з нею (Таблиця 3.5).

Таблиця 3.5. Коефіцієнти кореляції за змінною «Я слідкую за тим, щоб в моєму раціоні було достатньо поживних речовин»

	Я слідкую за тим, щоб в моєму раціоні було достатньо поживних речовин
Я радше куплю менше за кількістю, але якісну їжу, аніж більше, але менш якісну	0.46***
Зазвичай я читаю інформацію про поживні речовини та склад на етикетці товарів	0.45***
Кількість калорій та поживних речовин, яку я вживаю, є достатньою	0.41***
Я приблизно розумію, яку кількість калорій вживаю	0.40***
Зазвичай я харчуюсь за графіком, аніж тоді коли вийде	0.31***
Я радше куплю менше за кількістю, але дорогу їжу, аніж більше, але дешеву	0.27***
Краще витратити гроші на гарні речі, аніж на якісну їжу	-0.20*
Якщо мені захочеться солодкого, я радше куплю солодощі, аніж фрукти	-0.23**
Якщо мені захочеться снєків, я радше куплю чіпси, аніж горішки	-0.47***
Cronbach's Alpha	
	0.747

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

Для перевірки на надійність шкали у запитаннях з негативним значенням кореляції були перекодовані варіанти відповідей на обернену шкалу. Показник Альфа Кронбаха для цієї шкали має значення 0.747, що говорить про надійність сукупності змінних і дозволяє створити адитивний індекс.

Відповідний індекс було створено, надалі у цій роботі він буде використовуватись у моделях як змінна *cult_food*. Середнє значення індексу – 33.47 при максимальному значенні 40.00.

Культурний капітал у аспекті здоров'я

Блок запитань про сприйняття власного здоров'я має найвищі значення кореляції між запитаннями, більшість змінних мають між собою зв'язок більший за 0.2 (абсолютне значення). Змінна «я можу справлятися з особливостями свого організму, щоб відчувати себе добре» має найвищі значення кореляції з усіма запитання з блоку (Таблиця 3.6).

Таблиця 3.6. Коефіцієнти кореляції за змінною «Я можу справлятися з особливостями свого організму, щоб відчувати себе добре»

	Я можу справлятися з особливостями свого організму, щоб відчувати себе добре
Зазвичай в мене добре виходить слідкувати за своїм здоров'ям	0.59***
Я вважаю, що в мене добре виходить слідкувати за своїм здоров'ям	0.58***
Я маю достатньо ресурсів для того, щоб підтримувати своє здоров'я	0.39***
Я добре розумію, що потрібно робити щоб підтримувати своє здоров'я	0.35***
Втілюю більшість своїх знань на практиці для підтримки свого здоров'я	0.33***
Слідкування за своїм здоров'ям приносить мені задоволення	0.32***
В мене є достатньо знань для того, щоб підтримувати своє здоров'я	0.31***
Мої батьки розповідали мені у дитинстві як потрібно слідкувати за здоров'ям	0.22*
Для мене важливо мати достатньо знань для того, щоб слідкувати за своїм здоров'ям	0.21*
Я цікавлюсь інформацією про здоров'я	0.20*
Cronbach's Alpha	0.848

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

Показник Альфа Кронбаха для цієї шкали має значення 0.848, що говорить про надійність сукупності змінних і дозволяє створити адитивний індекс. Це дозволило створити індекс, який надалі у цій роботі буде використовуватись у моделях як змінна *cult_health*. Середнє значення індексу - 31,99 при максимальному значенні 44,00.

Культурний капітал у аспекті сприйняття підтримки власних звичок щодо здоров'я

Блок запитань сприйняття підтримки власних звичок щодо здоров'я має менш однорідні значення кореляції між запитаннями ніж попередні блоки, проте більшість змінних мають між собою зв'язок більший за 0.2 (абсолютне значення). Змінна про відчуття можливості організувати власне життя має найвищі значення кореляції з усіма запитання з блоку (Таблиця 3.7). При цьому є змінні з якими немає статистично значущого зв'язку, це змінні, які стосуються бажанню приділяти більше уваги своєму здоров'ю, обмірковування зроблених дій та бажанню змінити частину своїх практик. Проте ці змінні мають зв'язок з іншими змінними у цьому блоці, тому їх не було виключено перед перевіркою на надійність.

Таблиця 3.7. Коефіцієнти кореляції за змінною «Я відчуваю, що можу організувати своє життя»

	Я відчуваю, що можу організувати своє життя
Я підтримую стабільність у своїх практиках	0.55***
Зазвичай я розумію, куди я рухаюсь у житті	0.53***
Я слідкую за своєю фізичною формою	0.35***
Раз на рік я роблю скринінг на основні показники свого здоров'я	0.26**
Я слідкую за своїм сном	0.24*
Я часто роблю прогулянки для того, щоб подихати свіжим повітрям	0.23*
Я хотіла б / хотів би більше приділяти уваги своєму здоров'ю	0.06
Я часто думаю про дії, які я зробила(-ив)	0.01

Я хотіла б / хотів би змінити частину своїх практик	-0.13
Cronbach's Alpha	,695

p < 0.05; **p < 0.01; *p < 0.001*

Змінні з негативним значенням кореляції були перекодовані на обернену шкалу. Показник Альфа Кронбаха для цієї шкали має значення 0.695, що говорить про надійність сукупності змінних і дозволяє створити адитивний індекс, який надалі у цій роботі він буде використовуватись у моделях як змінна *cult_org*. Середнє значення індексу - 25,82 при максимальному значенні 40.00.

Соціальний капітал

Блок запитань соціального капіталу у вигляді соціальних аспектів мережі індивіда має неоднорідні значення кореляції між запитаннями, через що виокремлюються різні підгрупи запитань. Це зумовлено тим, що у цьому блоці присутні різні аспекти соціального капіталу у вигляді: соціальної підтримки, сприйняття наявності у мережі контактів, які можуть бути корисними для індивіда, характеристик гомогенності або гетерогенності мережі та відчуття виключення з мережі взаємодій. Тому для перевірки розділення цього блоку на різні конструкти було використано зменшення розмірностей за допомогою методу Принципових Компонент з методом обертання Варімакс. Перед проведенням процедури, змінні, що мали негативні значення кореляції були перекодовані на обернену шкалу.

Кількість факторів з параметрами Eigenvalue більше одиниці було виокремлено 5 факторів, але у цьому випадку п'ятий фактор містив одну змінну. Тому з огляду на 4 першопочаткових аспекти, було вирішено обрати 4 фактори для аналізу. На основі побудованих факторів для кожного були розраховані показники Альфа Кронбаха. Показник КМО (Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy) складає 0.810 ($p < 0.0001$), що є більшим за 0.6 та говорить про відносну якість факторної моделі (Tabachnick & Fidell, 2013).

Перший фактор, що утворився у результаті аналізу, за змістом змінних стосується соціальної підтримки (Таблиця 3.8). До цього фактору потрапили 8 змінних, які стосуються емоційної підтримки, відчуття потрібності, розуміння та можливості отримати допомогу у своєму оточенні, наявність сильних зв'язків, людей, які піклуються про своє здоров'я. Альфа Кронбаха за цими змінними складає 0.760, середнє значення індексу 24.49 з 32 максимального. Надалі цей індекс у короткому варіанті буде використовуватись як *soc_support*.

Таблиця 3.8. Перший фактор: соціальна підтримка

<i>Середнє значення за індексом = 24.49</i>	<i>α 0.760</i>
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 при 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 в 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 у дитинстві	0.534

Другий фактор, що утворився, за змістом змінних стосується інструментальної складової мережі індивіда (Таблиця 3.9). До цього фактору потрапили 4 змінні, які стосуються сприйняття наявності у оточенні людей, які можуть бути корисні у діяльності індивіда, мають сильні здібності та такі, які зможуть потенційно допомогти; а також наявність великої кількості знайомих з різних сфер. Альфа Кронбаха за цими змінними складає 0.780, середнє значення індексу 24.49 з 32 максимального, цей індекс у короткому варіанті буде використовуватись як *soc_insrt*.

Таблиця 3.9. Другий фактор: сприйняття наявності у мережі контактів, які можуть бути корисними для індивіда

<i>Середнє значення за індексом = 12.24</i>	<i>α 0.780</i>
Я маю у своєму оточенні людей, які можуть бути корисні у моїй діяльності	0.753
Я маю у своєму оточенні людей багато знайомих з різних сфер	0.753
Я маю у своєму оточенні людей, які мають сильні здібності	0.678
Я маю багато знайомих, які потенційно зможуть мені допомогти	0.598

До третього фактору потрапили 6 змінних, які стосується гетерогенності або гомогенності мережі складової мережі індивіда (Таблиця 3.10). Зокрема, це твердження про характеристики мережі індивіда, які складаються з наявності взаємодій, сили зв'язків у мережі взаємодій загалом та про приналежність індивідом до різних не пов'язаних між собою підгруп. Альфа Кронбаха за цими змінними складає 0.855, та середнє значення індексу 14.60 з 24 максимального. Надалі буде використовуватись короткий варіант індексу - *soc_ties*.

Таблиця 3.10. Третій фактор: характеристики гомогенності або гетерогенності мережі

<i>Середнє значення за індексом = 14.60</i>	<i>α 0.855</i>
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*	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 приналежність до різних не пов'язаних між собою підгруп людей*	0.517

**змінні були перекодовані у обернену шкалу*

Четвертий фактор складається з 4 змінних, які відчуття виключення з мережі взаємодій (Таблиця 3.11). Зокрема, це твердження про бажання мати більшу кількість корисних контактів та контактів, які б могли надати емоційну підтримку; відчуття виключення із соціальних взаємодій у своєму оточенні та відчуття того що власні проблеми у оточенні прийнято вирішувати самостійно. Показник Альфа Кронбаха для цієї шкали має значення 0.535, що не дозволяє побудувати за цими запитаннями індекс.

Таблиця 3.11. Четвертий фактор: відчуття виключення з мережі взаємодій

<i>Середнє значення за індексом = 17,6</i>	<i>α 0.535</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 прийнято самостійно вирішувати свої проблеми	0.458

Таким чином, у результаті аналізу на перевірку шкал було отримано 6 індексів, це: Культурний капітал у аспекті харчування (*cult_food*); Культурний капітал у аспекті здоров'я (*cult_health*); Культурний капітал у аспекті сприйняття підтримки власних звичок щодо здоров'я (*cult_org*); Соціальна підтримка (*soc_support*); Сприйняття наявності у мережі контактів, які можуть бути корисними для індивіда (*soc_insrt*); Характеристики гомогенності або гетерогенності мережі (*soc_ties*). Індeksi культурного капіталу в аспекті здоров'я, соціальної підтримки та сприйняття наявності у мережі контактів, які можуть бути корисними для індивіда не мають нормальний розподіл за критерієм Шапіро-Вілка, інші три мають нормальний розподіл.

3.3. Профіль капіталів за рівнем сприйняття здоров'я

Блок запитань про культурний капітал в аспекті здоров'я базується на знаннях, що має індивід по відношенню до його сприйняття здатності адаптуватись до умов за наявності власних ресурсів.

Для реалізації цього завдання було застосовано метод консенсус аналізу. Статистично цей метод виконується за допомогою методу Принципових Компонент (РС), проте виміри будувались не за змінними, а за транспонованою матрицею відповідей, тобто за респондентами. Метод дозволяє аналізувати спільності відповідей респондентів. Таким чином, це дає можливість виявляти «правильні» відповіді на різні культурні аспекти, та виявляти людей, які мають культурну компетенцію щодо певного явища. Для інтерпретації результатів використовується перший фактор, через особливість формування факторів у методі Принципових Компонент, який формує перший фактор з найбільшою часткою поясненої дисперсії. У якості змінної за якою було здійснено пошук культурної компетенції виступав культурний капітал в аспекті здоров'я. Далі було проведено метод Принципових Компонент за респондентами, та відібрано навантаження респондентів на перший фактор для подальшого аналізу.

Наступним кроком було співставлення значень індексів респондентів з їх значенням факторного навантаження. Після цього навантаження на перший фактор були поділені на квартилі, за якими були знайдені середні значення для індексів, які стосуються капіталів. Поділ на квартилі дозволив виокремити чотири категорії людей, від тих, хто має низькі культурні компетенції щодо сприйняття власного здоров'я (1 квартиль) до тих, хто має високі (4 квартиль).

Отримані результати свідчать про наявність градаційного збільшення показників за чотирма з показників (Рис. 3.1). Для перевірки статистично значущої різниці середніх було використано тест one-way ANOVA, усі змінні

мали статистично значущі відмінності середніх між групами у вигляді кватилів. З кожним кватилем збільшується значення індексів, відповідно, і наявності капіталу. Таким чином люди, які є більш культурно компетентними у аспекті сприйняття власного здоров'я, тобто мають вищий культурний капітал у здоров'ї, одночасно мають вищі показники інших капіталів.

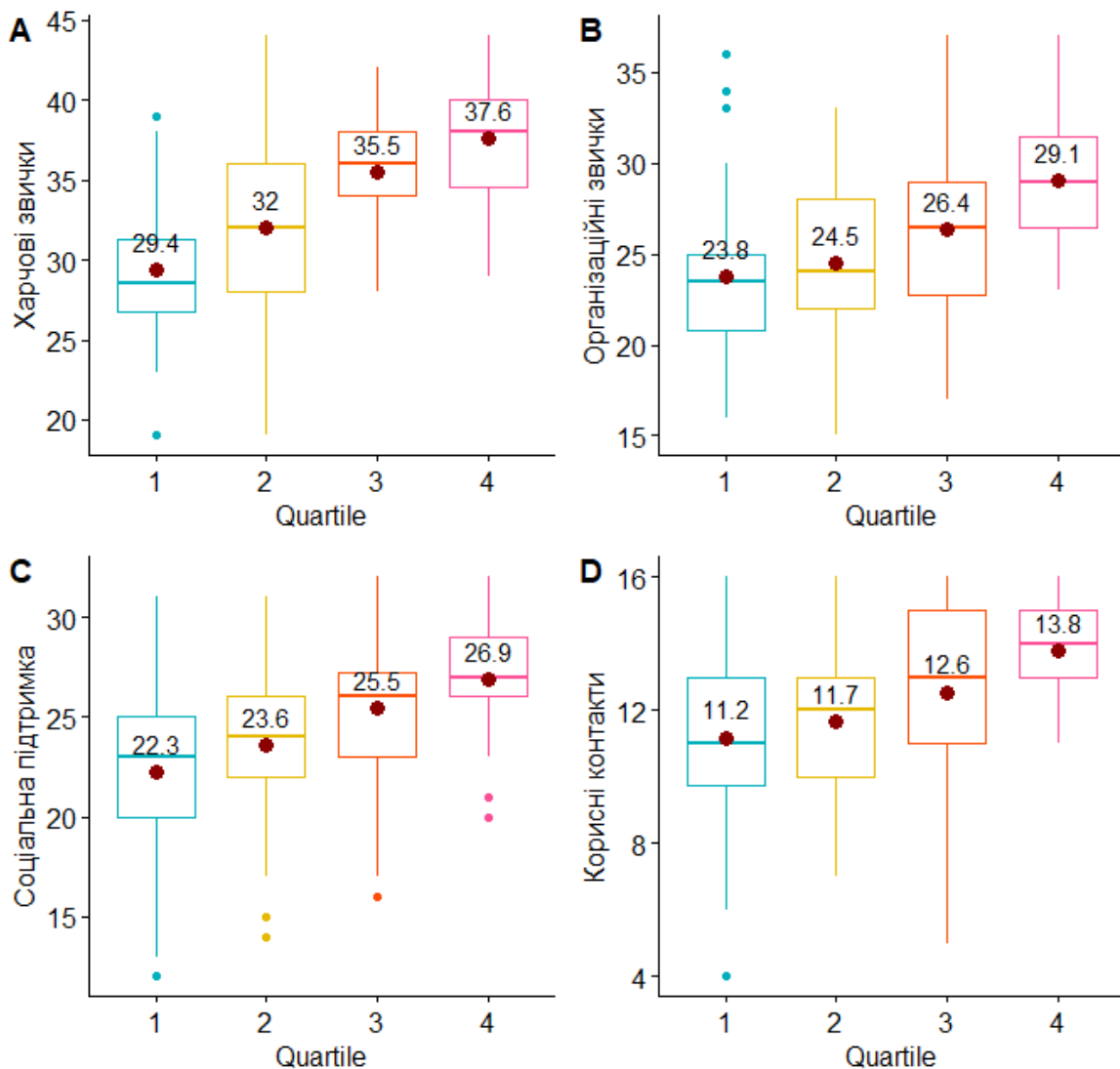


Рисунок 3.1. Розподіл значень індексів за кватиллями.

Щодо індексу гетерогенності мережі індивіда, спостерігається обернена ситуація, при якій вищі кватиллі мають нижчі значення за цим показником (Рис. 3.2). Через особливість формулювання запитань, вищі значення за цим індексом вказують на більш гомогенну структуру мережі у індивіда, а низькі показники більш гетерогенну. Це свідчить про те, що люди, які мають вищий

культурний капітал у сприйнятті здоров'я, мають більш гетерогенні мережі, що за однією з гілок підходу визначення соціального капіталу, вказує на наявність більшого соціального капіталу (Burt, 2004).

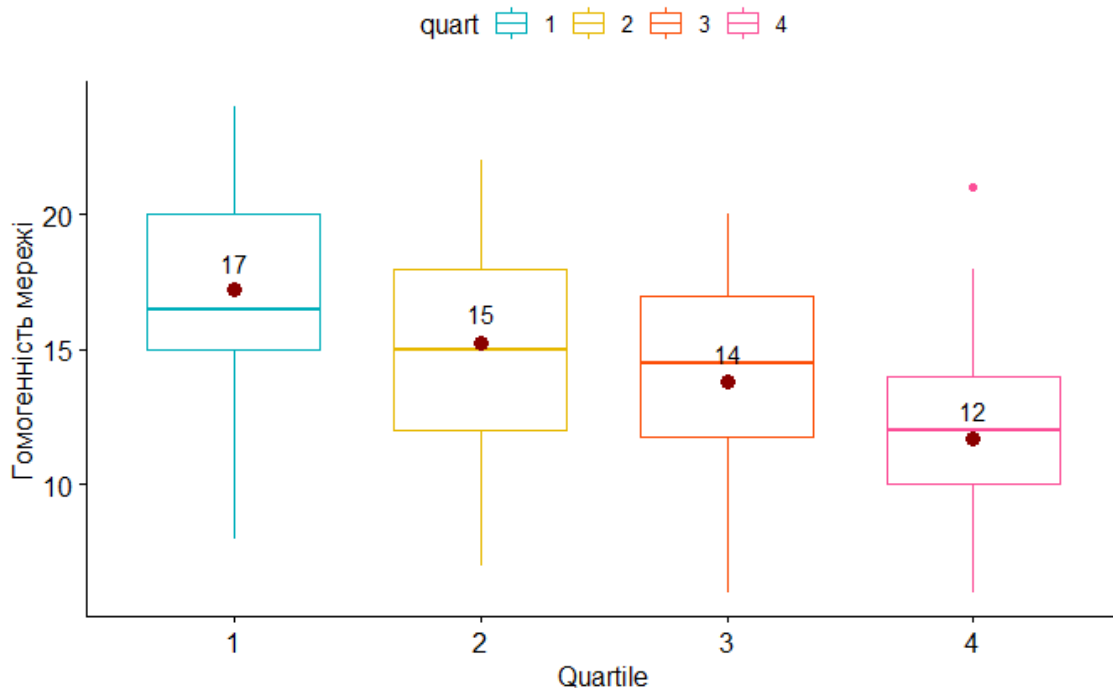


Рисунок 3.2. Розподіл значень індексу характеристик соціальної підтримки за квантилями.

3.4. Взаємодія капіталів у формуванні сприйняття здоров'я

Для виявлення взаємодії капіталів було виконано аналіз кореляцій між індексами, після чого побудовано моделювання структурних рівнянь (Structural equation modeling (SEM)) в статистичному середовищі R Studio за допомогою пакету *lavaan*.

Для побудови показника кореляцій було обрано критерій Пірсона. Загалом усі індекси мають статистично значущий зв'язок між собою, окрім індексу гомогенності мережі індивіда, який має статистично значущий зв'язок лише зі змінними соціальної підтримки та сприйняття корисних контактів, які

входять в частину соціального капіталу (Рис. 3.3). Зв'язок між показниками культурного капіталу та соціального капіталу є сильним як в середині конструктів так і між конструктами. Тому для виявлення взаємозв'язку між показниками соціального та культурного капіталів було використано моделювання структурних рівнянь

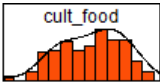
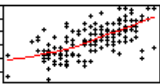
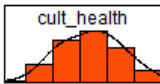
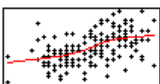
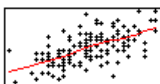
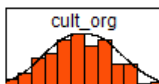
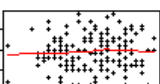
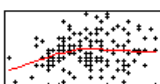
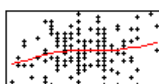
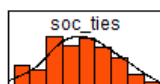
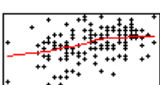
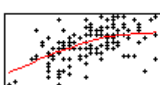
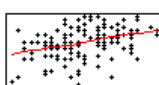
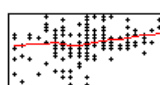
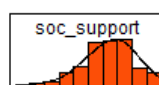
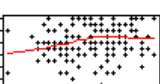
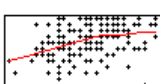
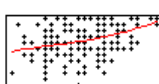
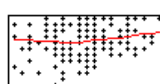
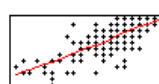
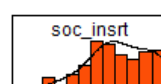
	<i>cult_food</i>	<i>cult_health</i>	<i>cult_org</i>	<i>soc_ties</i>	<i>soc_support</i>	<i>soc_insr</i>
<i>cult_food</i>	 <i>cult_food</i>	0.63***	0.50***	0.08	0.36***	0.22**
<i>cult_health</i>	 <i>cult_health</i>		0.60***	0.11	0.51***	0.36***
<i>cult_org</i>	 <i>cult_org</i>			0.15	0.36***	0.36***
<i>soc_ties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

Рисунок 3.3. Коефіцієнти кореляції Пірсона з помітками * $p < 0.05$; ** $p < 0.01$; *** $p < 0.001$ та розподіл відповідей індексів. Культурний капітал у аспектах: *cult_food* - харчування; *cult_health* здоров'я; *cult_org* - підтримки власних звичок щодо здоров'я; Соціальний капітал: *soc_ties* – характеристики гомогенності мережі; *soc_support* - соціальна підтримка; *soc_insr* - наявність корисних контактів.

Моделювання структурних рівнянь дозволяють виявляти більш складну взаємодію факторної структури пояснюваного явища (Weston, 2006). Структурні рівняння у цьому випадку використовувались як аналіз шляху (path analysis), що представляється як лінійні регресії у викликані у декілька рівнів. Структурні рівняння також потребують теоретичного підґрунтя для побудови моделей, а також можуть бути використані для експлораторного характеру аналізу (Schreiber et al., 2006). У цьому дослідженні використання такого аналізу обґрунтовується наявністю взаємозв'язків між конструктами, зокрема, капіталами, проте несе експлораторний характер саме для виявлення можливої структури зв'язків.

Формування структурних рівнянь було виконано декілька етапів. Для початку було обрано головну залежну змінну, для якої здійснювались пошуки предикторів. Після чого для кожного окремого предиктора здійснювався пошук власних предикторів. У якості головної залежної змінної був культурний капітал у аспекті здоров'я, у якості незалежних використовувались інші показники культурного капіталу у аспекті харчування та у аспекті підтримки власних звичок щодо здоров'я та соціального капіталу у вигляді соціальної підтримки, наявності корисних зв'язків та гомогенності мережі. Також для контролю у моделі було включено соціально демографічні показники, це: відчуття комфорту життя з наявним доходом, вік, стать, освіта власна та батьків, та працевлаштованість.

Таблиця 3.12. Регресійні коефіцієнти моделювання структурних рівнянь

	B	Стандартна похибка	p
Культурний капітал у аспекті здоров'я	adj. R² = 0.56		
Культурний капітал у аспекті харчування	0.41	0.07	0.000
Культурний капітал у аспекті підтримки власних звичок щодо здоров'я	0.34	0.08	0.000
Соціальний капітал: Соціальна підтримка	0.32	0.07	0.000
Відчуття комфорту життя з наявним доходом	0.91	0.35	0.010
Культурний капітал у аспекті харчування	adj. R² = 0.27		
Культурний капітал у аспекті підтримки власних звичок щодо здоров'я	0.49	0.08	0.000
Соціальний капітал: Соціальна підтримка	0.27	0.09	0.002
Культурний капітал у аспекті підтримки власних звичок щодо здоров'я	adj. R² = 0.18		
Соціальний капітал: Наявність корисних контактів	0.56	0.13	0.000
Відчуття комфорту 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

Предикторами для культурного капіталу в аспекті здоров'я є культурний капітал в аспекті харчування та підтримки власних звичок щодо здоров'я, соціальний капітал у вигляді соціальної підтримки та відчуття комфорту з наявним доходом. Усі незалежні змінні мають позитивних характер зв'язку, тобто зі збільшенням цих показників збільшується значення культурного капіталу в аспекті здоров'я. Інші аспекти соціального капіталу та соціально-демографічні показники не мали статистично значущих значень. Ця модель пояснює 56% дисперсії (Таблиця 3.12).

Далі у рамках проведення аналізу шляху, було знайдено предиктори для кожного з предикторів культурного капіталу у аспекті здоров'я. Проте пошук предикторів здійснювався за порядком величини регресійного коефіцієнта, після чого він не використовується у якості незалежної змінної. Порядок пошуку: 1. для культурного капіталу в аспекті харчування; 2. Для культурного капіталу в аспекті підтримки власних звичок щодо здоров'я; 3. та соціальної підтримки. У моделі входили також соціально-демографічні показники для контролю. Таким чином було модельовано структурне рівняння (Таблиця 3.12).

Модель культурного капіталу в аспекті харчування складається з культурного капіталу у аспекті підтримки власних звичок щодо здоров'я та соціальної підтримки, частка поясненої дисперсії складає 27%. У свою чергу модель культурного капіталу в аспекті підтримки власних звичок щодо здоров'я складається з наявності у мережі корисних контактів та відчуття

комфорту з наявним доходом, частка поясненої дисперсії складає 18%. Предикторами для соціальної підтримки є наявність корисних контактів та характеристик гомогенності мережі. Та предикторами для змінної наявності корисних контактів у мережі є характеристика гомогенності мережі, частка поясненої дисперсії складає 3%. Загалом якість моделі має високі показники: значення Хі-квадрату дорівнює 8.16, при $p = 0.418$, тобто прийняття нульової гіпотези за якою модель є такою, що підходить до даних. Значення RMSEA = 0.011 (CI 0.00-0.095), при $p=0.674$, це свідчить про те, що RMSEA є меншим за 0.05 та вказує на добру відповідність моделі (Xia & Yang, 2019). Також значення Comparative Fit Index (CFI) = 1.000 та Tucker-Lewis Index (TLI) = 0.999, що також говорить про хорошу якість відповідності моделі.

Усі коефіцієнти мають позитивне значення, це означає, що зі збільшенням наявності перелічених капіталів збільшується значення інших капіталів (Рис. 3.4). Таким чином можливо спостерігати наступну ситуацію, культурний капітал у аспекті здоров'я має зв'язок зі змінними культурного капіталу у аспектах харчування й підтримки власних звичок щодо здоров'я, а також з частиною соціального капіталу у вигляді соціальної підтримки. Змінні культурного капіталу є пов'язаними між собою, а також з частиною соціального капіталу у вигляді соціальної підтримки та наявності корисних контактів. Соціальний капітал більшою мірою має вплив на культурний капітал шляхом соціальної підтримки. Та змінні соціального капіталу також мають між собою зв'язок.

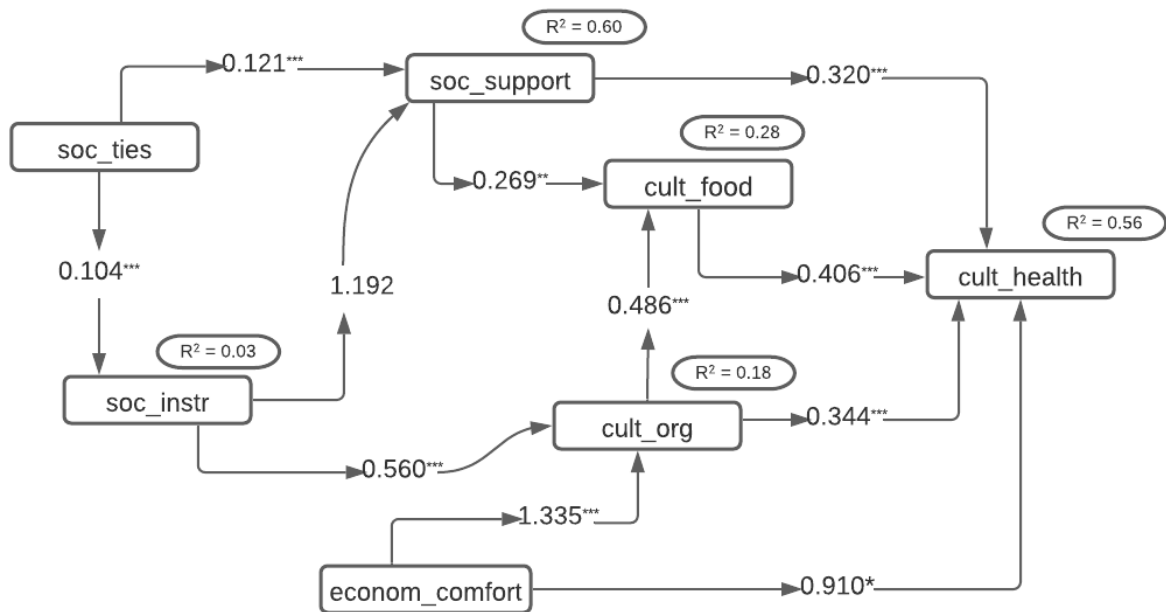


Рисунок 3.3. Схематичне зображення моделювання структурного рівняння. Нестандартизовані регресійні коефіцієнти вказані для кожного зв'язку, з помітками * $p < 0.05$; ** $p < 0.01$; *** $p < 0.001$ та скоригований R^2 для кожної залежної змінної. Культурний капітал у аспектах: *cult_food* - харчування; *cult_health* здоров'я; *cult_org* - підтримки власних звичок щодо здоров'я; Соціальний капітал: *soc_ties* – характеристики гомогенності мережі; *soc_support* - соціальна підтримка; *soc_instr* - наявність корисних контактів.

Слід відмітити, що характеристики гомогенності мережі мають також позитивні коефіцієнти у регресійних рівняннях для соціальної підтримки та наявності корисних контактів. Це може бути пояснене через особливість визначення самого явища соціальної підтримки. Соціальна підтримка загалом асоціюється з наявністю сильних зв'язків, для яких більш притаманна емоційна підтримка, у той час як гомогенні мережі як раз мають такого характеру зв'язки через їх невелику кількість (Granovetter, 1973). Позитивний вплив на наявність корисних контактів може бути пояснений тим, що корисні контакти у свою чергу впливають на соціальну підтримку, тому сприйняття корисних контактів респондентами асоціюється з наявністю близьких контактів у мережі, через що саме гомогенність мережі, а це сильніші зв'язки, має позитивний вплив.

ВИСНОВКИ

Підсумовуючи, культурний капітал у вигляді ресурсів, заснованих на домінуючих символічних/культурних системах, ділиться на інституалізований, об'єктивований та інкорпорований. Інкорпорований культурний капітал є найбільш корисним у поясненні нерівності у здоров'ї, оскільки він включає аспект знань, які реалізуються на практиці. Такі знання можуть стосуватись інформації щодо підтримки власного здоров'я та мати позитивний вплив на здоров'я. Підтримка здоров'я виступає як частина культурного смаку, що формує статусне розрізнення, тому саме сприйняття здоров'я є частиною культурного капіталу. Соціальний капітал це комплексний конструкт, у який входять різні виміри та підходи. Основними аспектами пояснення нерівності у здоров'ї є концепти соціальної підтримки, гетерогенності та гомогенності мережі та наявності ресурсів у мережі, які можливо використовувати у досягненні власних цілей.

Цінність такого підходу для вивчення нерівності у здоров'ї не в розгляді культурного та соціального капіталів по окремоті, а в механізмі взаємодії цих капіталів. Так, капітали в сукупності взаємодіють та мають різні прояви взаємодії, зокрема: вони можуть підсилювати дію один одного; замінювати недостачу одного іншим та збільшуватись за рахунок один одного. Таким чином вимірювання наявної кількості капіталів як потенційних ресурсів для здоров'я дозволяє виявляти механізми відтворення нерівності у здоров'ї.

Відповідно, у рамках цього дослідження розроблено інструментарій, у який входять складові культурного капіталу у вигляді: сприйняття власного здоров'я, харчових звичок та сприйняття підтримки власних звичок щодо здоров'я; а також соціального капіталу у вигляді: соціальної підтримки, характеристик гомогенності або гетерогенності мережі та сприйняття наявності у мережі корисних контактів.

У результаті, було виявлено градієнт наявності капіталів за культурним капіталом у аспекті сприйняття здоров'я як частини суб'єктивної його оцінки.

Таким чином більш культурно компетентні у аспекті сприйняття власного здоров'я індивіди, які мають вищий культурний капітал у здоров'ї, одночасно мають вищі показники всіх форм капіталів. Це підтримує ідею того, що здоров'я виступає як частина культурного смаку, що формує статусне розрізнення.

Щодо механізмів взаємодії капіталів, виявлено, що культурний капітал у аспекті здоров'я має зв'язок зі змінними культурного капіталу у аспектах харчування й підтримки власних звичок щодо здоров'я, а також з частиною соціального капіталу у вигляді соціальної підтримки. Змінні культурного капіталу є пов'язаними між собою, а також з частиною соціального капіталу у вигляді соціальної підтримки та наявності корисних контактів. Соціальний капітал більшою мірою має вплив на культурний капітал шляхом соціальної підтримки, та аспекти соціального капіталу також мають між собою зв'язок.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ:

- Abel, T. (2007). Cultural capital in health promotion. In *Health and modernity* (pp. 43-73). *Springer, New York, NY*.
- 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.
- 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. S. (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. *Social class: How does it work, 232-263*.
- 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. *Medical Sociology on the Move: New Directions in Theory, 127-154*. 10.1007/978-94-007-6193-3_7.
- Coleman, J. (1988). Social capital in the creation of human capital. *American Journal of Sociology, 94*, 95-120.

- Gagne, T., Frohlich, K. L., & 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), ckv069–. doi:10.1093/eurpub/ckv069
- Huber, M., Knottnerus, J.A., Green L., et al (2011). How should we define health?. *Bmj*, 343.
- 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](https://doi.org/10.1177/1538192704263189)
- Kamphuis, C. B., Jansen, T., Mackenbach, J. P., & Van Lenthe, F. 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. F. (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. C., Krueger, P. M., & Denney, J. T. (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. B., Nora, A., Stage, F. K., Barlow, E. A., & 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. (eds) *Medical Sociology on the Move*. Springer, Dordrecht. https://doi.org/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.
- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2013). *Using multivariate statistics*. Boston: Pearson Education.
- 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–. 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. <https://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. G., & Pickett, K. E. (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*.
- World Health Organization. (2009). *Milestones in health promotion: statements from global conferences*
- 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.

ДОДАТОК А.

АНКЕТА ЗБОРУ ДАНИХ

Вітання! Мене звати Середа Павло, я магістр 2-го року навчання Національного університету "Києво-Могилянської академії". У рамках кваліфікаційної роботи я вивчаю стиль життя та нерівність у здоров'ї. Будь ласка, виділіть 7-15 хвилин свого часу щоб заповнити цю анкету. Опитування є конфіденційним, а надані Вами відповіді будуть використані лише в узагальненому вигляді. Ваша участь дуже важлива та цінна!

БЛОК 1. Харчові звички у Вашому повсякденному житті

Будь ласка, вкажіть, наскільки точно кожне з нижченаведених тверджень описує Ваші харчові звички.

Твердження	Повністю згоден_на	Згоден_на	Не згоден_на	Категорично не згоден_на
Зазвичай я читаю інформацію про поживні речовини та склад на етикетці товарів				
Я приблизно розумію, яку кількість калорій вживаю				
Я слідкую за тим, щоб в моєму раціоні було достатньо поживних речовин				
Я радше куплю менше за кількістю, але якісну їжу, аніж більше, але менш якісну				
Я можу купити дорогі продукти, якщо вони зі знижкою				
Якщо мені захочеться солодкого, я радше куплю солодощі, аніж фрукти				
Якщо мені захочеться снєків, я радше куплю чіпси, аніж горішки				
Краще витратити гроші на гарні речі, аніж на якісну їжу				

Зазвичай я ходжу в супермаркет зі списком продуктів, аніж обираю що куплю, коли вже в супермаркеті				
Зазвичай я харчуюсь за графіком, аніж тоді коли вийде				
Я радше куплю менше за кількістю, але дорогу їжу, аніж більше, але дешеvu				
Кількість калорій та поживних речовин, яку я вживаю, є достатньою				

БЛОК 2. Відчуття щодо власного здоров'я

Будь ласка, вкажіть, наскільки точно кожне з нижченаведених тверджень описує Ваші відчуття щодо здоров'я.

Твердження	Повністю згоден_на	Згоден_на	Не згоден_на	Категорично не згоден_на
Я вважаю, що в мене добре виходить слідкувати за своїм здоров'ям				
Я можу справлятися з особливостями свого організму, щоб відчувати себе добре				
Я маю достатньо ресурсів для того, щоб підтримувати своє здоров'я				
Слідкування за своїм здоров'ям приносить мені задоволення				
Зазвичай в мене добре виходить слідкувати за своїм здоров'ям				
Я цікавлюсь інформацією про здоров'я				
Для мене важливо мати достатньо знань для того, щоб слідкувати за своїм здоров'ям				
В мене є достатньо знань для того, щоб підтримувати своє здоров'я				
Втілюю більшість своїх знань на практиці для підтримки свого здоров'я				

Я добре розумію, що потрібно робити щоб підтримувати своє здоров'я				
Мої батьки розповідали мені у дитинстві як потрібно слідкувати за здоров'ям				

БЛОК 3. Відчуття щодо власних звичок

Будь ласка, вкажіть, наскільки точно кожне з нижченаведених тверджень описує Ваші відчуття щодо повсякденних звичок.

Твердження	Повністю згоден_на	Згоден_на	Не згоден_на	Категорично не згоден_на
Я часто роблю прогулянки для того, щоб подихати свіжим повітрям				
Я слідкую за своїм сном				
Я слідкую за своєю фізичною формою				
Раз на рік я роблю скринінг на основні показники свого здоров'я				
Я часто думаю про дії, які я зробила(-ив)				
Я хотіла б / хотів би більше приділяти уваги своєму здоров'ю				
Я відчуваю, що можу організувати своє життя				
Я підтримую стабільність у своїх практиках				
Я хотіла б / хотів би змінити частину своїх практик				
Зазвичай я розумію, куди я рухаюсь у житті				

БЛОК 4. Відчуття щодо власного оточення

Будь ласка, вкажіть, наскільки точно кожне з нижченаведених тверджень описує Ваші відчуття щодо власного оточення.

Твердження	Повністю згоден_на	Згоден_на	Не згоден_на	Категорично не згоден_на
------------	--------------------	-----------	--------------	--------------------------

Я хотіла б / хотів би мати більше корисних контактів				
Я хотіла б / хотів би мати більше контактів, які можуть надати мені емоційну підтримку				
Люди, у моєму оточенні розуміють мене				
Я почуваю себе потрібною(-им) у своєму оточенні				
Зазвичай я відчуваю себе виключеною(-им) із соціальних взаємодій у своєму оточенні				
У моєму оточенні прийнято самостійно вирішувати свої проблеми				
В моєму оточенні є люди, з якими я говорю про здоров'я				
Більшість мого оточення це люди, які піклуються про своє здоров'я				
У моєму оточенні при наявності проблеми люди зазвичай пропонують допомогу				
Я маю багато знайомих, які потенційно зможуть мені допомогти				
Я маю в своєму оточенні людей, з якими підтримую сильні зв'язки				
Я маю у своєму оточенні людей багато знайомих з різних сфер				
Я маю у своєму оточенні людей, які можуть бути корисні у моїй діяльності				
Я маю у своєму оточенні людей, які мають сильні здібності				
Я маю у своєму оточенні людей, які можуть надати мені емоційну підтримку				
Мої батьки надавали мені емоційну підтримку у дитинстві				
Люди, у моєму оточенні тісно між собою пов'язані				

Більшість людей серед моїх близьких контактів мають тісні зв'язки між собою				
Більшість людей серед моїх близьких контактів знають один одного				
Більшість людей, з якими я підтримую контакти, спілкуються між собою				
Більшість людей серед моїх близьких контактів не пов'язані між собою				
Я маю приналежність до різних не пов'язаних між собою підгруп людей				

ДЕМОГРАФІЧНИЙ БЛОК

Дайте, будь ласка, відповіді на декілька останніх запитань, які стосуються загальної інформацію про Вас.

1. Ваш вік (повних років) _____
2. Ваша стать:
 - a. Чоловік
 - b. Жінка
3. Чим для Вас є релігія? (можете обирати кілька варіантів)
 - a. Релігія є моєю головною життєвою опорою і дає надію
 - b. Релігія пов'язує мене з моїм народом
 - c. Релігія — це традиції, які варто по можливості шанувати
 - d. Питання релігії мені байдужі
 - e. Я не відчуваю потреби в релігії
 - f. Інша думка
4. Вкажіть Ваш сімейний стан
 - a. Одружений_на (офіційно зареєстрований або цивільний шлюб)
 - b. Неодружений_на
 - c. Розлучений_на
 - d. Вдівець_вдова
5. Місто, у якому Ви проживаєте _____
6. Чи є Ви зараз студентом/студенткою
 - a. Так (перехід до 7 запитання)

- b. Ні (перехід до 10 запитання)
7. Вкажіть університет, у якому Ви навчаєтесь _____
8. Вкажіть рік Вашого навчання _____
9. Вкажіть Вашу спеціальність _____
10. Чи є Ви зараз працевлаштованими?
- Так (перехід до 11 запитання)
 - Ні (перехід до 12 запитання)
11. Вкажіть, будь ласка, вагу посаду _____
12. Як би Ви охарактеризували матеріальне становище Вашої сім'ї?
- Грошей не вистачає навіть на їжу
 - Вистачає грошей на їжу, але купити одяг нам вже складно
 - Нам достатньо грошей на їжу і одяг, але купити телевізор, холодильник або пральну машину нам може бути складно
 - Ми можемо купити основну побутову техніку, але на автомобіль нам потрібно відкладати деякий час
 - Наших коштів вистачить на все, крім покупки нерухомості (квартира, дача)
 - Ми можемо собі дозволити купувати досить дорогі речі: квартиру, дачу або багато іншого
13. Вкажіть рівень освіти Вашого батька
- середня школа
 - училище
 - університетський диплом
 - науковий ступінь
14. Вкажіть рівень освіти Вашої матері
- середня школа
 - училище
 - університетський диплом
 - науковий ступінь
15. Вкажіть Ваш рівень освіти
- середня школа
 - училище
 - університетський диплом
 - науковий ступінь

16. Я задоволений тим, як проводжу дозвілля

- a. Повністю згоден_на
- b. Згоден_на
- c. Не згоден_на
- d. Категорично не згоден_на

17. Я хотів\ла б змінити те, як проводжу своє дозвілля

- a. Повністю згоден_на
- b. Згоден_на
- c. Не згоден_на
- d. Категорично не згоден_на

18. Оберіть, будь ласка, усі варіанти, які описують те, як найчастіше Ви проводите вільний від роботи час:

- a. Проводжу час вдома з сім'єю чи друзями
- b. Роблю прогулянки на самоті
- c. Ходжу у музеї, відвідую різноманітні виставки
- d. Відвідую театри
- e. Подорожую Україною
- f. Подорожую за кордоном
- g. Проводжу час вдома в мережі Інтернет
- h. Відвідую кафе\ресторани
- i. Займаюсь спортом (біг\спортивний зал\велоспорт\домашні тренування\басейн)
- j. Роблю шопінг
- k. Ходжу в гості до друзів\запрошую друзів
- l. Роблю прогулянки містом
- Інше _____

Як Ви оцінюєте свій нинішній стан здоров'я загалом?

- a. дуже поганий
- b. поганий
- c. добрий
- d. дуже добрий

Як Ви оцінюєте свій нинішній стан фізичного здоров'я загалом?

- a. дуже поганий
- b. поганий
- c. добрий
- d. дуже добрий

Як Ви оцінюєте свій нинішній стан ментального (психічного) здоров'я загалом?

- a. дуже поганий
- b. поганий
- c. добрий
- d. дуже добрий

Чи Ви маєте хронічні захворювання?

- a. Так
- b. Ні

Інше _____

Наскільки комфортно Вам жити з наявним доходом Вашого домогосподарства?

- a. Важко жити комфортно
- b. Швидше важко ніж легко
- c. Швидше легко ніж важко
- d. Легко жити комфортно