

Міністерство освіти і науки України
Національний університет «Києво-Могилянська Академія»

Інститут соціології НАН України

Кваліфікаційна наукова
праця на правах рукопису

Мальцева Катерина Сергіївна

Гриф

Прим. № _____

УДК 316.62:303.023:[612.176:613.86](043.3/.5)

ДИСЕРТАЦІЯ

Вплив соціокультурних та соціально-економічних стресорів на здоров'я
людини: механізми, детермінанти, канали спричинення
спеціальність 22.00.04 – спеціальні та галузеві соціології
Соціологія

Подається на здобуття наукового ступеня доктора соціологічних наук

Дисертація містить результати власних досліджень. Використання ідей,
результатів і текстів інших авторів мають посилання на відповідне джерело

_____ К.С. Мальцева.

АНОТАЦІЯ

Мальцева К.С. Вплив соціокультурних та соціально-економічних стресорів на здоров'я людини: механізми, детермінанти, канали спричинення. – Кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису.

Дисертація на здобуття наукового ступеня доктора соціологічних наук за спеціальністю 22.00.04 – спеціальні та галузеві соціології (054 – Соціологія). – Національний університет «Києво-Могилянська Академія». – Інститут соціології Національної академії наук України, Київ, 2024.

Останні кілька десятиліть позначилися помітним зростанням інтересу науковців до того, яким чином суспільство та різні форми соціальної організації впливають на здоров'я та добробут людини. Завдяки відкриттям у біологічних науках та генетиці, за цей період в науковій періодиці з'явилися важливі нові докази наслідків дії соціальних чинників на фізіологію людини. У висновках сучасних соціологічних досліджень здоров'я на передній план вийшли складні взаємозв'язки між соціальними та біологічними чинниками у сучасному профілі захворюваності та смертності. Відповідно до цього змінився підхід соціології здоров'я щодо осмислення ролі, яку відіграє соціальний світ у формуванні патернів здоров'я, захворюваності, старіння та смертності на рівні популяцій, а також механізму цього процесу та принципових каналів впливу суспільства на здоров'я.

Одним з основних чинників, що безпосередньо впливають на здоров'я, є стрес. Досягнення сучасної біологічної науки та генетики значно поглибили наше розуміння фізіології стресу, зв'язків стресу із імунною системою і коротко- та далекосяжних наслідків стресу для різних аспектів здоров'я людини та формуванням патернів захворюваності. Сучасна модель стресу наголошує на когнітивному компоненті оцінки стресорів упродовж життєвої траєкторії, вказуючи на роль перцепції стресу у механізмі впливу стресу на здоров'я у щоденному житті та на значенні чинників соціокультурного

контексту у когнітивних процесах оцінки та інтерпретації соціального світу. Дослідження впливу психосоціального стресу наразі виступає критично важливим напрямком в межах соціології здоров'я та соціальної епідеміології, що суміщає зовнішні стресори із фізіологічними реакціями організму, здатними впливати на розвиток хвороб та їхнє прогнозування.

Проблемне поле дисертаційного дослідження стосується впливу соціокультурних та соціально-економічних стресорів на здоров'я індивідів. Дисертацію присвячено емпіричному кількісному дослідженню кумулятивного впливу соціального стресу на психічне та фізіологічне здоров'я людини на прикладах вибірок з США, України і Швеції. Фокусом дослідження є виявлення чинників соціального середовища (в когнітивній площині, в сфері матеріального способу життя та у поведінковій формі), що впливають на показники здоров'я індивідів і можуть виступати як соціальні детермінанти здоров'я. Крім проблеми соціальних детермінантів у здоров'ї, дисертація зосереджується на проблемі механізму впливу соціальних детермінантів здоров'я, зокрема здатності певних соціокультурних та психологічних параметрів опосередковувати вплив структурних соціальних детермінантів на рівні стресу та, через їхнє посередництво, на статус здоров'я індивіда.

Медичними соціологами та соціальними епідеміологами пропонуються різні пояснення механізму конвертації соціальних умов життя у здоров'я та формулюються дещо відмінні концептуальні моделі впливу соціально-економічного статусу у дитинстві на здоров'я у дорослому віці. Зокрема, можна виділити три основних підходи, які різняться тлумаченням часового режиму, в якому динамічно розгортається вплив соціальних чинників на здоров'я. Відповідно, кожен з них співвідноситься з певним дистинктивним поясненням характеру впливу соціально-економічного статусу на стан здоров'я. До першої групи відносяться моделі, що наголошують на існуванні критичних (чутливих) періодів для зовнішніх впливів на розвиток організму. Їхній принциповий наголос падає на те, що економічно скрутні обставини, з

якими пов'язується низький соціально-економічний статус, зумовлюють більшу ймовірність зустрічі індивіда із стресорами у дитячі роки, які є формативними для всіх фізіологічних систем організму, і порушення роботи яких виливається у подальший розвиток патологій. Друга категорія моделей переміщає наголос з точкового впливу зовнішніх стресорів на здоров'я на їхню подовжену у часі кумулятивну дію, що збільшує ризик настання та розвитку захворювань опосередковано. Третя група теоретичних моделей дивиться на шкідливість впливу низького соціально-економічного статусу у дитинстві через призму його поведінкового відтворення у дорослому віці, коли біологічні наслідки вступають в силу, і розуміє шкідливий вплив безпосередньо в контексті перенесення консервативних поведінкових рутин, звичок та ментальних практик з дитинства у дорослість. Хоча ці підходи різняться в плані їхнього розуміння механізмів, що стоять за взаємодією соціально-економічного статусу та здоров'я, вони одностайно вказують на напрямок деструктивного впливу нерівності на здоров'я, та наголошують на важливості розробки необхідних для корекції ситуації з нерівностями у здоров'ї соціальних політик та інтервенцій, спеціально розрахованих на різні аспекти проблеми. Всі вони також беззаперечно вказують на роль соціального стресу у процесі формування біологічних наслідків впливу нерівності на людину.

В цьому контексті реалізовані дисертанткою проекти намагалися обґрунтувати механізм зв'язків між соціокультурними характеристиками, соціально-економічним становищем, стресом та здоров'ям індивіда, щоб (1) з'ясувати роль та міру впливу різних соціокультурних та соціально-економічних конструктів як модераторів/медіаторів у зв'язках між метриками рівня стресу та статусу фізичного та психічного здоров'я, та (2) виявити та детально описати вплив позитивних (захисних) та негативних чинників (чинників ризику) у відтворенні нерівностей у здоров'ї (англ. health disparities), які часто вивчаються в ізоляції у соціології здоров'я та соціальній епідеміології. В дисертації розглянуто діапазон чинників соціальної природи,

що можуть виступати хронічними стресорами і здійснювати прямий чи опосередкований вплив на здоров'я індивідів і в такий спосіб спричиняти відтворення нерівностей у здоров'ї. Зокрема у фокусі дослідження знаходяться когнітивний вимір стресу та властивості культурного середовища, щоб пояснити (1) соціальні чинники, що впливають на стрес, та чинники, що можуть обмежувати негативний вплив психосоціального стресу на здоров'я; (2) роль інтерналізації соціокультурних стандартів у процесах формування соціального сприйняття, в тому числі, оцінка свого статусу та порівняння себе із іншими; (3) форми впливу соціально-економічного становища на індивідуальне сприйняття та здоров'я в контексті різних культурних практик, дотичних до здоров'я.

Авторкою здійснено синтез теоретичних підходів з різних дисциплін, щоб оптимізувати пояснення механізму стресу із залученням когнітивних чинників та змінних-медіаторів/модераторів у авторську концептуалізацію впливу соціокультурних та соціально-економічних стресорів на здоров'я. В тому числі, в дисертації сформульовано і обґрунтовано авторську концептуальну модель невідповідності стилю життя індивіда культурно-нормативному профілю групи як стресора, що впливає на показники суб'єктивного здоров'я. Крім того, емпірично з'ясовано міру та механізм впливу обставин дитинства у процесі формування стилю життя та дотичної до здоров'я поведінки.

Теоретична значущість та потенційна теоретична цінність результатів, висвітлених в дисертації, зумовлюється тим, що розглянуті в ній дослідження стосуються як макротеоретичних питань, що постали в сучасних соціальних науках, зокрема концептуалізації культури як стресора, так і більш конкретних емпірично-угрунтованих теоретичних побудов стосовно ролі та механізму впливу соціальних чинників у здоров'ї; ролі перцепції та когнітивного виміру впливу стресу на індивідуальне здоров'я; чинників макрорівня у здоров'ї; кумулятивного впливу соціальної нерівності на здоров'я та передачі нерівності, а також соціальних чинників, що сприяють

опору стресу та/чи обмежують шкідливу дію стресу у наслідках для здоров'я на індивідуальному рівні. Цей напрямок досліджень поки що є мало розвиненим в Україні. Найбільше академічне значення результати цих досліджень мають для соціології здоров'я, когнітивної соціології, крос-культурної психології, медичної антропології та когнітивної антропології.

Одним з важливих моментів концептуалізації досліджень, що закладають основу висновків дисертації, є підхід до соціокультурних та соціально-економічних чинників як до стресорів, що можуть здійснювати тиск на індивіда і впливати на статус психологічного та фізіологічного здоров'я у довготривалій перспективі. Для вимірювання кумулятивного впливу соціокультурних чинників, їхня дія має бути операціоналізована в такий спосіб, щоб розрізняти культурні та індивідуальні змінні на методологічному рівні. Найбільш часто обговорюваним аспектом культури є розрізнення між колективним та індивідуальним рівнями існування культурної інформації. Однак на відміну від когнітивної антропології та психології, які традиційно розводять колективний та індивідуальний рівень досліджуваних процесів в методологічному плані, соціологічні дослідження через свою більшу зацікавленість у макрорівневих процесах типово вивчають ці рівні в ізоляції і концептуально уподібнюють їх один до одного, методологічно «сплавляючи» їх в єдине ціле. Проведені дисертанткою дослідження ілюструють зиски підходу, що концептуально інтегрує колективний та індивідуальний рівень існування культурної інформації, без їхнього взаємного ототожнення. Розв'язання цього питання уможливить розробку не лише більш культурно-чутливих дослідницьких інструментів, але і дослідницьких засобів, більш ефективних у зборі даних в натуралістичному контексті.

Важливим теоретичним аспектом, що розробляється в дисертації, є оцінка та вимірювання впливу сукупності поведінкових та когнітивних (в тому числі перцептивних) чинників на рівень стресу та статус здоров'я індивіда. Типово поведінка та мислення вивчаються в соціології здоров'я

ізолювано. Серія проведених дисертанткою досліджень слідує когнітивній традиції в медичній антропології та соціології здоров'я, спрямованій на синтез поведінкових та когнітивних аспектів у здоров'ї. Це залучення поведінкових та когнітивних даних та їхній інтегрований розгляд стосується, в першу чергу, розвитку досліджень таких важливих питань, як пояснення психологічного механізму впливу об'єктивного та суб'єктивного соціального статусу та соціально-економічного становища індивіда на показники самопочуття та здоров'я (як психічного, так і фізичного).

Дисертація ілюструє методологічні опції для покращення інформативності результатів вимірювання впливу стресу, спричиненого соціокультурними та соціально-економічними чинниками, на здоров'я, зокрема, техніки багатовимірного аналізу та кількісно-орієнтованої когнітивної етнографії. Для тестування гіпотез, а також для проведення запланованих аналітичних процедур (як-от розробки шкал) на різних етапах дослідження було використано аналіз середніх тенденцій, аналіз кореляцій, t-тест, тест Собела, кластерний аналіз, факторний аналіз та аналіз головних компонент, множинний аналіз відповідностей, різні форми регресійного аналізу, а також аналіз медіації та процесів інтеракції. В матеріали дисертації також включено проміжні результати якісних процедур (інтерв'ю та фрі-лістінгу) для побудови (формулювання) змінних та віяла відповідей анкет для забезпечення їхнього емічного характеру та теоретичної відповідності, що додає компонент змішування різних технік збору та аналізу даних.

Здоров'я є цінним та високо пріоритизованим у суспільстві ресурсом, що дозволяє індивідам ефективно функціонувати та брати участь у різного роду діяльностях, що характеризують ту чи іншу спільноту. Емпіричні результати розглянутих у дисертації досліджень додають до міждисциплінарного вивчення впливу суспільства на здоров'я та будують містки між психологічною, медичною та соціологічною літературами, а також дослідженнями, що проводяться в рамках методології когнітивної науки. Наявність такої бази даних надалі надасть поштовх подальшому науковому

вивченню кумулятивного впливу соціокультурних та соціально-економічних чинників на здоров'я і дозволить подальший розвиток наукових досліджень в цій галузі соціології здоров'я в Україні.

Ключові слова: стрес, здоров'я, соціальні детермінанти здоров'я, соціальне сприйняття, нерівності у здоров'ї, соціальний градієнт, спосіб життя, культура, цінності, інтерналізація, культурні моделі, культурний консонанс, етнографія, багатовимірні методи, шкали

ABSTRACT

Maltseva K.S. Sociocultural and socio-economic stressors in human health: Mechanisms, determinants, causal pathways. – Qualifying academic work on the rights of the manuscript.

Dissertation for the degree of the Doctor of sociological sciences in speciality 22.00.04 – Special and Branch Sociologies (054 – Sociology). – National University of “Kyiv-Mohyla Academy”. – The Institute of Sociology of the National Academy of Sciences of Ukraine, Kyiv, 2024.

The last few decades have witnessed an increased scientific interest in the ways in which society and various forms of social organization can affect human health and well-being. Due to the important discoveries in biological sciences and genetics, abundant empirical evidence of biological embedding of social factors into human physiology has appeared in print during this time period. As a result, the complex relationships between the social and the biological in the modern profiles of disease and mortality became prominent in sociological research on health. The perspective that medical sociology now takes on the role played by the social world in the formation of the population-level patterns of health, disease, aging and mortality has changed accordingly, as did our understanding of the mechanisms involved in this process and of the principal causal pathways by which human society can impact human health.

One of the main factors that can affect health directly is stress. The findings from biomedical research and genetics have deepened our understanding of stress physiology, the links between stress and immune system, and the long- and short-term outcomes of stress for various dimensions of health and disease. The contemporary model of stress emphasizes the cognitive, interpretative dimension of stress and stressor appraisal throughout the life course, suggesting that stress perception and our way of making sense of the social world play an important part in the mechanism by which stress influences health. Presently surveying the effects of psychosocial stress is an important research direction within both medical sociology and social epidemiology, bringing together the external stressors and the organism's internal responses contributing to the disease aetiology and prognosis.

The submitted dissertation reviews research on sociocultural and socio-economic stressors impacting self-reported individual health status. The results of the empirical quantitative work focusing on the cumulative effects of social stress in mental and physiological health based on American, Ukrainian and Swedish samples is presented. The submitted research seeks to isolate social factors (residing in cognition, lifestyle or behavior) that affect individual health and that can act as social determinants of health. Besides the focus on social determinants, the dissertation research also explores the mechanisms by which these social determinants can affect health, including the ability of various sociocultural and socio-economic factors to mediate the influence of the structural determinants on stress levels and through them affect individual health.

Medical sociologists and social epidemiologists have generated diverse explanations for the mechanisms by which social conditions translate into health outcomes which gives rise to somewhat different conceptual frameworks explaining the effects of socio-economic status in childhood on health in adulthood. There are three main perspectives that diverge in terms of their conceptualization of timing constraining the social factors' influences in health. Each of them has a distinct explanation of the nature of the influence the socio-economic status has on health. The first category consists of those theoretical models that postulate the existence of

the critical (sensitive) intervals of time for the organism's development during which the external influences are potentially harmful. They emphasize the point that a disadvantageous position associated with a lower socio-economic status is also likely to invite a greater probability of the individual's being exposed to various stressors during their early years of life which are formative years for all physiological systems and which can disrupt their normal development thus leading to pathology. The second category of explanations shifts the emphasis from the single impact that external stressors can have on health, to their cumulative effects that are more protracted in time increasing the risks of the disease onset and development indirectly. The third category of theories views the destructive effects of the low socio-economic status through the prism of its behavioral reproduction in adulthood, when the biological outcomes become apparent; this set of theories tends to understand the harmful influence of the low socio-economic status as replication and transference of the conservative behavioral routines, practices and mental habits from childhood to adulthood. While these two approaches differ in terms of their perspectives on the mechanisms that are regulating the interaction between the socio-economic status and health status, they unanimously point to the destructive effects of inequality on health and emphasize the importance of developing social policies and interventions that are necessary to correct the situation with health inequalities and its various aspects. All these frameworks also converge on the role of social stress in the biological outcomes of social inequality.

In a set of projects the researcher sought to draw evidence on a mechanism regulating the causal links between the sociocultural characteristics, socio-economic situation, stress levels and individual health, in order to (1) establish the the degree of impact of a set of sociocultural and socio-economic factors that can act as moderators/mediators in the relationship between the metrics of stress and a range of positive and negative mental health measures, and (2) offer an exhaustive account of both positive and negative factors involved in reproduction of health disparities (that are frequently addressed in isolation in sociological and socio-epidemiological research). The dissertation reviews a range of social factors that

can act as chronic stressors and affect health directly or indirectly and in that way contribute to the maintenance of health disparities. Specifically, the research focuses on the cognitive faculties and cultural features to provide an account of (1) the social factors that can affect stress levels and those factors that can be protective against the negative effects of psychosocial stress on health; (2) the role internalization of sociocultural standards in the process of social perception, including one's status appraisal and comparison with others; (3) the ways in which one's socio-economic situation can affect health in the context of various cultural practices that have relevance for health.

The theoretical coverage of the research presented in the dissertation benefits from the multi-disciplinary outlook, seeking to to enrich the explanations of the stress process by including the cognitive factors and mediating/moderating constructs into the researcher's conceptualization of sociocultural and socioeconomic stressors affecting health. The dissertation showcases the conceptual model developed and tested by its author, involving the (in)congruence between the individual lifestyle and the standard of the normative culture acting as a stressor and affecting self-rated health. The research design also includes information about the childhood social circumstances and their role in the lifestyle formation in health-related domains.

Theoretical merit of this research stems from the application of both macro- and micro-levels of theoretical analysis, ranging from more large-scale approaches such as the sociocognitive perspective on culture as a chronic stressor and cumulative effects of social inequality in health, to more empirically grounded mechanisms of social stress process, cognitive aspects of stress and health, and factors that can enhance individual's coping with stress. This research direction lacks visibility in Ukraine and the available published works are still too few. The results of this research will be of use and interest for medical sociologists, cross-cultural psychologists, medical anthropologists and cognitive anthropologists.

One of the important nuances of conceptualization that is used in this dissertation is the perspective on sociocultural and socio-economic factors as

stressors that can exercise pressure on individuals and have their long-term effects on physical and mental health. To measure their cumulative effects, a methodological distinction between individual and collective-level constructs needs to be made when they are operationalized as variables. The distinction between the individual and collective levels of cultural information is one of the most often discussed aspects of culture. Yet unlike cognitive anthropological and psychological disciplines, where these two levels are explicitly separated, within sociology the individual and collective modes of culture are studied in isolation due to a greater interest that sociological discipline has historically vested into macro-level issues. This dissertation illustrates the benefits of discriminating between the individual and collective constructs, by showcasing the results from the empirical projects carried out in fieldwork settings.

Another important theoretical aspect that is developed in this dissertation is the assessment and measurement of the effects of a set of behavioral and cognitive (including perceptual) factors on stress and health. Behavior and cognition are typically divorced from each other in sociological research on health. Following the cognitive tradition in medical anthropology, this dissertation illustrates the benefits of merging the behavioral and cognitive aspects to address health. Combining behavioral and cognitive data is beneficial for addressing complex issues such as differential effects of objective and subjective socioeconomic status on mental and physical health and wellness.

This dissertation showcases methodological options to increase the informativeness of the results in the process of measuring stress induced by the sociocultural and socio-economic factors and their effects on health, e.g., by means of applying multidimensional analysis and quantitative cognitive ethnography. To test the hypotheses, as well as for scale construction, measures of central tendencies, analysis of correlations, t-test, the Sobel test, cluster analysis, factor analysis and principal component analysis, multiple correspondence analysis and different forms of regression analysis, as well as analysis of mediation and interaction were employed in research design. The dissertation materials also span a

range of qualitative procedures (interviews and free-listing) to construct survey items and response options, ensuring their emic nature and theoretical correspondence, and principles of mixed methods in data collection and analysis are applied.

In human societies health is a highly prioritized resource that enables individuals to function and take part in activities within their social group. The empirical results from the projects presented in this dissertation attempt to bridge psychological, medical and sociological research in health, and to combine them with the approach of cognitive science. It builds the foundation for furthering the research efforts directed at better understanding the cumulative effects of sociocultural and socio-economic factors in health and will stimulate the development of this research niche in Ukraine.

Key words: stress, health, social determinants of health, social perception, health disparities, social gradient, lifestyle, culture, values, internalization, cultural models, cultural consonance, ethnography, multidimensional methods, multi-items scales

Список публікацій здобувача

Праці, в яких опубліковано основні наукові результати

1. Maltseva, K. (2022). Linking social stress, health and social behavior through the lens of evolution. *Наукові записки НАУКМА: Соціологія*, 5, 14-25.
2. Maltseva, K. (2022). Stress perception: The pathway from social status to health. *Соціологія: теорія, методи, маркетинг*, 2, 132-146.
3. Серета П., & Мальцева, К. (2022). Роль культурного та соціального капіталів у суб'єктивній оцінці здоров'я. *Соціологія: теорія, методи, маркетинг*, 1, 82-104.

4. Maltseva, K. (2022). Cognitive dimension of culture and social axioms: Using methods of multidimensional analysis to research Ukrainian cultural beliefs about success and inequality. *Journal of Cultural Cognitive Science*, 6, 305–323.
5. Мальцева, К. (2021). *Кумулятивні ефекти нерівності та вплив соціальних стресорів на здоров'я людини*. Київ: НАУКМА.
6. Maltseva, K. (2021). Health disparities, stress and sociocognitive approach to culture. *Current Anthropology*, 62 (6), 789-790.
7. Малиновська О., & Мальцева, К. (2021). Соціально-економічний статус батьків у дитинстві індивіда та установки індивіда в дорослому віці. *Соціологія: теорія, методи, маркетинг*, 1, 106-126.
8. Lukash, I.-G., & Maltseva, K. (2020). Using ethnographic approach and cultural models framework in research on recreational drug use. *Соціологія: теорія, методи, маркетинг*, 3, 178-193.
9. Maltseva K. (2020). Bridging sociology with anthropology and cognitive science perspectives to assess shared cultural knowledge. *Соціологія: теорія, методи, маркетинг*, 1, 108-118.
10. Любенко Р., & Мальцева, К. (2019). Користування сайтами соціальних мереж та рівень стресу: дослідження студентів НАУКМА. *Соціологія: теорія, методи, маркетинг*, 3, 152-178.
11. Мазай, Д., & Мальцева, К. (2019). Вплив соціальної нерівності на здоров'я українського населення за даними масиву European Social Survey, 2012). *Наукові записки НАУКМА: Соціологія*, 2, 23-34.
12. Maltseva, K. (2018). Internalized cultural models, congruence with cultural standards, and mental health. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 49(8), 1302-1319.
13. Maltseva, K. (2018). Values, norms and social cognition. *Наукові записки НАУКМА: Соціологія*, 1, 3-9.
14. Maltseva, K. (2018). Theoretical assumptions of cultural consonance model. In: *Українська соціологія у XXI столітті. Теорія, методи,*

- результати досліджень (Ukrainian Sociology in the 21st Century: Theory, Methods, Research Results)*. Харків, Харківський Національний університет ім. В. Н. Каразіна, с. 167-177.
15. Maltseva, K. (2017). Cultural models and belief systems: Detection and quantitative assessment of the threshold of shared collective knowledge. *Наукові записки НАУКМА: Соціологія*, 196, 38-45.
 16. Maltseva, K. (2016). Using correspondence analysis of scales as part of mixed methods design to access cultural models in ethnographic fieldwork: Prosocial cooperation in Sweden. *Journal of Mixed Methods Research*, 10(1), 82-111.
 17. Бучельнікова М., Оленченко, С., & Maltseva, K. (2016). Сучасна українська культурна модель романтичних стосунків серед київської молоді. *Наукові записки НАУКМА: Соціологія*, 187, 58-66.
 18. Maltseva, K. (2016). Prosocial morality in individual and collective cognition. *Journal of Cognition and Culture*, 16(1-2), 1-36.
 19. Maltseva, K. (2015). Health disparities research: A perspective on cultural consonance. *Наукові записки НАУКМА: Соціологія*, 174, 27-32.
 20. Maltseva, K. (2015). Norm internalization and the cognitive mechanism of cultural consonance. *International Journal of Culture and Mental Health*, 8(3), 255-273.
 21. Maltseva, K. (2014). Cognitive organization of cultural values: Cross-cultural analysis of data from Sweden and the U.S. *Journal of Cognition and Culture*, 14, 235–262.
 22. Maltseva, K. (2014). Normative culture, cultural competence and mental health in Sweden. *International Journal of Culture and Mental Health*, 7(2), 179-198.
 23. Maltseva, K. (2012). Social support available predicts perceived cultural salience of prosocial ideas but not perceived normativeness of prosocial behaviour. *Journal of Cognition and Culture*, 12, 223-264.

24.Maltseva, K., & D'Andrade, R. G. (2011). Multi-item scales and cognitive ethnography. In: *A Companion to Cognitive Anthropology* (Ed. by D. B. Kronenfeld, G. Bennardo, V.C. De Munck and M. Fischer) (pp.153-170). Blackwell Publishing.

Праці, що засвідчують апробацію результатів дисертації

25.Мальцева, К. (2023). «Вимірювання культурного консенсусу та оцінка якості даних у дослідженнях спільного колективного знання». Тези круглого столу «Достовірність соціологічного знання: теоретико-методологічний, емпіричний та дискурсивний аспекти», організованого відділом методології та методів Інституту соціології Національної академії наук України (Київ, 21 жовтня 2022 р.). С.199-201.

26.Maltseva, K. (2022). “Socioeconomic status and causal pathways to health disparities”. Тези міжнародної наукової конференції “Old Discipline, New Trajectories: Methods, Theories and Practices in Anthropology”. Вільнюський Університет, Вільнюс, Литва (16-18 червня 2022). С.93.

27.Мальцева, К. (2021). «Ефекти соціально-економічного статусу у здоров’ї українців під час COVID-19». Тези науково-практичної конференції «Соціальні наслідки пандемії COVID-19: соціологічні аспекти». Інститут соціології НАН України, Київ (12 листопада 2021 р.). С.97-102.

28.Maltseva, K. (2021). “Culture, socioeconomic disadvantage and causal pathways to mental health disparities“. Тези міжнародної наукової конференції European Annual Meeting of the Network for Psychological Anthropology (ENPA), University of Helsinki, Фінляндія, 1-3 червня 2021 р. С.18.

29.Maltseva, K. (2012). “Deviation from internalized social norms predicts poorer mental health”. Тези міжнародної наукової конференції 24th

Annual Meeting of the Human Behaviour and Evolution Society,
Альбукеркі, Нью Мексико, США, 13-17 червня 2012 р. С.95.

Праці, які додатково відображають наукові результати дисертації

30.Середа, П., & Мальцева, К. (2023). Використання багатовимірних методів аналізу у вивченні чинників вибору академічної кар'єри студентством. *Соціологія: теорія, методи, маркетинг*, 3, 5–23.

ЗМІСТ

Список скорочень	20
Вступ.....	21
Розділ 1. Соціальні джерела нерівностей у здоров'ї.....	36
1.1. Розуміння нерівностей у здоров'ї та пояснення їхніх причин.....	36
1.2. Зарубіжні дослідження соціально-економічних чинників у здоров'ї	42
1.3. Зарубіжні дослідження соціокультурних чинників у здоров'ї	69
1.4. Дослідження зв'язків між соціумом та здоров'ям в Україні.....	76
<i>Висновки розділу</i>	102
Розділ 2. Соціальний стрес та його наслідки у здоров'ї	106
2.1. Сучасна модель стресу та її основні категорії.....	106
2.2. Механізми та канали впливу соціальних стресорів на здоров'я людини.....	122
2.2.1. Вплив соціальних стресорів на психічне здоров'я в коротко- та далекосяжній перспективі.....	133
<i>Висновки розділу</i>	147
Розділ 3. Соціокультурні стресори у наслідках для здоров'я.....	151
3.1. Культура як хронічний стресор.....	151
3.2. Соціокогнітивний підхід до культури та здоров'я	162
3.3. Вимірювання зв'язків між культурою та здоров'ям.....	197
3.4. Індивід та нормативна культура: відповідність культурному стандарту.....	235
3.4.1. Застосування авторської концептуальної моделі для демонстрації опосередкованих зв'язків (модерація) в процесі культурного консонансу.....	261
3.4.2. Застосування авторського підходу до вимірювання когнітивного виміру стресу для оптимізації моделі культурного консонансу.....	285
<i>Висновки розділу</i>	332
Розділ 4. Соціально-економічні стресори у наслідках для здоров'я.....	338
4.1. Ефекти соціально-економічного статусу у здоров'ї	338
4.2. Вимірювання впливу соціально-економічного статусу на здоров'я.....	341
4.3. Механізми акумуляції нерівностей у здоров'ї.....	343
4.3.1. Стрес, спосіб життя та здоров'я.....	349
4.3.2. Соціально-економічний статус та самооцінки здоров'я.....	370
4.3.3. Соціально-економічний статус та орієнтація стратегії життєвої історії	377
<i>Висновки розділу</i>	392

Висновки.....	396
Список використаних джерел.....	406
Додатки.....	462
Список таблиць і рисунків.....	477

Список скорочень

ВООЗ – Всесвітня Організація Охорони Здоров'я

КМІС – Київський міжнародний інститут соціології

НІЗ – неінфекційні захворювання

STEPS – Дослідження STEPS (поетапний підхід до нагляду за факторами ризику неінфекційних захворювань в Україні)

SWB (Subjective well-being) – психологічний добробут

Вступ

Останні кілька десятиліть позначилися помітним зростанням інтересу науковців до того, яким чином суспільство та різні форми соціальної організації впливають на здоров'я та добробут людини. Завдяки відкриттям у біологічних науках та генетиці, за цей період в науковій періодиці з'явилися важливі нові докази наслідків дії соціальних чинників на фізіологію людини. В результаті у висновках сучасних соціологічних досліджень здоров'я на передній план вийшли складні взаємозв'язки між соціальними та біологічними чинниками у сучасному профілі захворюваності та смертності. Відповідно до цього змінився підхід соціології здоров'я щодо осмислення ролі, яку відіграє соціальний світ у формуванні патернів здоров'я, захворюваності, старіння та смертності на рівні популяцій, а також механізму цього процесу та принципових каналів впливу суспільства на здоров'я (Berkman, Glymour, & Kawachi, 2014; Slavich, 2016; Мальцева, 2021b). Крім того, пандемія COVID-19 вкотре привернула увагу до вразливості різних соціальних груп до захворювань та неспроможності систем охорони здоров'я навіть сучасних західних суспільств забезпечити своїм членам необхідний захист та безпеку. Висновки досліджень тенденцій поширення коронавірусу наголошують на ролі соціокультурних чинників, як-от превалентних культурних цінностей, соціальних норм та аксіоматичних колективних уявлень, в темпах поширення коронавірусної інфекції, успішності зусиль уряду щодо вакцинування населення та ефективності карантинів в різних країнах, і тим самим додають до актуальності та важливості вивчення соціальних причин біологічних ризиків (Endress, 2022; Lucas et al., 2022).

Одним з основних чинників, що безпосередньо впливають на здоров'я, є стрес (American Psychological Association, 2017; Hughes et al., 2017). ВООЗ називає вплив стресу на здоров'я епідемією XXI ст. (Fink, 2016, С.3). Завдяки досягненням сучасної біологічної науки та генетики трансформувалося наше розуміння поняття стресу і поглибилися наші знання щодо фізіології стресу,

зв'язків стресу із імунною системою та коротко- та далекосяжних наслідків стресу для різних аспектів здоров'я людини та формування патернів захворюваності. Сучасна модель стресу наголошує на когнітивному компоненті оцінки стресорів впродовж життєвої траєкторії, вказуючи на роль перцепції стресу у механізмі впливу стресу на здоров'я у щоденному житті та на значенні чинників соціокультурного контексту у когнітивних процесах оцінки та інтерпретації соціального світу. Дослідження психосоціального стресу наразі виступає критично важливим напрямком в межах соціології здоров'я та соціальної епідеміології, що суміщає зовнішні стресори із фізіологічними реакціями організму, здатними впливати на розвиток хвороб та їхнє прогнозування (McLeod, 2012; Pearlin, 1989; Schieman, 2019).

Сфера сучасних досліджень соціальних детермінантів здоров'я продовжує ставати дедалі складнішою завдяки підсилено міждисциплінарному характеру цієї ніші в плані теоретичної бази та методологічних принципів. Останні кілька десятиліть характеризуються поживавленням діалогу між соціологією здоров'я та біологічними науками, передусім медициною та генетикою, а також розвитком прикладних галузей застосування медико-соціологічного знання, як-от у розробці соціальних реформ та політик (Boardman & Fletcher, 2021; Borde & Hernández, 2018). Значну увагу впродовж цього часу було приділено таким складним та багатовимірним питанням, як соціальні чинники у здоров'ї та відмінності у здоров'ї різних соціокультурних та соціально-економічних груп. Однак попри чисельні дослідницькі зусилля та успіхи, пов'язані з технологічним прогресом у медичній сфері, хоча середня тривалість життя виросла, нерівності у здоров'ї лишаються і, за даними західних дослідників-епідеміологів, в європейських країнах навіть зростають (Mackenbach, 2017; Mackenbach, 2019; Mackenbach et al., 2017; Mackenbach et al., 2018; Mackenbach et al., 2019; Leyland & Dundas, 2020; Shahidi, Parnia, & Siddiqi, 2020). У сучасному світі тенденції покращення здоров'я та поширеності захворюваності стають розподілені у дедалі більш нерівномірний спосіб, навіть у європейських

державих загального добробуту (Karvonen, Kestilä, & Mäki-Opas, 2018; Maskenbach, 2012). Упродовж останніх кількох десятиліть емпіричні дослідження систематично пов'язують ці відтворювані нерівності у здоров'ї із психосоціальним стресом, що виникає як результат соціального становища індивіда у суспільстві, процесів соціокультурних змін, міграції та соціальної дезінтеграції. Саме тому роль соціального стресу як джерела причин нерівностей у здоров'ї та механізми їхнього впливу на здоров'я стають нагальною прикладною проблемою.

Сучасні дослідження здоров'я та захворювань беруть до уваги культурний контекст і розуміють здоров'я як біокультурне явище. Клінічні працівники в різних країнах світу визнають роль культурних чинників у етіології, тривалості, протіканні та наслідках захворювань, передусім психічних розладів (Cohen, Patel, Thara, & Gureje, 2008; Hopper, 2008; Isaac, Chand, & Murphy, 2007; Myers, 2010). Оскільки культура є водночас і середовищем, в якому відбувається ментальне життя людини, і засобом, через який воно проявляється, культуру також розглядають як потужний стресор (Prasadarao, 2009). Зв'язкам між соціально-економічним становищем, культурними уявленнями, стресом та здоров'ям присвячено широку літературу в соціальних науках. Її обсяг охоплює дослідження соціального градієнту у здоров'ї, суб'єктивного соціального статусу, соціального порівняння, відносної депривації (англ. relative deprivation), а також дискримінації та стресу (Adler et al., 1993; Berkman, 1995; Marmot, 2005; Waldron et al., 1982; Deaton, 2001; Fahey, 2010; James, 1990; Lee & Turney, 2012; Marmot, 2006). Одним з важливих моментів концептуалізації дисертаційного дослідження є підхід до соціокультурних та соціально-економічних чинників як до стресорів, що можуть здійснювати тиск на індивіда і впливати на статус психологічного та фізіологічного здоров'я у довготривалій перспективі.

Проблемна ситуація дослідження зумовлена тим, що хоча роль соціокультурних чинників у нерівномірному розподілі показників

захворюваності та смертності у світі не викликає сумнівів у емпіричних дослідників (Cohen, Patel, Thara, & Gureje, 2008; Hopper, 2008; Isaac, Chand, & Murphy, 2007; Myers, 2010), вимірювання та оцінка їхнього впливу на здоров'я як хронічних стресорів реалізується недостатньо ефективно для його пояснення та закладання культури в теоретичну базу досліджень здоров'я (Hruschka, 2009). Така «занедбаність» культурної складової у дослідженнях здоров'я вважається основною причиною глобальної невирішеності питання щодо нерівностей у здоров'ї (Chentsova-Dutton & Ryder, 2020). Суперечність між високою теоретичною важливістю культури і малою розробленістю метрик для культурних чинників, які можуть діяти як стресори, упродовж тривалого часу зазначається в дослідженнях впливу культури на здоров'я загалом та критичних біокультурних дослідженнях зокрема (Hruschka, 2009). Через наявність цієї суперечності ми не можемо відповісти на питання щодо шляхів, якими культура взаємодіє з індивідом, щоб на практиці спричинити зміни у показниках здоров'я, і не можемо в теорії продемонструвати поєднувальну ланку між колективною культурою та індивідом в контексті наслідків для здоров'я. Для ефективного вимірювання кумулятивного впливу соціокультурних та соціально-економічних чинників, їхня дія має бути операціоналізована в такий спосіб, щоб розрізняти культурні, економічні та психологічні змінні в методологічній площині. Соціологічні дослідження через свою більшу зацікавленість у макрорівневих процесах типово вивчають колективний та індивідуальний рівні соціокультурних явищ в ізоляції і концептуально уподібнюють їх один до одного, методологічно «сплавляючи» їх в єдине ціле. Це спричиняє спрощення у відповідях на важливі теоретичні запитання та загрожує валідності висновків, і тим самим складає *наукову проблему*, оскільки такий підхід не дає можливості розв'язати проблему оцінки диференційованого впливу різних стресорів на здоров'я і не пояснює, як індивідуальний стрес транслюється в розбіжності у показниках здоров'я та тривалості життя на рівні груп. Авторка відстоює підхід, що поєднує в аналізі колективний та індивідуальний рівень соціокультурних чинників (цінностей,

нормативних уявлень, елементів культурної моделі, культурних стандартів способу життя, тощо), але без їхнього взаємного ототожнення теоретично чи методологічно, і інтегрує їх із соціально-економічними чинниками для оцінки їхнього спільного впливу на здоров'я.

Дисертаційне дослідження зосереджується на виокремленні соціокультурних стресорів (в тому числі тих, що постають на основі складних світоглядних утворень), які можуть діяти як хронічні стресори, а також формулюванні механізму їхньої дії на здоров'я, щоб пояснити сукупну дію соціокультурних та соціально-економічних чинників у наслідках для здоров'я шляхом розробки чутливих метрик. Дослідження психосоціального стресу наразі виступають як один з найбільш перспективних та активних напрямків біомедичних та біокультурних досліджень на теперішній день. Цей напрямок досліджень поки що є мало розвиненим в Україні. Нинішнє дисертаційне дослідження містить спробу додати свої напрацювання до цього корпусу праць, зокрема в галузі покращення концептуалізації механізму впливу соціокультурних та соціально-економічних стресорів на здоров'я людини та методології для вимірювання їхнього впливу.

Проблемне поле дисертаційного дослідження стосується впливу на здоров'я соціокультурних та соціально-економічних параметрів, які можуть виступати як хронічні стресори.

Мета дослідження полягає в обґрунтуванні механізму зв'язків між соціокультурними характеристиками, соціально-економічним становищем, стресом та здоров'ям індивіда, щоб (1) з'ясувати роль та міру впливу різних соціокультурних та соціально-економічних конструктів як модераторів/медіаторів у зв'язках між метриками рівня стресу та статусу фізичного та психічного здоров'я, та (2) виявити та детально описати вплив позитивних (захисних) та негативних чинників (чинників ризику) у відтворенні нерівностей у здоров'ї (англ. health disparities), які часто вивчаються в ізоляції у соціології здоров'я та соціальній епідеміології.

Об'єктом дослідження виступає здоров'я індивідів (у формі самооцінок показників здоров'я та самопочуття).

Предметом дослідження є механізми, детермінанти та канали здійснення впливу соціокультурних та соціально-економічних стресорів на здоров'я людини.

Реалізація мети дослідження потребує розв'язання таких *завдань*:

1. Систематизувати та критично осмислити теоретичну та емпіричну літературу, що розглядає наслідки дії соціокультурних та соціально-економічних стресорів на здоров'я, з метою розроблення авторської концептуалізації зв'язків між культурою, поведінкою, стресом та здоров'ям, що бере до уваги когнітивний вимір стресу, для їх ефективного вимірювання.
2. Розробити авторський підхід до операціоналізації та оцінки кумулятивного впливу соціокультурних та соціально-економічних чинників на рівні стресу та показники здоров'я і на його основі створити чутливі метрики для соціокультурних стресорів та зафіксувати вплив різних соціокультурних чинників на рівень стресу та статус здоров'я індивідів;
3. З'ясувати міру впливу культурних стресорів на негативне (депресія) та позитивне (психологічний добробут) психічне здоров'я індивідів;
4. Виокремити та охарактеризувати елементи способу життя та життєвих обставин, що сприяють відтворенню несприятливих соціально-економічних умов;
5. Оцінити та охарактеризувати міру впливу різних соціально-економічних чинників на рівень стресу та статус здоров'я індивідів;
6. З'ясувати міру впливу опосередковуючих змінних (соціокультурних та соціально-економічних) в механізмі впливу психосоціального стресу на здоров'я та поведінку, пов'язану зі здоров'ям.

Вибір *методів дослідження* було продиктовано характером аналітичних завдань та цілей дослідження. Для реалізації мети дослідження та розв'язання окреслених завдань у роботі використано систему загальнонаукових теоретичних методів, зокрема системний, критичний, порівняльний, інтеграційний, а також методи аналізу та синтезу, типологізації, систематизації та інтерпретації. Включені в дисертацію дослідження спиралися переважно на кількісну методологію, зокрема техніки багатовимірного аналізу. Для тестування гіпотез на різних етапах дослідження було використано аналіз середніх тенденцій, аналіз кореляцій, t-тест, тест Собела, кластерний аналіз, факторний аналіз та аналіз головних компонент, множинний аналіз відповідностей, різні форми регресійного аналізу, а також аналіз медіації та процесів інтеракції. Для розробки шкал використовувалися кластерний аналіз, факторний аналіз та аналіз головних компонент. В матеріали дисертації також включено проміжні результати якісних процедур (інтерв'ю та фрі-лістінгу) для побудови (формулювання) змінних та віяла відповідей анкет для забезпечення їхнього емічного характеру та теоретичної відповідності, що додає компонент змішування різних технік збору та аналізу даних.

Емпіричну базу дисертаційного дослідження склали кількісні та кількісно-орієнтовані мішані емпіричні проєкти з елементами когнітивної етнографії, проведені дисертанткою в Україні (N=234, N=208, N=304, N=902, N=213, N=346, N=406), США (N=136, N=156, N=189, N=306) та Швеції (N=128) в період з 2008 по 2023 рік, а також масив шостої хвилі European Social Survey (2012), в якому присутня вибірка з України (N=2178). Обробка та аналіз даних здійснювалися в SPSS (IBM SPSS Statistics for Windows, Version 25.0) та Microsoft Excel.

Наукова новизна дослідження зумовлюється наступним. У дисертації розглянуто когнітивний вимір стресу та властивості культурного середовища, щоб пояснити (1) соціальні чинники, що впливають на стрес, та чинники, що

можуть обмежувати негативний вплив психосоціального стресу на здоров'я; (2) роль інтерналізації соціокультурних стандартів у процесах формування соціального сприйняття, в тому числі, оцінка свого статусу та порівняння себе із іншими; (3) форми впливу соціально-економічного становища на здоров'я та індивідуальне сприйняття стресовості ситуацій в контексті різних культурних практик, дотичних до здоров'я.

Уперше:

- Використовуючи посилки соціокогнітивного підходу до культури, теоретично обґрунтовано авторський підхід до операціоналізації та вимірювання когнітивної ланки між поведінковим аспектом культури і його наслідками у здоров'ї; на відміну від попередніх досліджень, вплив соціокультурних чинників (приміром, міри індивідуальної (не)відповідності стандарту нормативної культури) на рівні стресу не береться як логічний засновок, а експліцитно тестується для їхньої подальшої інтеграції в теоретичний апарат;
- Теоретично обґрунтовано та емпірично доведено роль когнітивних складових процесу культурного консонансу, зокрема інтерналізації та культурної компетентності (центральної категорії математичної моделі культурного консенсусу К. Ромні) як передумов ефекту культурного консонансу (зокрема, на відміну від попередніх досліджень, обґрунтовано механізм впливу на показники здоров'я шляхом долучення індивідуальних показників інтерналізації та культурної компетентності до показників поведінкового та матеріального аспектів способу життя; окреслено вектори впливу неконгруентності з інтерналізованими культурними стандартами на психологічні та фізіологічні аспекти здоров'я індивідів (що маніфестується у вищих показниках негативного психічного здоров'я та нижчих показниках позитивного психічного здоров'я) у вибірках з різних культурних груп);
- Виявлено такі диференційовані ефекти культурного консонансу в вибірках з різних соціокультурних груп, як наявність чи відсутність ознак процвітання у

консонантних індивідів, що підтримує авторську аргументацію щодо культурно-специфічної, а не універсальної природи результатів неконгруентності індивідуального способу життя по відношенню до визначеного нормативною культурою стандартом;

- Надано відсутні в попередніх дослідженнях емпіричні підтвердження того, що культурні конструкти колективного рівня (зокрема, інтерналізовані колективні цінності та їхня підтримка) впливають на стрес та здоров'я інакшими шляхами, ніж конструкти індивідуального рівня (приміром, особисті цінності) та соціально-економічні показники – зокрема, конструкти індивідуального рівня мають більше зв'язків з психологічними змінними, ніж колективні конструкти; вплив культурних чинників не формує градієнт, але диференціює індивідів за мірою інтерналізації; вплив соціально-економічного статусу на здоров'я є потужнішим за вплив соціокультурних чинників;

- Надано відсутні в попередніх дослідженнях емпіричні підтвердження того, що повільна орієнтація стратегії життєвої історії (що асоціюється із більш високим соціально-економічним статусом у дитинстві та характеризується плеканням довготривалих стосунків, наполегливістю у переслідуванні далекосяжних цілей, докладанням систематичних зусиль для забезпечення більш сприятливих умов у майбутньому, здатністю відтермінувати винагороди та утримуватись від ризикових кроків у дорослому віці) сприяє зниженню суб'єктивного стресу, пов'язаного з досвідом війни, зменшує ймовірність розвинути депресію та покращує показники процвітання в умовах активної фази збройного конфлікту.

Удосконалено:

- Способи оцінки впливу соціокультурних та соціально-економічних чинників в межах моделі культурного консонансу шляхом включення опосередкованих зв'язків інтерналізації та культурної компетентності з показниками здоров'я, що дозволяє побудувати більш вичерпну і деталізовану картину впливів суспільства на здоров'я. Зокрема, запропонований підхід збільшує

концептуальне охоплення поточного формулювання концепції культурного консонансу, додаючи (1) когнітивний вимір консонантності (шляхом долучення індивідуальних показників інтерналізації та культурної компетентності до даних про спосіб життя) і (2) позитивні наслідки консонантності для показників здоров'я, на додачу до негативних наслідків дисонансу, які типово розглядаються;

- Способи оцінки когнітивного виміру стресу у дослідженнях впливу стресу на показники здоров'я шляхом демонстрації впливу сприйняття стресовості події на здоров'я, що є важливим з огляду на сучасні акценти на розрізненні впливів об'єктивного та суб'єктивного стресу на здоров'я;

- Застосування підходу культурних моделей та їхньої кількісної репрезентації (зокрема через техніку множинного аналізу відповідностей) для вимірювання соціально-економічних та соціокультурних чинників у здоров'ї. Таким чином досягається як етнографічна насиченість досліджуваного контексту, так і можливість розглядати більш широкий спектр соціальних чинників, що мають вплив на стрес та здоров'я;

- Способи оцінки впливу соціокультурних стресорів на здоров'я та умов/чинників, що посилюють чи, навпаки, послаблюють, їхній вплив, шляхом шкалоутворення у процесі створення змінних та застосування методів багатовимірного аналізу. Таким чином досягається охоплення як негативної, так і позитивної сторони спектру здоров'я, що робить пояснення зв'язків між суспільством, стресом та здоров'ям більш вичерпним.

Дістали подальшого розвитку:

- Запропоновані в зарубіжних номотетичних дослідженнях пояснення процесу стресу та виникнення й відтворення нерівностей у здоров'ї (англ. health disparities);

- Запропоновані в зарубіжних емпіричних дослідженнях розрізнення між стресорами різних типів (архаїчні та сучасні) для їхнього профілювання та дослідження ризиків для здоров'я, що асоціюються з кожним з них;

- Емпірична база досліджень нерівностей у здоров'ї та їхніх зв'язків із психосоціальним стресом: на результатах емпіричного дослідження продемонстровано градієнтну структуру показників здоров'я в різних вибірках; емпірично встановлено основні соціальні чинники, що спричиняють погіршення здоров'я та, навпаки, соціальні чинники, що асоціюються із кращими показниками здоров'я; проілюстровано зв'язок між стресом та депресією у контексті нерівностей у здоров'ї; продемонстровано зв'язок між стресом, втому та низькими показниками здоров'я;
- Емпірична база теорії культурного консонансу: шляхом включення вибірок з шведського та українського суспільств було продемонстровано диференційований вплив невідповідності культурному стандарту на здоров'я у різних соціокультурних групах за межами типово досліджуваних спеціалістами з культурного консонансу, і розширено етнографічне різноманіття біокультурних досліджень, випадком яких є культурний консонанс;
- Емпірична база теорії орієнтації стратегії життєвої історії: на результатах емпіричного дослідження продемонстровано, що високий соціально економічний статус у дитинстві впливає на орієнтацію стратегії життєвої історії, уповільнюючи її, та сприяючи розвитку у індивіда більшої мотивації до просоціальної поведінки (що виражається у дотриманні санітарних норм під час пандемії) та інвестування у підтримання довготривалих зв'язків з людьми, в тому числі піклування про їхній добробут (що виражається у намаганні захистити інших від ризиків зараження під час пандемії);
- Теоретичні моделі соціального спричинення та соціальної селекції стосовно напряму зв'язків спричинення у взаєминах між соціально-економічними параметрами та наслідками у здоров'ї, зокрема з'ясовано, що дані підтримують обидві гіпотези, привілеюючи модель соціального спричинення.

Побудована в дослідженні аргументація виходить з логічних посилок теоретичних рамок, превалентних у сучасних дослідженнях стресу та нерівностей у здоров'ї: модель процесу стресу Л. Перліна; теорія

детермінантів здоров'я; теорія капіталів П.Бурдьє; теорія культурної конгруентності; модель культурного консонансу В.Дресслера; модель культурного консенсусу К.Ромні; теорія культурних моделей. *Теоретична значущість* результатів, висвітлених в дисертації, зумовлюється тим, що, на відміну від існуючих досліджень, беруться до уваги синергетичні зв'язки чинників колективного та індивідуального рівнів культури і здійснюється їхня інтеграція для оцінки їхнього сукупного впливу на рівні стресу та показники здоров'я. Представлені в дисертації дослідження стосуються як макротеоретичних питань, що постали в сучасних соціальних науках, зокрема когнітивної концептуалізації культури як стресора (Dressler et al, 2014; Hunzaker & Valentino, 2019; Lamont & Pierson, 2019; Maltseva, 2015a,b; Pearlin et al., 1981), так і більш конкретних емпірично-угрунтованих теоретичних побудов стосовно ролі та механізму впливу соціальних чинників у здоров'ї (Mackenbach, 2016; Marmot, 2005; Nettleton, 2013; Weitz, 2006; Marmot & Wilkinson, 2006); ролі перцепції та впливу когнітивного виміру стресу на індивідуальне здоров'я (Schieman, 2019); чинників макрорівня у здоров'ї (Dahlgren & Whitehead, 1991; Phelan et al., 2004); кумулятивного впливу соціальної нерівності на здоров'я (Cockerham, 2013; Link & Phelan, 2010; Link & Phelan, 2000; Maltseva, 2014c) та передачі нерівності (Lamont, 1992; Lamont & Small, 2008; Lareau, 2015; Small et al., 2010; Малиновська & Мальцева, 2021), а також соціальних чинників, що сприяють опору стресу та/чи обмежують шкідливу дію стресу у наслідках для здоров'я на індивідуальному рівні (Cohen, Murphy, & Prather, 2018; McEwen, 2019). Цей напрямок досліджень поки що є мало розвиненим в Україні; наявним емпіричним розвідкам з дотичних тематик в нашій країні також бракує видимості. Найбільше академічне значення результати цих досліджень мають для соціології здоров'я, когнітивної соціології, крос-культурної психології, медичної антропології та когнітивної антропології.

Важливим теоретичним аспектом, що розробляється в дисертації, є оцінка та вимірювання впливу сукупності поведінкових та когнітивних (в

тому числі перцептивних) чинників на рівень стресу та статус здоров'я індивіда. Типово поведінка та мислення вивчаються в соціології здоров'я ізольовано. Серія проведених авторкою досліджень слідує когнітивній традиції у медичній антропології та соціології здоров'я, спрямованій на синтез поведінкових та когнітивних аспектів у здоров'ї. Це залучення поведінкових та когнітивних даних і їхній інтегрований розгляд стосується, в першу чергу, розвитку досліджень таких питань, як пояснення психологічного механізму впливу об'єктивного та суб'єктивного соціального статусу та соціально-економічного становища індивіда на показники самопочуття та здоров'я (як психічного, так і фізичного) (Мальцева, 2021b).

Практичне значення одержаних результатів зумовлюється наступним. У дисертацію залучено поширені у світовій соціології здоров'я теоретичні моделі, які пояснюють процес стресу та виникнення й відтворення нерівностей у здоров'ї (англ. health disparities) для подальшого синтезу та підсилення номотетичних досліджень в українській соціології здоров'я, а також систематизовано емпіричні висновки зарубіжних дослідників з різних галузей знання і превалентні в сучасній західній соціальній науці моделі та методи для подальшого розвитку сфери вимірювання нерівностей у здоров'ї загалом та впливу стресу на здоров'я зокрема. Оскільки здоров'я є цінним та високо пріоритизованим у суспільстві ресурсом, нерівності у здоров'ї, що проявляються як наслідок нерівномірного поширення детермінантів здоров'я у суспільстві, є важливою соціальною проблемою і потребує уваги не лише академічної спільноти та медиків, але й управлінців, економістів і політиків.

Практичне значення одержаних результатів включає можливість інтегрувати дані з України до світового корпусу емпіричних матеріалів щодо вивчення нерівностей у здоров'ї. В процесі роботи створено нові кількісні масиви первинних даних, зокрема щодо досліджень соціальних чинників стресу та здоров'я, проведених дисертанткою в Україні в період пандемії COVID-19 та повномасштабного вторгнення (2019-2023 рр.). Включений до розгляду у дисертації набір досліджень є міждисциплінарним здобутком, який

поєднує теоретичні та емпіричні напрацювання дослідників з соціальних та медичних дисциплін, що можуть бути використані за межами академічної сфери з метою розв'язання прикладних проблем у сфері здоров'я та покращення якості життя індивідів.

Практичне значення має введення до аналізу принципів культурного консенсусу, який має математичний алгоритм, що дозволяє опрацьовувати культурну інформацію, спираючись на маленькі вибірки.

Найбільше академічне значення результати цих досліджень мають для соціології здоров'я, когнітивної соціології, крос-культурної психології, медичної антропології та когнітивної антропології.

В прикладній сфері результати дисертації та подібних досліджень будуть корисні дослідникам впливу суспільства на здоров'я людини, дослідникам синергетичних соціальних процесів мікро- та макрорівнів та аналітикам соціальної стратифікації; працівникам міжнародних організацій з охорони здоров'я; медичним та адміністративним працівникам у сфері охорони здоров'я.

Результати роботи було залучено до розробки та викладання на кафедрі соціології НаУКМА та в Школі громадського здоров'я НаУКМА низки вибіркового навчальних дисциплін. Наразі розроблені бакалаврські вибірково дисципліни у навчальному плані включають: «Соціологія здоров'я», «Соціологія медицини та охорони здоров'я», «Соціальна психологія (для соціологів)», «Соціальна еволюція людини», «Дослідження цінностей в соціальних науках» тощо. Розроблені магістерські дисципліни у навчальному плані включають: «Здоров'я, культура та суспільство», «Дослідження суб'єктивного відчуття добробуту у соціальних науках», «Соціологія психічного здоров'я» (МП Соціологія), «Соціальна епідеміологія психічних розладів» (МП Менеджмент в охороні здоров'я). Знахідки досліджень дисертантки імплементуються під час керівництва студентськими роботами та для заохочення студентів та аспірантів до дослідницької діяльності.

Підготовка дисертаційного дослідження проходила в межах теми НДР кафедри соціології ФСНСТ НаУКМА «Соціо-культурні трансформації та динаміка соціальних нерівностей в українському суспільстві» (реєстраційний номер в УкрІНТЕІ: державний реєстраційний номер: 0121U112229), 06/2021-06/2025 рр., керівник К.С. Мальцева, а також в межах теми «Соціальні детермінанти та соціально-економічні нерівності у здоров'ї» по договору про "Виконання перспективного плану розвитку наукового напрямку "Суспільні науки" між МОН та НаУКМА (30 серпня - 08 грудня 2021 року), керівник С.М. Оксамитна, де дисертантка виступала в якості головного виконавця.

Основні положення та результати дисертації викладено у 24 наукових публікаціях, з яких: 1 монографія; 1 розділ в українській колективній монографії; 1 розділ у зарубіжній колективній монографії; 12 статей у фахових періодичних виданнях України, з них 6 статей у виданні, що індексується в міжнародній наукометричній базі Index Copernicus (№№ 2, 3, 7, 8, 9, 10); 9 статей в закордонних фахових журналах, що індексуються у міжнародній наукометричній базі Scopus (№№ 4, 6, 12, 16, 18, 20, 21, 22, 23). Апробацію результатів роботи засвідчують 5 праць, додатково відображає наукові результати дисертації 1 праця.

Дисертація складається з вступної частини, чотирьох розділів, висновків, списку використаних джерел, додатків, списку таблиць і рисунків. Текст дисертації містить 45 рис., 76 табл., три додатки. Загальний обсяг дисертації – 484 с., з яких обсяг основного тексту без анотацій становить 325 с. Список використаних джерел включає 760 найменувань (з яких 705 англомовні).

Розділ 1. Соціальні джерела нерівностей у здоров'ї

В дисертації вводяться в обіг теоретичні моделі, які пояснюють виникнення та відтворення нерівностей у здоров'ї (англ. health disparities), поширені у світовій соціології здоров'я, для подальшого синтезу в українській науці.

1.1. Розуміння нерівностей у здоров'ї та пояснення їхніх причин

Хоча універсальної дефініції здоров'я не існує, чинна Конституція ВООЗ визначає здоров'я як «стан повного фізичного, ментального та соціального добробуту, а не лише відсутність хвороби чи немічності»¹. З 2009 р. це визначення зазнає критики через свою складність у застосуванні (з огляду на нереалістичність вказаних критеріїв для досліджень та медичної практики у світі, де помітне місце в епідеміологічному профілі багатьох країн займають хронічні захворювання). Нової дефініції поки що не було прийнято, однак з огляду на дискусії на наукових конференціях, очікується, що оновлене визначення здоров'я має наголошувати на індивідуальній здатності адаптуватись і здійснювати ефективний менеджмент свого життя у відповідь на соціальні, фізичні та емоційні виклики як ознаки здоров'я.

Нерівності у здоров'ї (англ. health disparities) характеризують ситуацію нерівномірного розподілу показників здоров'я, захворюваності та смертності у різних групах населення. Вони можуть спрямовуватися різними соціально-демографічними факторами (зокрема, найбільш значущі нерівності у здоров'ї спостерігаються за соціально-економічним становищем, віком та гендером), культурними чинниками, екологічними та економічними умовами, психологічними рисами, а не лише генетичною спадковістю. Сам факт існування нерівностей у здоров'ї вказує на те, що здоров'я у суспільстві розподілено за соціальною ознакою (Adler, 2009). Їхній масштаб і стійкість у

¹ “Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity” (Преамбула до Конституції ВООЗ (Constitution of the World Health Organization), прийнята під час International Health Conference у Нью Йорку 19-22 червня 1946 року, підписана 22 липня 1946 року представниками 61 штату (*Official Records of the World Health Organization*, no. 2, p. 100) , чинна з 7 квітня 1948 р.: <https://www.who.int/about/accountability/governance/constitution>

сучасних суспільствах викликають закономірний інтерес дослідників соціальних детермінантів здоров'я.

У сучасній соціологічній літературі виділяються декілька визначних спроб пояснити нерівності у здоров'ї, кожна із своїми власними теоретичними засновками та фокусом. Їх можна умовно поділити на чотири групи (Mackenbach, 2019, р. 87-88). До першої позиції, що наголошує на соціальному створенні хвороб, відносяться теорії фундаментальних, чи основоположних причин (англ. *fundamental causes*) (Link & Phelan, 1995; Phelan, Link, & Tehranifar, 2010) та політичної економіки здоров'я (Doyal & Pennell, 1979; Navarro & Shi, 2001; Navarro, Muntaner, Borrell et al., 2006). У своєму поясненні кращого здоров'я серед груп з вищим соціально-економічними показниками концепція фундаментальних причин розміщує основні акценти на наявності у індивідів із високим соціально-економічним становищем доступу до достатніх та гнучких ресурсів, як-от інформації, фінансових коштів, влади, престижу та корисних соціальних зв'язків, які можуть бути використані для уникнення захворювання чи мінімізації його впливу, якщо воно вже настало. Політична економіка здоров'я, у свою чергу, вказує на те, що політичні та економічні сили у суспільстві створюють ситуацію асиметричного розподілу життєвих шансів та ризиків для здоров'я, привілеюючи одні групи та унебезпечуючи інші (Мальцева, 2021b).

До другої групи теорій відноситься кластер концепцій, які обертаються навколо ідеї, що різні соціально-економічні групи мають різний доступ до результатів медичного прогресу та технологічно-фармакологічних інновацій в медицині, що іде не на користь групам з нижчим соціально-економічним становищем. Серед прикладів цього підходу можна назвати концепції культурного капіталу (Abel & Frohlich, 2008; Bourdieu, 1979), поширення інновацій (Lopez, Collishaw, & Piha, 1994; Rogers, 1962) та оберненої рівності (Victora, Vaughan, Barros, Silva, & Tomasi, 2000). Ці концепції бачать здоров'я (1) через стиль життя та, що важливо, (2) в динаміці, звертаючи увагу на те, що у різні епохи бідні та багаті верстви систематично ніби міняються місцями

в плані статусу здоров'я слідом за якимись нововведеннями. Представники цієї течії наводять чисельні приклади адаптації європейцями нових практик (вживання цукру, тютюну, кокаїну для знеболювання тощо), які від початку набували елітарного статусу і ставали атрибутом стилю життя представників рафінованих верств, які могли собі дозволити слідувати модним тенденціям, і що, відповідно, тягло за собою погіршення статусу здоров'я серед індивідів вищого соціально-економічного становища². Згодом, коли шкоду цих практик чи речовин для здоров'я було встановлено, індивіди з вищим соціально-економічним становищем полишали ці звички та практики, які, у свою чергу, проникали далі у менш економічно забезпечені групи (Мальцева, 2021b). Таким чином, ця група концепцій наголошує на потенціалі інновативних розробок в культурі та медицині, вбачаючи важливу роль доступності нових культурних стимулів у тому, що представники більш економічно спроможних груп можуть з однаковою легкістю дозволити собі як слідувати моді, промисловим новинкам та науковим відкриттям, так і відмовлятися від них (Mackenbach, 2019).

Третя група теорій наголошує на впливі несприятливих економічних умов на організацію медичної допомоги, цитуючи, зокрема, диспропорційно мало доступні медичні послуги та медичну допомогу для груп та спільнот, що потребують їх найбільше; з чого, відповідно, випливає закономірність, що економічно більш забезпечені групи населення мають краще здоров'я та нижчі показники смертності (Hart, 1971; Mackenbach, 2019).

Зрештою, четверта група теорій вписується в дебат стосовно спрямування причинного впливу між соціально-економічним становищем людини та її здоров'ям (відомі як теорії селекції та теорії спричинення). Зокрема, в контексті взаємин між здоров'ям та соціально-економічним становищем розрізняються дві позиції: одна вказує на причинний зв'язок,

² Так, наприклад, до кінця XIX ст. ожиріння та погані зуби були атрибутом багатих людей, адже вони могли собі дозволити вживати продукти з високим вмістом цукру, що були причиною зайвої ваги та псування зубів. З розвитком стоматології та кращого розуміння харчової цінності різних продуктів ці тенденції змінилися, і погані зуби і зайва вага стали поширеними серед бідних людей.

спрямований від здоров'я до соціально-економічного становища (люди «відбираються» у соціально-економічні категорії за їхніми спроможностями та здатностями³, які є запорукою успіху), а друга вбачає «втрату статусу» наслідком поганого здоров'я і вказує, навпаки, на напрямок причинного зв'язку від здоров'я як причини до статусу як наслідку (Мальцева, 2021b). Перша відповідає теоріям селекції, друга – теоріям спричинення (Maskenbach, 2019; West, 1991). В дисертації також вводяться в обіг спеціалізовані теоретичні моделі, що пояснюють канали взаємозв'язків стресу та нерівностей у здоров'ї (наприклад, *модель резервної ємності*) (Gallo & Matthews, 2003).

На практиці показники здоров'я індивідів можуть залежати від взаємодії низки чинників, до найбільш впливових з яких відносять соціально-економічні, соціокультурні, психологічні та генетичні. В рамках свого дослідження авторка зверталася переважно до соціально-економічних та соціокультурних чинників, які можуть спричиняти психосоціальний стрес і вилитися у нерівності у здоров'ї, оскільки вони найбільше відповідають спрямуванню вивчення впливу суспільства на здоров'я в межах соціологічної дисципліни. Тим часом такі фактори, як особистість чи генетична спадковість, і їхні впливи на здоров'я вивчають в межах таких дисциплін, як психологія особистості, психологія здоров'я, соціогеноміка тощо. Психологічні та біологічні чинники мають свою специфіку і, безумовно, мають враховуватись у формулюванні вичерпного наукового пояснення нерівностей у здоров'ї. Однак оскільки вони знаходяться поза орбітою соціологічної дисципліни, вони не розглядатимуться докладно в межах цієї дисертації.

Пояснення явища нерівностей у здоров'ї є частиною міждисциплінарних дослідницьких зусиль, до яких залучені вчені з багатьох країн світу. В результаті масштабних епідеміологічних досліджень було виявлено, що різні види нерівності (як-от нерівності в освіті та нерівності між

³ Наприклад, сюди входять як здатність боротися з хворобами, стресом, несприятливими умовами, емоційними складнощами, так і здатність до успішного навчання.

різними расовими/етнічними групами) по-різному проявляються у стані здоров'я. Зокрема, в плані різниці в рівнях смертності між менш та більш освіченими індивідами за втраченими роками життя стоять такі захворювання, як коронарна хвороба серця, рак легенів, інсульт, пневмонія, серцева недостатність та захворювання легенів. В плані нерівностей між расовими групами на рівнях смертності найбільше позначалися такі чинники, як артеріальна гіпертензія, діабет, ВІЛ, а також рівень вбивств. Таким чином, дослідники виділяють кілька захворювань, які додають до нерівностей у смертності найбільше. Однак це не означає, що вивчення конкретних ситуацій в різних групах не є доцільним – для достатньо глибокого розуміння нерівностей необхідне ретельно досліджувати усі групи у суспільствах, де існують нерівності у здоров'ї (Adler, 2009; Dressler, Oths, & Gravlee, 2005, p. 233).

На поточний момент пояснення нерівностей у здоров'ї було сформульовано у декількох теоретичних моделях, які дещо відрізняються одна від одної своїми смисловими акцентами. Для нашого дослідження найбільш корисними можуть бути такі три теоретичні підходи. Передусім, це *модель зв'язків між здоров'ям та поведінкою* (англ. the health-behavior model), яка вважає здоров'я функцією від поведінки⁴ і наголошує на тому, що на здоров'ї передусім позначається те, що людина систематично робить і які поведінкові рішення вона свідомо приймає. Зокрема, важливими прикладами тут можуть вважатися такі форми поведінки, що позначаються на балансі між режимом харчування та фізичними навантаженнями, адже з порушення цього балансу впливають основні поведінкові чинники ризику захворювань, превалентних у сучасному світі (куріння, зловживання алкоголем, нездоровий раціон харчування, відсутність необхідних фізичних навантажень) (Maskenbach, 2019). Тож до подібних форм поведінки дослідники відносять такі звички, як куріння, надмірне вживання алкоголю, перевищення

⁴ Зокрема в США приблизно 40% випадків передчасних смертей пов'язані із дотичною до здоров'я поведінкою.

рекомендованого вживання солі, переїдання, надмірну кількість жирів та цукру в раціоні, відсутність достатніх фізичних навантажень тощо (Dressler, Oths, & Gravlee, 2005, p. 236).

З іншого боку, *модель соціально-економічного статусу* розглядає соціально-економічне становище індивіда та його матеріальні та ментальні кореляти як основні причини розбіжностей у параметрах здоров'я, що різняться між групами населення (Dressler, Oths, & Gravlee, 2005, p. 238). В межах цієї концепції соціально-економічний статус розуміють як основну змінну, вплив якої пояснює вичерпний обсяг дисперсії у наслідках у сфері здоров'я. Представники цього підходу також вважають соціально-економічне становище індивідів провідним чинником, що пояснює існування та відтворення нерівностей у здоров'ї у сучасних суспільствах. З точки зору емпіричної розробленості ця модель є найбільш розгалуженою і тому її посилки розглядатимуться у подальшому більш докладно.

Модель психосоціального стресу наголошує на ролі напруги та стресу, що її викликає сприйняття індивідом його чи її місця в ієрархії порівняно з іншими індивідами. Важливими в цій моделі є закладені в ній визнання значення перцептивного компоненту у механізмі стресу (Pearlin, 1989; Schieman, 2019) і ролі нормативної культури в процесі стресу (Snodgrass et al., 2021; Мальцева, 2021b), розрізнення впливів гострого та хронічного стресу на здоров'я (McEwen, 2019; McEwen & Akil, 2020) і фокус на кумулятивному механізмі впливу стресорів на здоров'я (Epel et al., 2018; McEwen & Stellar, 1993).

Також практично важливою засадою у різних підходах до нерівностей у здоров'ї є розрізнення між дослідженням певних захворювань, що є у людей (наприклад, артрит, коронарна хвороба серця, онкологічні захворювання тощо) та дослідженням чинників ризику, на які люди наражаються (наприклад, високий рівень холестеролу, високий кров'яний тиск, практика тютюнопаління тощо). Хоча вони є важливими для досліджень ризиків розвинути певні захворювання, ці чинники часто не беруть до уваги під час

розробки дослідження, і багато масштабних досліджень концентруються саме на моніторингу хвороб (Syme, 2005).

Нерівності у здоров'ї також пов'язані з динамікою життєвої траєкторії індивіда і закладаються ще до народження (Adler, 2009). Цей аспект дії соціальних чинників на здоров'я розробляється в різних моделях кумулятивного впливу нерівності на здоров'я індивідів та груп. Хоча всі вони різняться в плані того, як вони розставляють наголоси в плані важливості різних етапів життєвої траєкторії і стосовно того, чи вплив є точковим або кумулятивним, всі ці підходи збігаються у тому, що соціальні чинники нашаровуються у процесі впливу на індивідуальне здоров'я і спільно додають до тягаря, що накладають прожиті організмом роки життя (Adler, 2009).

Наступні підрозділи розглядають результати зарубіжних досліджень у цих теоретичних напрямках і підсумовують їхні основні висновки, відокремлюючи дію соціально-економічних та соціокультурних чинників. Наприкінці розділу розміщено огляд вітчизняних досліджень у галузі соціології здоров'я, в центрі яких знаходяться соціальні детермінанти здоров'я, захворювань та смертності в Україні.

1.2. Зарубіжні дослідження соціально-економічних чинників у здоров'ї

Соціальна варіативність є фундаментальною характеристикою людських суспільств. Неприятливі соціальні умови життя часто виливаються у довготривалі фізіологічні витрати, що у короткотривалій перспективі впливають на схильність до захворювань (Cohen, Janicki-Deverts, & Miller, 2007; Cohen, Murphy, & Prather, 2018; Ishaq et al., 2019; Tawakol et al., 2019), а в далекосяжній перспективі позначаються на таких еволюційно-значущих параметрах, як репродуктивна здатність (фертильність) та виживання (Sapolsky, 2005; Tung et al., 2012). Біологічні механізми, задіяні в цих ефектах, викликають значний інтерес науковців, які вивчають взаємодію між соціальною екологією та індивідуальною фізіологією, і привертають увагу до

такого її аспекту, як еволюційні впливи соціальної поведінки на здоров'я (Tung et al., 2012).

Інтенсивний розвиток біологічних наук та генетики упродовж останніх кількох десятиліть суттєво змінив наукове знання про гени, спадковість та роль соціального світу у фізіології людини (Armstrong-Carter et al., 2020; Boardman & Fletcher, 2021; Conley et al., 2015; Gibson, 2008; Hunt, Hosken, & Wedell, 2019; Liu, 2018; Nielsen & Roos, 2015; Robinson, Fernald, & Clayton, 2008; Rubenstein, 2019; Sasaki, LeClair, West, & Kim, 2016). Наявні результати демонструють, що соціальні фактори можуть відігравати значну роль у регулюванні діяльності геному людини. Сучасні дослідження дозволяють відслідкувати «соціальні сигнали» у геномі і вказують на широкий спектр змін у вираженості різних генів, що зумовлюється різними характеристиками соціального середовища, в якому існує індивід (Brown et al., 2019; Cole, 2013; Gibson, 2008; Cole, 2013; Cole, 2014; Irwin & Cole, 2011; Szyf & Bick, 2012). Таким чином, біологічні дослідження надають конкретну молекулярну основу для пояснення давно зареєстрованих соціальними науковцями спостережень щодо зв'язку між соціальним середовищем і поширеністю захворюваності та здоров'я в людських групах (Cole, 2013, p. 81), механізмів впливу соціально-економічної нерівності на здоров'я (Ferraro & Shippee, 2009), а також надають більш чітке розуміння процесів та явищ, чий вплив на здоров'я вимірюються (Edwards & Vagozzi, 2000).

Хоча соціальний градієнт у здоров'ї був задокументований в соціально-епідеміологічній літературі вже давно (Adler et al., 1994; Kawachi & Kennedy, 1999; Kröger, Pakrathan, & Hoffmann, 2015), його біологічний фундамент (а отже і зв'язки між макро- та мікрорівнями взаємодії між суспільством та фізіологією людини) довго залишались невідомими. Слідом за результатами робіт дослідницької групи Фонду МакАртурів у 1990-2000х роках увагу науковців привернули механізми впливу соціальних чинників на резистентність організму до збудників хвороб. Починаючи з 2007 року, в результаті серії досліджень було встановлено, що індивіди, які були змушені

переносити несприятливі умови життя впродовж тривалого часу, демонстрували систематичні відмінності у профілі вираження генів імунних клітин (Cole, 2010; Cole, 2013; Cole, 2014; Cole, 2019; Cole et al., 2007). Зокрема, відмінність полягала у характерному підвищенні вираженості генів, залучених до запальних процесів, та послабленому вираженні генів, залучених до вродженої противірусної реакції. Ця особливість однаково прослідковувалась у різних типах несприятливих умов життя (як-от самотність⁵ (соціальна ізоляція), бідність, втрата, хронічний стрес) серед людей (і потім її також було зафіксовано в експериментальних умовах у тварин від риб до приматів) (Cole, 2019, р. 31-32; Holt-Lunstad, Smith, & Layton, 2010).

З іншого боку, було емпірично встановлено негативний вплив низького суб'єктивного та об'єктивного соціальних статусів (англ. subjective social status (SSS) та socioeconomic status (SES), відповідно)⁶ на здоров'я, причому вплив другого поступається впливу першого за потужністю (Adler, Epel, Castellazzo, & Ickovics, 2000; Cundiff, Boylan, & Muscatell, 2020; Cundiff & Matthews, 2017; Ghaed & Gallo, 2007; Murray, Haselton, Fales, & Cole, 2019; Präg, 2020; Schmalor & Heine, 2022). Зокрема, підвищена активація про-інфламаторних генів підлягає зв'язку між низьким соціальним статусом та схильністю до хронічних захворювань, що займають помітне місце нагорі сучасного епідеміологічного профілю у багатьох країнах (Marmot & Bell, 2019). Тоді як сама по собі реакція запалення належить до групи адаптивних (Nesse, 2015; Nesse & Williams, 1998), тривалі запалення додають до багатьох негативних наслідків у здоров'ї, включаючи астму, артрит, серцево-судинні захворювання, фіброміалгію, хворобу Альцгеймера, деякі форми онкологічних захворювань, ожиріння та діабет (Chen et al., 2009; Langgartner, Lowry, & Reber, 2018; Marmot, 2018; Miller, Chen, Fok, Walker, Lim, &

⁵ Пілотне дослідження в цій сфері було здійснено для умови соціальної ізоляції (самотності) і потім було поширене на низку інших несприятливих контекстів життя, як-от жорстоке ставлення з боку батьків у дитинстві, розлад посттравматичного стресу, бідність, хронічний стрес тощо (Cole et al., 2007).

⁶ Суб'єктивна оцінка себе як нижчого за рангом порівняно з іншими членами групи.

Nicholls, 2009; Murray, Haselton, Fales, & Cole, 2019; Soares, López-Cheda, Santos, Barros, & Fraga, 2020; Slavich, 2015). Поширення запалень, у свою чергу, розглядається в сучасній соціально-епідеміологічній літературі як потенційна причина поточного зростання превалентності зумовлених стресом соматичних та афективних розладів (наприклад, у цитокиновій теорії психічних розладів), зокрема таких психологічних розладів, як генералізований тривожний розлад, уніполярний та біполярний депресивний розлади, шизофренія та розлад посттравматичного стресу (Langgartner, Lowry, & Reber, 2018, p. 237-238; Slavich, 2015).

Досвід несприятливих умов та особливо соціально-психологічний стрес/травма являють собою принциповий чинник ризику для розвитку багатьох соматичних та афективних розладів, хоча сам механізм цього процесу є мало вивченим (Langgartner, Lowry, & Reber, 2018). Низький соціальний статус⁷ виступає предиктором більш високого рівня хронічних запалень як у людей, так і у тварин (Chen et al., 2009; Sanz et al., 2019; Tung et al., 2012). Індивіди, що мають низький соціальний статус, мають вищу ймовірність систематично зустрічатися зі стресорами різного роду упродовж свого життєвого шляху. Відповідно, емпіричні дослідження пов'язують низький соціальний статус із вищим рівнем стресу, зокрема хронічним стресом (Murray, Haselton, Fales, & Cole, 2019; Sapolsky, 2004; Sapolsky, 2005). Хронічна активація проінфламаторних генів є компонентом механізму, що активується оцінкою оточуючого середовища⁸ як небезпечного чи стресогенного (Cole, 2014); причому суб'єктивна перцепція у цьому контексті впливає більшою мірою, ніж об'єктивні характеристики середовища (Chen, Langer, Raphaelson, & Matthews, 2004; Chen et al., 2009; Cole, 2013, p. S84). В результаті у індивідів, що зазнають хронічний стрес, ця динаміка «схиблюється» у бік створення постійно мобілізованого на боротьбу з

⁷ В тому числі попередній, а не лише поточний (Sanz et al., 2019).

⁸ Дослідження механізмів впливу соціально-економічного статусу на протікання генетично-зумовлених хронічних хвороб (астми) у дітей також наголошують на важливості компоненту перцепції соціального світу дітьми з низьким соціально-економічним статусом як загрозового як умови ефекту соціально-економічного статусу (Chen, Langer, Raphaelson, & Matthews, 2004; Chen et al., 2009).

запаленнями проінфламаторного профілю за рахунок втраченої резистентності до інфекційних захворювань (Мальцева, 2021 b; Maltseva, 2022b).

З точки зору логіки еволюційної теорії, підвищена інфламаторність у особин з нижчим соціальним статусом надає їм адаптивні переваги у загоєнні ран, що важливо, зважаючи на підвищену можливість здобути поранення чи фізичну травму в результаті нападу хижака чи агресивного представника свого виду, що асоціюється із низьким соціальним статусом особини. Так само, індивіди з низьким статусом через свою малозначущість мають меншу соціальну мережу, менше соціальної підтримки і менше соціальних контактів, що знижує ймовірність зустрічі з патогеном інфекційної (вірусної) етіології (Murray, Haselton, Fales, & Cole, 2019; Nesse, 2015; Nesse & Williams, 1998; Sapolsky, 2004; Sapolsky, 2005). Однак у сучасних суспільствах запальні реакції працюють на користь розвитку хронічних захворювань; як показують лабораторні результати, у індивідів, що переживають хронічний стрес (наприклад, в результаті свого низького соціального статусу, нестабільних соціальних ієрархій, дискримінації чи систематичних загроз з боку соціального середовища (Cole, 2014; Murray, Haselton, Fales, & Cole, 2019; Thames, Irwin, Breen, & Cole, 2019)), відповідні рецептори стають нечутливими через їхнє надмірне використання⁹, що призводить до дисрегуляції процесів запалення та, зрештою, підвищує ймовірність розвитку захворювань хронічної етіології¹⁰, погіршує клінічні результати лікування (Cole, 2014; Knight et al., 2019) і веде до перевтоми та знесилення організму (Lasselin et al., 2020). Таким чином, в контексті виражено соціальної стратегії життєвої історії *Homo sapiens* в ансестральних умовах організм отримувал суттєві адаптивні переваги від такої регуляції ціною підвищеної уразливості до вірусних інфекційних захворювань, що у сучасних умовах виступає значно менш корисною (Cole, 2013, p. S87). Отже, сучасна реакція організму на

⁹ За аналогією до принципу детектору диму (див. Nesse & Williams, 1998).

¹⁰ Включаючи як фізичні (серцево-судинні хвороби, хвороби легенів тощо), так і психічні захворювання (наприклад, депресивний розлад) (Chen, Miller, Kobor, & Cole, 2010).

віруси є продуктом як природи вірусу, так і «довгої пам'яті» організму про усі попередні життєві умови індивіда, що відбилися на його організмі впродовж його біологічного життя, а також ще довшої пам'яті еволюційної історії людства (також Мальцева, 2021b; Maltseva, 2022b; Maltseva, 2022d).

Старіння організму є основним найважливішим чинником ризику для розвитку кількох хворобливих станів, що наразі виступають провідними причинами захворюваності та смертності у світі, включаючи серцево-судинні, нейродегенеративні та онкологічні захворювання (Niccoli & Partridge, 2012; Riem & Karreman, 2018). Однак індивіди одного віку суттєво різняться між собою схильністю розвивати ті чи інші хвороби, пов'язані із старінням. Ці розбіжності можуть виникати, принаймні частково, через неспівпадіння між хронологічним віком (часу, що пройшов від народження організму) та біологічним віком (ефектів амортизації внаслідок біологічних подій, що накопичувались упродовж життя та являють собою ризик захворювання) (Ridout et al., 2017; Riem & Karreman, 2018; Zannas, 2019, p. 390). Серія лабораторних досліджень показали, що якщо у індивіда біологічний вік «випереджає» хронологічний, індивід наражається на значно вищий ризик захворювань, ніж очікувано для його хронологічного віку. Результати прив'язують таке прискорене епігенетичне старіння із кластером негативних наслідків, включаючи розвиток онкологічних захворювань, деменцію, порушення фізичних та когнітивних функцій, немічність та загальну летальність (Zannas, 2019). Аналогічні результати було знайдено для зменшення довжини теломер (Zannas, 2019, p.390). Загальні висновки вказують на те, що варіативність у рівні біологічного старіння стоїть за варіативністю у ризику захворіти, що існує між індивідами (Мальцева, 2021b).

Таким чином, дослідження впливів суспільства на здоров'я має брати до уваги, що досліджувані феномени включають взаємодію швидко еволюціонуючих культурних систем, дуже повільно еволюціонуючого (і наділеного «довгою пам'яттю») геномом людини та більш швидко еволюціонуючого геному патогена. Індивідуальна соціальна історія та

соціальна взаємодія відображаються у біологічній регуляції та функціонуванні імунної системи і є особливо важливими в контексті запальної реакції. Біомаркери запальних процесів медіують впливи на здоров'я в контексті захворюваності та смертності, отже соціальне регулювання вираженості імунних генів може брати участь у частковій медіації соціального градієнту у здоров'ї (Brown et al., 2019; Sanz et al., 2019).

Соціальний статус є одним з найважливіших предикторів властивостей соціального середовища, в якому живе індивід, і у контексті психосоціального стресу соціальний статус закономірно вивчався найчастіше (Anderson, Hildreth, & Howland, 2015; Anderson & Kilduff, 2009; Bunderson, van der Vegt, Cantimur, & Rink, 2016; Cheng, Tracy, & Henrich, 2010; Maltseva, 2022d; Redhead, Cheng, & O'Gorman, 2019; Redhead, Cheng, Driver, Foulsham, & O'Gorman, 2019; Sapolsky, 2004). Вивчення взаємозв'язків між соціально-економічним статусом та здоров'ям індивідів склало тривалу традицію у дослідницькій літературі і вже багато десятиліть привертає увагу до кількох вузлових моментів їхніх взаємин. Накопичена доказова база, що пов'язує соціально-економічний статус із здоров'ям, є надзвичайно широкою за своїм обсягом. Основним висновком з цього корпусу досліджень є те, що, насамперед, «бідність є шкідливою для здоров'я» (Cockerham, 2013; Kawachi & Subramanian, 2014). Незалежно від історичної доби та географічного розташування, бідні типово мають гірше здоров'я і меншу тривалість життя, ніж багаті (Berkman, Glymour, & Kawachi, 2014; Cockerham, 2015). Це спостереження стосується епідеміологічного профілю як інфекційних, так і неінфекційних (в т.ч. хронічних) захворювань¹¹, і рівною мірою охоплює фізичне та психічне здоров'я (Liu, Zhao, Tian & Xu, 2020; Chen, Miller, Kobor, & Cole, 2010; Liu & Guo, 2015; Miller et al., 2009; Schilling, Aseltine, & Gore,

¹¹ Хоча вік дещо «демократизує» хронічні захворювання, настання хвороб старості відбувається раніше у менш заможних категоріях населення і їх вплив на якість життя індивідів серед них є значно більш негативний, ніж у більш економічно захищених літніх громадян (Cockerham, 2015). У свою чергу, емоційне життя та негативні емоції чинниками ризику для коронарної хвороби серця, діабету та раку, а також таких коморбідностей, як-то тривожність (англ. anxiety) та депресія (Kubzansky, Winning, & Kawachi, 2014; Tawakol et al., 2019).

2008). По-перше, нижчий соціально-економічний статус асоціюється із підвищеним ризиком майже усіх причин передчасної смертності (Glymour, Averdano, & Kawachi, 2014, p.17). Менш заможні категорії населення також першими стають жертвами епідемій і більше потерпають від подібних ситуацій (Chung et al., 2021; Cohen, 2020; Mamelund & Dimka, 2021; Mattos dos Santos, 2020). Причому з більш заглибленого аналізу цих зв'язків випливає, що соціально-економічна нерівність не просто «відсікає» певний поріг у показниках здоров'я, що контрастують між бідними та багатими групами, а має форму градієнта, що супроводжує поступову редукцію здоров'я впродовж усіх рангів ієрархії (Chen, Matthews, & Boyce, 2002; Cockerham, 2013; Cockerham, 2015; Marmot, 2005; Wilkinson & Pickett, 2011). По-друге, з точки зору розвитку, соціально-економічна нерівність у здоров'ї є помітною на будь-якому етапі життєвої траєкторії індивідів, тим самим завдаючи удар по всім системам організму упродовж усіх важливих «вікон розвитку». Цей аспект впливовості соціально-економічного статусу постає як особливо значущий, якщо звернутися до каналів, якими він здійснює свій вплив (також див. Мальцева, 2021b).

Диференціація за рангом та соціально-асиметричні стосунки всередині груп та між групами супроводжували людину впродовж її еволюційної історії і є присутніми у всіх суспільствах (Cheng, Tracy, & Henrich, 2010; Redhead, Cheng, & O'Gorman, 2019; Redhead, Cheng, Driver, Foulsham, & O'Gorman, 2019). Соціально-економічний статус є глибинним виміром соціального життя із настільки проникними та закоріненими у життя властивостями, що важко знайти аспект життєдіяльності, де соціально-економічний статус не мав би свого відображення в сумарних життєвих наслідках чи результатах. Наприклад, було продемонстровано вплив соціально-економічного статусу на виховання дітей та стиль батьківства (Chen, Miller, Kobor, & Cole, 2010; Lareau, 2003); емоційне життя та психологічний добробут (Dietze & Knowles, 2021; Huang, Hou, Sun, Dou, Liu, & Zhang, 2017; Gallo & Matthews, 2003; Manstead, 2018); шлюб, сексуальні стосунки та дітонародження (Pepper &

Nettle, 2017; Williams & Finch, 2019); сприйняття соціальної справедливості, ієрархії та контролю над власним життям (Kraus, Piff, & Keltner, 2009; Kraus, Piff, & Keltner, 2011; Kraus, Piff, Mendoza-Denton, Rheinschmidt, & Keltner, 2012; Wang, Chen, Poon, & Jiang, 2020); часову орієнтацію та сприйняття майбутнього (Mullainathan & Shafir, 2013; Pepper & Nettle, 2017; Small, Harding, & Lamont, 2010); сприйняття грошей та заощаджувальну поведінку (експериментальні дані, цит. за Mullainathan & Shafir, 2013; Pepper & Nettle, 2017); споживацьку поведінку (експериментальні дані, цит. за Mullainathan & Shafir, 2013; Pepper & Nettle, 2017); стиль життя (Bourdieu, 1979); раціон харчування, годування дітей та бюджет на харчування (Kamphuis, Jansen, Mackenbach, & van Lenthe, 2015; Mullainathan & Shafir, 2013; Pepper & Nettle, 2017); вагу тіла (Basto-Abreu et al., 2017; Liu & Guo, 2015; Non et al., 2016); профіль захворюваності (Miller et al., 2009); здоров'я та поведінку і звички, пов'язані із здоров'ям (Anda et al., 2010; Davies et al., 2014; Friedman, Montez, Sheehan, Gruenewald, & Seeman, 2015; McMullin, Shields, Slavich, & Buchanan, 2021; Mustillo, Miao, & Ferraro, 2021; Non et al., 2016; Мальцева, 2021b).

Відповідно, є різні підходи до «субстанції соціального класу» та оцінки зв'язків між соціально-економічним статусом та різними сферами життя. Загалом зручно розділяти чотири категорії поглядів на те, що з себе являє, як працює і на що впливає соціально-економічний статус у дослідженнях здоров'я (Kraus, Piff, Mendoza-Denton, Rheinschmidt, & Keltner, 2012, p. 546-547). Перший підхід виходить з розуміння взаємин між класами на основі опозиційного розподілу за власністю на способи виробництва (вихідним прикладом може слугувати концепція К. Маркса та Ф. Енгельса). Другий підхід характеризує психологію здоров'я та її бачення асоціацій між нерівністю та національними показниками здоров'я, задоволеності життям та соціальним капіталом (прикладом в цьому випадку можуть бути дослідження Е. Дінера, Р. Уілкінсона, І. Кавачі тощо). Третій підхід приписує соціальному класу властивості культури як у нині класичній концепції П. Бурдьє (з більш нових досліджень Grossmann & Varnum, 2010). Четвертий,

соціокогнітивний підхід, вважає, що представники вищого та нижчого соціально-економічного статусу систематично різняться між собою патернами перцепції та мислення (так звана когнітивна теорія класу). Наприклад, емпіричні результати вказують на схильність представників нижчого соціально-економічного статусу пояснювати події у соціальному світі через призму стосунків, контексту та бути загалом орієнтованими на зовнішні чинники, тим часом як представникам вищого соціально-економічного статусу приписують більш соліпсичну, індивідуалістичну когнітивну орієнтацію у поясненнях того, як вони бачать себе та інших (Kraus, Piff, Mendoza-Denton, Rheinschmidt, & Keltner, 2012). У контексті вивчення взаємозв'язків між соціально-економічним статусом та здоров'ям здобутки усіх чотирьох підходів є цінними і надають інформацію про різні виміри та деталі взаємин між соціальним рангом, ресурсами та фізіологією людини (для детального огляду див. Мальцева, 2021b).

Соціально-економічний статус типово характеризується через три виміри: освітній, професійний та фінансовий. Основні форми нерівності у здоров'ї відслідковуються за усіма трьома вимірами, де вони посідають чільне місце як основні чинники (Berkman & Kawachi, 2014). Це спостереження закладено у пояснювальну модель Б. Лінка та Дж. Фелан¹², в межах якої вони розглядають соціально-економічний статус як «фундаментальний» детермінант здоров'я у суспільстві (або «детермінант детермінантів», що зумовлює наявність «ризиків натрапити на ризики») (Link & Phelan, 1995; Phelan, Link, & Tehranifar, 2010). Основною тезою цієї моделі є твердження про те, що за умов будь-яких викликів, що загрожують населенню, індивіди з вищим соціально-економічним статусом завдяки доступності для них важливих стратегічних ресурсів (насамперед, знання, коштів і влади) завжди краще підготовані відповідати на будь-які виклики та захищати своє здоров'я,

¹² Теорія основоположної причини (англ. Fundamental cause theory) є найбільш широко цитованою теоретичною моделлю, в центрі якої знаходиться концептуалізація впливу соціально-економічного статусу на здоров'я як основної причини, що підлягає появі та відтворенню нерівностей у здоров'ї.

ніж індивіди з нижчим соціально-економічним статусом (для детального огляду див. Мальцева, 2021b).

Ця теорія також має деякі недосконалості стосовно саме розуміння ланок, що існують між соціально-економічним статусом та статусом здоров'я. Важливо зазначити, що попри велику кількість доведених зв'язків між соціально-економічним статусом та здоров'ям, на які звертає увагу теорія основоположних причин, не всі вони є причинними. Найбільш обмежуючим аспектом цієї концепції є те, що вона не пропонує конкретних пояснень щодо кожної з ланок між певним ресурсом (знанням, грошима, доступністю корисних контактів) та конкретними наслідками для здоров'я. В практичному плані це виражається в тому, що ця теорія не пропонує прогнозів щодо того, наскільки зміна у тому чи іншому аспекті соціально-економічного статусу вплине на наслідки для здоров'я, що є принциповим моментом для запровадження ефективних інтервенцій та політик (Glymour, Averdano, & Kawachi, 2014, p. 20). Її основний постулат зводиться до загального спостереження, що за будь-яких умов, більш заможні категорії населення матимуть краще здоров'я порівняно із менш заможними. Крім того, ця теоретична концепція розглядає соціально-економічний статус як щось переважно постійне і статичне впродовж індивідуального життя (на зразок риси особистості), не приділяючи уваги динамічному аспекту взаємин між соціально-економічним статусом та здоров'ям (наприклад, не розрізняючи ефекти довго- та короткострокового збільшення доходів) (Glymour, Averdano, & Kawachi, 2014, p. 20-21). Також в плані інтерпретації емпіричних результатів, ця теоретична позиція не надає засобів, щоб узгодити протирічливі знахідки, – наприклад, відомі приклади про зворотний зв'язок між доходами та курінням, з одного боку, та зростання витрат на сигарети у людей, чий дохід збільшився швидко і тимчасово (наприклад, у результаті отримання спадку чи лотерейного виграшу), з іншого. В такий спосіб ця теорія випускає важливі рушії поведінки, пов'язаної із здоров'ям, що не має прямого відношення до грошей (наприклад, ролі певного знання про дотичні

до здоров'я аспекти способу життя, що є присутнім у людей, чий соціально-економічний статус був високим на постійній основі) (Glymour, Averdano, & Kawachi, 2014, p. 20-21).

Вимірювання впливу доходу як матеріального аспекту соціально-економічного статусу на здоров'я є окремою сферою інтересу, що поєднує методологічний та емпіричний виміри проблеми наслідків нерівності у здоров'ї. Статки та поточний дохід є найбільш часто вживаними індикаторами соціально-економічного статусу в дослідженнях здоров'я, оскільки в емпіричних результатах вони найбільш сильно корелюють з розбіжностями у смертності (Daly, Duncan, Donough, & Williams, 2002). Найпростіше уявити прямий зв'язок між доходом та здоров'ям: бідні люди можуть не мати коштів, щоб вести здоровий спосіб життя та забезпечувати відповідні зразки «здорової рутини» для своїх дітей. Однак часто результати досліджень виглядають більш комплексно і вказують на те, що матеріальні впливи доходу (1) проникають до нематеріальних сфер, як-от знання, прийняття рішень, розподіл уваги, ментальні звички, смаки, преференції, оцінки та ставлення, звідки вони вже здійснюють свій подальший вплив на поведінку; (2) не можуть бути усунені наданням субсидій чи додаткових коштів; (3) є консервативними адаптаціями, на які важко ефективно впливати через їхній опір змінам (Mullainathan & Shafir, 2013).

Щодо вимірювання впливу соціально-економічної нерівності на здоров'я, виділяють три основних форми зв'язків, що емпірично пов'язують нерівність доходів із здоров'ям населення. Хоча їх виокремлюють в три різні «сценарії», ці ланки не обов'язково є взаємовиключаючими; вони можуть співіснувати та корелювати між собою (Kawachi & Subramanian, 2014, p. 127). В першу чергу, говорять про *абсолютний* вплив доходу індивіда на його чи її статус здоров'я. Ця закономірність у формі даних виглядає так, що більш нерівні суспільства мають гірші середні показники захворюваності та тривалості життя (Wilkinson & Pickett, 2011). Інші дослідники рекомендують вимірювати *відносний* вплив доходу (оскільки саме цей підхід дозволяє

врахувати передумови соціального порівняння¹³, що є додатковим стресором). Коли збільшується нерівність, прірва між доходом індивіда та доходами інших людей зростає. Соціальне порівняння є частиною механізмів, що ведуть до конкуренції, порушення норм справедливості, та зрештою до стресу та фрустрації, оскільки це призводить до виникнення додаткових потреб (типово матеріальних речей чи соціально бажаних цілей) та необхідності не відставати від інших у їх переслідуванні. Третій тип пояснень розглядає *контекстуальні* ефекти (впливи) доходу на здоров'я. Основне положення цього підходу побудовано на спостереженнях, що витікають з досліджень Роберта Уілкінсона (Wilkinson & Pickett, 2011), зокрема того, що у суспільствах, які характеризуються високою нерівністю, люди у середньому мають гірші показники психічного і фізіологічного здоров'я, порівняно з членами більш егалітарних суспільств, ніби нерівність у суспільстві «оподатковує» своїх громадян і знімає з них певний відсоток у показниках здоров'я (Kawachi & Subramanian, 2014, p. 134).

З-поміж усіх соціальних чинників, низький соціально-економічний статус демонструє найсильніші та найпослідовніші зв'язки з захворюваністю та смертністю для великого діапазону хвороб (Chen, Matthews, & Boyce, 2002; Chen et al., 2009). На кожному наступному нижчому щаблі соціально-економічного статусу індивіди мають вищий рівень смертності та захворювань усіх категорій, ніж у попередньому, незалежно від того, чи соціально-економічний статус вимірюється через рівень освіти, фінансове становище чи професію (Chen, Matthews, & Boyce, 2002, p. 295). Отже, в плані здоров'я справжня різниця полягає не в вододілі між бідними та багатими («ефекті бідності»), а в тім, що на кожному наступному щаблі нагору індивіди

¹³ Соціальне порівняння (англ. social comparison) є виміром соціальної перцепції, що ставить власну оцінку свого життя та задоволеність життям індивіда у залежності від його порівняльної оцінки індивідом цих параметрів свого життя із відповідними параметрами інших людей у групі. Відповідно, більш заможні суспільства накладають значно серйозніші вимоги на дотримання стандарту «гідного життя», ніж бідні суспільства. В аргентинському рибальському селищі, щоб «виглядати добре» перед іншими, потрібно значно менше ресурсів, ніж у передмісті Нової Англії, де важливими стають такі речі, як дизайнерський одяг, «правильний» торговий центр для здійснення щотижневих закупівель, смартфон останнього випуску тощо (Kawachi & Subramanian, 2014, p. 131-132). Концептуально соціальне порівняння є спорідненим із відносною депривацією (англ. relative deprivation).

мають краще здоров'я і вищу якість життя, ніж індивіди в категорії соціально-економічного статусу, що одразу під ними (градієнт) (Cundiff & Matthews, 2017; Marmot, 2005; Wilkinson & Pickett, 2011)¹⁴. У цьому контексті два великих запитання, що задаються в плані вивчення нерівностей у здоров'ї, зводяться до наступного: (1) чи відмінності у соціально-економічному становищі впливають на відмінності у здоров'ї, чи рівень здоров'я зумовлює щабель, на який може піднятися індивід у соціальній ієрархії? та (2) які саме механізми пов'язують соціально-економічне становище зі здоров'ям? Зв'язки, закладені у першій половині першого положення (розбіжності в соціально-економічному статусі впливають на розбіжності в здоров'ї), передбачають, що ефективні інтервенції, щоб покращити здоров'я, мають звужити провалля між людьми в плані їхніх доходів та освіти. З іншого боку, якщо це положення не підтверджується, такі заходи не призведуть до бажаного покращення саме у рівнях здоров'я (Mackenbach, 2019, р. 48). Щодо другого положення, то воно зачіпає складне питання каналів впливу соціально-економічного статусу на здоров'я та механізмів його здійснення. Отже, які існують пояснення механізмів впливу соціально-економічного статусу на здоров'я на нинішній момент?

Теорія соціальної стратифікації у своєму класичному руслі намагається пояснити існування та відтворення розподілу на соціальні класи, концептуалізовані як більше¹⁵ чи менше¹⁶ розмежовані групи з докорінно відмінними життєвими досвідами, які відображаються у звичках, смаках, преференціях та, зрештою, статусі здоров'я (Glymour, Averdano, & Kawachi, 2014, р. 22). Радше, ніж акцентувати на різких розбіжностях «на кордонах» класів, соціально-епідеміологічні дослідження нерівностей у здоров'ї збирають інформацію про детермінанти здоров'я, що співвідносяться з

¹⁴ Слід зазначити, що поточні дослідження маленьких суспільств, що не підпадають під характеристики західних індустріалізованих суспільств, надають докази того, що соціальний градієнт у здоров'ї, хоча і виглядає універсальним, за формою та пропорціями залежить від типу суспільства (Jaeggi et al., 2021).

¹⁵ Наприклад, у розумінні К. Маркса та Ф. Енгельса класи існують у перманентній, дедалі більш напруженій ізоляції.

¹⁶ Наприклад, як у більш гнучкому баченні взаємодії структури та агентності М. Вебера.

континуальними індикаторами, як-от дохід, власність, освіта, статус та престиж. Сам соціальний клас передбачає як об'єктивні матеріальні ресурси, так і суб'єктивне сприйняття рангу індивіда в соціальній ієрархії (Cundiff & Matthews, 2017; Kraus, Piff, & Keltner, 2009, p. 992). Нерівності у здоров'ї виникають наскрізно по всіх цих індикаторах на певному континуумі.

Інший підхід, який пояснює критичні вузли у нерівностях у здоров'ї, пов'язаний з теорією життєвої траєкторії (англ. life-course trajectory). Він виводить на перший план не стільки соціально-економічний статус, скільки інтенсивність та вирішальність його впливу на різних етапах життя людини, в тому числі, впливу на вразливість індивідів до хвороб і «програмування» певних захворювань впродовж життя індивіда (Blackmore & Ozanne, 2015). Ця теорія наголошує на параметрі часових рамок впливу, їхньої тривалості та дискретності (Мальцева, 2021b).

Соціальне середовище впливає на фізичне здоров'я індивіда впродовж всієї його життєвої траєкторії. Як вже було зазначено, найбільш потужним з-поміж соціальних детермінант захворюваності та смертності є соціально-економічне становище індивіда. Низький соціально-економічний статус у дитинстві та інші несприятливі умови життя дитини можуть глибоко впливати на її здоров'я та поведінку, пов'язану із здоров'ям, у дорослому віці, як-от куріння, раціон (харчування) та фізичну активність (Kuzawa, 2020; Non et al., 2020). Через свою консервативність ці форми поведінки важко змінити чи знизити їхню поширеність шляхом інтервенцій (Non et al., 2016); тим часом, наприклад, в США, вони є відповідальними за 40% передчасних смертей (Bull et al., 2018). Більшість емпіричних досліджень у цій галузі звертає увагу на чинники ризику для розвитку нездорового способу життя, радше, ніж чинники, здатні «буферувати» негативні впливи низького соціально-економічного статусу у дитинстві, як-от наявність соціальної підтримки та оптимізму як психологічної риси. Ці останні дві категорії чинників, як правило, функціонують за двома моделями/сценаріями. Перший наголошує на здатності індивіда не концентруватися на негараздах і

наполегливо іти до своїх цілей попри нищівні впливи оточуючих умов, а другий вказує на важливість культивування індивідом доступних йому чи їй ресурсів стійкості (англ. *resilience*) (Chen & Miller, 2012; Windle et al., 2018).

Збільшення тривалості життя веде за собою зростання показників захворювань, що асоціюються з похилим віком (так звані хвороби старості), як-от цукрового діабету, серцево-судинних захворювань та онкологічних захворювань (Finch, 2010). Несприятливі умови низького соціально-економічного статусу у дитинстві прив'язують до багатьох негативних наслідків у здоров'ї у дорослому віці, як-от серцево-судинних захворювань, діабету, раку, запалень, астми, частотності хронічних хвороб, протікання хронічних хвороб у тяжкій формі та загальної смертності (Chen et al., 2009; Friedman, Karlamangla, Gruenewald, Koretz, & Seeman, 2015). Емпіричні дослідження в галузі здоров'я та розвитку захворювань у процесі розвитку організму також демонструють зв'язок між субоптимальними умовами життя у дитинстві¹⁷ та передчасним настанням захворювань старості (Blackmore & Ozanne, 2015) та пришвидшеним старінням (англ. *accelerated ageing*), коли фізіологічний вік випереджає хронологічний (Horvath & Raj, 2018; Herrmann, Pusceddu, Marz, & Herrmann, 2018; Lynch & Smith, 2005; Niccoli & Partridge, 2012; Riem & Karreman, 2018; Zhu et al., 2016). Параметр соціально-економічного статусу у дитинстві вимірюється як набір життєвих умов, родинний дохід, а також рівень освіти та професії батьків у дитячі роки індивіда; для всіх цих параметрів було систематично продемонстровано асоціації із статусом здоров'я індивіда у дорослому віці (Cohen, Doyle, Turner,

¹⁷ Окремим напрямком досліджень є вплив на здоров'я з боку несприятливих умов дитинства (англ. *Adverse Childhood Experiences, (ACE)*), що можуть кластерно асоціюватися з низьким соціально-економічним статусом (домашнє насильство, розлука з батьками, ув'язнення батьків чи одного з батьків, алкоголізм та вживання наркотичних речовин батьками, жорстоке фізичне чи психологічне ставлення з боку дорослих, сексуальне насильство тощо), але не ототожнюються з ним. Чисельні емпіричні, в тому числі лонгітюдні дослідження виявили зв'язок між такими умовами у дитинстві та різноманітними медичними ускладненнями (серцево-судинними захворюваннями, хронічними хворобами легенів, автоімунними та онкологічними захворюваннями, ожирінням, психічним розладами та спробами самогубства) та маладаптивною поведінкою (зловживанням алкоголем, вживанням наркотичних речовин, дітонародженням у підлітковому віці, ризиковою сексуальною поведінкою тощо) у дорослому віці (Anda et al, 2006; Hughes et al., 2017). Їхній вплив продовжує реєструватися навіть після контролювання соціально-економічних умов і найбільш впливовими негативними чинниками є пережите у дитинстві психологічне та сексуальне (але не фізичне) насильство (Riem & Karreman, 2019).

Alper, & Skoner, 2004, p. 533). Нижчий соціально-економічний статус у дитинстві потенційно наражає організм дитини на фізичні та соціальні ризики, більш ймовірну зустріч з патогенами¹⁸, недостатнє харчування, раціон, в якому присутня надмірна кількість жирів, зловживання наркотичним речовинами, недостатньо розвинуті звички догляду за гігієною та слабкі практики догляду за власним здоров'ям, а також недостатній доступ до необхідних індивідові послуг в межах системи охорони здоров'я. Подібні закономірності було зафіксовано в українських даних (Мальцева, 2021b).

Емпірично встановлена асоціація між соціально-економічним статусом у дитинстві та наслідками для здоров'я у дорослому віці¹⁹ є давно і широко відомою, однак пропонуються різні пояснення *механізму перетікання* умов життя/ соціально-економічного статусу у дитинстві у здоров'я у дорослості (Miller et al., 2009). В соціально-епідеміологічній літературі виділяють три моделі, кожна з яких співвідноситься з тим чи іншим поясненням характеру впливу соціально-економічного статусу в тому чи іншому часовому режимі. До першої групи відносяться моделі, що наголошують на існуванні певних визначених критичних (чутливих) періодів²⁰ для зовнішніх впливів на розвиток організму. Цей підхід до життєвої траєкторії відслідковує впливи обставин та чинників, що супроводжували людину у дитинстві, на подальший розвиток анатомічної структури та функцій організму²¹, щоб зрештою пояснити превалентність певних захворювань та дисфункцій на національному рівні в різних країнах (Lynch & Smith, 2005, p. 18-19). Моделі критичних періодів виходять з того, що для багатьох біологічних систем існують фіксовані інтервали часу, типово у дитинстві, що співвідносяться з

¹⁸ Нещодавно було встановлено зв'язок між агентами інфекційних захворювань та розвитком низки захворювань, які традиційно вважалися такими, що мають неінфекційну етіологію (зокрема коронарна хвороба серця, астма та деякі форми раку) (Cohen, Doyle, Turner, Alper, & Skoner, 2004).

¹⁹ Незалежно від поточних параметрів соціально-економічного статусу, суб'єктивного сприйняття стресу та стилю життя індивіда (Miller et al., 2009, p. 14716).

²⁰ До критичного періоду дитячого розвитку також відноситься період вагітності, під час якої закладаються основи багатьох фізіологічних систем організму дитини. Звідси логіка фетальної (зародкової) гіпотези захворювань (англ. fetal hypothesis of disease), що наголошує на умовах вагітності та їхньої ролі у формуванні подальшої вразливості до хвороб у дорослому віці (Cole, 2013, p. S88; див. також Cao-Lei, De Rooij, King, Matthews, Metz, Roseboom, Szyf, 2020; McDade et al., 2019).

²¹ Часто здоров'я у дорослості є незалежними від соціально-економічного статусу у дорослому віці.

важливими процесами, що протікають під час певних років життя (етапів розвитку) (Lynch & Smith, 2005; Riem & Karreman, 2018; Soares, López-Cheda, Santos, Barros, & Fraga, 2020). Важливість чинника часу та часових проміжків, на яких наголошує логіка цього підходу, витікає з того, що багато хронічних хвороб мають тривалий період розвитку (латентності) до появи клінічних проявів; так само, шкідливі звички та інші форми поведінки, що підривають здоров'я (куріння, переїдання, відсутність регулярних фізичних навантажень), встановлюються впродовж тривалого часу (Lynch & Smith, 2005, p. 1; McMullin, Shields, Slavich, & Buchanan, 2021; Non et al., 2016; Riem & Karreman, 2018). У концептуалізації цих дослідників, негативні впливи, що їх зазнав організм упродовж певних інтервалів часу чи етапів розвитку, мають прямі та необернені наслідки²², які часто розуміються як такі, що не можуть²³ бути відкориговані шляхом інтервенцій чи компенсовані завдяки покращенню умов пізніше у житті²⁴ (Barker, Eriksson, Forsén, & Osmond, 2002; Ben-Shlomo & Kuh, 2002; Bosch et al., 2012; Byrne & Phillips, 2000; Cao-Lei, De Rooij, King, Matthews, Metz, Roseboom, & Szyf, 2020; Cohen, Janicki-Deverts, & Miller, 2007). Однак ці впливи не розуміються детерміністично (Lundberg, 2020; Lynch & Smith, 2005).

Друга категорія моделей виходить з теорії кумулятивної нерівності²⁵ (Ferraro & Shippee, 2009; Ferraro, Shippee, & Schafer, 2009; Schafer, Ferraro, &

²² Асоціація між зіткненням із несприятливими умовами життя у дитинстві та наслідками для здоров'я залежить від проміжку життя, під час якого воно відбулося, і ефекти відрізняються залежно від захворювання. Наприклад, несприятливі події у періоди від 3 до 8 років та від 11 до 13 років мають найсильніший вплив на фізичні проблеми у дорослому віці (тобто, це найвразливіші проміжки для майбутнього здоров'я, в тому числі через маладаптивну поведінку, до якої можуть вдаватися діти як до стратегії копіювання) (Felitti, 2002; Riem & Karreman, 2018). Однак, значущість часових проміжків переживання несприятливих умов для формування конкретних захворювань було підтверджено лише для серцево-судинних захворювань (Friedman, Montez, Sheehan, Gruenewald, & Seeman, 2015).

²³ Емпірична література розводить результати інтервенцій для негативних наслідків від економічно-несприятливих умов життя у дитинстві, які піддаються корекції у дорослому віці, та травматичних обставин життя у дитинстві, які корекції не піддаються (Friedman et al., 2015).

²⁴ Раніші дослідження авторки надають підтвердження консервативності впливу соціально-економічного статусу на релевантні для здоров'я звички та перцепцію соціального світу (Малиновська & Мальцева, 2021; Середа & Мальцева, 2022).

²⁵ Теорія кумулятивної нерівності інтегрує спостереження щодо соціогенези нерівностей упродовж життєвої траєкторії індивідів (Dannefer, 2003; Elman & O'Rand, 2004; Hatch, 2005). Її основні положення стверджують, що статуси та події раннього періоду життя пробивають дорогу для майбутнього розвитку життєвого курсу індивіда, розводячи шляхи індивідів з різними економічними ресурсами і тим самим запускаючи каскад наслідків у чисельних сферах життя в такий спосіб, що кожний наступний епізод скрути нашаровується на

Mustillo, 2011) і переносить наголос з шкідливого точкового впливу зовнішніх стресорів на здоров'я на їхню подовжену у часі *кумулятивну* дію, що *опосередковано* збільшує ризик розвитку певних патологій²⁶ (Ferraro & Morton, 2018; Ferraro & Shippee, 2009; Mustillo, Miao, & Ferraro, 2021; Schilling, Aseltine, & Gore, 2008). Моделі кумулятивних ризиків відштовхуються від розуміння процесів акумуляції сприятливих (захисних) та несприятливих умов життя (ризиків) у діалектиці агентності та структури (Dannefer, 2003; Ferraro, Shippee, & Schafer, 2009; DiPrete & Eirich, 2006; Elman & O'Rand, 2004; Ferraro & Morton, 2018; Hatch, 2005; Mustillo, Miao, & Ferraro, 2021) і презентують вплив низького соціально-економічного статусу як умову, що усугубляє вплив конкретних негативних епізодів через їхню акумуляцію на манер снігового кому. Соціологічні та епідеміологічні дослідження життєвої траєкторії емпірично продемонстрували критичні наслідки несприятливих та стресогенних умов життя у дитинстві на життєві шанси, здоров'я та добробут, з одного боку, і на використання індивідами ресурсів, що зумовлюють їхню вмотивовану активну чи фаталістичну пасивну реакцію²⁷, та на розуміння індивідами досвіду несприятливих умов життя, з іншого боку, що замикає ці два процеси у цикл самовтілюваних пророцтв²⁸ (DiPrete & Eirich, 2006; Dupre, 2007; Thoits, 2006; Surtees & Wainwright, 2007; Reynolds & Turner, 2008; Willson, Shuey, & Elder, 2007; Мальцева, 2021b). Ключова ідея епідеміологічних досліджень життєвої траєкторії виходить з того, що досвід раннього дитинства впливає на здоров'я та добробут у

попередній і усугубляє диференціацію між різними соціальними категоріями в межах однієї когорти (Hatch, 2005, p. 131).

²⁶ Емпірична література систематично підтверджує зв'язки між низьким соціально-економічним статусом у дитинстві та високою ймовірністю розвитку серцево-судинних захворювань та супутньою смертністю. Однак, в той же час, знахідки також підтримують аргументацію щодо того, що низький соціально-економічний статус у дитинстві може впливати на розвиток імунітету та резистентності до інфекційних захворювань (Cohen, Doyle, Turner, Alper, & Skoner, 2004). Подібна гіпотеза розглядалася також стосовно стресорів та їхньої здатності «тренувати» резистентність організму; однак, вона не виправдалась (Cohen, Murphy, & Prather, 2018).

²⁷ Чинник, що, у свою чергу, впливає на міру прояву агентності й на те, чи індивід буде чи не буде мобілізувати свої ресурси для оптимізації своїх життєвих шансів (Schafer, Ferraro, & Mustillo, 2011).

²⁸ Концепція кумулятивних (не)сприятливих умов життя, яка є частиною пояснення трансмісії нерівностей в межах теорії кумулятивної нерівності, робить висновок, що сприйняття (тлумачення) життєвої траєкторії впливає на розгортання життєвої траєкторії у майбутньому (Schafer, Ferraro, & Mustillo, 2011).

дорослому віці через серію біологічних, психологічних та соціальних механізмів (Mustillo, Miao, & Ferraro, 2021). Емпіричні результати систематично наголошують на таких наслідках несприятливих та травматичних умов дитинства у дорослому віці, як хронічні захворювання, інвалідність, депресія, а також поведінка, що не сприяє здоров'ю (зокрема, вживання тютюнових виробів) (Anda et al., 2006; Barker, Eriksson, Forsén, & Osmond, 2002; Ben-Shlomo & Kuh, 2002; Elman & O'Rand, 2004; Felitti, 2002; Felitti, 2009; Ferraro, Shippee, & Schafer, 2009; Krause, Shaw, & Cairney, 2004; Miller, Chen, & Parker, 2011; Smith & Pollak, 2020). Методологічно ці моделі використовують адитивні метрики (кумулятивні індекси), що зводять до купи суму набутих з дитинства негативних впливів²⁹ в спільний індекс (наприклад, Anda et al., 2006; Davis et al., 2014; Felitti, 2009), та метод екстракції латентних змінних³⁰ (наприклад, Mustillo, Miao, & Ferraro, 2021) для демонстрації акумулювання ризиків та захисних ресурсів у дослідженнях соціальної нерівності та життєвої траєкторії. Окрема література існує стосовно специфіки вимірювання кумулятивності різних чинників (наприклад, стресу, економічно несприятливих обставин, травматичного досвіду тощо) та лінійності впливів несприятливих умов (Friedman, Montez, Sheehan, Gruenewald, & Seeman, 2015; Krause, Shaw, & Cairney, 2004; Schilling, Aseltine, & Gore, 2008).

Третя група теоретичних пояснень поєднує моделі епідеміологічних досліджень життєвого шляху, чи моделі ланцюгів ризиків (англ. chains of risks) (Lynch & Smith, 2005, p. 6). В них розуміння впливу соціально-

²⁹ Цей підхід концептуалізує пропорцію ризиків як функцію від сумарної кількості негативних обставин/подій у дитинстві (чи впродовж життя) (Friedman, Montez, Sheehan, Gruenewald, & Seeman, 2015), тому він іноді описується як «ефект концентрації» (англ. dose-response). У залежності від досліджуваного аспекту, дослідники або розбивають різні форми негативних впливів на категорії (наприклад, жорстоке фізичне поводження, зловживання алкоголем з боку батьків, психологічна травма, фінансова скрута) і утворюють з них шкали, які потім об'єднують у індекси, або просто подають сумарний результат, спостерігаючи вплив суто кількості різновидів стресу, що [[зазнавав індивід у дитинстві, незалежно від суворості та інтенсивності конкретного стресора (Mustillo, Miao, & Ferraro, 2021, p. 3-4).

³⁰ На відміну від адитивного підходу, метод екстракції латентних змінних (факторизація) дозволяє встановити зв'язки та впливи кожного конкретного чинника несприятливого середовища із наслідками, а також надає більш інформативну картину щодо значущих медіуючих чинників (Mustillo, Miao, & Ferraro, 2021, p.5-6)

економічного статусу на здоров'я відрізняється від двох попередніх тим, що шкідливий вплив низького соціально-економічного статусу розглядається не через призму його прямого впливу на дитяче здоров'я чи його ролі як кумулятивного тягаря, що поступово призводить до послаблення організму та його відкритості більш широкому набору злоякісних впливів, а виключно в контексті відтворення низького соціально-економічного статусу у дорослому віці, коли, нарешті, біологічні наслідки вступають в силу. Несприятливі та травмуючі життєві умови розуміються в межах цієї концепції як хронічні стресори з довготривалим (хронічним) періодом дії, що частково пояснює їхній вплив на доволі широкий діапазон наслідків для здоров'я (приміром, ймовірність розвинути до середнього віку діабет, мати зайву вагу, захворювання, що передаються статевим шляхом, раннє народження першої дитини, а також поведінкові результати у дорослому віці (як-от вживання тютюнових виробів, наркотичних речовин, переїдання, зловживання алкоголем)) (McMullin, Shields, Slavich, & Buchanan, 2021; Slopen, Koenen, & Kubzansky, 2012; Smith & Pollak, 2020; Williams & Finch 2019).

Окремою є підгрупа концепцій, що об'єднуються у категорію моделей нестабільності соціально-економічного статусу і намагаються пояснити менш узгоджені між собою знахідки стосовно взаємозв'язків між соціально-економічним статусом та здоров'ям³¹. Цей підхід виходить з того, що мінливість соціально-економічного статусу як така має більш суттєві наслідки для здоров'я, ніж вплив низького соціально-економічного статусу впродовж певного проміжку часу у дитинстві (Glymour, Averdano, & Kawachi, 2014, p. 24-26; Мальцева, 2021b). Так, погіршення соціально-економічного статусу з

³¹ Наприклад, сюди відноситься класичний випадок кореляції між низьким соціально-економічним статусом (в першу чергу, виміряного через освітній рівень) та курінням. З одного боку, емпіричні знахідки підтримують каузальний зв'язок, що іде від низького соціально-економічного статусу/ рівня освіти до формування звички (бідність генерує курців, або сценарій «кинув школу і почав курити»). З іншого боку, більш поглиблений аналіз показує, що хронологічно люди починають палити до того, як завершують школу, що переміщає акценти у питанні причин настання цієї події з простих невдач освітньої траєкторії до соціального контексту (наприклад, бажання бунтарського самовираження як реакція до проблем в родині чи як потрапляння до певної «поганої компанії» тощо).

дитинства до поточного моменту мала статистично значущий вплив на фізичне та психологічне здоров'я в українській вибірці (Мальцева, 2021b).

Хоча ці різні підходи вказують на диференційовані механізми впливу несприятливих та травматичних умов життя у дитинстві індивіда, їх усіх об'єднує те, що вони висвітлюють різні аспекти дії «довгих рук» дитинства на хронічні стани, інфекційні захворювання та загальний профіль захворюваності та смертності у дорослому віці. В цьому контексті краще розуміння того, як негативні чинники у ранньому дитинстві впливають на захворюваність та смертність у дорослому віці – на індивідуальному та колективному рівні – може посприяти покращенню здоров'я популяції та зменшенню нерівностей у здоров'ї (Friedman, Montez, Sheehan, Gruenewald, & Seeman, 2015, p. 1312).

Нерозв'язаним до кінця питанням в цьому напрямку досліджень є питання міри, якою зіткнення із певними критичними для розвитку соціальними умовами (як позитивними, так і негативними) у дитячі роки програмує траєкторію здоров'я в такий негнучкий спосіб, що її вже не може бути модифіковано впливами соціальної мобільності нагору чи вниз (Cohen, Doyle, Turner, Alper, & Skoner, 2004, p. 533). Також дослідники типово розглядають лише один фокальний біологічний параметр, але не кумулятивний профіль ризику, і рідко звертаються до проблеми ролі алостатичного навантаження (англ. *allostatic load*). Так само зазвичай дослідники віддають перевагу вивченню матеріальних аспектів соціально несприятливих умов, тим часом про нематеріальні аспекти (наприклад, соціальні зв'язки³²) та їхню роль у формуванні біологічної дисрегуляції відомо мало (Friedman, Karlamangla, Gruenewald, Koretz, & Seeman, 2015, p. 176). Далі, вплив несприятливих умов дитинства може «переправлятися» у дорослість через різні соціальні, екологічні та біологічні канали. Хоча в

³² Необхідні дослідження для формалізованої оцінки ролі досвіду соціальних зв'язків з дитинства у дорослості, в тому значення як негативних чинників (наприклад, можливість жорстокого ставлення чи браку уваги з боку розлучених батьків), так і позитивних досвідів (як джерело психологічної стійкості) (Friedman, Karlamangla, Gruenewald, Koretz, & Seeman, 2015).

літературі їх розглянуто, при цьому мало уваги приділяється тому, як різні типи несприятливих умов взаємодіють з різними медіаторами (Friedman, Karlamangla, Gruenewald, Koretz, & Seeman, 2015). Найбільш широко досліджуваними медіаторами є соціально-економічний статус у дорослому віці та поведінка/практики, дотичні до підтримання здоров'я (англ. health behaviors), оскільки багато досліджень показує, що (1) діти батьків з низьким соціально-економічним статусом мають тенденцію ставати дорослими з низьким соціально-економічним статусом та (2) низький соціально-економічний статус виховує в дітях недотримання принципів догляду за власним здоров'ям (Blanden, Haveman, Smeeding, & Wilson, 2014; Braveman, Egerter, & Williams, 2011; Cohen, Janicki-Deverts, Chen, & Matthews, 2010; Hiscock, Bauld, Amos, Fidler, & Munafò, 2012; Shankar, McMunn, & Steptoe, 2010). Українські дані також підтримують ці висновки (Мальцева, 2021b).

Соціально-епідеміологічні дослідження вказують на монотонний зв'язок між соціально-економічним статусом та наслідками у здоров'ї; тобто, ці залежності формують градієнтну структуру, в якій із зростанням рівня соціально-економічного статусу знижується превалентність захворюваності (Chen, Matthews, & Boyce, 2002). У цьому зв'язку було здійснено чимало досліджень соціально-економічних градієнтів саме у поведінці (наприклад, у сфері витрачання грошей, заощаджень, бюджету на харчування, фітнесу та спорту тощо), які сходяться у тому, що соціально-економічний статус впливає³³ на поведінку у чисельних сферах індивідуального життя. Однак вони не пояснюють, чому всі ці різноманітні поведінки співіснують разом у кластерах за соціально-економічним критерієм (Pepper & Nettle, 2017). Індивіди з нижчим соціально-економічним статусом мають більшу ймовірність мати борги, менше схильні заощаджувати та інвестувати в освіту,

³³ Необхідно додатково наголосити, що хоча бідність та її прояви здійснюють вплив на когнітивні та психологічні функції індивідів у такій мірі, як це робить, наприклад, РПТС чи досвід травми, тут йдеться не про ці «когнітивні сигнатури бідності» (Chen et al., 2019). В центрі уваги тут є такі формуючі впливи бідності, що є стратегічними адаптаціями до умов низького соціально-економічного статусу (Frankenhuis & Nettle, 2020) і є поведінково оптимальними з точки зору організму, який живе в контексті чисельних щоденних обмежень, перешкод та невизначеності у своєму майбутньому.

а також мають меншу мотивацію до самодисципліни та меншу схильність жертвувати задоволенням у теперішньому заради збільшення винагороди у майбутньому (наприклад, вести здоровий спосіб життя, займатися фізичними вправами та відмовляти собі в жирній/некорисній їжі) та взагалі нехтувати майбутнім³⁴ (англ. «future discounting», або «temporal discounting»), що закладаються у дитинстві (Epper et al., 2020; Frankenhuis & Nettle, 2020; Mullainathan & Shafir, 2013; Twito, Israel, Simonson, & Knafo-Noam, 2019). Вони мають дітей раніше (що помітно у патерні вагітностей у підлітковому віці) і менше інвестують в своїх дітей – як фінансово, в сенсі вкладання коштів в їхню освіту та утримання, так і в сенсі спільного проведення часу з дітьми, розмов з ними, вислуховування дитини, читання на ніч, грудного вигодовування та пояснення дітям правил (Lareau, 2003; Pepper & Nettle, 2017). Стосовно градієнта у формах поведінки, пов'язаної зі здоров'ям, у вузькому сенсі, люди з нижчим соціально-економічним статусом харчуються менш якісно і мають менше фізичної активності, більш сильні вживати наркотичні речовини, тютюнові вироби та зловживати алкоголем і мають більше складностей, намагаючись кинути ці негативні звички, ніж індивіди з вищим соціально-економічним статусом. Як вже зазначено, ці параметри (особливо куріння, алкоголь, раціон харчування, брак фізичної активності) у сучасній епідеміології перелічуються як основні чинники ризику, задіяні у тенденціях нерівностей у захворюваності та смертності у світі на рівні націй, і тому складають нерозв'язану проблему системи охорони здоров'я (Mackenbach et al., 2017, Mackenbach et al., 2019; Marmot & Bell, 2019; Pampel, Krueger, & Denney, 2010; Pepper & Nettle, 2017). Ці зв'язки залежності традиційно розглядалися через призму матеріальних ресурсів та пояснювались через відповідні ціннісні преференції людей з низьким

³⁴ В цьому ж річці індивідам з нижчим соціально-економічним статусом також є більш властивим сприйняття ситуацій у більш фаталістичному ракурсі, із заниженим відчуттям особистого контролю над тим, що відбувається (що знов ж таки перегукується із підвищеними рівнями стресу), порівняно із індивідами з вищим соціально-економічним статусом. Підсумовуючи, таке ментальне ставлення виливається у більш імпульсивну поведінку, меншу зорієнтованість на майбутнє і вищий песимізм стосовно майбутніх перспектив, що, у свою чергу, не заохочує відтермінування винагород на майбутнє через його непевність або непривабливість (Pepper & Nettle, 2017).

соціально-економічним статусом, що знецінюють досягнення та отримання більших та пізніших винагород за умов поточних жертв та інвестицій у майбутнє, або через фаталістичний світогляд, пасивність, імпульсивність та брак індивідуального бажання (та здатності) здійснювати зусилля для контролю над розгортанням подій у власному житті (Pepper & Nettle, 2017), в тому числі, через виправдовування status quo та легітимізації соціальної нерівності (Costa-Lopes, Dovidio, Pereira, & Jost, 2013; Jost, Banaji, & Nosek, 2004). Тим часом, на ґрунті сучасних розробок у галузі еволюційної біології та когнітивної науки, дослідження психології бідності висувають альтернативне «патологізуючим» моделям пояснення, – зокрема, підходи, що виходять з бачення такої зорієнтованої на теперішній час поведінки, як адаптації мислення до хронічного стресу, менеджменту ризиків та самоконтролю, що спирається на оцінку доступних ресурсів в умовах невизначеності, скрути та наявних зовнішніх ризиків смертності та захворювань (Pepper & Nettle, 2017, відкриті коментарі, р. 16-65). Ці нові підходи звертають у вагу на логічність, послідовність та «оптимальність відповідно до контексту» рішень, що приймають індивіди в об'єктивних умовах низького соціально-економічного статусу. Вони наголошують на когнітивному вимірі бідності і закликають до пошуку зв'язків між когнітивним та макросоціальним у процесах впливу суспільства та присутніх у ньому нерівностей на здоров'я, а також до більш поглибленого вивчення когнітивних та культурних механізмів і каналів впливу соціально-економічного статусу на поведінку, в тому числі таку поведінку, що пов'язана із здоров'ям та захворюваннями (Bell, Fosse, Lamont, & Rosen, 2015; Lamont, Beljean, & Clair, 2014; Pepper & Nettle, 2017)³⁵. Увага до цих зв'язків також

³⁵ У своїй характеристиці логіки преференцій, укорінених у плінних моментах та теперішньому часі, та послідовній системності відповідних поведінкових виборів, ці підходи перегукуються із багатовимірними «культурними» і смислотворюючими аспектами бідності, про які говорить у своїх працях Мішель Ламонт. За її висновками, у фокусі сучасних досліджень не в останню чергу мають бути зв'язки мотивацій та поведінки із «структурою можливостей» (англ. structure of opportunity) та нерозпізнаванням людьми з нижчим соціально-економічним статусом певних соціальних «сигналів» як «можливостей», зрозумілих індивідам з високим соціально-економічним статусом (Small, Harding, & Lamont, 2010; Lamont & Pierson, 2019).

збагатила б наше розуміння усіх механізмів та процесів, задіяних у відтворенні соціально-економічних нерівностей у суспільстві (Мальцева, 2021b).

В цьому контексті слід залучити концепт взаємодії економічного, соціального та культурного капіталів та їхні впливи на здоров'я. Поняття соціального капіталу є одним з найбільш визначних внесків соціології в соціальні науки та публічний дискурс (Portes, 1998). Хоча теорія капіталів П'єра Бурдьє набула широкого визнання, її застосування у дослідженнях здоров'я лишається обмеженим, переважно через відсутність експліцитних метрик для оцінки соціального капіталу (Song, 2013). Поруч із цим, механізми впливу соціального капіталу на здоров'я вивчаються в соціології з різних теоретичних позицій вже кілька десятиліть (Abel & Frohlich, 2008; Kawachi & Kennedy, 1999; Song, 2013).

Хоча наявність соціального капіталу є загалом позитивною рисою, ресурси, доступ до яких він відкриває, можуть характеризуватись як позитивно, так і негативно, або бути амбівалентними. Наприклад, надмірна вага, куріння, а також рівні щастя та депресії є такими, що передаються в межах певної мережі (Cockerham, 2015; Kawachi & Berkman, 2014). Для пояснення того, чому в деяких контекстах переважає «темна» сторона соціального капіталу, вводять корисне розведення на *bonding* соціальний капітал та *bridging* соціальний капітал³⁶. Перше стосується зв'язків між людьми з однаковими соціальними ознаками, стосунки між якими цементують групову ідентичність. Друге стосується зв'язків між людьми, які мають різні ресурси та доступ до них, і в такий спосіб стосунки між ними будують містки між ними. Це розмежування дозволяє пояснити, чому в деяких групах, попри наявність соціального капіталу в достатньому обсязі, присутність соціального капіталу не допомагає їм бути більш здоровими (або асоціюється із вищими показниками психологічного нездоров'я) (Kawachi &

³⁶ У сучасній літературі існують дві окремі позиції щодо того, чи це розмежування стосується, власне, соціального капіталу як такого чи є характеристикою соціальних мереж (Song, 2013).

Berkman, 2014, p. 297; Mitchell & LaGory, 2008). Так, було неодноразово емпірично продемонстровано, що *bonding* соціальний капітал у контексті однакових несприятливих умов у всіх задіяних сторін не привносить позитивних змін і не може виступати як позитивний чинник, оскільки він тільки множить несприятливі умови. Ефект *bridging* соціального капіталу також є неоднозначними залежно від контексту, в якому відбуваються транзакції. Згідно результатів досліджень, проведених на американських та західноєвропейських вибірках, типово більший зиск від соціального капіталу цього типу отримує сторона із більш вираженими несприятливими умовами життя чи маладаптивними атрибутами стилю життя (Kawachi & Berkman, 2014, p. 298; Mackenbach, 2019). В українських даних, зібраних та проаналізованих авторкою, прослідковуються схожі тенденції, причому індивіди, що часто входять в контакт з більш заможними представниками своєї мережі, переживають вищий рівень стресу, а ті, хто часто контактує з менш заможними знайомими, мають краще самопочуття (Мальцева, 2021b).

Попередньо підсумовуючи, можна зробити висновок, що більшість дослідників соціально-економічних чинників у здоров'ї дотримуються одного з двох комплементарних принципів. Перший наголошує на причинному ланцюжку, що розпочинається у економічному розшаруванні індивідів за доступом до ресурсів, і через «вимивання» соціального капіталу послаблює довіру до людей та інституцій, створюючи атмосферу, яку характеризують вища частотність переживання негативних емоцій, підвищені рівні стресу та більша поширеність поведінок, що асоціюються із стресом (вживання алкоголю, куріння, агресія та конфлікти, нездоровий раціон харчування (зокрема надмірне вживання жирів та цукру) тощо. Другий підхід для пояснення асоціації між соціальним рангом та статусом здоров'я індивіда фокусується на процесах соціального порівняння та диференційованого доступу до ресурсів, що виводить на перший план відмінності умов життя на кожному наступному щаблі в ієрархії з точки зору як матеріальних умов щоденного життя (порівняно більш регульовані рівні стресу, доступність

відпочинку, вища якість помешкання та продуктів харчування тощо), так і ймовірності постання біологічних ризиків (вірогідність та частота зіткнення з патогенами, неможливість взяти лікарняний у випадку настання захворювання, вищі шанси зазнавати жорстокого ставлення чи занедбання у дитинстві тощо). Обидва підходи поділяють бачення негативних наслідків для здоров'я, що постають в результаті нерівності, і які включають, але не зводяться до захворювань серцево-судинної системи, діабету, ожиріння та психологічних розладів. Обидва підходи також погоджуються щодо основних шляхів, які опосередковують зв'язок між соціально-економічним становищем і здоров'ям, наголошуючи на психосоціальних чинниках і ролі соціального капіталу. Однак вони дещо різняться в плані того, які соціальні детермінанти здоров'я вони розглядають як визначальні – так, перший підхід наголошує на нерівності в межах спільноти в абсолютних термінах, а другий – на місці індивіда в ієрархії відносно інших членів спільноти (Undurraga et al., 2010, pp. 523-524). Таким чином, підхід соціальних детермінантів здоров'я є надійною платформою для наукового та прикладного вивчення ролі соціальних чинників у здоров'ї і інтенсивно розвивається (Frank et al., 2020).

1.3. Зарубіжні дослідження соціокультурних чинників у здоров'ї

Зв'язки між соціально-економічною нерівністю та біологією людини викликають інтерес медико-антропологічної наукової спільноти, яка шукає пояснення процесів впливу нерівності на здоров'я через залучення у пояснення соціокультурних параметрів. Як вказувалось раніше, накопичені дані вказують на те, що економічна нерівність всередині спільноти шкодить здоров'ю її членів (Institute of Medicine, 2012; Marmot, 2005). Однак важливим у вивченні діапазону дії цих чинників є соціокультурний контекст, в якому вона відбувається.

Будь-яка поведінка людини є культурно-забарвленою. Ознайомлення із епідеміологічними дослідженнями свідчить, що культура може виступати потужним детермінантом здоров'я – як у плані наслідків для здоров'я, так і у

плані відтворення нерівностей у здоров'ї. Культурні чинники можуть бути як шкідливим, так і захисним чинником у здоров'ї, і в цій якості вони здатні як зміцнювати здоров'я і сприяти корисним інтервенціям, так і закріплювати поведінки, які шкодять добробуту та здоров'ю членів культурної спільноти. Метааналітичні дослідження вказують на те, що культурні чинники також можуть пояснювати популяційні різниці у параметрах здоров'я, які не можуть бути пояснені іншими чинниками (Hruschka, 2009, p. 235).

Попри все викладене вище, доволі тривалий час роль культури розглядалася радше абстрактно, ніж емпірично перевірялася даними. На нинішній момент культура як змінна не є достатньо визначеною для того, щоб показати, як саме культура «працює», щоб впливати на здоров'я, і, відповідно, цей концепт не може бути ефективно застосований для розробки стандартів для проведення прикладних досліджень у галузі здоров'я. Операціоналізація концепту культури в емпіричних дослідженнях часто доволі поверхова, спрощена, не враховує внутрішню гетерогенність та динамізм культури, і подекуди «культурні маркери» взагалі вилучаються з аналізу цілком вже на початку або не залучаються повноцінно упродовж усього налізу (часто її заміняє соціально-економічний статус, який пояснює найбільшу частку дисперсії), що призводить до невичерпних результатів та незадовільно незначної вивченості пояснювального потенціалу культурних змінних у дослідженнях нерівностей у здоров'ї. Тим часом, концепт культури залучається для пояснення нерівностей у здоров'ї у дедалі більшій кількості досліджень здоров'я популяцій починаючи з 1980 років (Hruschka, 2009). Медико-антропологічні дослідження в галузі нерівностей у здоров'ї наголошують на важливості більшої інтеграції відповідних теоретичних рамок із практичними сферами, як-от соціальною епідеміологією та дослідженнями в галузі охорони здоров'я, для більш глибокого розуміння ролі культури в різноманітті людської поведінки й для більш ефективного пояснення нерівностей у здоров'ї у сучасних суспільствах (Kagawa Singer, Dressler, & George, 2016).

Д. Хрушка окремо згадує концептуалізаційну проблему з «культурним поясненням», що постає в результаті уявлення про взаємовиключення (чи навіть конкуренцію) між культурними та біологічними змінними. Насправді культурне та біологічне є взаємопов'язаними і культурні процеси можуть виступати медіаторами біологічних (Hruschka, 2009; Мальцева, 2021b).

Міра відповідності індивіда колективним стандартам впливає на рівень стресу, задоволеності життям і навіть на показники здоров'я. Відповідно, вивчення цього концептуального вузла має глибоке значення для кращого розуміння того, як життя у суспільстві впливає на індивідуальне життя соціальної істоти. Так, відповідність індивіда стандартам нормативної культури, операціоналізована як відповідність профілю конкретного індивідуального респондента середньому профілю групи (Weller, 2007), було, зокрема, продемонстровано як чинник, що впливає на SWB в різних групах населення, хоча і з результатами, яким бракує ознак остаточності (Bon Malham & Saucier, 2016; Maltseva, 2012b). Цей напрямок емпіричних досліджень є важливим методологічно та теоретично, оскільки він включає (1) механізми взаємодії між матеріальними умовами існування, перцептивними механізмами людини, її когнітивними операціями, емоційним життям та здоров'ям, і (2) інтегрує процеси, що протікають на колективному та індивідуальному рівнях³⁷ і впливають на людську фізіологію та добробут (Maltseva, 2018a).

З іншого боку, існує великий корпус емпіричної літератури, що у своїй аргументації звертається до випадків недостатньої індивідуальної співвіднесеності з нормативною культурою як чинника стресу (Мальцева, 2021b). Структурна неконгруентність (невідповідність) індивідуальних конструктів аналогічним конструктам на колективному рівні досліджувалася доволі широко. Важливість відповідності колективному стандарту для психологічного добробуту та позитивного уявлення про себе (англ. self-concept) часто згадується у психологічних дослідженнях (Cialdini & Goldstein,

³⁷ Питання, що в когнітивній соціології лишається нерозв'язаним (Maltseva, 2020).

2004). Більш нещодавні крос-культурні дослідження надали докази на користь зниження рівня почуття психологічного добробуту та самооцінки (англ. self-esteem) серед індивідів, чиї уявлення або поведінка/стиль життя відхиляються від аксіологічного/нормативного профілю відповідного суспільства (Kalmjin & Uunk, 2007). Негативні наслідки невідповідності нормативним очікуванням суспільства (у формі девіації взагалі чи «недоотягування» до певної соціально бажаної планки) було задокументовано для широкого поля особистих параметрів, як-от шлюбний статус, наявність чи відсутність партнера/дітей, моральність, релігійність, працевлаштованість та риси особистості (Fulmer et al., 2010; Gebauer, Sedikides, & Neberich, 2012; Stavrova, Fetchenhauer, & Schlösser, 2013).

Важливий аспект взаємодії між суспільним стандартом, мірою його відображення в індивідуальному стилі життя та об'єктивними наслідками цього зв'язку для здоров'я представлено у теорії *культурного консонансу* (Dressler, 1991; Dressler, 2005; Dressler, 2007a; Dressler & Bindon, 2000; Dressler et al., 2007a,b; Maltseva, 2014c; Maltseva, 2015a,b; Maltseva, 2018a,c). Основний концептуальний вузол цієї концепції базується на логіці, закладеній у моделі культурного консенсусу К. Ромні (Romney, Weller, & Batchelder, 1986), зокрема спостереження стосовно вимірювання співвіднесеності колективного та індивідуального профілів знання щодо певного культурного домену³⁸, але розробляє її далі у площині впливу інкультурованих ідей у сфері стилю життя³⁹ на здоров'я (Dressler, 2004a,b; Dressler et al., 2008). Культурний консонанс концептуалізується його основним теоретиком, Вільямом Дресслером, як міру, якою уявлення та поведінка індивіда наближаються до

³⁸ З позицій теоретизації основних задіяних у ньому конструктів, культурний консонанс є відгалуженням моделі культурного консенсусу і методологічно являє собою надбудову на методології Ромні, поєднуючи метрики узгодженості із метриками стилю життя та статусу здоров'я у регресійному аналізі (Reyes-Garcia et al., 2010).

³⁹ На відміну від вихідної концепції К. Ромні, В. Дресслер та його співавтори виокремлюють матеріальний аспект стилю життя (предмети власності, раціон харчування тощо) і концентруються на ньому, полишаючи когнітивний аспект консенсусу та, відповідно, консонатності недостатньо розглянутим та непоясненим (Maltseva, 2014c; Maltseva, 2015a; Maltseva, 2018).

уявлень та поведінки, передбачених відповідною культурною моделлю (Dressler, 2007b; Dressler & Bindon, 2000; Dressler et al., 2005).

Концептуалізація культурного консонансу впливає з посилок когнітивного підходу до культури (Мальцева, 2021b). Ефект культурного консонансу базується на інтерсуб'єктивному розумінні індивідом колективної значущості певних приписів та стандартів в очах інших членів групи, та усвідомлення того, що інші теж знають про ці стандарти, прагнуть відповідати їм та постійно оцінюють рівень наближеності інших до цих стандартів у їхньому стилі життя (Dressler, 2005). Таким чином, прихильники культурного консонансу наголошують на негативному аспекті життя у групі та його відображенні у соціальному мисленні⁴⁰ – зокрема, соціальному порівнянні (англ. social comparison), заздрості, почуттю меншовартості тощо. Оцінювання себе щодо інших, разом із усвідомленням, що інші теж тебе оцінюють стосовно спільно зрозумілих стандартів, спричиняє підвищення психологічної напруженості та тривожності⁴¹. Таким чином, концепція культурного консонансу розвиває конкретно взяту властивість культури⁴² спричиняти психосоціальний стрес і діяти як стресор, що впливає на фізіологію людини. Вихідна посилка теорії культурного консонансу відштовхується від інтерсуб'єктивної колективної природи культури, виділяючи її здатність впливати на те, що індивіду уявляється як інтерсуб'єктивно важливе в його спільноті. В такий спосіб культурний консонанс представляє нормативну культуру як хронічний стресор, що систематично впливає на наслідки у площині здоров'я (Maltseva, 2018a).

Культурний консонанс визначається як міра, якою індивід у своїх уявленнях та поведінці наближається до стандарту, закладеного у спільній культурній моделі відповідного культурного домену (Dressler & Bindon, 2000;

⁴⁰ Соціальне мислення має своїм об'єктом інших людей чи відбувається у присутності інших людей, удаваній чи реальній.

⁴¹ Для порівняння можна ознайомитись із посилками та емпіричною базою т. зв. Terror Management Theory (англ. теорія управління страхом смерті), що розвиває ідею порівняння себе з нормативним культурним стандартом та виникаючого рівня самоцінності в іншому ключі.

⁴² Причому культура розуміється як змінна, яку можна кількісно виміряти.

Dressler, Balieiro, Ribeiro, & Santo, 2009). Таким чином культурний консонанс наголошує на негативних наслідках нездатності індивіда відповідати культурному стандарту (Dressler, 2007a). Центральне емпіричне положення моделі культурного консонансу стверджує, що суб'єктивне сприйняття індивідом своєї нездатності досягти певного культурно бажаного стандарту, закладеного у відповідній культурній моделі (тобто, наявність дисонансу з культурним стандартом) призводить до погіршення показників фізичного та емоційного здоров'я (більше симптомів депресії, вищий артеріальний тиск, більша надмірна вага) (Dressler et al., 2004 a,b; Dressler et al., 2007a,b; Reyes-Garcia et al., 2010). Ці ефекти було зафіксовано незалежно від стресових життєвих подій, що вказує на хронічну природу культурних стресорів, що спричиняють загальний дистрес (Dressler, Balieiro, Ribeiro, & dos Santos, 2007a,b). Ці ефекти були особливо потужними для доменів соціальної афіліації та соціальних розрізень (Dressler, Balieiro, Ribeiro, & dos Santos, 2005). Більш висока відповідність (консонантність із стандартом) у доменах стилю життя, раціону харчування, національної ідентичності та соціальної підтримки асоціювалася із більш низькими показниками психологічного дистресу у бразильських та американських вибірках (Dressler, 2007a). Низький консонанс із культурою асоціюється із підвищеними симптомами депресії; зв'язок високого консонансу із симптомами позитивного психічного здоров'я було продемонстровано, але несистематично. Загалом цей зв'язок виглядає як більш складний, ніж зв'язок з депресією (Maltseva, 2015a,b), і вимагає більш глибокого дослідження – в тому числі, із врахуванням динамічних аспектів впливу суспільних чинників на здоров'я, змінами у загальній задоволеності життям впродовж життя, властивостей соціального капіталу (Kamphuis et al., 2019; Maltseva, 2018a; Maltseva, 2020).

Концептуально ця модель інтегрує колективну культуру із індивідуальним мисленням, і поєднує їх із поведінкою та наслідками у площині здоров'я, що є додатковою сильною стороною підходу культурного консонансу для розвитку відповідних досліджень, наприклад, в когнітивній

соціології та соціології здоров'я (Maltseva, 2018a). Понятійний апарат культурного консонансу розрізняє, з одного боку, індивідуальне мислення, поведінку та суб'єктивне сприйняття соціальних розрізень, і спільне колективне знання (культуру), з іншого, як явище різної природи, хоча всі вони можуть мати наслідки для здоров'я та фізіології індивідів (Maltseva, 2014c). Культурний консонанс є кількісною моделлю, що у своєму підході до зв'язків між суспільством та здоров'ям відводить культурі роль хронічного стресора, що впливає на людську фізіологію (Dressler, 2005).

Отже, сучасні дослідження в галузі взаємодії між суспільством та здоров'ям не вилучають культурних чинників з загальної картини етіології захворювань. В першу чергу, це стосується дослідницької ніші, що займається вивченням психічних захворювань та емоційного здоров'я і визнає роль культурного середовища у розвитку, тривалості, протіканні та наслідках різних розладів (Cohen, Patel, Thara, & Gureje, 2008; Isaac, Chand, & Murphy, 2007; Myers, 2010). Проте, попри широке визнання залученості культурних змінних у дослідженнях психічного здоров'я, міра та конкретні механізми їхнього впливу у психологічних процесах не висвітлюються та їхнє безпосереднє вивчення не є рисами масштабних емпіричних психологічних проектів (Hopper, 2008). Детальне поглиблене вивчення того, як культурні чинники модифікують людську поведінку, ментальні звички, психологічні потреби та їхні поведінкові прояви, є дуже цікавими напрямками у психологічній та когнітивній антропології, крос-культурній психології, когнітивній соціології та медичній антропології (Grossmann & Kross, 2010; Kral, 1998; Verplanken, Friborg, Wang, Trafimow, & Woolf, 2007; Vittersø, 2001).

1.4. Дослідження зв'язків між соціумом та здоров'ям в Україні

Стан здоров'я українців до і під час повномасштабного вторгнення

Україна входить до числа країн, де внаслідок епідеміологічного переходу основною причиною смерті в епідеміологічному профілі є

переважно хронічні, а не інфекційні захворювання. Українські дані вписуються в загально-світові тенденції щодо ймовірності вмерти від неінфекційного захворювання у дорослому віці (Рис. 1.1.). Основні причини смерті в Україні, за даними ВООЗ, включають, передусім, ішемічну хворобу серця, інсульт та різні форми новоутворень (Табл. 1.1.-1.2, Рис. 1.2.-1.3.). Смерть пологами чи через зумовлені інфекцією ускладнення після пологів в Україні була традиційно низька, однак після початку пандемії COVID-19 різко зросла, як і смертність взагалі (Рис. 1.4., 1.5.). Таблиця 1.3. ілюструє тенденції очікуваної тривалості життя при народженні та у віці 60 років в Україні згідно даних ВООЗ (станом на 2019 рік): українки випереджають українських чоловіків щодо тривалості життя, і тривалість життя в Україні з 2000 року дещо покращилась для обох статей, збільшившись на 5 років (однак це менше, ніж в європейських країнах).

Пандемія COVID-19 (2019-2023 рр.) унесла більше життів українців, ніж усі інфекційні захворювання разом (Табл. 1.1-1.2, Рис. 1.6. та 1.7.); показовими є дані за один січень 2022 р., коли кількість смертей через ковідну інфекцію складала 4332 випадки (7,57% всіх зареєстрованих смертей) (Табл. 1.2.). Однак додаткову серйозну загрозу складають хвороби системи кровообігу та цукровий діабет, а також онкологічні захворювання (Табл. 1.1-1.2, Рис. 1.3., 1.8.-1.10.), які були критеріями належності до вразливої групи із підвищеним ризиком важкого протікання хвороби під час пандемії.

Рис. 1.1. Неінфекційні захворювання у світі: ймовірність вмерти від НІЗ у віці від 30 до 70 років (карта ВООЗ)⁴³



⁴³ Інтерактивна мапа доступна на вебсайті за покликанням: https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/sdg-target-3_4-noncommunicable-diseases-and-mental-health. Завантажено 22 вересня 2021 року.

Табл. 1.1. Причини смертності в Україні, 2021 р. (за даними Державної служби статистики України) Джерело: <http://www.ukrstat.gov.ua>

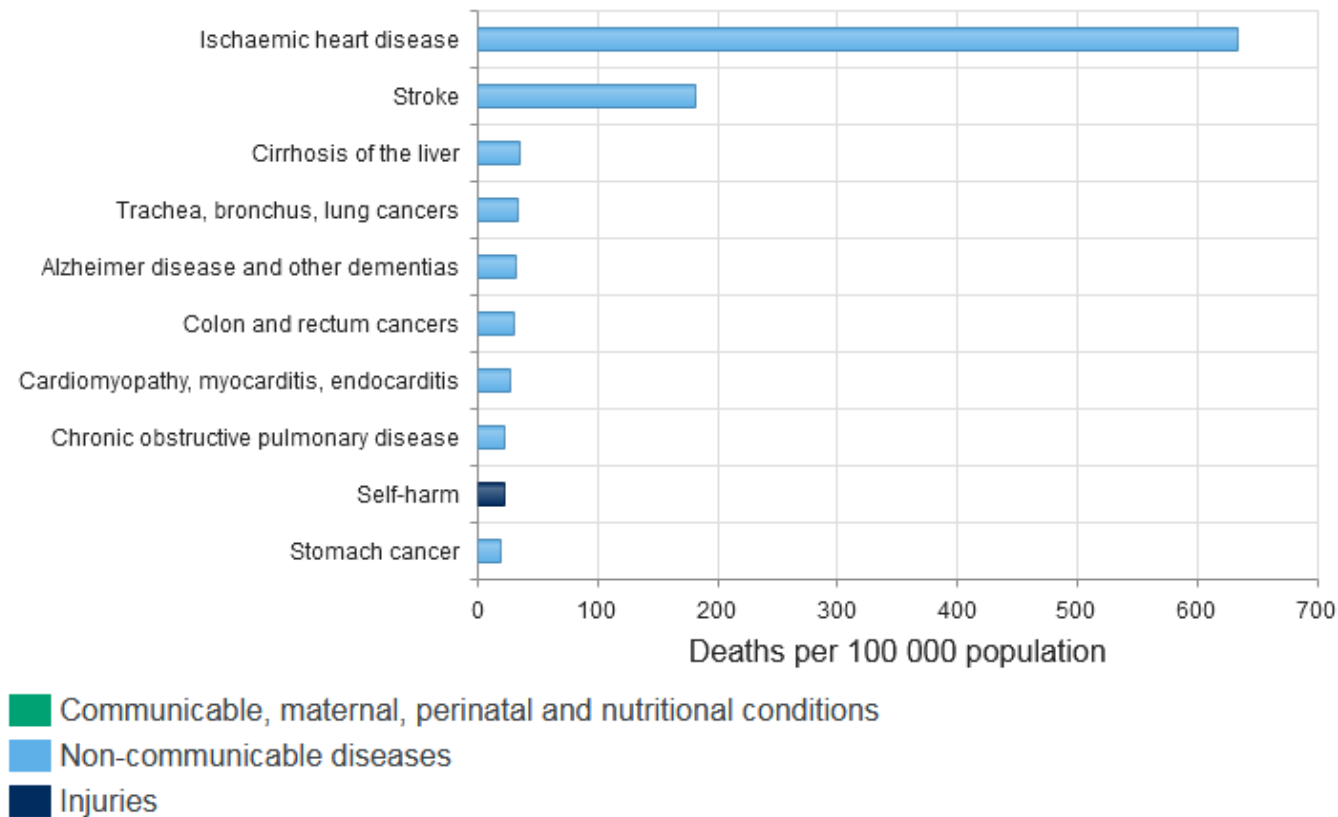
Кількість померлих в Україні в 2021 році Без урахування окупованих територій (Криму, Севастополя, частини Донбасу) (за причинами смерті)			
2021	Коди причин смерті за МКХ-10 (ICD-10)		
Усього		395892	100,00%
I Інфекційні та паразитарні хвороби		3716	0,94%
туберкульоз	A15-A19	1705	0,43%
хвороба, зумовлена ВІЛ (СНІД)	B20-B24	1348	0,34%
II Новоутворення		43159	10,90%
злоякісні	C00-C97	42788	10,81%
III Хвороби крові й кровотворних органів		124	0,03%
IV Ендокринні хвороби, порушення обміну речовин		1293	0,33%
цукровий діабет	E10-E14	1187	0,30%
V Розлади психіки та поведінки		517	0,13%
внаслідок вживання алкоголю	F10	412	0,10%
VI Хвороби нервової системи		2533	0,64%
IX Хвороби системи кровообігу		248231	62,70%
ішемічна хвороба серця	I20-I25	172932	43,68%
алкогольна кардіоміопатія	I42.6	2093	0,53%
цереброваскулярні хвороби	I60-I69	48008	12,13%
X Хвороби органів дихання		12898	3,26%
грип та пневмонія	J10-J18	9951	2,51%
XI Хвороби органів травлення		14114	3,57%
алкогольна хвороба печінки (цироз)	K70	1014	0,26%
XII Хвороби шкіри та підшкірної клітковини		348	0,09%
XIII Хвороби кістково-м'язової системи		197	0,05%
XIV Хвороби сечостатевої системи		1569	0,40%
XV Вагітність, пологи, післяпологовий період		50	0,01%
XVI Стани, що виникають у перинатальному періоді		641	0,16%
XVII Природжені вади розвитку, хромосомні аномалії		530	0,13%
XVIII Симптоми, що не класифіковані в інших рубриках		13358	3,37%
XX Зовнішні причини смерті		16328	4,12%
транспортні нещасні випадки	V01-V99	1828	0,46%
утоплення	W65-W74	1016	0,26%
випадки, спричинені дією диму та полум'я	X00-X09	763	0,19%
отруєння отруйними речовинами (крім алкоголю)	X40-X44, X46-X49	957	0,24%
отруєння алкоголем	X45	1095	0,28%
навмисне самоушкодження	X60-X84	3588	0,91%
наслідки нападу з метою убивства	X85-X99, Y00-Y09	749	0,19%
XXII Інші (коди для особливих цілей)		36273	9,16%
COVID-19, вірус ідентифікований	U07.1	35699	9,02%
COVID-19, вірус неідентифікований	U07.2	574	0,14%

Табл. 1.2. Причини смертності в Україні станом на січень 2022 р.(за даними Державної служби статистики України) Джерело: <http://www.ukrstat.gov.ua>

Кількість померлих в Україні в 2022 році (за причинами смерті)			
	2022	Коди причин смерті за МКХ-10 (ICD-10)	
Усього	57248		100,00%
I Інфекційні та паразитарні хвороби	483		0,84%
з них: туберкульоз		A15-A19	244 0,43%
хвороба, зумовлена ВІЛ (СНІД)		B20-B24	158 0,28%
II Новоутворення	5777		10,09%
з них: злоякісні		C00-C97	5720 9,99%
III Хвороби крові й кровотворних органів	21		0,04%
IV Ендокринні хвороби, порушення обміну речовин	220		0,38%
з них: цукровий діабет		E10-E14	200 0,35%
V Розлади психіки та поведінки	67		0,12%
з них: внаслідок вживання алкоголю		F10	46 0,08%
VI Хвороби нервової системи	444		0,78%
IX Хвороби системи кровообігу	36724		64,15%
з них: ішемічна хвороба серця		I20-I25	25618 44,75%
алкогольна кардіоміопатія		I42.6	379 0,66%
цереброваскулярні хвороби		I60-I69	7110 12,42%
X Хвороби органів дихання	1992		3,48%
з них: грип та пневмонія		J10-J18	1512 2,64%
XI Хвороби органів травлення	2249		3,93%
з них: алкогольна хвороба печінки (цироз)		K70	173 0,30%
XII Хвороби шкіри та підшкірної клітковини	52		0,09%
XIII Хвороби кістково-м'язової системи	30		0,05%
XIV Хвороби сечостатевої системи	224		0,39%
XV Вагітність, пологи, післяпологовий період	6		0,01%
XVI Стани, що виникають у перинатальному періоді	88		0,15%
XVII Природжені вади розвитку, хромосомні аномалії	73		0,13%
XVIII Симптоми, що не класифіковані в інших рубриках	1904		3,33%
XX Зовнішні причини смерті	2478		4,33%
з них: транспортні нещасні випадки		V01-V99	266 0,46%
утоплення		W65-W74	46 0,08%
випадки, спричинені дією диму та полум'я		X00-X09	163 0,28%
отруєння отруйними речовинами (крім алкоголю)		X40-X44, X46-X49	191 0,33%
отруєння алкоголем		X45	207 0,36%
навмисне самоушкодження		X60-X84	389 0,68%
наслідки нападу з метою убивства		X85-X99, Y00-Y09	111 0,19%
XXII Інші (коди для особливих цілей)	4413		7,71%
з них: COVID-19, вірус ідентифікований		U07.1	4332 7,57%
COVID-19, вірус неідентифікований		U07.2	81 0,14%

• Без урахування окупованих територій (Криму, Севастополя, частини Донбасу)

Рис. 1.2. Найбільш поширені 10 причин смерті по Україні на 2019 рік по обох статях та всіх вікових категоріях (за даними ВООЗ)

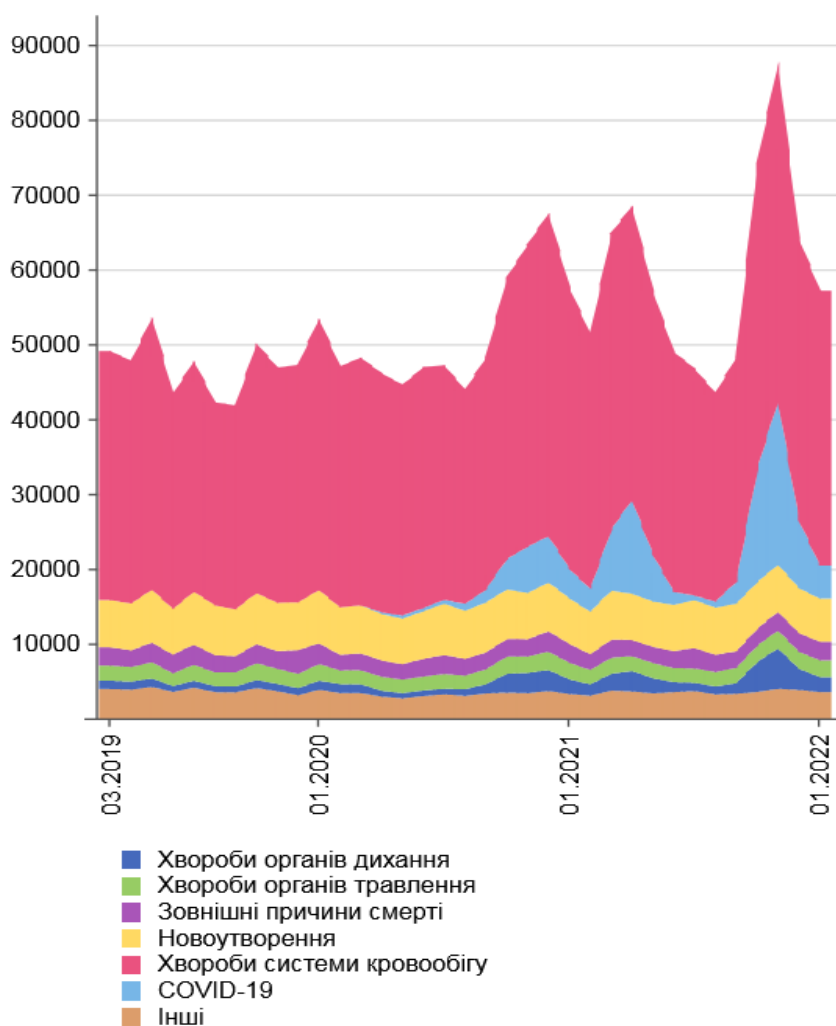


Умовні позначення: На графіку блакитним кольором позначено НІЗ (на вертикальній вісі, згори вниз: ішемічна хвороба серця, інсульт, цироз печінки, рак легенів, бронхів та трахеї, хвороба Альцгеймера, рак товстої та прямої кишки, кардіоміопатія, міокардит, ендокардит, хронічне обструктивне захворювання легень та рак шлунку), синім кольором позначено травми і зеленим кольором (зелені позначення відсутні серед 10-ти найбільш поширених причин смерті в Україні) – інфекційні захворювання, ускладнення під час вагітності, пологів та післяпологового періоду, а також хвороби, пов’язані з недостатнім харчуванням. Горизонтальна вісь позначає кількість смертей на 100 000 населення. Завантажено 22 вересня 2021 року

Табл. 1.3. Тривалість життя при народженні в Україні для чоловіків та жінок усіх вікових категорій станом на 2019 р. (за даними ВООЗ)⁴⁴

	Очікувана тривалість життя при народженні			Очікувана тривалість життя у віці 60 років		
	обидві статі	чоловіки	жінки	обидві статі	чоловіки	жінки
2019	73,02	68	77,81	19,49	16,43	21,73
2015	72,2	67,21	76,96	18,93	15,93	21,12
2010	70,2	65,2	75,1	17,68	14,88	19,81
2000	67,53	62,06	73,24	16,77	14,04	18,83

Рис. 1.3. Причини смертності в Україні за останні 5 років (графік Державної служби статистики України), станом на січень 2022 р.



⁴⁴ Інформацію завантажено з офіційного вебсайту ВООЗ 22 вересня 2021 року.

Рис. 1.4. Загальна кількість померлих в Україні, 2015-2021 рр. (за даними Державної служби статистики України)⁴⁵



Рис. 1.5. Динаміка причин смертності в Україні, 2015-2021 рр. (за даними Державної служби статистики України): Вагітність, пологи та постпологовий період



⁴⁵ Джерело даних для Рис. 1.8.-1.12: <https://index.minfin.com.ua/ua/reference/people/deaths/>

Рис. 1.6. Динаміка причин смертності в Україні, 2015-2021 рр. (за даними Державної служби статистики України) : Інфекційні захворювання разом з COVID-19

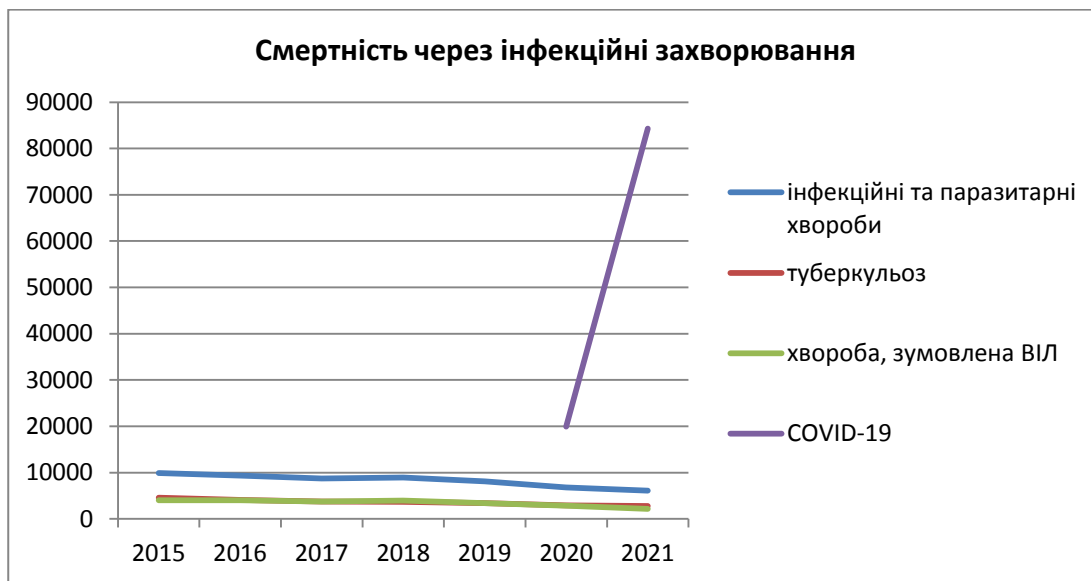


Рис. 1.7. Динаміка причин смертності в Україні, 2015-2021 рр. (за даними Державної служби статистики України): Інфекційні захворювання без COVID-19

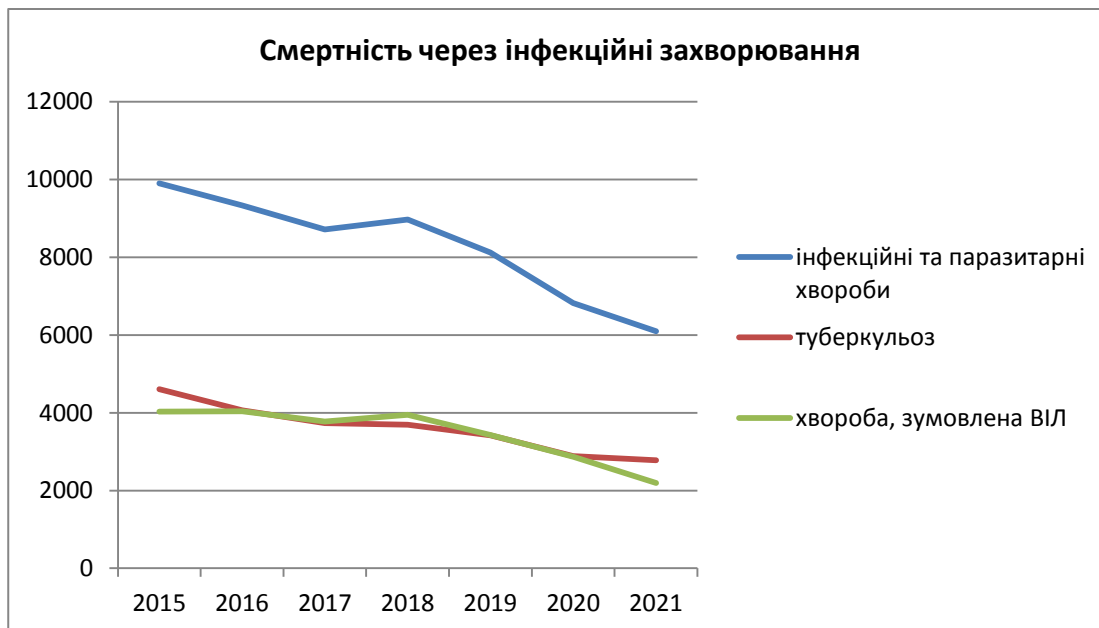


Рис. 1.8. Динаміка причин смертності в Україні, 2015-2021 рр. (за даними Державної служби статистики України): Хвороби кровообігу



Рис. 1.9. Динаміка причин смертності в Україні, 2015-2021 рр. (за даними Державної служби статистики України): Злоякісні утворення



Рис. 1.10. Динаміка причин смертності в Україні, 2015-2021 рр. (за даними Державної служби статистики України): Цукровий діабет



Рис.1.11. Захворюваність населення України, 1992-2017 рр. (за даними Державної служби статистики України)



Звернення до лікаря з приводу хвороб системи кровообігу в Україні тенденційно частішали з середини 1990 рр. (Рис. 1.11.-1.13.) і перед початком війни (станом на кінець 2021 р.) смертність через хвороби системи кровообігу зростала стрибками (Рис. 1.3., 1.8.). Станом на грудень 2021 р. хвороби системи кровообігу були причиною 62.7% зареєстрованих смертей (248231 випадок) в Україні і 64,15% смертей, зареєстрованих у січні 2022 р. (36724 випадки) (Табл. 1.1.-1.2.)

Від початку війни у 2014 р. в Україні спостерігається зменшення звернень до лікаря, і також відповідно помітно загальне зниження зареєстрованих нових випадків серед різних категорій захворювань (Рис. 1.11-1.13). Ведення обліку та збір медико-статистичних даних, так само, як діагностика, реєстрація нових випадків та надання медичних послуг клієнтам, які вже є на обліку, є ускладненими, особливо на тимчасово окупованих територіях, які є найбільш населеними регіонами України. Наявність внутрішньо-переміщених осіб також ускладнює процес. Після початку повномасштабного вторгнення у лютому 2022 р. ведення статистики щодо медичних послуг має додаткові бар'єри, зокрема через те, що українці, які виїхали закордон, отримують медичні послуги та психологічну допомогу там і їхні дані не реєструються в українських медичних закладах (Xu et al., 2023).

Також з початком війни у 2014 р. знизилася споживання більшості категорій продуктів харчування. Зокрема, споживання м'ясопродуктів, риби, овочів та фруктів помітно впало; станом на 2021 р. споживання фруктів демонструвало тенденцію до відновлення. Стабільною тенденцією з 2010 р. є зменшення в в раціоні українців хлібних виробів (Рис. 1.14).

Рис. 1.12. Захворюваність населення України, 1992-2017 рр. (всі категорії захворювань) (за даними Державної служби статистики України)⁴⁶

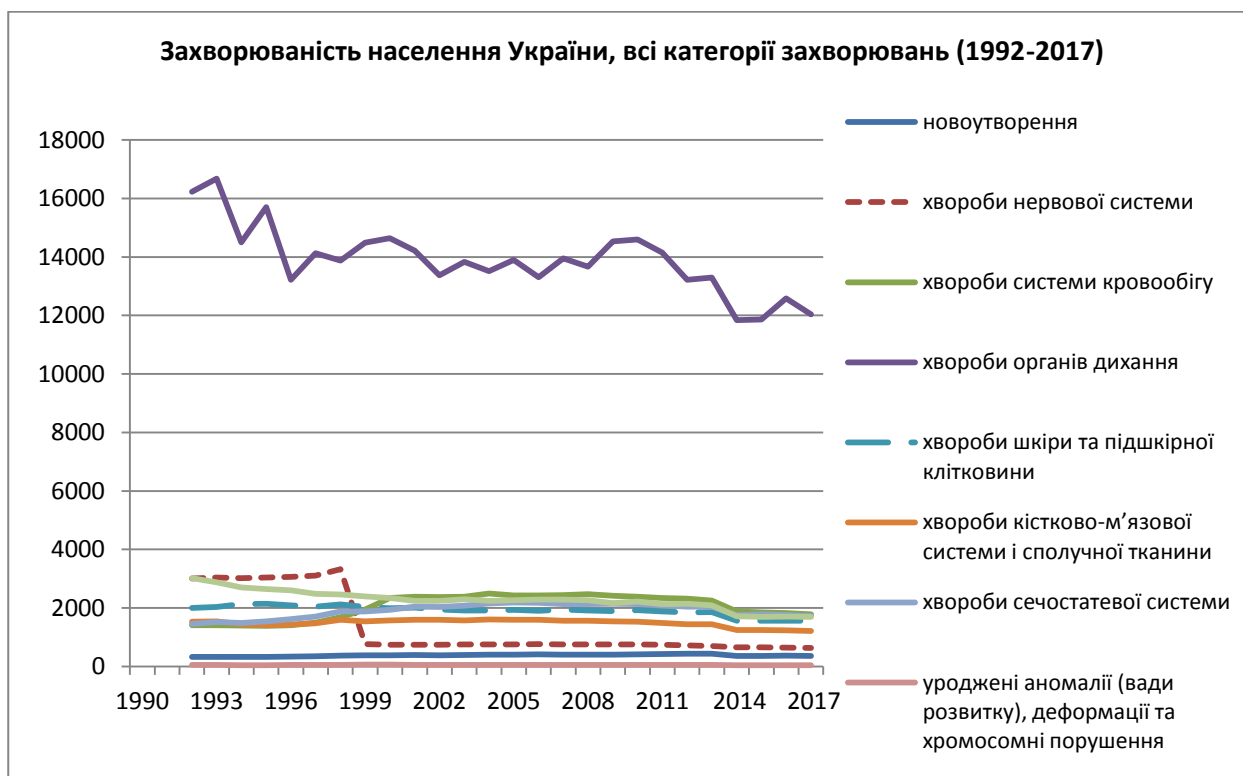
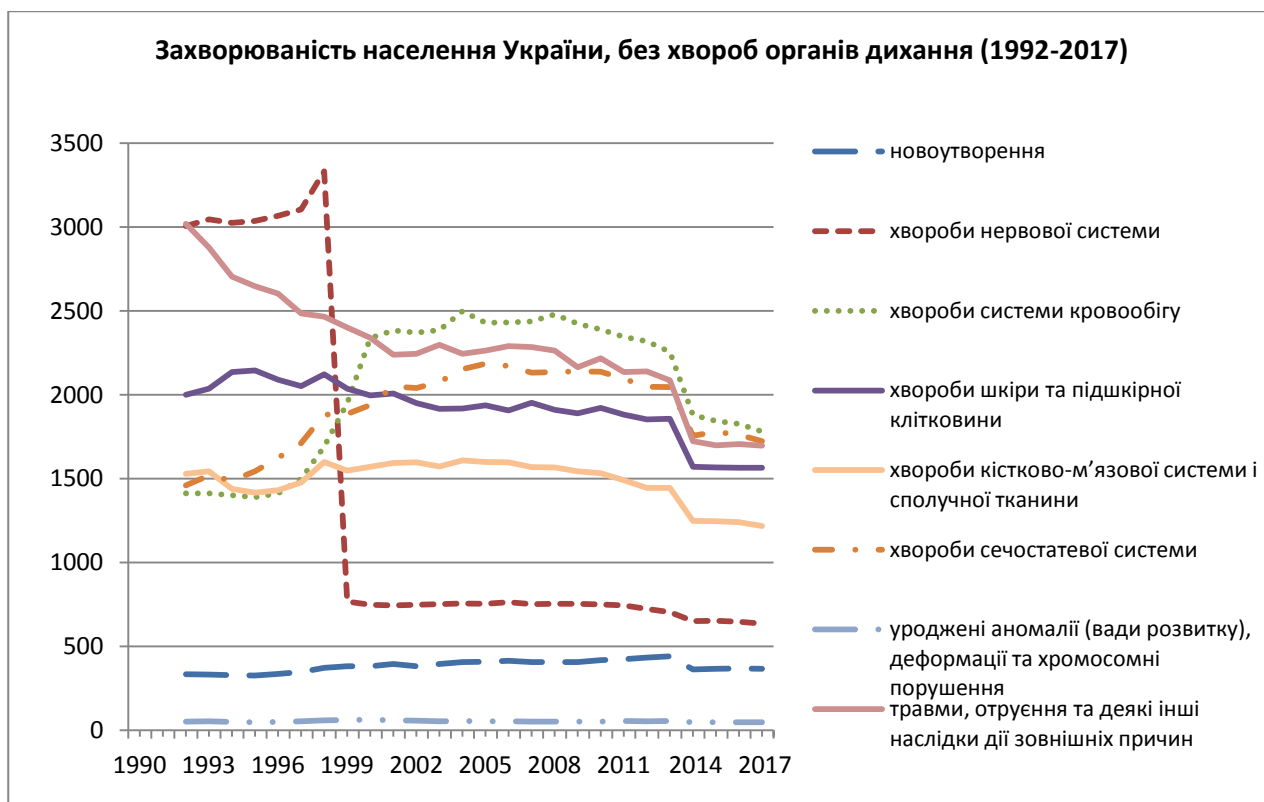
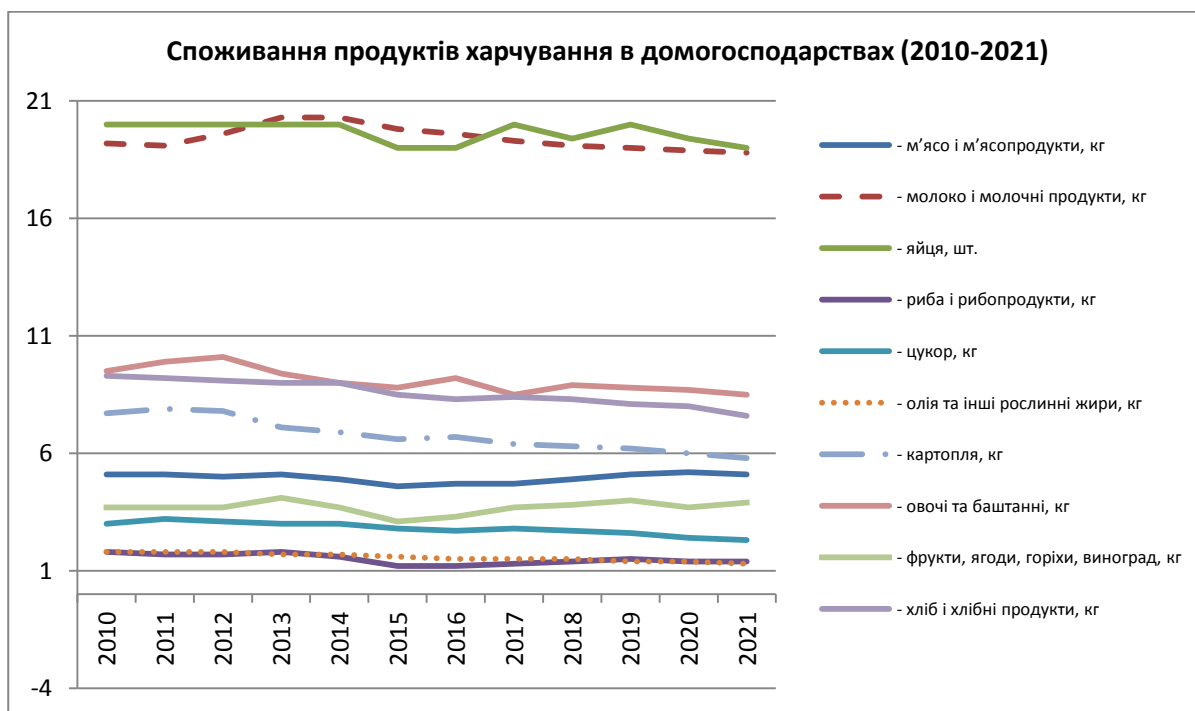


Рис. 1.13. Захворюваність населення України, 1992-2017 рр. (без захворювань органів дихання) (за даними Державної служби статистики України)



⁴⁶ Згідно з МКХ-10, починаючи з 1999 р., з класу хвороб нервової системи і органів чуття вилучені і сформовані в окремі класи хвороби ока та його придаткового апарату і хвороби вуха та соскоподібного відростка.

Рис. 1.14. Споживання продуктів харчування в домогосподарствах в Україні, 2010-2021 рр. (за даними Державної служби статистики України)



У лютому 2022 р. розпочалося повномасштабне вторгнення в Україну; це найбільша наземна війна в Європі з часів Другої світової війни (Pavlova et al., 2022). Як і у випадках з іншими збройними конфліктами, війна несе високу ймовірність негативних наслідків для здоров'я населення. Війни спричиняють довготривалу фізичну та психологічну шкоду дітям і дорослим, зменшення людського капіталу, збільшення сирітства, недостатнє харчування, ендемічну бідність та соціальний занепад. Наслідки війни на психічне здоров'я описані у чималій кількості монографій та офіційних звітів, хоча багато наслідків війни проходять незадокументованими (для більш детального огляду див. Murthy & Lakshminarayana, 2005). Поточних даних про психічне здоров'я українців мало і поки що докази щодо наслідків війни у здоров'ї можуть існувати тільки проміжні (Pavlova et al., 2022). Ця ситуація є типовою не лише для українського контексту, адже більшість досліджень впливів збройних конфліктів на здоров'я зосереджувалися на ветеранах та цивільних, хто вижив після війни, чи на біженцях. Під час активного збройного конфлікту на території, де іде війна, мало доступних даних. Дані наявних досліджень свідчать про погіршення

психоемоційного стану опитаних українців (97,8%), симптоми депресії (84,3%), виснаженості (86,7%), самотності (51,8%), стурбованості (84,4%) та гніву (76,9%) (Kurapov et al., 2023). Опубліковані дані також дають змогу зробити висновок, що жінки потерпають від стресорів війни в Україні більше, ніж чоловіки (Kurapov et al., 2023). Інше дослідження, проведене у 2022 р. (Karatzias et al., 2023), звітує про високий рівень нараження на стрес серед його учасників (всі респонденти відмітили хоча б один стресор, пов'язаний з війною; в середньому кількість досвідів війни налічувала дев'ять і стресори типово існували кластерно). Автори також повідомляють про наявність зв'язків «доза-ефект», тобто учасники з найбільшим нараженням на стрес відповідали більшій кількості діагностичних клінічних критеріїв для посттравматичного розладу (ПТСР) чи комплексного посттравматичного розладу. У вибірці діагностичним критеріям ПТСР відповідали 25,9% респондентів, і додаткові 14,6% відповідали критеріям комплексного ПТСР (Karatzias et al., 2023).

Соціологічні дослідження зв'язків між соціумом та здоров'ям в Україні

Взаємозв'язки між соціальним світом та здоров'ям людини широко вивчалися як зарубіжними, так і українськими соціальними науковцями. Окрім моніторингу рівнів захворюваності та смертності, медична галузь української соціології займається дослідженнями соціально-економічних детермінантів здоров'я, ставленнями до процесів у галузі медицини та охорони здоров'я (приміром, вакцинації дітей, медичної реформи, неформальних платежів, вимог до статусу вакцинації під час епідемії COVID-19 тощо) та соціокультурними чинниками у здоров'ї (Соціальні наслідки пандемії COVID-19: соціологічні аспекти, 2021). Найбільш систематично розробленими дослідницькими нішами у галузі здоров'я у вітчизняній соціології є впливи соціально-економічної нерівності на здоров'я, зокрема, ефекти соціальної стратифікації та соціального класу у показниках здоров'я та доступі до медичних послуг (Злобіна, 2018; Левчук, 2007; Симончук, 2018; Чепурко & Соболева, 2017).

Соціологічне вивчення здоров'я в Україні робить наголос на моніторингових дослідженнях. Зокрема, на поточний момент опубліковано результати масштабних репрезентативних опитувань, проведених Київським міжнародним інститутом соціології (КМІС), та систематичних моніторингових опитувань, проведених Інститутом соціології НАН України, що зосереджуються на макрорівневих питаннях відтворення фінансової, професійної та освітньої стратифікації у розподілі показників здоров'я українського населення та формуванні відповідних градієнтів у здоров'ї українців (приміром, Українське суспільство: моніторинг соціальних змін, 2015-2019; Українське суспільство 1992-2013. Стан та динаміка змін. Соціологічний моніторинг (2013); Українське суспільство. Двадцять років незалежності. Соціологічний моніторинг (2011); Українське суспільство 1992-2010. Соціологічний моніторинг (2010); Українське суспільство 1992-2009. Динаміка соціальних змін (2009)).

Українські соціологічні дослідження здоров'я ефективно висвітлюють локальний контекст таких глобальних проблем, як інфекційні та неінфекційні захворювання (STEPS⁴⁷), самооцінка стану здоров'я та якості життя (Петрушина & Саєнко, 2013), соціальне самопочуття, психічне здоров'я та добробут (Головаха, 2004; Головаха, 2007), дитяче здоров'я, репродуктивне здоров'я та застосування контрацепції (дослідження, проведені Київським міжнародним інститутом соціології (КМІС) у 1996-1999 роках), а також наслідки у сфері здоров'я, пов'язані із пандемією COVID-19 в Україні (Симончук, 2020; Степаненко, 2020; Чепурко, 2021).

Як вже згадувалось, одним з українських лідерів у проведенні соціологічних досліджень у сфері здоров'я та медицини виступає Київський міжнародний інститут соціології (КМІС). КМІС першим в Україні провів серію епідеміологічних досліджень, репрезентативних для усієї України та окремих її

⁴⁷ Вебсайт проекту STEPS: <https://www.phc.org.ua/kontrol-zakhvoryuvan/neinfekciyni-zakhvoryuvannya/nacionalne-doslidzhennya-steps-v-ukraini>

регіонів; деякі зі створених в результаті цих опитувань масивів даних досі залишаються основним джерелом надійної інформації в галузі охорони здоров'я та медичної статистики в Україні (<https://www.kiis.com.ua/?lang=ukr&cat=health>). В межах діяльності КМІС було створено кілька масивів даних з загальнонаціональних («Дослідження матерів та дітей в Україні» (1996), «Репродуктивне здоров'я жінок в Україні» (1999), «Здоров'я та добробут в перехідних суспільствах» (2000), «Психічне здоров'я населення України» (2002)) та регіональних («Неформальні виплати в медицині» (1999), «Опитування про материнство, аборт та безпліддя в Одесі» (1999), «Довготривалі наслідки впливу Чорнобильської аварії на психічне здоров'я» (2005), «Оперативне соціокультурне дослідження користування презервативами серед учнівської молоді Вінницької області» (2006)) проєктів. КМІС також проводив дослідження, пов'язані із тематикою ВІЛ/СНІД, зокрема: «Експертні інтерв'ю з представниками груп ризику та НДО, що працюють у сфері проблем ВІЛ/СНІД» (2003), «Молодь Києва і проблеми профілактики ВІЛ/СНІД» (2003), «Якісне дослідження ризикової поведінки київської молоді» (2003-2004), «Оцінка чисельності груп населення з високим ризиком інфікування ВІЛ» (2005), «Якісне дослідження чоловіків, що мають секс з чоловіками» (2005), «Тестування протоколу добровільного консультування і тестування» (2006-2007), «Молодь та ВІЛ/СНІД: знання та поведінка» (2007), «Дослідження вразливості людей, що живуть з ВІЛ/СНІД» (2007).

Результати дослідження «Здоров'я та добробут в перехідних суспільствах» (2000, N=2293) дозволили побудувати метрику, яка оцінювала зв'язок між добробутом та суб'єктивним статусом здоров'я. Складові такого індексу здоров'я та добробуту інтегрували доходи та витрати домогосподарства, житлові умови та наявність автомобіля. В результаті було продемонстровано градієнт, де найбільш бідніша категорія опитаних оцінювала свій стан здоров'я в 1,3 рази нижче, ніж найзаможніша категорія учасників опитування (звіт про результати є доступний на сайті КМІС: https://www.kiis.com.ua/materials/articles/health_survey.pdf). Моніторинг КМІС

1995-2006 років також показав, що самооцінка стану здоров'я в Україні почала підніматися з 2001 року, хоча до цього вона повільно падала.

Дослідження «Психічне здоров'я населення України» (2002, N=4725 респондентів віком від 15 і старше) вказує на два важливі аспекти чинників здоров'я та захворюваності в Україні. Зокрема, один з найбільших чинників ризику для здоров'я у сучасному епідеміологічному профілі нашої країни – алкоголізм (зловживання алкоголем та алкогольна залежність) – виявився найбільш поширеним розладом серед опитаних українців чоловічої статі (26,5%)⁴⁸, зачіпаючи не лише молодь, але і працездатні середні вікові групи населення. Факторами ризику алкогольної залежності виступали розлучений шлюбний статус, низький рівень освіти, достатня фінансова забезпеченість, куріння та перебування у депресії (звіт є доступний на сайті КМІС: https://www.kiis.com.ua/materials/articles/health_survey.pdf, с.3-4).

Стосовно поширеності депресивного розладу, українські дані підтримують загальні світові емпіричні спостереження соціальних епідеміологів, що жінки страждають на депресію частіше (20,8%), ніж чоловіки (9,7%), однак українські тенденції дещо вищі порівняно із європейськими. Частка жінок, які мали депресію коли-небудь у своєму житті, була незначно вищою в Україні (18,3%) порівняно з Європою (16,5%), тоді як частка жінок, що зіткнулася з цією проблемою упродовж останніх 12 місяців, в Україні була суттєво більшою (5,0% проти 1,6%). Люди похилого віку в українській вибірці страждали на депресію незалежно від статі. Буферними чинниками, що захищали від депресії в Україні, були студентський статус або вища освіта, добре фізичне здоров'я та наявність надійної соціальної підтримки (звіт є доступний на сайті КМІС: https://www.kiis.com.ua/materials/articles/health_survey.pdf, с.4).

Щодо показників психологічного стану та емоційного настрою українців, то вони є найгіршими в селах та маленьких містах, а також у тих регіонах, що зазнали воєнних дій унаслідок конфлікту на Донбасі (Dembitskyi, 2016;

⁴⁸ Показник, що втричі перевищував тогочасні європейські параметри (9,3%).

Загороднюк, 2016; Корнацький, Михальчук, & Дяченко, 2018). Так само залишає бажати кращого сама система надання медичних послуг та підтримки у галузі психічного здоров'я в Україні (Корнацький, Михальчук, & Дяченко, 2018).

Неінфекційні захворювання є головною причиною смертності у епідеміологічному профілі у сучасному світі, в тому числі в Україні (Табл. 1.1.-1.2., Рис. 1.1.-1.3). Дослідження факторів ризику неінфекційних захворювань в Україні в межах «Поетапного підходу ВООЗ до епідеміологічного нагляду за факторами ризику неінфекційних захворювань» (англ. STEPwise approach to noncommunicable disease risk factor surveillance, STEPS), проведене в 2019 році (N=4609, 37,4 % чоловіків, 62,6 % жінки, 18-69 років), виявило високу поширеність неінфекційних захворювань (гіпертензія, або підвищений артеріальний тиск ⁴⁹, діабет, підвищений холестерин, ожиріння) серед українського населення, а також відповідних факторів ризику (STEPS, 2019, с.viii). Підвищений артеріальний тиск мали 34,8 % українців; у кожного дев'ятого дорослого спостерігався артеріальний тиск на рівні 160/100 мм рт. ст. З опитаних 5.9 % мали діабет (в тому числі, не діагностований раніше, за аналізом біомаркерів). Лише дві п'ятих (39,6 %) населення України мали нормальну вагу; майже три п'ятих (59,1 %) мали надмірну вагу, і серед них 24% мали ожиріння. При цьому Україна до 2019 року не мала загальнонаціональних репрезентативних даних про основні чинники неінфекційних захворювань, медична статистика з яких могла б спрямовувати науково-обґрунтовані рішення в сфері розробки політик та впровадження інтервенцій (Мальцева, 2021b).

В Україні основний наслідок неінфекційних захворювань зумовлюється чотирма хворобами: серцево-судинними захворюваннями, діабетом, онкологічними захворюваннями та хронічними обструктивними захворюваннями легенів (STEPS, 2019, с.viii) (для порівняння: Табл. 1.1., Рис. 1.12-1.13). Ці хвороби виступають як суттєвий соціальний та економічний

⁴⁹ Підвищений тиск визначається як показники систолічного артеріального тиску на рівні чи вище 140 мм рт. ст. та/або діастолічного артеріального тиску на рівні чи вище 90 мм рт. ст.; артеріальний тиск збільшується з віком.

тягар, з огляду на те, що вони призводять до тривалої недієздатності, зниження матеріальної забезпеченості та психологічного добробуту родин, зменшення продуктивності праці, а також вимагають додаткових витрат з боку системи охорони здоров'я (Мальцева, 2021b). В своїй передмові до звіту про результати дослідження STEPS тогочасний міністр охорони здоров'я України Максим Степанов вказував, що в Україні неінфекційні захворювання є причиною більш ніж 80 % втрачених років потенційного життя через передчасну смерть та інвалідність, а також 90 % всіх смертей з високим рівнем передчасної смерті (STEPS, 2019, с.viii). Майже 80 % загальної чисельності померлих в Україні припадає на хвороби системи кровообігу, онкології, хвороби органів дихання (STEPS, 2019, с.viii). Це також знижує рівень очікуваної тривалості життя, що в Україні складає 72 роки (66,3 роки для чоловіків, 76,3 роки для жінок), що є значно нижчим показником, порівняно з рештою країн європейського регіону (STEPS, 2019, с.viii).

В Україні високі показники поширеності також мають інфекційні захворювання (приміром, туберкульоз (Рис.1.6.-1.7.)), причому кількість зареєстрованих нових випадків захворювання на соціально-небезпечні хвороби в Україні за останні 20 років зростає (Клименко, 2023). За офіційними даними Центру громадського здоров'я МОЗ України, на 1 жовтня 2022 року в Україні налічувалося 245 тис. ВІЛ-позитивних громадян. Хоча за 2022 рік було виявлено на 18 % менше, ніж за попередній довоєнний 2021 рік (11871 порівняно із 14556 нових хворих), через ведення активних бойових дій та припинення діяльності профільних медичних закладів на тимчасово окупованих територіях кількість тестувань зменшилася на 26% (1,4 млн. проб) (Клименко, 2023). Проте за той саме період погіршилася ситуація із захворюванням туберкульоз: на 2,5 % зросла кількість уперше зареєстрованих захворювань та рецидивів, що на 1 жовтня 2022 року становило 18510 випадків (порівняно з 18241 інфікованими у 2021 році). Водночас Україна продовжує зберігати статус країни із середнім рівнем поширення вірусних гепатитів, захворюваність на які коливається в діапазоні 2,2 % (880 тис.) для гепатиту В та

3 % (1,2 млн. людей) для гепатиту С (Клименко, 2023). Ризики інфікування соціально-небезпечними хворобами вивчаються українськими науковцями як в площині моніторингу, так і в площині аналізу чинників ризику (Клименко, 2023; Чепурко, 2023). Нові захворювання, як-от коронавірусна інфекція (SARS-CoV-2), уразила українців, як і мешканців багатьох інших країн, особливо вразливі групи. Пандемія COVID-19 залишила негативні соціальні наслідки для українського населення, в тому числі, через збіг із повномасштабним вторгненням у лютому 2022 року (Чепурко, 2022).

Основні фактори ризику хронічних захворювань, що є відповідальними за більшість завчасних смертей та втрати років без інвалідності, включають куріння, зловживання алкоголем, неправильне харчування та недостатні фізичні навантаження (нерухливий спосіб життя). За результатами опитування STEPS, в Україні спостерігається дуже висока поширеність чинників ризику, як біологічних, так і поведінкових, що пов'язані з неінфекційними захворюваннями. Особливо це стосується куріння та частого споживання алкоголю з великим обсягом вжитих доз за один епізод (STEPS, 2019, с. 60). В надмірному епізодичному вживанні та алкогольній залежності в Україні лідерами є чоловіки (випереджаючи жінок в три рази у випадку надмірного епізодичного вживання та в три-чотири рази у випадку залежності від алкоголю), але безвідносно щодо статі майже кожний п'ятий (19,7 %) опитаний українець вживав більше, ніж шість доз алкоголю за один епізод (STEPS, 2019, с. 60).

Щодо куріння в Україні, то курить третина опитаного населення (33,9%) віком 16-69 років, серед них 50,3 % всіх чоловіків і 16,7 % жінок (тобто кожна шоста жінка в Україні є активним курцем). Також куріння зростає серед жінок, особливо у групі від 18 до 29 років, і серед представниць цієї групи у половині випадків (48,8 %) спроби кинути палити видалися невдалими; загалом кожен п'ятий (21 %) активний курець обох статей намагався кинути курити, але безрезультатно (STEPS, 2019, с. 60). Також помітною тенденцією серед курців виявилось те, що в практику тютюнопаління наразі включаються більш старші

групи українців, тим часом, як молодь у віці 18-29 років вживає електронні сигарети, нагрівання тютюну (зокрема, куріння кальяну) та подібні варіанти цієї практики, що у майбутньому може сприяти зростанню показників куріння серед цих груп населення (STEPS, 2019, с.60).

Ситуація з харчуванням також демонструвала невтішний результат: дві третини (66,4 %) опитаних не включали в свій раціон необхідних щоденних п'яти порцій овочів та фруктів. Тим часом середнє споживання солі на добу становило 12,6 г, що вдвічі перевищує рекомендовані 5 г на добу (добової норми вживання солі дотримувались лише 13 % українців).

З іншого боку, фізична активність в Україні має один з найвищих показників у Європейському регіоні дослідження ВООЗ. Лише 10 % опитаного населення не дотримувались рекомендації ВООЗ щодо 150 хвилин фізичних навантажень середньої інтенсивності щотижнево (STEPS, 2019, с.60). Показники, однак, були гірші в містах, ніж в селах. Фізичні навантаження у вибірці, як правило, були пов'язані з вимогами робочого місця, а не з заняттями спортом, і чоловіки мали більш високі показники в плані щотижневих фізичних навантажень, ніж жінки (Мальцева, 2021b).

Щодо психічного здоров'я, за результатами STEPS, кожний восьмий (12,4 %) дорослий в Україні повідомляв про комплекс клінічних симптомів, що дозволяють діагностувати депресію, однак лише 3 % отримували допомогу у зв'язку із своїм психологічним станом, 0,4 % медикаментозно (STEPS, 2019, с.60-61).

В цьому контексті додатковим джерелом знання про стан здоров'я та використання медичних послуг та медичної допомоги виступає корпус моніторингових досліджень «Індекс здоров'я», що дозволяють описати суб'єктивні (самопочуття) та об'єктивні аспекти здоров'я та поведінки, пов'язаної із здоров'ям (зокрема, маса тіла, харчування/раціон, відвідування поліклінік, проходження медоглядів, місячний бюджет на ліки тощо) різних категорій населення України (наприклад, Індекс здоров'я 2016-2020) (Степурко, Семигіна, Барська, Захожа, & Харченко, 2018).

У глобальному масштабі, вітчизняна соціологія поділяє спільні тенденції із світовою соціологією здоров'я, з точки зору тих аспектів, що наразі зазнають критичної уваги. Передусім, критиці піддається відсутність в соціологічному аналізі достатньої уваги до посилок еволюційного підходу до захворювань людини та взаємодії організму людини з патогенами; це зауваження також стосується тенденцій у медичній освіті, яка виключає еволюційний процес з дослідницького контексту сучасної картини захворювань та навчальних програм (Andrews, 2020; Andrews et al., 2020; Nesse, 2000; Nesse & Williams, 1998). По-друге, у сучасних дослідженнях в полі соціології здоров'я наголошується важливість міждисциплінарності та соціально-біомедичного синтезу у дослідженні зв'язків між суспільством та здоров'ям, для вивчення ролі та значення соціальних чинників у здоров'ї та механізмів їхньої дії у формуванні патернів захворюваності, старіння та смертності в різних країнах. Цей процес має два аспекти: з одного боку, необхідним видається включення більш широкого спектру біомедичного знання в соціологічну галузь, що вивчає здоров'я; з іншого боку, необхідним є залучення досліджень ролі соціальних чинників у здоров'ї у біомедичні дослідження, в тому числі, включення соціальної компоненти здоров'я у освітні програми медичних ЗВО України. В цьому контексті також важливим є відносно новий, але доволі виражений інтерес українських медиків до чинників соціальної природи у здоров'ї та спроби інтенсифікації міждисциплінарної комунікації між медиками та соціальними науковцями України в межах кількох міжнародних проектів, в тому числі освітніх, що поєднують викладачів та науковців з Норвегії, Нідерландів, Грузії, України тощо (BIHSENA (Поєднання Інновацій, Здоров'я і Суспільств: освітній розвиток потенціалу в сусідніх регіонах Східної Європи), Erasmus+). Ця зацікавленість культивує більш плідне вивчення соціальних детермінантів здоров'я в Україні та країнах-партнерах, сприяє запровадженню освітніх інновацій у сфері медицини та споріднених сферах соціологічної науки, а також дає змогу поєднати знання про біологічні та соціальні джерела здоров'я та захворювань у процесі професійної підготовки студентів-медиків. В

цьому контексті слід згадати проєктні дослідження та опубліковані праці Ю. Вернигор, Т. Черниш, Т. Юрочко тощо (Степурко, Семигіна, Барська, Захожа, & Харченко, 2018).

Крім дослідження соціально-економічних детермінантів здоров'я, у сучасній українській соціології також традиційно склалися вітчизняні наукові напрямки та інтелектуальні осередки, що займалися вивченням більш загального впливу суспільства (включаючи його структурну організацію, матеріальну культуру та особливості ментального ландшафту) на здоров'я. В Україні вплив соціокультурних чинників у здоров'ї вивчається в межах кількох традицій (Мальцева, 2021b).

Для ґрунтовного розуміння та пояснення колективних змін у сфері нормативності та поведінки, необхідне розуміння впливу складної взаємодії між стилем життя та ціннісними пріоритетами, що стосуються організації матеріальної сторони життя та його якості (Чепурко & Піддубний, 2017). Так, українці, хоча зацікавлені в поступі та змінах, не бачать результатів модернізації і песимістично оцінюють її перспективи (Чепурко & Піддубний, 2017). В цьому ключі важливими виступають результати досліджень Н. Соболевої щодо соціальних страхів як зворотної сторони цінностей, чи «анти-цінностей». Зокрема, результати досліджень останніх кількох років вказують на те, що принципові страхи українців мають соціально-економічну природу (приміром, підвищення цін на продукти харчування, зростання тарифів на комунальні послуги тощо) (Соболева, 2018, с. 285).

Як уже зазначалося раніше, здоров'я пов'язане зі стилем життя. Стиль життя як такий знаходиться під впливом великої кількості зумовлюючих чинників, зокрема, соціокультурної нормативності спільноти та її ціннісних орієнтирів, що мотивують поведінку. Згідно моніторингів, проведених Інститутом соціології НАН України у період з 2012 по 2018 рік, аксіологічні пріоритети українців поступово зсуваються у напрямку індивідуалістичної ціннісної моделі, з вираженим підвищенням інтересу до цінностей самовдосконалення, демократизації, просоціальних тенденцій, а також

матеріального комфорту та покращення якості життя. Вітальні цінності (в тому числі цінність здоров'я та родини) залишаються стабільними (Ручка, 2018). О. Злобіна також вказує, що українці стають дедалі більш індивідуалістично зорієнтованими в плані своїх ціннісних профілів і зразків життя, які вони бажають вести в ідеальній ситуації, а також більшими прихильниками демократії (Злобіна, 2016).

В цьому контексті, пов'язаному із стилем життя, показово, що попри ці тенденції, велика частка населення у всіх регіонах України таки не визначилася щодо того, чи у своїй поведінці та стилі життя вона наслідує нормативним зразкам, цінностям та традиціям західноєвропейських держав чи східнослов'янських держав (Загороднюк, 2017). Однак, Т. Загороднюк вказує на наявність певного рівня регіональності у перцепції нормативності серед українців усіх областей, хоча тяжіння до вектору східнослов'янських країн є помітним в усіх регіонах України (Загороднюк, 2017, с. 58).

Серед вітчизняних соціологічних досліджень, спрямованих на аналіз того, як індивіди розуміють своє місце у соціальному світі, варто згадати дослідження ставлення українців до власності, індивідуалістичних тенденцій, розуміння статусу та прагнення визнання та статусу (Суїменко & Петрушина, 2007), а також дослідження таких вимірів економічної культури в Україні, як роль реклами у світогляді та споживацької поведінки українців (Єфременко, 2005; Єфременко, 2006). Крім важливих емпіричних результатів, цідослідження залучають порівняння сприйняття індивідом самого себе зі сприйняттям образу групи за певними набором ознак, що збагачує результати залученням важливої соціально-психологічної інформації щодо порівняння себе з референтною групою. З соціально-психологічного погляду, зв'язки тенденцій споживання та асоціації споживання із сферою символічного також вивчала О. Злобіна (Злобіна 2013; Злобіна, Мартинюк, Соболева, & Тихонович, 2004).

Вплив стилю життя на психологічний стан та психічне здоров'я в Україні досліджувався, зокрема, Наталією Паніною – спочатку в контексті вивчення життєвого шляху та соціальної геронтології, а після Чорнобильської

техногенної катастрофи також в контексті тривожності, пов'язаної з підвищенням радіаційного фону та відсутності надійної інформації про медичні наслідки аварії. Саме Н. Паніній також належить великий обсяг методологічної роботи, пов'язаної з розробленням вимірювань складних психологічних конструктів, дотичних до проблематики тиску соціальних чинників та наслідків нерівності у здоров'ї, зокрема, її дослідження ціннісно-нормативної системи суспільства, психологічних ресурсів для копінгу та адаптації до нових соціальних ролей; впливу соціально-економічної нестабільності суспільства на перцепцію нормативного та ідеального стилів життя; а також вивчення чинників психологічного добробуту індивіда (наприклад, дослідження стресу та добробуту жінок, що стали матерями після аварії на ЧАЕС⁵⁰), що кульмінувало у розробці Інтегрального Індексу Соціального Самопочуття (ІСС)(Головаха, 2004; Головаха, 2007; Головаха & Паніна, 2005). Соціальне самопочуття, разом із його психологічним компонентом у нестабільній соціальній системі визначалися Паніною через міру відповідності реального стилю життя індивіда його ідеальній версії, закладеній в його соціальному статусі (соціальне самопочуття) та через міру відповідності реальної моделі способу життя його ідеальній версії, яку бачить сама людина в своїй життєвій перспективі (психологічне самопочуття). Цей акцент на важливості співвідношення між реальним та соціально-зумовленим/індивідуально значущим способами життя дещо наближається до концептуалізації споріднених явищ у моделі культурного консонансу – концепту, який описує співвідношення фактичного стилю життя із культурно-зумовленою нормою, і знаходиться в центрі методологічних вдосконалень в межах цього дисертаційного дослідження. Важливою перевагою інтелектуальної позиції, висловленої у дослідженнях Н. Паніної, виступає те, що в концепцію соціального самопочуття включалися психологічні риси та стабільні психологічні диспозиції особистості як потужні психосоціальні ресурси

⁵⁰ Adams, R. E., Bromet, E. J., Panina, N., Golovakha, E., Goldgaber, D., & Gluzman, S. (2002). Stress and well-being in mothers of young children 11 years after the Chornobyl nuclear power plant accident. *Psychological medicine*, 32(1), 143–156. <https://doi.org/10.1017/s0033291701004676>

боротьби із стресом, які відсутні у концептуалізації культурного консонансу В. Дресслера (Maltseva, 2018a; Мальцева, 2021b).

У методологічній площині, роботи Н. Паніної сприяли використанню багатовимірних технік та розробленню більш чутливих інструментів для вивчення складних психологічних конструктів та їхнє оброблення, агрегування тощо. В імплементації та подальшій розробці Інтегрального Індексу Соціального Самопочуття у вітчизняній соціології було задіяно чимало українських соціологів-практиків та методологів. Зокрема, в прикладній площині ця метрика використовувалася в опитуваннях КМІС для оцінки добробуту українського населення. В методологічній площині структуру цієї метрики та можливості розширення її застосування розробляв С. Дембіцький (Дембіцький, 2017), чії методологічні праці в галузі розробки шкал та використання багатовимірних методів для проведення соціологічних досліджень мають особливу релевантність в контексті вивчення не лише соціального та психологічного самопочуття, але і соціального стресу (Дембіцький, 2019). Одним із показових результатів дослідження С. Дембіцького (2017) щодо застосування Інтегрального Індексу Соціального Самопочуття є знахідка про те, що у списку доменів, міра задовільнення потреб яких складає виміри Інтегрального Індексу Соціального Самопочуття, здоров'я займало провідну позицію нагорі списку, а доступність необхідної медичної допомоги входила в першу десятку (Дембіцький, 2017, с.111-112).

Вивчення впливу суспільства на емоційне життя, стрес та негативні емоційні стани, а також дослідження символічного універсуму культури та його ролі у постанні колективного інтерсуб'єктивного розуміння та функціонування соціокультурно-поєднаних колективностей представлені у роботах О.Г. Злобіної (приміром, Злобіна, 2016). В контексті епідемії COVID-19 О. Злобіною та С. Дембіцьким було проведене емпіричне дослідження джерел стресу під час локдауну навесні 2020 року, щоб краще зрозуміти, що викликає страх та виступає найбільшим стресором серед різних категорій українців (Дембіцький & Злобіна, 2020). Наразі С. Дембіцький також продовжує очолювати проєкт, що

досліджує стрес серед вразливих груп населення під час повномасштабного вторгнення.

Висновки розділу

Нерівності у здоров'ї мають глибоке коріння у соціальному устрої людства. Сучасна соціологія вивчає соціальні умови, що формують патерни здоров'я, захворюваності, одужання та надавання медичних послуг в межах системи охорони здоров'я різних країн. Щодо пояснення причин відтворення нерівностей у здоров'ї, за кілька останніх десятиліть медичні соціологи прийшли до висновку, що (1) низький соціально-економічний статус пов'язаний із низкою захворювань та передчасною смертністю; (2) стресори мають суттєвий деструктивний вплив на здоров'я; і (3) соціальні зв'язки, релевантні до поведінки, пов'язаної із здоров'ям, мають наслідки для здоров'я (Rosich & Hankin, 2010; Boardman & Fletcher, 2021). Однією з найвизначніших знахідок медицини за останні два десятиліття стало розуміння того, що запальні процеси та імунна система задіяні не просто в поодиноких розладах, а у широкому діапазоні проблем ментального та фізичного здоров'я, що виступають основними чинниками захворюваності та смертності у глобальному масштабі (Bennett, Reeves, Billman, & Sturmberg, 2018; Furman et al., 2019; Slavich, 2015). Наразі хронічні запальні захворювання визнаються найбільш визначними причинами смертності у сучасному світі; більше половини усіх смертей настають в результаті захворювань, пов'язаними з запальними процесами, зокрема, ішемічна хвороба серця, інсульт, онкологічні захворювання, цукровий діабет, а також нейродегенеративні та автоімунні захворювання (Furman et al., 2019, с. 1822). Здобуто підтвердження того, що ймовірність розвинути хронічні запальні захворювання пов'язана з умовами розвитку ранніх років життя, чії наслідки кумулятивно транслуються в хвороби у дорослому житті і стають чинниками ризику ранньої смерті (Miller, Chen, & Parker, 2011; Fleming et al., 2018; Soares, López-Cheda, Santos, Barros, & Fraga, 2020). До джерел хронічних запалень та відповідних ним фізіологічних трансформацій відносять, крім

інших чинників, соціальні зміни та психосоціальний стрес, – досвіди, що стають вираженими чинниками ризику в контексті соціальної нерівності.

На теперішній момент виділяються декілька класів теоретичних пояснень, що пояснюють вплив зовнішніх чинників на здоров'я у контексті нерівності та створення стресу. В плані ролі соціально-економічних чинників, це, передусім, моделі життєвої траєкторії, що виводять нерівні наслідки для здоров'я з впливу негативних зовнішніх чинників на організм, що відбувається або в дитинстві, або в особливо чутливі формативні періоди життя організму. Відкритість ризикам та систематичне зіткнення з ними, властиве для індивідів з низьким соціально-економічним становищем, наражає організм на стресори, підриває імунітет організму та впливає на фізіологію індивіда в такий спосіб, що у довготривалій перспективі сприяє розвитку хронічних хвороб у дорослому віці (напрямую чи опосередковано через поведінки, пов'язані з підвищеним ризиком захворіти). Окрему нішу тут займають дослідження, що розглядають травмуючі умови життя у дитинстві, які суттєво додають до стресового навантаження організму порівняно із впливом самих по собі економічно несприятливих умов за дитячих років.

Другий клас пояснюючих моделей походить з висновків досліджень, що зводять разом взаємовпливи соціально-економічних та генетичних чинників у формуванні наслідків у здоров'ї. Ці пояснення мають у фокусі процеси «вбудовування» соціальних чинників в біологічний субстрат та формування в результаті дії біологічних механізмів більш вразливих до вірусної інфекції фенотипів.

Обидва класи теорій, хоча вони концентруються на ролі негативних чинників (ризиків), також розглядають чинники, що можуть виступати як важелі резистентності і тим самим можуть виступати як ресурси для протистояння стресу та відстоювання індивідом своїх життєвих шансів, незважаючи на складнощі оточуючого середовища.

Важливою і широко цитованою є категорія теоретичних моделей, що спирається на теорію взаємодії капіталів та ролі соціального капіталу

(операціоналізованого як довіра, соціальна підтримка та інтегрованість у спільноту) у наслідках для психічного та фізичного здоров'я індивідів.

Окремий клас пояснень звертається до поведінкових чинників та їхніх детермінантів, зокрема поведінок, що є частиною стилю життя і мають відношення до підтримання здоров'я, профілактики захворювань тощо, та виховуються з дитинства впродовж соціалізаційного процесу в межах групи. Такі звички, як куріння, малі фізичні навантаження, нездоровий раціон та надмірне використання алкоголю накладають суттєві тягарі на здоров'я і є найсуттєвішими чинниками ризику у сучасній соціальній епідеміології.

Щодо соціокультурних чинників нерівностей у здоров'ї, то в межах соціологічної, антропологічної, психологічної та медичної літератури культура розуміється як хронічний стресор. Однак, попри широку прийнятність ідеї щодо залученості культурних змінних у дослідженнях здоров'я, міра та конкретний механізм їхньої участі в психологічних процесах лишається поза уваги великомасштабних досліджень і вони рідко знаходяться у фокусі дослідження. Одна з спроб методологічної розробки для розв'язання цього питання належить когнітивному напрямку, що концептуалізує культуру як спільне знання і намагається операціоналізувати різні статуси співвіднесеності індивіда із колективним профілем, аби виміряти вплив нормативної культури на здоров'я індивідів та оцінити ресурси, доступні індивідам для більшої інтеграції до передбачених культурним стандартом практик у своєму стилі життя. Більш детальний розгляд цієї моделі із пропозиціями її покращення та подальшого розвитку містяться у наступних розділах.

Щодо української соціологічної науки, то вітчизняна соціологія має тривалу традицію у емпіричному вивченні нерівностей, як відображено, зокрема, у працях С. Бабенко, А. Домаранської, О. Іващенко, Н. Коваліско, О. Куценко, Н. Лавріненко, С. Макеєва, Т. Нікітіної, С. Оксамитної, О. Симончук, Л. Скокової, В. Паніотто, Т. Петрушиної, І. Прибіткової, А. Савельєва, О. Куценко, О. Симончук, С. Стукало, Н. Толстих, Н. Харченко, В. Хмелька, Г. Чепурко та інших. Ці дослідження створюють емпіричну базу та необхідний

концептуальний бекграунд для вивчення впливу різних проявів нерівності на здоров'я. Ці дослідження додають до корпусу вітчизняної соціологічної літератури, що спеціалізовано вивчає комплексну взаємодію суспільства та здоров'я, і є важливими для побудови номологічної сітки та подальшої розробки теоретичної платформи, що дозволила б поєднати досягнення українських соціальних науковців із відповідними розробками зарубіжної емпіричної соціології, соціальної епідеміології, психології здоров'я та соціальної психології.

Українські соціологічні дослідження здоров'я є переважно моніторинговими; тим часом, номотетичні дослідження у галузі соціології здоров'я та медицини в Україні є нечисельними і малопомітними. Розробки авторки намагаються додати до літератури, яка розробляє номотетичний напрямок в українській соціології, з метою пояснити канали впливу різних соціально-економічних та соціокультурних чинників у здоров'ї та механізми передачі нерівності у здоров'ї. Ця робота також є спробою узгодити вітчизняні дослідження та західні теорії у сфері соціології здоров'я, що наразі є превалентними у емпіричному вивченні стресу, патернів захворюваності та соціальних детермінантів здоров'я. Водночас нинішня робота авторки намагається звести разом літератури, що мають соціологічне та біомедичне спрямування, задля задоволення умови збігу індуктивних узагальнень в різних науках здійснення теоретичного синтезу та взаємопроникнення інформації з різних наук у пояснювальні моделі впливу суспільства на здоров'я. Також у нинішній розробці приділено увагу когнітивному аспекту стресу та здоров'я, який у вітчизняній соціології поступається об'єктивному аспекту процесу стресу та матеріальної (об'єктивної) культури у вивченні їхніх відповідних впливів на статус здоров'я. Нинішня розробка також намагається продовжувати дослідницьку традицію, яка розглядає здоров'я як єдине ціле із поведінкою і вивчає його без відриву від стилю життя та легітимізуючих його світоглядних структур, уявлень та поширеної у суспільстві соціальної аксіоматики (Maltseva, 2022a; Мальцева, 2021b).

Розділ 2. Соціальний стрес та його наслідки у здоров'ї

Для розуміння того, як соціально-економічні та соціокультурні чинники можуть впливати на стан здоров'я, потрібно виявити шляхи, посередництвом яких ці чинники можуть спричиняти стрес і таким чином в результаті виливатися у нерівності у здоров'ї. Стрес є основним засобом, через який зовнішні впливи можуть позначатися на фізіології організму і спричиняти зміни, що ведуть до ослаблення організму та у далекосяжній перспективі шляхом кумулятивного накопичення сприяють постанню захворювань. Цей розділ присвячено розгляду властивостей і видів соціального стресу, необхідних для процесу операціоналізації, а також каналам впливу різних стресорів на фізичне та психічне здоров'я. Матеріал, викладений в цій частині дисертаційного дослідження, підводить фундамент під механізм опосередкованого впливу соціокультурних та соціально-економічних чинників на здоров'я, що докладно розглядаються у подальших розділах дисертації.

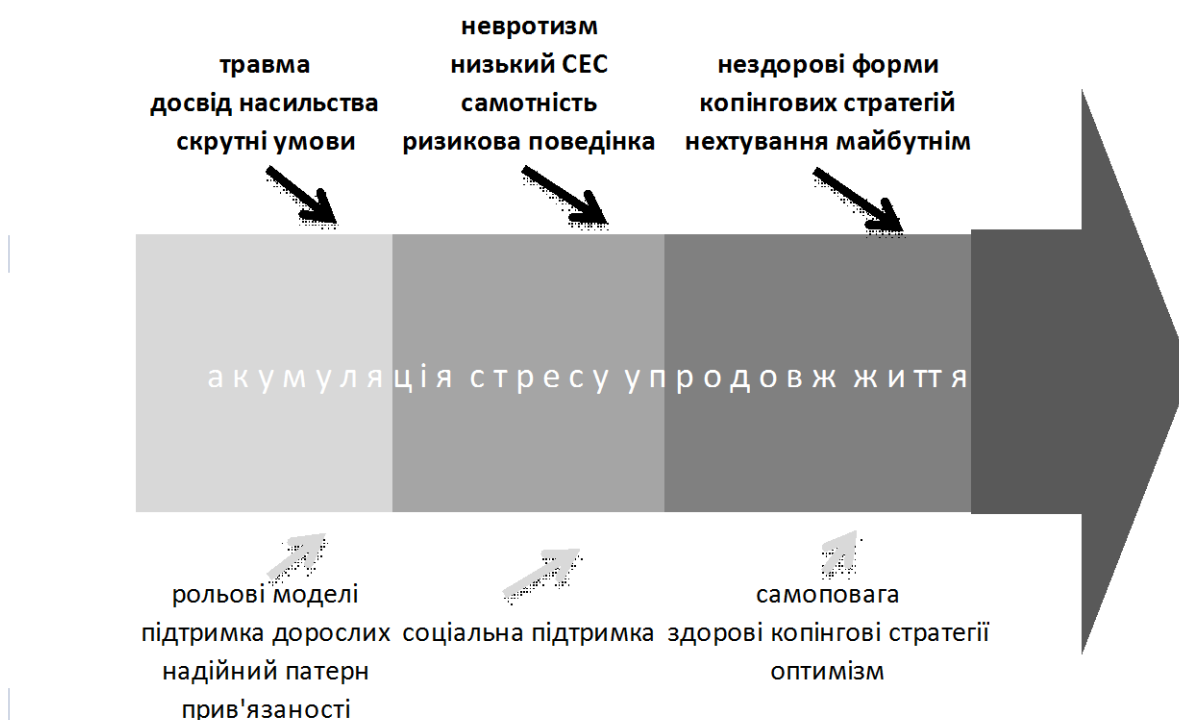
2.1. Сучасна модель стресу та її основні категорії

Стрес є невід'ємним елементом біологічного життя. Щодня наше тіло та мозок мають адаптуватися до ситуацій, що змінюються, незалежно від того, чи ми вважаємо ці ситуації «стресовими» (Schieman, 2019). Сюди можна віднести ситуації, коли ми не дотримуємося звичного нам режиму сну, перевищуємо чи зменшуємо звичний для нас обсяг соціальної взаємодії, знаходимось у шумному натовпі тощо. Соціальне життя несе в собі додаткові джерела стресу (т.зв. психосоціальний стрес). Існує чимало теоретичних пояснень того, чому ті чи інші класи соціальних стресорів є більш впливовими для індивідів в різних соціальних контекстах, однак всі вони мають різні фокуси і дуже мало спільного у своєму підґрунті (Merz & Turner, 2021; Slavich, 2020). Що закладається у поняття «стрес» та «стресор» сучасними дослідниками, які вивчають вплив суспільства на здоров'я? Які типи стресорів бувають, через які канали вони діють, і який саме стрес може бути руйнівним для здоров'я?

У зв'язку з новим здобутим біологічним знанням поняття стресу зазнало чимало змін за останні 50 років, передусім значно розширюючи наше розуміння фізіології стресу (Cole, 2010; McEwen, 2019). Тривалий час дослідження стресу знаходилися під впливом започаткованої Гансом Сельє унітарної концептуалізації стресу та дії стресорів, тим часом зараз ми знаємо, що різні стресори мають різні наслідки для різних аспектів здоров'я (Slavich, 2020). Крім того, якщо раніше стрес розумівся як незвична і небезпечна подія, яка сутнісно розумілася як загроза для здоров'я та причина захворювань, сучасні дослідники розуміють стрес як постійний адаптивний процес сканування та оцінки довкілля, в ході якого індивід активно опирається негативним впливам стресу і навчається прогнозувати та долати майбутні виклики (Kiecolt-Glaser, Renna, Shrout, & Madison, 2020; McEwen & Akil, 2020; Turner et al., 2020). Це зміщує наголос із загрозовості стресорів як такої на реакцію організму на стресори.

Наразі універсальної дефініції стресу чи стресорів не існує. Типово під *стресом* розуміється суб'єктивний досвід напруги, дистресу, страху чи негативних емоцій, що виникає у індивіда в результаті відчуття (реальної чи удаваної) загрози ментальному чи фізичному добробуту і супроводжується фізіологічною відповіддю, яка допомагає запустити адаптивну реакцію для протидії стресору. Тим часом, *стресор* розуміється як зовнішня обставина, що загрожує добробуту індивіда, напружує і виснажує його ресурси та вимагає певних кроків, щоб протидіяти стресовій ситуації (Hughes, Steffen, & Thayer, 2018). *Соціальним стресом* називається стрес, викликаний стресором соціальної природи (іншими людьми, стосунками з ними, особливостями соціальної ієрархії, вимогами соціальних ролей, приписами нормативної культури тощо). У контексті здоров'я важливе розуміння того, що вплив стресу має поступовий і *кумулятивний* характер, накопичуючись упродовж життя і сприяючи повільному зношенню організму (Рис. 2.1.). В цьому сенсі моделі стресу використовують аналогію мосту, по якому щодня їдуть авто, поступово приводячи міст в стан безладу.

Рис. 2.1. Схема кумулятивності стресу упродовж життя⁵¹



У загальних рисах стресова динаміка передбачає взаємодію зовнішніх чинників (елементів ситуації, яка впливає як стресор), що у перцепції індивіда виливається у її внутрішнє переживання як напруги різної інтенсивності, що може варіювати в діапазоні від незначного дискомфорту до потенційної небезпеки для здоров'я чи життя. Оскільки міра «стресовості» різних ситуацій сприймається різними людьми по-різному в залежності від їхньої психологічної конституції, культурної належності та особливостей життєвого досвіду, когнітивний компонент стресу у сучасному розумінні механіки стресових ситуацій закономірно виступає дуже важливим (Christensen et al., 2019; Cundiff, Boylan, & Muscatell, 2020; Kiecolt-Glaser, Renna, Shrout, & Madison, 2020; McLeod, 2012; Segerstrom & O'Connor, 2012). Зарубіжні соціологи, які започаткували напрямок вивчення стресу в соціології здоров'я, вже кілька десятиліть тому вказували, що стрес неможливо повноцінно зрозуміти, якщо не брати до уваги його інтерпретацію індивідами. Тому всі визначні

⁵¹ На схемі плин часу зображено зліва направо. Насиченість кольору ілюструє процес кумулятивності (накопичення наслідків стресу). Темними стрілками позначено чинники ризику, які погіршують наслідки акумуляції стресу та сприяють прийняттю маладаптивної поведінки, а світлими – захисні чинники.

концептуалізації стресу включали інтерпретативний компонент, який наголошує на важливості значення та смислу у формуванні суб'єктивної оцінки ситуації індивідом (Lazarus & Folkman, 1984; McLeod, 2012; Pearlin, 1989; Reynolds & Turner, 2008). Стресогенні елементи можуть міститися у довкіллі, в оцінці ситуації та в реакції на ситуацію (в емоційній і фізіологічній реакціях, в першу чергу) (Seegerstrom & O'Connor, 2012). З цієї причини роль суб'єктивної оцінки, сприйняття та осмислення ситуацій у постанні відчуття стресу наголошується авторкою на самому початку, щоб надалі повноцінно висвітлити значущість соціокультурного контексту та психологічних тенденцій індивідів поруч з соціально-економічним становищем індивіда в концептуалізації стресу та вимірюванні його чинників у подальших рубриках та розділах.

Психологічний стрес виникає в ситуаціях, коли індивід вбачає, що вимоги довкілля виснажують чи перевищують можливості доступних індивідові ресурсів для адаптації (Cohen, Janicki-Deverts, & Miller, 2007). З огляду на сучасне знання про стрес, дослідники-соціологи бачать своє завдання в тому, щоб встановити витoki, патерни та наслідки зустрічей із стресорами різних типів та вразливості індивідів стосовно дії стресу, а також визначити соціальні чинники, що регулюють ці процеси (Schieman, 2019, p. 128). Один з дослідників-класиків соціологічного вивчення стресу, Леонард Перлін вказував на принципову важливість прискіпливої дослідницької уваги до досвідів повсякденного життя, що індивід їх має у процесі проходження через звичайний день, із залученням непомітних, ординарних, «безподієвих» аспектів буденності для розуміння того, як виникає стрес. Л. Перлін вбачав значні можливості у дослідженнях стресу у буденному житті, адже саме так ми можемо краще зрозуміти ситуацію з соціальними джерелами біологічних ризиків і оцінити, наскільки глибоким є вплив структурної організації та похідних від неї повторюваних досвідів на добробут індивіда (Pearlin, 1989, p. 241). Роботи Перліна та його студентів використовують модель, відому як *процес стресу*, основними положенням якої є спостереження про те, що позиції у соціальній структурі, соціальні ролі та статуси визначають ймовірність

зустрічі індивіда зі стресором та його реакцію на стрес, і, як такі, вони є втіленням соціально-економічних передумов стресу у суспільстві (McLeod, 2012). Відповідно, роботи представників цієї школи наголошують на тому, що хронічні стресори є розподіленими у суспільстві за соціальною ознакою (Schieman, 2019). Розставляючи смислові акценти таким чином, модель процесу стресу започаткувала два напрямки дослідження стресу в соціології: (1) намагання зрозуміти, як люди опираються стресу і реагують на вимогливі життєві обставини, і (2) аналізу соціальних джерел стресу у постанні біологічних ризиків (McLeod, 2012; Мальцева, 2021b).

Стрес та імунна відповідь

Реакція на стрес (англ. stress response) є біологічною адаптацією з тривалою філогенетичною історією (Cole, 2010; Ice & James, 2012; Fink, 2017; Slavich, 2016; Walker, Pflingst, Carnevali, Sgoifo, & Nalivaiko, 2017). Функція стресової реакції полягає в тім, щоб мобілізувати та зберігати доступні тілу ресурси для підготовки до кризи (Brenner et al., 2015, p. 1), і в цьому сенсі стресова реакція та імунна відповідь пов'язані між собою (Slavich & Irwin, 2014). Імунна відповідь є надзвичайно ресурсо-витратним процесом (Barton, 2008). Селекційний тиск з боку вимог оточуючого середовища супроводжував біологічні організми упродовж тривалого еволюційного процесу. Здатність організму оперативно реагувати на зовнішні загрози, як-от небезпеку з боку хижаків чи стихійних лих, покращує його шанси на виживання, досягнення репродуктивного віку та розмноження. Стрімка реакція на довколишні зміни сприяє загальній фенотипічній пластичності, що також є адаптивною рисою, адже вона дозволяє організму швидко пристосовуватись до змін оточуючого середовища. Таким чином, фізіологічні реакції, що підтримують такі здатності відповідати на виклики, в свою чергу, могли б обиратись селекцією як потенційно адаптивні. У ссавців ці реакції включають фізіологічні зміни, що збільшують подачу крові та глюкози до серця та скелетних м'язів і

уможливлюють запуск поведінки за сценарієм «битися чи тікати» (англ. fight-or-flight response)⁵².

У свою чергу, імунна відповідь як реагування на стресові стимули може бути частиною такого комплексного адаптивного механізму, зважаючи на те, що на додачу до ризиків, присутніх у ситуації (наприклад, напад хижака), у сценарії «битися чи тікати» обидві опції передбачають високу ймовірність травми чи поранення і, як наслідок, входження інфекційних агентів в кров чи шкіру⁵³. Таким чином, викликані стресом зміни в імунній системі, що були б здатні протистояти бактеріальній атаці та пришвидшити загоєння ран, обиралися б процесом селекції як адаптивні разом із іншими фізіологічним змінами, що разом оптимізували б шанси виживання організму в контексті еволюційного процесу (Barton, 2008; Segerstrom & Miller, 2004; Slavich, 2020; Мальцева, 2021b).

Стрес розглядається як реакція на ситуацію, коли зовнішні вимоги переживаються індивідом як такі, що перевищують доступні організму для цього ресурси (Cohen, Janicki-Deverts, & Miller 2007; Katsampouris et al., 2020; Lazarus, 1999; McEwen, 2019). Стрессова реакція є адаптивною тому, що вона дозволяє організму мобілізуватися і потім відновлювати баланс після того, як необхідна для адаптивної дії мобілізація ресурсів відбулася. Вплив психологічного стресу на фізіологію людини може здійснюватись через два основних канали⁵⁴. Перший пов'язується із скоординованою роботою гіпоталамуса, гіпофіза та надниркової залози⁵⁵, в результаті якої виділяються катехоламіни (наприклад, епінефрин (адреналін)), а другий – з функціями симпатичної нервової системи, надниркової залози та мозкової речовини

⁵² «Битися чи тікати» - миттєва реакція організму на небезпечний стимул, коли організм оцінює загрозу і вирішує, чи в нього достатньо ресурсів для *успішного* відкритого зіткнення обличчям до обличчя з небезпекою, чи оперативно виконана втеча принесе *більші зиски* для розв'язання ситуації (тобто, виживання організму). З запуском цієї реакції найбільше пов'язаний гормон епінефрін (адреналін), який виділяється через кілька секунд після початку дії стресора. Інші гормони стресу (глюкокортикоїди, кортизол) виділяються повільніше (впродовж декількох хвилин після активації нервової системи).

⁵³ Адже будь-яке порушення шкіряного покрыву (рана) ймовірно містить патогени, що можуть почати розмножуватись і викликати зараження (Williams & Leaper, 1998, цит. за Segerstrom & Miller, 2004, p. 601).

⁵⁴ Стрес відіграє певну роль у деяких захворюваннях, але вона не може бути встановлена як спричинення.

⁵⁵ Hypothalamic- pituitary- adrenocortical axis (HPA) (англ.).

надниркової залози⁵⁶, в результаті чого виділяється кортизон⁵⁷ (Cohen et al., 2007). Перший канал регулює широкий діапазон фізіологічних процесів, в тому числі реакції запалення, метаболічне розщеплення вуглеводів, жирів та білків, а також глюконеогенез (вироблення глюкози). Другий канал регулює серцево-судинну та дихальну системи, печінку, м'язи скелету та імунну систему. Однак цей адаптивний механізм має свою ціну, адже мобілізація усього організму є дуже енерговитратним процесом (як і імунна відповідь) і підвищення алоstaticного навантаження в систематичному режимі чи на хронічній основі є шкідливим для організму і ставить під удар імунну функцію (Goldstein & McEwen, 2002; Kiecolt-Glaser et al., 2020). Отже хоча сама по собі стресова реакція є адаптивною через її спроможність мобілізувати ресурси організму та допомагати йому уникати небезпеки шляхом втечі чи нападу, тривала чи постійна активація цих двох каналів може порушувати їхнє нормальне функціонування та контроль відповідних фізіологічних систем, і в результаті призводити до підвищеного ризику фізичних захворювань та психічних розладів (Cohen et al., 2007, С. 1685; Kiecolt-Glaser, Renna, Shrout, & Madison, 2020; McEwen & Akil, 2020; Slavich & Irwin, 2014; Turner et al., 2020; Мальцева, 2021b). Більше того, хронічні запалення, які часто є предметом обговорення у зв'язку із підвищеним алоstaticним навантаженням, є ускладненням, що, у свою чергу, асоціюється із зростанням поширеності неінфекційних захворювань як основних чинників смертності у епідеміологічному профілі сучасних (особливо західних) суспільств (Maltseva, на рецензуванні в *Journal of Culture and Cognition*).

Традиційно розрізняють вроджену (загальну) та адаптивну (спеціалізовану) гілки імунної системи, які працюють разом у тандемі задля забезпечення адекватної імунної відповіді (Beurel, Toups, & Nemeroff, 2020). Вроджена імунна система є еволюційно більш старою системою «швидкого реагування» і являє собою, по суті, загальний механізм запальної реакції

⁵⁶ Sympathetic-adrenal-medullary system (SAM) (англ.).

⁵⁷ Один з основних кортикостероїдів, що виробляється організмом.

(підвищення температури, набрякання, почервоніння пошкодженої ділянки тканини тощо); вона виступає на захист організму одразу (через кілька хвилин чи годин) після травми чи зустрічі з патогеном, однак не може бути тривалим захистом організму від патогена (Slavich & Irwin, 2014). Тим часом адаптивний імунітет пов'язаний із активацією імунологічної пам'яті про взаємодію з конкретним патогеном у минулому і потребує більше часу для запуску (декілька днів, Barton, 2008; Veurel, Toups, & Nemeroff, 2020, p. 2; Slavich & Irwin, 2014, p. 775). Нормальна запальна реакція відбувається в межах тимчасової та обмеженої активізації запальних процесів у присутності загрози (патогена) і закінчується, коли загроза минає. Однак за умов присутності певних соціальних, психологічних та екологічних чинників цю урегульованість може бути порушено і тоді гостре запалення не ущухає, а веде до стану слабо вираженого постійного неінфекційного (т.зв. стерильного) системного запалення, за відсутності реальної загрози з боку патогена, і характеризується ангажуванням компонентів імунної відповіді, відмінних від тих, що типово є задіяними під час звичайної гострої імунної відповіді (Barton, 2008; Furman et al., 2019, p. 1822-1823; Slavich & Irwin, 2014). Зміщення імунної відповіді від гострої до хронічної має руйнівні наслідки для здоров'я, зокрема підвищену ймовірність розвитку хронічних (неінфекційних) захворювань серед індивідів як молодого, так і похилого віку, та дисрегуляцію нормальної роботи імунної функції, що веде до підвищеної вразливості до інфекцій і погіршує реакцію на вакцини (Furman et al., 2019, p. 1823). Сучасне розуміння взаємозв'язків між стресом, запаленнями та імуностарінням (англ. immunosenescence) дозволяє інше бачення причин превалентності хронічних захворювань, характерної сучасній епідеміологічній картині (Мальцева, 2021b).

Роботи в галузі психофізіології стресу, нейроімунології та алоstaticкого навантаження⁵⁸ дозволили визначити як біологічні канали, так і конкретні

⁵⁸ Термін «алостатичне навантаження» (англ. allostatic load) було введено для позначення загального сумарного впливу систематичних адаптацій до та боротьби з негативними наслідками хронічного стресу на здоров'я людини впродовж усієї життєвої траєкторії (McEwen & Stellar, 1993). Обсяг алоstaticкого навантаження характеризує, наскільки важким є життя, що веде той чи інший індивід.

поведінки та зустрічі зі шкідливими чинниками, що дозволяють прив'язати соціальні умови до важливих наслідків для здоров'я (Adler et al., 1994; Bosch et al., 2012; Chen, Miller, Kobor, & Cole, 2010; Cohen, Doyle, Turner, Alper, & Skoner, 2004; Cole, 2010; 2013, 2014; Cole et al., 2007; Cole, Shanahan, Gaydos, & Harris, 2020; Irwin, & Cole, 2011; Kawachi, & Kennedy, 1999; Kiecolt-Glaser, Marucha, Malarkey, Mercado, & Glaser, 1995; Kiecolt-Glaser, 1999; Marmot & Bell, 2019; McDade et al., 2019; Miller et al., 2009; Chen et al., 2009; Murray, Haselton, Fales, & Cole, 2019; Slavich & Cole, 2013; Tawakol et al., 2019; Yang et al., 2017). З 1990х років було опубліковано велику кількість результатів емпіричних досліджень біологічного виміру бідності, що дозволили покращити розуміння процесу алостатичного навантаження та визначити роль гіпоталамуса, гіпофіза та надниркової залози⁵⁹ (в першу чергу, у зв'язку з результатами праць науковців-нобелівських лауреатів з групи Фонду МакАртурів та роботами Елізабет Блекберн та Елісси Епел (Університет Каліфорнії у Сан-Франциско) про вплив стресу на ДНК⁶⁰), що дало поштовх сучасному вивченню зв'язків між соціально-економічним статусом та здоров'ям (Epel et al., 2010). Обидва напрями досліджень сходяться на існуванні каскаду негативних ефектів для здоров'я, «запуск» яких є пов'язаним із несприятливими умовами дитячих років індивіда (зокрема періодом від народження до 18 років), що призводить низку біологічних систем у стан дисрегуляції і веде до початку та прогресування певного набору захворювань (Barker, Eriksson, Forsén, & Osmond, 2002; Ben-Shlomo & Kuh, 2002; Bosch et al., 2012; Bowen, 2010; Byrne & Phillips, 2000; Cao-Lei, De Rooij, King, Matthews, Metz, Roseboom, Szyf, 2020; Chen, Matthews, & Boyce, 2002; Cohen, Janicki-

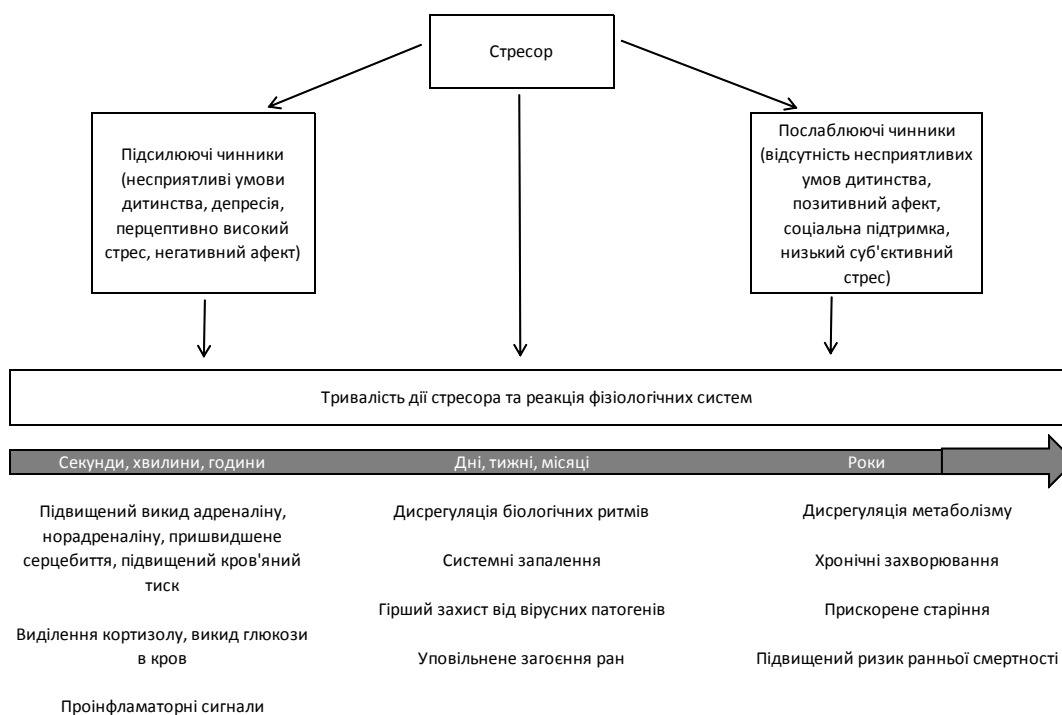
⁵⁹ Основна нейроендокринна система, що має серед своїх функцій контроль над стресовою реакцією і являє собою складну серію нейрокоманд та взаємозв'язків, що існують у взаємодії між гіпоталамусом, гіпофізом та наднирковою залозою у організмі (англ. Hypothalamic–pituitary–adrenal axis (HPA)) (Slavich, 2020).

⁶⁰ Передусім тут йдеться про їхні роботи, що ідентифікують теломери (захисний кейсінг кінчиків хромосом), визначають їх функцію та встановлюють зв'язок між стресом, довжиною теломер та фізіологічним старінням організму. Довжина теломер є пластичною генетичною рисою, що є індикатором стану здоров'я клітин та їхнього старіння. Довжина теломер зменшується з віком організму, що є процесом, який може бути пришвидшений психосоціальним стресом (Puterman et al., 2016; Rej et al., 2019, с.1; Ridout et al., 2017). Зв'язок між довжиною теломер та захворюваністю є кореляційним, а не каузальним (Rej et al., 2019, р.2).

Deverts, & Miller, 2007; Elder, Johnson, & Crosnoe, 2003; Ferraro & Morton, 2018; Kiecolt-Glaser et al., 2003; McEwen, 2007; Miller et al., 2008; Yang et al., 2017).

Розуміння науковцями природи зв'язків між стресом та імунною системою мінялося впродовж кількох десятиліть. Раніші знахідки Г. Сельє (1975) щодо значення зменшення тимусу з віком людини дали змогу прийти до висновків, що стрес загалом є імуносупресуючою обставиною у широкому сенсі. Хоча багато в чому доробок Г. Сельє продовжує бути впливовим в ендокринології та соціології здоров'я, сучасне розуміння стресу та його ролі у функціонуванні імунної системи є більш диференційованим. Глобальне придушення імунітету стресом наразі розглядається як маладаптивне і відповідно, малоімовірне в процесі еволюції. Сучасна модель стресу є двохфазовою, передбачаючи погіршення імунної функції внаслідок хронічних стресорів і підсилення її дії гострими стресорами (Segerstrom & Miller, 2004, p. 606; Мальцева, 2021b). Узагальнену схему стресової реакції представлено на Рис. 2.1.

Рис. 2.2. Схема стресової реакції (адаптовано з Kiecolt-Glaser et al., 2020)



Типи стресорів: гострий та хронічний стрес

Хоча дослідники не доходять згоди щодо універсального визначення стресу та стресорів, більшість досліджень сходяться на тому, що стресори висувають перед індивідом певні вимоги і тим самим роблять необхідною наявність у індивіда певних ресурсів для ефективного подолання дії стресорів. Різні стресори мають різний вплив на ситуації та індивідів. Для дослідження впливу стресу на здоров'я стресори прийнято класифікувати за їхньою тривалістю, дискретністю та інтенсивністю (Berkman, Glymour, & Kawachi, 2014; McEwen, 2007; McLeod, 2012; Schieman, 2019; Segerstrom & Miller 2004; Turner et al., 2020). Найширший розподіл розводить *гострі* (такі, що настають різко і тривають недовго – приміром, екзамен в університеті чи шкільне тестування) та *хронічні* стресори (такі, що тривають довгий час чи є перманентними за своєю дією – наприклад, відповідальна та вимоглива соціальна роль). Як правило, стрес розуміють як подію чи ситуацію, яка є неприємною і вимагає мобілізації організму для адаптації до стресових стимулів чи їхнього усунення. Однак виділяють також і позитивний стрес (т.зв. евстрес). До подій позитивних стресорів відносять хвилюючі події на кшталт заручин, весілля, народження дитини, перемоги у конкурсі, закінчення університету тощо. У плані впливу стресорів на здоров'я наявні накопичені емпіричні дані вказують на те, що тільки хронічні стресори мають негативний вплив на імунітет та здоров'я загалом, і негативні наслідки для фізіології людини несуть також переважно негативні стресори. Упродовж останніх кількох десятиліть дослідники стресу створили широку доказову базу для демонстрації впливу хронічного психосоціального стресу на здоров'я та тривалість життя людини (Berkman et al., 2014; Brenner et al., 2015; Cohen et al., 2007; Cundiff et al., 2020; Lasselin et al., 2020; Miller et al., 2011; McEwen, 2007; McEwen, 2019). Також після трьох десятиліть тестувань емпіричні дослідження вказують, що стресори жодного типу не викликають захворювань у здорових індивідів; але вони можуть погіршувати ситуацію у випадку, якщо індивід вже страждає на якусь хворобу чи якщо його імунітет ослаблений внаслідок

зовнішніх обставин, які неможна легко усунути (особливо це стосується хронічних стресорів) (Мальцева, 2021b).

Найбільш інформативним та корисним для ефективного вимірювання стресу видається таксономічний підхід, що розподіляє стресори на п'ять категорій за їхньою тривалістю та способом протікання (Elliot & Eisdorfer, 1982 цит. за Segerstrom & Miller, 2004, р. 602). Першу категорію складають гострі стресори, що є обмеженими у часі. Такі стресори не лишають відбитку на подальшому житті індивіда і тривають упродовж дуже короткого інтервалу часу. Сюди можна віднести типові лабораторні випробування, що використовуються для досліджень стресу, резистентності до болю тощо (наприклад, занурення руки в дуже холодну воду; виконання певного завдання на концентрацію під наглядом неприязного експериментатора; проведення обрахунків без калькулятора тощо). До другої належать короткотривалі натуралістичні стресори, як-от щеплення, аналіз крові, університетський іспит, публічна доповідь, візит до стоматолога тощо. Важливий нюанс, спільний для обох цих категорій стресорів, полягає в тому, що хоча їхня тривалість не завжди може бути точно передбачена, індивід має впевненість в тому, що їхня дія зупиниться у найближчому майбутньому і стресогенній ситуації настане край. Третя категорія стресорів включає агломерації стресових подій – ситуації, коли одна центральна стресова подія (наприклад, розлучення) викликає, як ланцюжкову реакцію, наступну стресову подію чи цілий каскад таких подій (у випадку з розлученням це може бути погіршення міжособистісних стосунків в сім'ї, зміна статусу, скорочення місячного доходу, розподіл майна, потреба у іншому житлі, переїзд, зниження самооцінки, зміна ідентичності, зміна рутини, як-от патернів сну та звичок харчування тощо). Четверту категорію складають хронічні стресори – ситуації, в яких індивід не знає, коли дія стресора припиниться, і відсутня впевненість у тому, що стресовій ситуації може бути покладено кінець. Прикладами таких стресорів можуть бути виснажливі вимоги соціальних ролей чи зміна ідентичності, діагностування хронічної хвороби, щоденні обставини жорстокого поводження в родині чи стосунках,

необхідність доглядати за чоловіком/дружиною чи іншим близьким родичем, що має деменцію, а також перебування у статусі біженця. Дія цих стресорів є присутньою в житті індивіда щодня, накладаючи вимоги щодо зміни його чи її життєвих рутин, цілей та обмеження можливостей та життєвих перспектив. П'яту категорію складають так звані віддалені стресори: сюди входять травматичні досвіди, які мали місце у віддаленому минулому, але через свої тривалі когнітивні чи психологічні наслідки можуть продовжувати модифікувати ментальний та фізіологічний стан індивіда (в тому числі, впливаючи на його рівні стресу та імунну функцію) у теперішньому часі (Seegerstrom & Miller, 2004, p. 602-605). Сюди відносяться явища, що асоціюються з посттравматичним розладом, як-от досвід сексуального насильства, зазнавання жорстокого ставлення у дитинстві, служба в армії під час збройного конфлікту та подібні обставини (Мальцева, 2021b).

Травматичні події та стресори, пов'язані зі збройними конфліктами

Хоча травматичні стресори, що супроводжують війну, не відносяться до тематики цієї дисертації, уникнути згадки про них неможливо через той факт, що після початку повномасштабного вторгнення війна стала щоденною обставиною життя українців. Відтак всі дані про стрес, що збираються на території України з лютого 2022 р., містять інформацію про додаткові стресори, пов'язані з умовами активної фази збройного конфлікту, і їхній травматичний вплив варто вміти відрізнити від впливу інших стресорів (гострих і хронічних), що впливають на здоров'я населення України щодня.

Оскільки війна несе безпосередню загрозу життю та здоров'ю як комбатантів, так і цивільних, стресори війни є серед найбільш інтенсивних і травматичних подій життя (Song, Song & Malti, 2024). Для індивідів, які знаходяться в зоні конфлікту, стрес війни є типово епізодичним (періодичні епізоди, між якими проходить час), тим часом як для біженців (так само, як для комбатантів) війна має характер щоденних стресорів через те, що переміщення біженців з зон конфлікту впливає на організацію їхньої рутини, соціальний

статус, рівень безпеки та ризику сексуального насильства у громаді, де опинилися біженці (Miller & Rasmussen, 2017). Комбатанти мають високий ризик розвинути психіатричну симптоматику слідом за досвідом війни (Lim et al., 2022); слід зазначити, що в Україні на фронт пішли не тільки професійні військові, але і добровольці обох статей без військової підготовки.

Дослідники сходяться у думці, що зустріч із стресорами війни являє собою надзвичайно деструктивний для прогнозів здоров'я чинник для всіх категорій громадян, виділяючи окремо біженців, рятівників-працівників департаменту надзвичайних ситуацій, а також тих, хто був свідком чи жертвою насильства, спостерігав руйнування інфраструктури, бачив мертві тіла чи допомагав їх ховати тощо (Karam & Bou Ghosn, 2008). Психологічні наслідки війни серед цивільних дають ознаки у різних сферах, як-от психічне здоров'я (включаючи травму, ПТСР і гостру реакцію на стрес, депресію, зловживання наркотичними речовинами), освіта, структура сім'ї, економіка, зменшення можливості отримати медичну чи психологічну допомогу. Ризики, з якими пов'язаний досвід війни, також включають підвищену ймовірність серцево-судинних захворювань, розладів імунної реакції і коротшу тривалість життя (Helfman, Besser, & Neria, 2015). Чинники ризику розвинути психопатологію як результат стресорів війни включають тривожний тип прив'язаності, високий рівень сприйняття стресу та покладання на себе всієї відповідальності за всі події життя (Greene, Itzhaky, Bronstein, & Solomon, 2017). Захисними чинниками, на думку дослідників, виступають оптимізм, надія і висока самоповага (Besser, Zeigler-Hill, Weinberg, Pincus, & Neria, 2014).

Є два різні бачення, що пояснюють дію війни як стресора. Перший підхід характеризується як психосоціальний і його основний акцент, відповідно, розміщує тягар стресу війни назовні, в середовищі, зміненому війною. Другий підхід є травмо-центрований; його представники розміщують основний тягар всередині і, відповідно, вважають, що для розробки інтервенцій слід працювати з індивідуальною внутрішньо-особистісною травмою і посттравматичним розладом (ПТСР) (Miller & Rasmussen, 2010). Травма як наслідок війни є

складною, а стресори війни є множинними і подекуди хронічними. Стресори, пов'язані з збройним конфліктом можуть діяти не лише під час активної фази війни, а подекуди кілька років після її завершення (небезпека замінованих територій, забруднення ґрунтів тощо). Їхні наслідки можуть чекати роками перед тим, як проявитися (Karam & Ghosn, 2008).

Епідеміологічні дослідження свідків війни демонструють доволі гетерогенні результати щодо превалентності ПТСР і депресії серед тих, хто пережив війну – від 0% до 99% для ПТСР і від 3% до 85,5% для депресії (Morina, Stam, Pollet, & Priebe, 2018). Крім того, дослідники наголошують, що діти, що бачили війну поміж інших стресових подій дитинства, виростають більш агресивними і демонструють меншу схильність до просоціальної поведінки (Song et al., 2024). Нещодавнє оглядове дослідження психічного здоров'я біженців (Scoglio & Salhi, 2020) дозволяє зробити висновок, що від 25% до 93% дітей-біженців ставали свідками насильства чи вбивства.

Психосоціальний стрес та здоров'я

Сучасна модель стресу розміщує стресори назовні щодо організму, на відміну від раніших концептуалізацій, які вважали стрес внутрішнім процесом. Як саме стрес проникає «під шкіру» ззовні?

Концептуальні моделі, які пояснюють зв'язки між соціальними умовами та здоров'ям, включають модель аlostазу, в центрі якої є концепт стресостійкості (англ. resilience), та модель біологічного вбудовування стресу в організм, в центрі якої є ідея витоків впливів соціальних чинників у здоров'ї на ранніх етапах розвитку та їхні клінічні індикатори (як-от мала вага при народженні, кардіо-метаболічна функція, імунна функція, запальні процеси, автономна функція, робота гіпоталамуса, гіпофіза та надниркової залози, структура клітин та робота мозку) (Barker, Eriksson, Forsén, & Osmond, 2002; Ben-Shlomo & Kuh, 2002; Byrne & Phillips, 2000; Cohen, Janicki-Deverts, & Miller, 2007; Ferraro & Shippee, 2009; Ferraro, Shippee, & Schafer, 2009; Kiecolt-Glaser, Renna, Shrout, & Madison, 2020; McEwen & Akil, 2020; Riem & Karreman,

2018; Turner et al., 2020; Yang et al., 2017). Стрес на ранніх етапах життя (англ. early life stress), пов'язаний із фізичним чи психологічним насильством, знущаннями, сексуальним насильством чи занедбанням потреб дитини дорослими, має розлоге віяло наслідків для здоров'я у майбутньому дитини (Appleton, Holdsworth, Ryan, & Tracy, 2017; Bosch et al., 2012; Chapman, Whitfield, Felitti, Dube, Edwards, & Anda, 2004; Davis et al., 2014; Fogelman & Canli, 2019; Friedman, Montez, Sheehan, Gruenewald, & Seeman, 2015; Miller, Chen, & Parker, 2011; Rueness et al., 2019; Schilling, Aseltine, & Gore, 2008; Kelly-Irving & Delpierre, 2019). Водночас, ймовірність зазнавання дитиною таких досвідів підвищується у контексті низького соціально-економічного становища (Jacobs, Agho, Stevens, & Raphael, 2012). Великомасштабні епідеміологічні дослідження на національних вибірках показують, що такі випадки є напрочуд поширеними – наприклад, у США 65% опитаних зазнавали у дитинстві принаймні одну форму подібних негативних досвідів, а 12,5% опитаних – чотири (Fogelman & Canli, 2019; Merrick, Ford, Ports, & Guinn, 2018; Middlebrooks, & Audage, 2008). Статистична поширеність подібних негативних досвідів на ранньому етапі життя змушує звернути більше уваги на вивчення патофізіології стресорів у дитинстві, прогноз розвитку впливів їхньої дії, а також механізмів та можливих медіаторів цього процесу (Kelly-Irving & Delpierre, 2019; Мальцева, 2021b).

Одним з найбільш розроблених ліній аргументації у соціологічних дослідженнях механізму стресу є модель Блюса Лінка та Джо Фелан, яка називається моделлю «основоположної причини» (англ. fundamental cause model). Ця модель апелює до того, що чинники ризику є дуже важливими у формуванні захворювань, і менш забезпечені люди мають вищий шанс зустрітися з більшою кількістю більш серйозних викликів, ніж заможні люди. Так само, чинники ризику в індивідуальній поведінці (зловживання алкоголем, тютюнопаління, нездоровий раціон харчування та відсутність достатніх фізичних навантажень) мають соціально та економічно зумовлену поширеність і часто демонструють кластеризацію (Marmot & Bell, 2019; Non et al., 2016).

Відповідно, дослідники говорять про «ризик натрапити на ризик», властиві індивідам з менш економічно захищених соціальних груп. Важливим аспектом цієї тенденції є також те, що ці типи поведінки являють собою не лише індивідуальний вибір як такий, адже багато в чому такі поведінки залежать від середовища, тому що (1) соціальне середовище формує соціальні норми, якими індивід послуговується, коли приймає рішення щодо своїх дій; (2) соціальне середовище може надавати чи обмежувати індивіда щодо його можливостей включатися в ту чи іншу поведінку; (3) соціальне середовище організовує та здійснює соціальний контроль, що може сприяти чи блокувати поведінку, спрямовану на підтримання здоров'я; (4) соціальне середовище також може підвищувати чи нівелювати стрес, для боротьба з яким певні нездорові звички можуть бути ефективною короткочасною стратегією опору стресу, чи копінгу (Berkman, Glymour, & Kawachi, 2014, p. 8; Felitti, 2002).

Другою лінією аргументації є ідентифікація етіологічних періодів, важливих для прогресування хвороб та підвищення ризиків захворіти. Розвиток підходу теорії життєвої траєкторії виходить з ідеї критично важливих для розвитку організму «вікон» – періодів життя, особливо у дитинстві, коли закладаються чи проходять інтенсивний розвиток різні важливі біологічні системи (мозок, серце тощо) (Berkman, Glymour, & Kawachi, 2014, p.10; Fleming et al., 2018). Таким чином, дослідники розрізняють два чинники, що відкривають людину до впливу стресу через низьке соціально-економічне становище: ймовірність зустрітися з ризиками і ймовірність того, що ця зустріч відбудеться вже в дитячі роки (Мальцева, 2021b).

2.2. Механізми та канали впливу соціальних стресорів на здоров'я людини

Як уже зазначено, емпіричне вивчення стресу має тривалу традицію в соціальних науках. Здобуті науковцями докази вказують на систематичний зв'язок між стресом та ризиками хронічних та гострих захворювань (Cohen, Janicki-Deverts, & Miller, 2007; LeMoult, 2020). Сучасні дослідники погоджуються, що розуміння впливу стресу є критичним для розуміння

процесу старіння організму, особливостей формування патернів здоров'я та захворюваності, та механіки впливу чинників соціальних біографій індивідів на формування біологічних ризиків впродовж життєвої траєкторії (Epel et al., 2018; Morton & Ferraro, 2020). Стрес плідно вивчався з середини ХХ ст., в результаті чого утворився значний корпус дослідницької літератури, який наразі формує наукові уявлення про стресову реакцію, стресори, процес стресу та його коротко- та далекосяжні наслідки для здоров'я індивідів. Однак ця дослідницька ніша також характеризується суттєвими складнощами, що стосуються, передусім, вимірювання стресу та процесу операціоналізації різних аспектів процесу стресу. Зважаючи на гетерогенність літератури про стрес, подальші досягнення в цій галузі та просування розуміння механізму впливу стресу на біологічні ризики неможливі без покращення моделей стресу та вдосконалення його вимірювання (Crosswell & Lockwood, 2020; Epel et al., 2018; Morton & Ferraro, 2020). У цьому підрозділі розглядаються основні методологічні моменти, що наразі створюють ускладнення у дослідженнях стресу і вимагають окремої уваги методологів (Мальцева, 2021b).

Причини ускладнень у вимірюванні впливу стресорів

У складній літературі про стрес поняття «стрес» постає як термін-парасолька, що покриває різні аспекти чинників стресу (стресорів) та наслідків, викликаних їхньою диференційованою дією, та розкривається, відповідно, по-різному у літературах з різними фокусами. Типово стрес вимірюється у двох основних напрямках – це оцінка *перцепції* стресу (наскільки стресогенною респондентом сприймається та чи інша подія або ситуація) та оцінка *наслідків* стресу для здоров'я (з залученням біомаркерів або самозвітів) (Epel et al., 2018). Гострий стрес вимірюється по відношенню до певної події (стресора), яка має певні чітко визначені в хронологічному сенсі початок і завершення, і тому метрики створюються у стосованні до конкретних подій чи інтервалу часу. Розробляти модель хронічного стресу значно важче, так само, як важче вивчати вплив хронічного стресу на здоров'я, через (1) характеристику кумулятивності

цих процесів, що ускладнює модель, та (2) залученість різних обставин (наприклад, бідність), які передбачають постійні адаптаційні процеси, які не мають визначених фаз чи формального початку, що постійно змінює зв'язки у моделі, «розмиває» картину причинних зв'язків і впливає на загальну динаміку досліджуваного процесу (Epel et al., 2018; Morton & Ferraro, 2020; Mullainathan & Shafir, 2013; Olvera Alvarez et al., 2019; Pegg et al., 2019). Таким чином, основною проблемою у вимірюванні стресу є відсутність хороших метрик, які дозволяли б оптимально виміряти стрес (Мальцева, 2021b).

Проблема відсутності хорошого способу вимірювання стресу витікає з кількох причин. Передусім, як вже згадувалось, це складність у формулюванні чіткого визначення для поняття «стрес», оскільки через природу досліджуваного явища такі метрики часто включають в себе такі різні речі, як antecedenti стресу, події-стресори, перцепції стресора, емоції (афективні реакції на стресову ситуацію та афективні наслідки стану стресу) та інше (Epel et al., 2018). Це впливає на розроблення метрик та їхні акценти у процесі вимірювання, а також на результати валідизації.

По-друге, окремою проблемою постає проблема рівнів вимірювання. Зокрема, більшість досліджень будують свої моделі навколо розуміння лінійності процесу стресу, що виходить з динаміки стресу-гомеостазу, не включаючи такі чинники, як медіуючі змінні, не враховуючи диференційовані ефекти різних життєвих подій на рівні стресу впродовж життя та не включаючи можливі кумулятивні ефекти різних стресорів через технічну складність проведення цієї процедури. Інтеграція хронічного стресу у вимірювання рівнів стресу та наслідків стресу на здоров'я є надзвичайно важливим, але технічно складним методологічним завданням для соціологів здоров'я та медицини (Epel et al., 2018; Pegg et al., 2019).

По-третє, хоча суб'єктивні оцінки індивідами їхнього самопочуття надають цінну інформацію стосовно взаємин між стресом та здоров'ям, дані-самозвіти не надають інформацію про об'єктивні наслідки для здоров'я, як це можуть зробити зібрані біомаркери (наприклад, дані про рівні лейкоцитів,

кров'яний тиск, гормональний рівень, напруження мускулів, рівень болю тощо) (Epel et al., 2018). Це важливий момент, оскільки патерни асоціацій та причинних зв'язків суб'єктивних та об'єктивних показників здоров'я з демографічними та соціальними змінними відрізняються одне від одного, вказуючи на те, що вони містять інформацію про різні явища (Мальцева, 2021b).

Зрештою, ускладнення також спричиняє недостатня можливість врахувати те, що стрес не завжди виступає негативним агентом і що не для всіх індивідів один і той самий стресор навіть на одному і тому самому рівні спричиняє однаково деструктивні наслідки у здоров'ї (Cohen, Murphy, & Prather, 2018; Epel et al., 2018; McEwen, 2019).

Важливим компонентом концептуалізації зв'язків між стресом та здоров'ям, а також, відповідно, ключовим елементом побудови дослідження про стрес, є врахування співвідношення чинників зустрічі зі стресором (англ. stress exposure), інтерпретації стресової ситуації (англ. stress appraisal) та реакції на стрес (англ. stress response) (McLeod, 2012; Pearlin, 1989; Schieman, 2019). Ігнорування цього моменту призводить до ототожнення зустрічі зі стресом із реакцією на стрес чи навіть до поширення наслідків стресу на всі випадки зустрічі із стресом. Тим часом, не всі стресові події діють однаково на всіх людей, і не всі індивіди однакові в плані резистентності щодо стресу (McEwen, 2019; Мальцева, 2021b).

Так само профілі стресової реактивності самі по собі не є визначальними в плані наслідків для здоров'я, але їхнє формування є окремим напрямком для концентрації дослідницької уваги. Стресова реактивність (в тому числі, реакція на гострі стресори) формується упродовж життя і залежить від декількох чинників, тим самим наголошуючи на важливості вивчення соціальних детермінантів резистентності до стресу та вразливості до стресу (оскільки біологічний «удар» хронічного стресу впливає на інтенсивність досвіду стресу у майбутньому та веде до утворення вразливих до стресу фенотипів) (Bouse, 2015; Epel et al., 2018; McEwen, 2019; Pegg et al., 2019). В цьому контексті

важливою є роль психосоціальних ресурсів, що можуть виступати помічними у боротьбі із стресом, як-от доступність соціальної підтримки, соціальна згуртованість, довіра та віра в справедливість, позитивні емоції та достатньо висока самооцінка (Epel et al., 2018). Розуміння змінних-модераторів стресу є принциповим для покращення концептуальної схеми впливу стресу на різні аспекти здоров'я, зокрема, для відслідковування того, як саме і для яких індивідів хронічний стрес представляє біологічний ризик, і для пояснення варіативності у траєкторіях старіння організму (Epel et al., 2018; Мальцева, 2021b).

Таким чином, для покращення нашого розуміння того, як стрес впливає на старіння організму та здоров'я індивіда, стрес має вимірюватись у своєму соціальному контексті, включаючи індивідуальні та екологічні чинники, особисті історії зустрічей із стресом, наявність поточних хронічних стресорів та доступність захисних чинників (Epel et al., 2018; Мальцева, 2021b).

Способи вимірювання дії стресорів різного характеру

У випадку, коли у дослідженні не передбачено збір біомаркерів стресу, є декілька способів надійно виміряти рівень стресу із застосуванням структурованого інструментарію, не спираючись безпосередньо на біологічну інформацію. В залежності від потреб гіпотез дослідження, існують шкали для вимірювання об'єктивного стресу (чи «впливу стресора») та суб'єктивного стресу (чи психологічного стресу), гострого та хронічного стресу, а також кумулятивного стресу упродовж життя.

Вплив *об'єктивного стресу* (англ. stress exposure) можна оцінити шляхом збору даних-самозвітів через адміністрування анкет із «контрольними списками стресових подій» (англ. stressful events checklists), розроблених з цією метою. Одним з класичних психологічних інструментів в цій галузі вважається Social Readjustment Stress Scale (Holmes & Rahe, 1967). В цьому інструменті перераховано різні події з життя, які можуть спричинити стрес (розлучення, переїзд, звільнення тощо), для обчислення сумарного індексу, який втілює міру

накопичення напруження в житті індивіда за певний інтервал часу. Схожим на нього є Life Events and Difficulties Schedule (LEDS, Brown & Harris, 1978), однак в цьому інструменті стресові події з списку, радше ніж додаватися одна до одної на манер індексу, розглядаються окремо і вглиб за допомогою додаткових запитань до кожної з подій. LEDS потребує досвідчених інтерв'юєрів для збирання рейтингів в ході інтерв'ю та процесу кодування. Обидва інструменти дозволяють досліднику скласти враження про рівень стресовості життя певного індивіда за визначений інтервал часу (Crosswell & Lockwood, 2020).

Більш нещодавно для оцінки стресу упродовж життя було розроблено STRAIN (Stress and Adversity Inventory for Adults) (Slavich & Shields, 2018) – анкету, яку може бути адміністровано безпосередньо дорослому респонденту із подальшим аналізом формалізованих відповідей. Подібно до описаних вище інструментів STRAIN також містить список стресових подій та уточнюючі запитання до кожної з них, однак характерною ознакою STRAIN є те, що цей інструмент дозволяє оцінювати події, що трапляються упродовж життя на різних його етапах, тим самим захоплюючи важливий аспект кумулятивності стресу. Він також дозволяє оцінити хронічні стресори, протяжні у часі, і гострі стресори, що мають точковий вплив, та скласти враження про кумулятивний тягар стресу кожного респондента (Crosswell & Lockwood, 2020).

Важливим для оцінки впливу стресорів на здоров'я є часовий вимір їхньої дії. Стрес можуть викликати точкові події (розрив важливих стосунків, важка хвороба тощо) чи більш протяжні в часі скрутні чи напружені умови життя (самотність, стрес на робочому місці, батьківський стрес тощо). Значущим також є період життя, на який припадає стресовий досвід (наприклад, особливо важливими вважаються роки дитинства до 5 років життя, підлітковий період, час народження дитини (входження в батьківську роль тощо). Розглянуті інструменти можуть допомогти оцінити стрес, спричинений певними подіями, але гірше пораються із більш протяжними в часі стресорами, які є не подіями *sensu stricto*, а ролями чи статусами, які не мають формального початку чи кінця.

Окрему категорію стресорів складають травматичні стресори, які охоплюють події, що залишають психологічну травму (приміром, зазнавання жорстокого ставлення в дитинстві, досвід збройного конфлікту тощо). Для цих стресорів також розроблено метод, що використовує принцип контрольних списків стресових подій. Відомим інструментом для вимірювання травматичного стресу в дитинстві є Adverse Childhood Experience International Questionnaire (ACE-IQ)⁶¹, що дає досліднику змогу оцінити стресовий досвід респондента упродовж перших 18 років життя. Запитання анкети розділяються на вісім тематичних блоків (включаючи демографічний бекграунд, шлюб, стосунки з батьками/опікунами, родинне середовище, насильство з боку однолітків, бійки, зіткнення з насильством у громаді, зіткнення з війною/колективним насильством) і містять відповіді в діапазоні «ніколи», «один раз», «кілька разів» та «багато разів», із опцією «відмова від відповіді». На основі ACE-IQ розроблено інші інструменти, які можна використовувати для потреб різних контекстів (приміром, для різних форм емоційного чи фізичного насильства чи різних дослідницьких гіпотез (Childhood Trauma Questionnaire (Bernstein et al., 1994), Conflict Tactics Scale (Straus & Gelles, 1990) тощо). Хоча травматичні наслідки стресорів цього типу часто спричиняються подіями (разовими чи регулярними), дія таких стресорів може бути віддаленою у часі і поновлюватись через місяці і роки (як після завершення активної фази війни). Часто серед наслідків травми є посттравматичний розлад, що відрізняється в від інших наслідків стресу, в тому числі в плані підходів до лікування.

Щоденні стресори викликають емоційну реакцію і здатні негативно впливати на психічне здоров'я; їхньою характерною рисою є кумулятивне накопичення для спричинення шкоди (Crosswell & Lockwood, 2020). Однак найкраще кумулятивну дію стресу упродовж життя захоплюють інструменти, які, за аналогією до STRAIN, враховують (1) поступовість впливу, (2) травматичність деяких подій і (3) процес накопичення стресу, розтягнутий на

⁶¹ Матеріали до анкети можна знайти за посиланням: [https://www.who.int/publications/m/item/adverse-childhood-experiences-international-questionnaire-\(ace-iq\)](https://www.who.int/publications/m/item/adverse-childhood-experiences-international-questionnaire-(ace-iq))

всю життєву траєкторію, не обмежуючись певним штучним часовим інтервалом, як це властиво для багатьох методик контрольних списків стресових подій (типово це останній місяць чи останні 12 місяців) (Crosswell & Lockwood, 2020).

Гострі стресори також можна вивчати лабораторним шляхом, адмініструючи певні стресові стимули, найбільш типовими з яких є виконання учасником експерименту завдання з елементами публічної промови або ментальної математики перед суддями; однак експериментальні дослідницькі практики не розглядаються в межах цієї дисертації.

В контексті оцінки впливу стресу на здоров'я теоретичний вододіл між об'єктивним стресом (фактичною кількістю стресових подій, пережитих індивідом) та суб'єктивним стресом (перцепцією індивіда щодо власних страждань від пережитих стресових обставин) постає як важливе методологічне питання. Попри встановлені та добре вивчені зв'язки між стресом та статусом здоров'я, накопичена доказова база не дозволяє науковцям продовжувати вважати ланку між стресовою подією (тобто, зустріччю зі стресором) та негативними наслідками для здоров'я обов'язково неунікним причинно-наслідковим зв'язком. Замість цього дослідники також звертаються до соціальних чинників, що підсилюють здатність індивіда опиратися стресу, з яким зіштовхується індивід, а також більше досліджують пов'язане з цим питання можливості уповільнення епігенетичного старіння та збільшення років життя без немічності (Epel et al., 2018; McEwan, 2019; Cohen et al., 2018; Fitzgerald et al., 2021; Turner et al., 2020). Зрештою, когнітивний (інтерпретативний) вимір стресу (оцінка ситуації як стресової) тепер розглядається як принципово важливий аспект процесу стресу, що розміщає перцептивний (суб'єктивний) стрес на одному рівні із об'єктивним в плані його наслідків для різних фізіологічних систем та мотивації для поведінки, пов'язаної із здоров'ям (Epel et al., 2018; Cohen et al., 2018; Fitzgerald et al., 2021; Turner et al., 2020; Shields et al., 2023).

Для оцінки *суб'єктивного стресу* (психологічного стресу) можна використати валідизовані інструменти (багатопозиційні шкали), які дозволяють досліднику зібрати інформацію про емоційні, фізіологічні та поведінкові реакції респондента на стресові ситуації, пережиті респондентом чи респонденткою за певний інтервал часу. У такий спосіб можна з'ясувати оцінку індивідом сили стресу. Завдяки своїм показникам валідності найбільш поширеним інструментом для цього є шкала сприйнятого стресу Шелдона Коена (Cohen et al., 1983). Це багатопозиційна шкала з 14 запитань-стимулів, сформульованих так, щоб дослідник міг оцінити, наскільки вразливою себе почуває опитувана людина під тиском поточних обставин життя.

Важливим аспектом вимірювання рівня стресу також виступає інтервал часу, що сплинув між стресовою подією та моментом вимірювання стресу. В залежності від досліджуваних явищ, деякі наслідки стресу дають ознаки доволі швидко, а деякі мають довший латентний період. Це слід враховувати, передусім, якщо ціллю дослідження є вплив стресу на здоров'я, і якщо враховується травматичний досвід, отриманий у дитинстві чи під час війни (як у випадку з цивільними, що перебувають у зоні конфлікту, комбатантами та біженцями).

Як показують багато теоретичних моделей здоров'я, що беруть до уваги розрізнення між суб'єктивною та об'єктивною формами стресу, швидше за все, суб'єктивний стрес є медіатором впливу об'єктивного стресу на здоров'я (McEwen, 1998; Wheaton et al., 2013).

Нові підходи до вивчення стресу: види стресорів в контексті адаптації

Хоча зв'язки між стресом та здоров'ям є добре розробленими, доволі мало уваги приділяється еволюційному виміру процесу стресу та причинним зв'язкам, що він має із здоров'ям та добробутом, в тому числі, із розвитком психопатології (Andrews et al., 2020; Nesse, 2000). Стрессова реакція є адаптивною характеристикою, *sensu lato*, що сприяє виживанню організму шляхом мобілізації його ресурсів для втечі чи активному фізичному

протистоянню нападу. Соціально-еволюційний підхід до стресу та захворювань пропонує новий погляд на стрес, що базується на концепції адаптації. «Адаптивність» певної риси означає, що вона сприяла виживанню в минулому у певній спільноті. Однак важливо зауважити, що адаптації, за визначенням, прив'язані до локальних контекстів: якщо з плином часу довкілля міняється, а адаптація лишається незмінною (консервативною), то адаптація перестає виконувати свої функції⁶². Як вже зазначалося, сучасна література бачить стрес як постійний процес *адаптації* до динамічних довколишніх умов, тим самим більше наголошуючи на пластичності організму людини, кумулятивних ефектах стресу та адаптивній природі стресової реакції для пояснення зв'язків між стресом та здоров'ям (McEwan, 2019; Maltseva, на рецензуванні в *Journal of Culture and Cognition*; Мальцева, 2021b).

У сучасних суспільствах хронічний психологічний стрес пов'язується з запальними процесами в організмі, алергічними реакціями та автоімунними захворюваннями (Brenner et al., 2015; Furman et al., 2019; Lasselin et al., 2020). Цю поєднувальну ланку між стресом та захворюваністю було сформульовано у XIX ст. і впродовж останніх півстоліття соціологічні дослідження стресу навели чисельні докази впливу психологічного стресу на здоров'я та добробут людини (Berkman, Glymour, & Kawachi, 2014; Brenner et al., 2015; Cohen, Janicki-Deverts, & Miller, 2007; Cundiff, Boylan, & Muscatell, 2020; Lasselin et al., 2020; Miller, Chen, & Parker, 2011; McEwen, 2007; McEwen, 2019). Постійне зіткнення зі стресорами або хронічний стрес може мати патологічні наслідки (через так званий «алостатичний тягар»⁶³), що включає шкоду когнітивним процесам, процесу розвитку та росту організму, відтворенню та імунній системі (Kiecolt-Glaser, Renna, Shrout, & Madison, 2020; McEwen & Akil, 2020; Turner et al., 2020). Еволюційне моделювання пов'язує ці деструктивні для здоров'я

⁶² Так само адаптація, вирвана з довкілля, до якого вона було пристосуванням, втрачає адаптивні характеристики і навіть може стати маладаптацією (Hill et al., 2009).

⁶³ Термін запропоновано Брюсом Макюеном для опису кумулятивного ефекту стресу на організм («зношення»). Алостаз охоплює процес повернення до стану стабільності (рівноваги), чи гомеостазу, після стресового епізоду. Алостатичний тягар підсумовує фізіологічні наслідки частих адаптацій до підвищених чи тривалих стресових реакцій внаслідок запроваджених ними нейро- та ендокринних змін, і фактично являє собою ціну, яку тіло сплачує за необхідність адаптуватися до несприятливих ситуацій (McEwen & Stellar, 1993).

процеси зі змінами стилю життя та характеру стресорів у сучасних суспільствах, порівняно із умовами ансестральних людських спільнот, в яких стресова реакція першопочатково еволюціонувала (Brenner et al., 2015, с. 2-3; Bennett, Reeves, Billman, & Sturmberg, 2018). Зокрема, дослідники вказують на зниження чіткості соціальних ролей та зниження впевненості у надійності власної соціальної позиції, зменшення впевненості у професійному виборі, появу небажаних соціальних/професійних ролей, ускладнення процесу осмислення свого внеску в добробут групи, збільшення тиску з боку необхідності обирати з більшої кількості альтернатив, ніж це дозволяє здатність мозку опрацювати кілька об'єктів одразу; також цитуються зміни у циркадичному ритмі (патерни та кількість сну), відрив від родини та необхідність взаємодіяти із значно більшою кількістю чужинців, ніж тисячоліття тому, нереалістичні очікування від життя внаслідок соціальних медіа, поширеність неефективних бюрократичних систем тощо (Brenner et al., 2015, р. 2-3).

Більше того, незважаючи на адаптивну природу стресової реакції, адаптивна цінність стресорів ансестрального довілля є відсутньою в умовах сучасних суспільств. Цей незбіг може порушувати баланс між задачами, які були еволюційно присутні і до яких людство є, відповідно, адаптованим, і нових задач, для адаптації до яких людство ще не мало достатньо еволюційного часу, але має їх розв'язувати (спричиняючи так званий «еволюційний незбіг», англ. 'evolutionary mismatch') (Brenner et al., 2015; Maltseva, на рецензуванні в *Journal of Culture and Cognition*). В цьому контексті в літературі часто висловлюється спостереження, що стресори, що є наразі превалентними у сучасних суспільствах, які характеризуються урбаністичними індустріалізованими умовами, різко відрізняються від обставин соціальної екології ансестральних людських спільнот, в якій формувалися людські адаптації (включаючи стресову реакцію) (Bennett et al., 2018; Brenner et al., 2015). Хоча реалістично такі загрози життю, як небезпека від стихійних лих, нападів хижаків чи ймовірність голоду популяційного масштабу більше не є

характеристиками сучасних індустріалізованих суспільств, через консервативність стресової реакції людський організм продовжує реагувати на значно менш загрозливі стимули (як-от вербальні атаки та конфлікти на робочому місці, суперечки на сайтах соціальних мереж, сусіди, які слухають музику пізно вночі, дорожні затори по дорозі в аеропорт тощо) у такий саме незмінно мобілізуючий спосіб (Brenner et al., 2015; Katsampouris, Turner-Cobb, Barnett, & Arnold, 2020), що виливається у «метаболічно невиправдані витрати» (Turner et al., 2020). Соціально-еволюційний підхід до стресу та захворювань таким чином наголошує на важливості покращення нашого розуміння різних адаптивних механізмів, які розвиваються з часом та здійснюють адаптивні зміни у відповідь на стресори (Goldstein & McEwen, 2002; Katsampouris et al., 2020; Maltseva, на рецензуванні в *Journal of Culture and Cognition*; Nesse, 2000).

Основним висновком для соціологічного вивчення стресу в контексті цих результатів є те, що необхідно приділяти більше уваги дослідженню еволюційного виміру стресу; в тому числі, вивченню диференційованості впливу на фізіологію людини з боку «давніх» стресорів у контрасті з «новими» стресорами, зважаючи на важливість цих параметрів для концептуалізації та вимірювання стресу, а також впливу стресу на емоційне життя та здоров'я (Katsampouris, Turner-Cobb, Barnett, & Arnold, 2020; Maltseva, рукопис на рецензуванні в *Journal of Culture and Cognition*; Segerstrom & O'Connor, 2012). В тому числі, концептуальний момент розподілу на об'єктивний та суб'єктивний стрес постає як навіть більш важливий у контексті адаптації (Maltseva, на рецензуванні в *Journal of Culture and Cognition*; Mullainathan & Shafir, 2013).

2.2.1. Вплив соціальних стресорів на психічне здоров'я в коротко- та далекосяжній перспективі

Стресову реакцію в контексті впливу соціокультурних та соціально-економічних чинників буде розглянуто у наступних розділах, але на цьому етапі передусім необхідно вказати на її еволюційну траєкторію та

проілюструвати наслідки консервативності стресової реакції для здоров'я у сучасних суспільствах.

Сучасна концептуалізація стресу включає розрізнення між онтологічно давніми та сучасними стресорами (приміром, Katsampouris, Turner-Cobb, Barnett, & Arnold, 2020). «Давні стресори» визначаються як хронічні потреби чи вимоги, що супроводжували вид *Homo sapiens* упродовж усього його існування (в тому числі, загроза життю чи здоров'ю, втрата родичів чи соціальних зв'язків/стосунків, нараження членів групи на небезпеку тощо). Тим часом, «сучасні стресори» визначаються як нові потреби чи вимоги, що постали у період за останні 10-12 тис. років, переважно у зв'язку із переходом до землеробства та низкою змін у соціальній організації людських груп, що пов'язують із «неолітичною революцією» (як-от оподаткування, сплата комунальних послуг, бюрократичні вимоги, робочі місця без перспективи кар'єрного розвитку тощо) (Schreier & Evans, 2003, p. 306). Організм може почати адаптуватися до змін, щоб функціонувати в нових умовах більш ефективно, але еволюційні зміни є дуже повільним процесом, який займає довгий час (Schreier & Evans, 2003). З точки зору еволюційно-адаптаційного підходу, розмежування на два типи стресорів передбачає, що у ході еволюції людство розвинуло певні механізми копінгу, що дозволило нам бути більше підготованими до зустрічей із давніми стресорами, ніж сучасними стресорами (Hughes et al., 2017; Katsampouris et al., 2020; Slavich, 2019). Іншими словами, за логікою цього підходу, чим старшим є стресор з точки зору історії певного біологічного виду, тим краще представники цього виду здатні поратися з цим стресором (Maltseva, на рецензуванні в *Journal of Culture and Cognition*).

Ця логіка далі передбачає, що людство може бути краще підготоване до боротьби із онтологічно давніми стресорами, аніж сучасними (Maltseva, на рецензуванні в *Journal of Culture and Cognition*). У двох раніших дослідженнях (Katsampouris et al., 2020) було продемонстровано, що давні та сучасні стресори можуть бути емпірично розрізнені, оскільки вони асоціювалися у дослідженні з постанням різних соціальних емоцій (стресори з соромом, а сучасні з

провиною), і індивіди, які стикалися із сучасними стресорами більшою мірою, також повідомляли про більшу кількість симптомів застуди. Ці знахідки відкривають можливість того, що це нове розведення стресорів на групи давніх та сучасних добре вхоплює міру при звичаєння до цих двох типів стресорів, що виражається у диференційованій мірі розбалансованості алоstaticкої системи за умови дії одного чи другого типу стресорів (Katsampouris et al., 2020; Maltseva, на рецензуванні в *Journal of Culture and Cognition*). Для перевірки цих положень у 2020 році у м. Київ авторкою було проведено кількісне експлораторне дослідження, в ході якого розглядалися три гіпотези:

Гіпотеза 1: Сучасні та давні стресори відрізняються одне від одного в плані їхнього впливу на короточасні (рівень стресу) та довготривалі (розвиток депресії) наслідки у психологічному здоров'ї.

Гіпотеза 2: Сучасні та давні стресори впливають на метрики позитивного та негативного психічного здоров'я по-різному, більш сильно впливаючи на параметри негативного психічного здоров'я (стрес, депресія), аніж на параметри позитивного психічного здоров'я (добробут, щастя).

Гіпотеза 3: Більш високий поточний соціально-економічний статус зменшує вплив стресорів обох типів на ймовірність розвитку депресії.

Через пандемію COVID-19 дослідження проводилося в період дії жорстких карантинних вимог та практики соціального дистанціювання в Києві у жовтні-грудні 2020 року, тому збір даних проводився із застосуванням онлайн-форми із залученням гейткіперів (індивідів із великими соціальними мережами онлайн і офф-лайн (Feldman et al., 2003)). Для потреб експлораторного дослідження особливу увагу під час планування збору даних було звернено на те, щоб залучити до вибірки індивідів різного віку та індивідів з різним соціальним бекграундом, аби забезпечити варіативність у вибірці (Daniel, 2012). Вибірка (n=208) включала 56 % жінок і 44% чоловіків у віковому проміжку від 18 до 70 років і складалася з мешканців переважно великих українських міст, доволі освічених, переважно бездітних, працевлаштованих на момент опитування (див. композицію вибірки у Табл. А1 у Додатках).

Структура анкети містила вісім блоків. Першому блоку передували два запитання: (1) наскільки важко респондент переносив локдаун⁶⁴, і (2) чи респондент проживав на самоті під час локдауну. Ці два запитання були необхідні для того, щоб проконтролювати рівні стресу, пов'язані із епідеміологічною ситуацією у локації збору даних, та оцінити об'єктивні умови, які могли б вплинути на перцептивно більш високі рівні стресу, зумовлені накладеною карантинном вимушеною соціальною ізоляцією. Більшість опитаних індивідів оцінили важкість їхнього переживання локдауну як 2 з 4 (із середнім, модою та медіаною, що дорівнювали 2). З них 173 особи проживали з родиною чи ділили квартиру з кимось під час локдауну, тим часом, як решта 35 індивідів провели період локдауну у своєму помешканні усамітнено без компаньйонів. Ці характеристики вибірки відповідали вимогам запланованих аналітичних процедур та цілям дослідження.

Анкета включала 146 запитань, включаючи два вступних скрінінгових запитання, призначення яких описане вище. Вісім блоків анкети було розподілено таким чином: (1) список стресових подій, що респондент нещодавно переживав (16 запитань); (2) оцінка стресогенності зразків давніх та сучасних типів стресорів (34 запитань у рандомізованому порядку); (3) валідизована метрика депресивної симптоматики (шкала депресії Арона Бека версія I (BDI-I), 21 запитання) (Beck et al., 1961); (4) метрика суб'єктивного досвіду стресу (скорочена шкала сприйняття стресу Шелдона Коена, 11 запитань (Cohen et al., 1983)); (5) скорочена метрика соціальної згуртованості (Ponizovskiy et al., 2020, дев'ять запитань); (6) метрика позитивного психічного здоров'я (шкала процвітання Едварда Дінера (Diener et al., 2009), вісім запитань); (7) одне запитання стосовно відчуття щастя («В цілому я щаслива людина») та (8) демографічний блок, що складався з 44 запитань для збору стандартної демографічної інформації (стать, вік, освіта тощо). Всі психологічні змінні у масиві мали рівень внутрішньої узгодженості, що

⁶⁴ Останній локдаун відбувся у Києві у березні-травні 2020. Таким чином, під час збору даних (безпосереднього анкетування) з моменту локдауну минуло шість місяців.

відповідає аналогічним параметрам у інших опублікованих дослідженнях: BDI-I ($\alpha=0.90$), шкала процвітання Е. Дінера ($\alpha=0.87$), шкала сприйняття стресу Ш. Коена ($\alpha=0.62$), шкала соціальної згуртованості ($\alpha=0.69$). Метрики позитивного психічного здоров'я в масиві були представлені і як багатопозиційна шкала, і як окрема змінна, з огляду на їхні диференційовані можливості вимірювати конструкт, що за ними стоїть. Усі рейтингові шкали у анкеті використовували формат від 1 до 4, окрім шкали депресії, яка являє собою клінічну шкалу/метрику і використовувалася як адитивний індекс, і діагностичних запитань з першого блоку, які мали формат відповідей так/ні.

Список потенційно стресових ситуацій/подій з першого блоку анкети було використано з метою оцінити фактичні зіткнення індивіда зі стресорами (наприклад, проблеми в школі чи на роботі, напружена ситуація вдома чи в міжособистісних стосунках, зменшення доходу, народження дитини, серйозна хвороба, смерть близької людини, переїзд тощо упродовж останнього місяця). Однак переважна більшість індивідів у вибірці звітували про дуже малу кількість чи відсутність стресових подій за останній місяць, тож інформація з цього блоку не використовувалася у подальшому аналізі.

Метрики давніх та сучасних стресорів містилися у другому блоці анкети. Другий блок збирав дані про обидва типи стресорів (давні та сучасні у своїй онтології) і містив 34 запитання, розташовані у рандомізованому порядку. Стартовий список запитань для цього блоку було сформовано авторкою на основі теоретично важливих розрізень і потім обговорено із студентською фокус-групою ($n=19$) для отримання критичного фідбеку та коментарів. Фіналізований набір анкетних запитань являв собою список сценаріїв різноманітних ситуацій (які варіювали від черги у супермаркеті та поламаного приладу до важкої хвороби та втрати близької людини) оцінити стресовість кожної з подій-сценаріїв за шкалою від 1 до 4. Загальним запитанням перед усією батареєю запитань у цьому блоці було: «Позначте, будь ласка, наскільки сильним Ви вважаєте стрес, що спричиняє кожна з наступних ситуацій». Опції відповідей використовували наступний формат:

У онлайн-опитнику секції про стресори передувала секція про стресові події, що людині довелося пережити упродовж останнього місяця (яка містила запитання у форматі так/ні і була візуально відмінною від другого блоку стосовно сили стресу та наступного за ним блоку про суб'єктивний досвід стресу). Оскільки з огляду на обмеження дослідження збору біомаркерів (для оцінки рівнів кортизолу тощо) не було передбачено, для вимірювання досвіду стресу було використано широко вживану та валідизовану шкалу перцепції стресу (Cohen et al., 2003).

Аналіз даних було виконано у SPSS (IBM SPSS Statistics for Windows, Version 25.0) та Microsoft Excel. Після чищення та перевірки якості даних і тестування надійності шкал першим кроком у аналізі було обчислення дескриптивних статистик для давніх та сучасних стресорів та подальше їхнє сортування за рівнем стресу, який спричиняє кожен з стресорів. Показники середніх, мод, медіан та стандартних відхилень для рейтингів стресогенності різних стресорів у масиві представлено у Табл. 2.1.

Наступним кроком було проведення аналізу кореляцій та подальшого поглибленого аналізу із застосуванням багатовимірних технік для утворення шкал для кожного типу стресорів. В кластерному аналізі змінні формували два великих кластери (Рис. 2.2). Перший (α Кронбаха = 0.94) охоплював вимір давніх стресорів, другий (α Кронбаха = 0.90) поєднував ситуації, що асоціювалися з умовами сучасних стресорів. У факторному аналізі було отримано два подібних фактори. Відповідно, було утворено дві сумірні з цим розподілом шкали – шкалу давніх стресорів та шкалу сучасних стресорів (Табл. 2.2) (Maltseva, на рецензуванні в *Journal of Culture and Cognition*).

Табл. 2.1. Описові статистики для змінних-стресорів

	середнє	ст. відх.	медіана	мода
втрата родичів	3,49	0,97	3,00	3,00
загроза життю дитини	3,48	1,07	3,00	3,00
серйозна хвороба когось з родичів	3,42	0,93	3,00	4,00
війна	3,39	0,98	4,00	4,00
розлучення / розірвання шлюбу	3,02	1,12	2,00	2,00
поранення, що не загоюється	2,93	1,09	3,00	3,00
страх за власне життя	2,90	1,04	3,00	4,00
страх за своє здоров'я	2,82	0,97	4,00	4,00
обман	2,81	0,99	3,00	4,00
втрата друзів	2,81	1,12	2,00	2,00
хвороба	2,79	0,98	2,00	2,00
зрада у романтичних стосунках	2,77	1,07	3,00	3,00
втрата роботи	2,76	1,05	4,00	4,00
фізичний біль	2,68	1,02	3,00	3,00
матеріальні збитки	2,66	0,90	4,00	4,00
судовий процес, де ви є відповідач чи позивач	2,60	1,05	2,00	2,00
бюрократія	2,57	0,95	3,00	4,00
нещасливе кохання	2,56	1,01	2,00	2,00
брудне довкілля	2,51	0,94	2,00	2,00
конфлікт на роботі	2,41	0,89	3,00	4,00
самотність	2,36	0,99	2,00	3,00
висока рента за квартиру	2,33	1,00	2,00	1,00
погані стосунки з начальником	2,24	0,98	3,00	3,00
громадський транспорт	2,21	1,03	2,00	2,00
втрата високого соціального статусу	2,20	1,03	3,00	3,00
поразка в конкуренції на роботі	2,18	0,88	3,00	3,00
провал на екзамені	2,12	0,96	2,00	1,00
не отримання просування по службі	2,10	0,90	2,00	2,00
загублені речі	2,06	0,94	3,00	2,00
служба в армії	2,05	1,16	2,00	2,00
довга дорога на роботу/ ком'ютер	1,98	0,92	1,00	1,00
поламаний ліфт у багатоповерховому будинку	1,75	0,91	2,00	2,00
поразка в атлетичному змаганні	1,73	0,83	2,00	1,00
довга черга в супермаркеті	1,73	0,87	1,50	1,00

Слідом за формуванням шкал для всіх шкал було обчислено адитивні індекси. Кореляції усіх використаних у дослідженні індексів представлено у Табл. 2.3. Обчислені індекси у подальшому брали участь у регресійному аналізі (прості та множинні лінійні регресії) та аналізі медіацій для перевірки причинних зв'язків між ними (Табл. 2.4.).

Рис. 2.3. Кластерний аналіз (дендрограма)

Дендрограма з використанням методу міжгрупових зв'язків

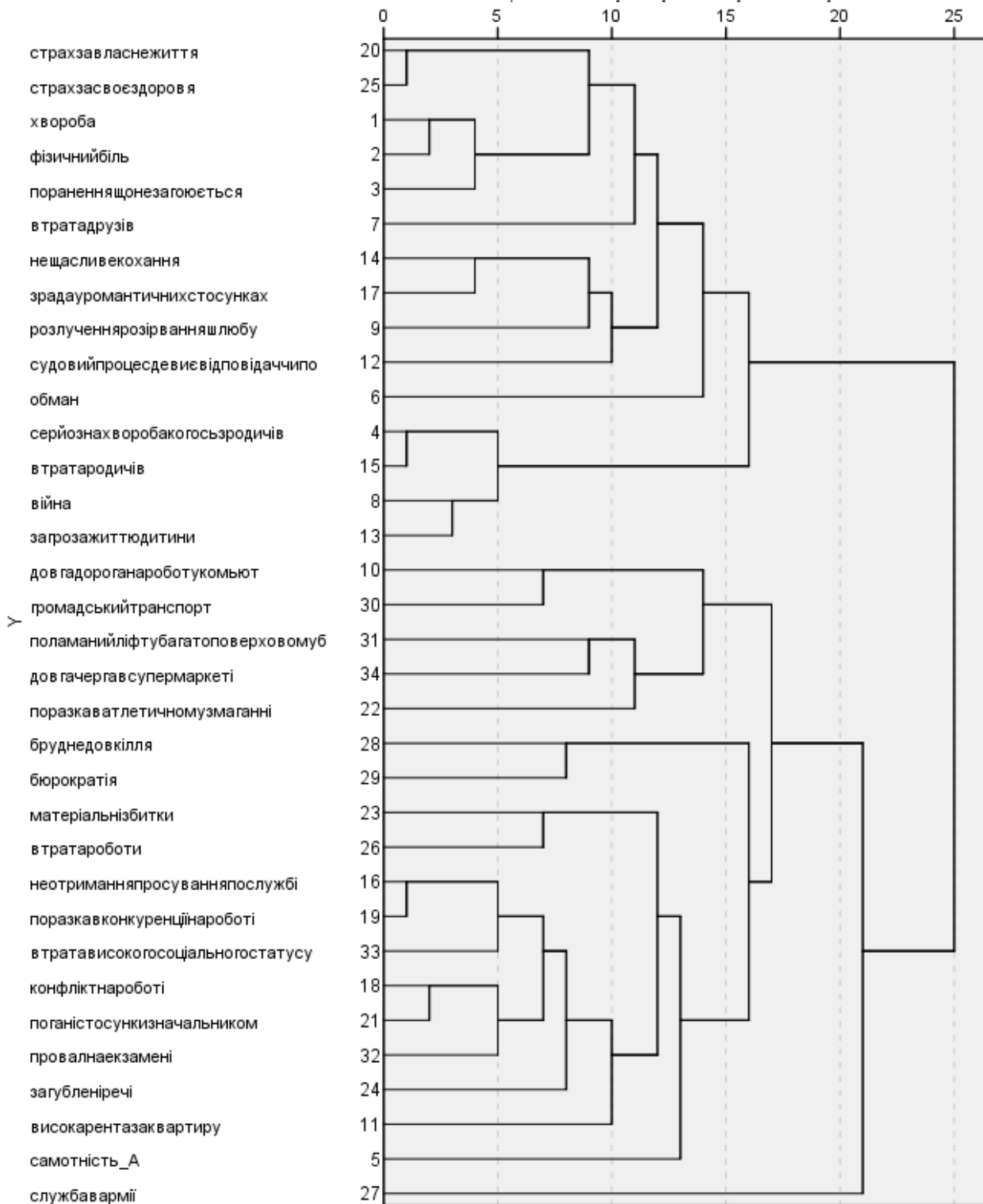


Табл. 2.2. Композиція шкал (шкали давніх та сучасних стресорів)

Шкала давніх стресорів ($\alpha = 0,94$)	Шкала сучасних стресорів ($\alpha = 0,90$)
хвороба	самотність
фізичний біль	довга дорога на роботу/ ком'ютер
поранення, що не загоюється	висока рента за квартиру
серйозна хвороба когось з родичів	не отримання просування по службі
обман	конфлікт на роботі
втрата друзів	поразка в конкуренції на роботі
війна	погані стосунки з начальником
розлучення / розірвання шлюбу	поразка в атлетичному змаганні
судовий процес, де ви є відповідач чи позивач	матеріальні збитки
загроза життю дитини	загублені речі
нещасливе кохання	втрата роботи
втрата родичів	служба в армії
зрада у романтичних стосунках	брудне довкілля
страх за власне життя	бюрократія
страх за своє здоров'я	громадський транспорт
	поламаний ліфт у багатоповерховому будинку
	провал на екзамені
	втрата високого соціального статусу
	довга черга в супермаркеті

Застосування регресійного аналізу дозволило з'ясувати, що індекси стресорів обох типів впливають на метрики стресу, підвищуючи його рівень (що вказує на вплив у короткотривалій перспективі), однак лише індекс сучасних стресорів виступав статистично значущим предиктором ймовірності розвинути депресію (що є ознакою впливу у довготривалій перспективі). Хоча складові індексу давніх стресорів мали вищі середні показники в плані своєї стресогенності, цей індекс не мав статистично значущого зв'язку з метрикою депресії. Жоден з двох типів стресорів не впливав на психологічний добробут, виражений у формі шкали процвітання (Табл. 2.4.).

Для дослідження ефектів соціально-економічного статусу було використано дві метрики доходу: поточний дохід родини та (ретроспективно) дохід родини у дитинстві респондента. Дохід виступає найбільш часто вимірюваним індикатором соціально-економічного статусу у дослідженнях

градієнтів здоров'я (López-Roldán & Fachelli, 2021). Також у ході аналізу було створено додаткову метрику для зміни соціально-економічного статусу упродовж життєвої траєкторії, виражену як різницю між поточним доходом та доходом родини у дитинстві респондента. Показник із позитивним значенням вказував на підвищення соціально-економічного статусу упродовж життя; показник із від'ємним значенням вказував на погіршення соціально-економічного статусу упродовж життя.

Підвищення соціально-економічного статусу упродовж життя виступало значущим предиктором зниження ймовірності розвинути депресію. Такий саме ефект на депресію мав високий поточний соціально-економічний статус. Тим часом соціально-економічний статус у дитинстві сам по собі не впливав на депресію в межах вибірки. Також жодна з метрик соціально-економічного статусу не впливала ані на показники перцепції стресу⁶⁵, ані на метрику процвітання. Вплив обох типів стресорів на депресію та суб'єктивний рівень стресу знижувався за умов наявності високого поточного соціально-економічного статусу (Табл. 2.4.).

Коли соціально-економічний статус вводився в регресійну модель разом з кожним з типів стресорів як незалежна змінна, у випадках із обома типами стресорів вплив конкретного типу стресора знижувався, а соціально-економічний статус лишався статистично незначущим показником. З іншого боку, високий поточний соціально-економічний статус суттєво знижував ймовірність розвитку депресії, коли він вводився в модель разом із індексом сучасних стресорів; цей ефект не спостерігався із індексом давніх стресорів, на який високий соціально-економічний статус респондента не впливав (Табл. 2.4.).

⁶⁵ Цей конкретний результат може бути приписаний непевній епідеміологічній ситуації, яка багато в чому була пов'язана із об'єктивними джерелами стресу (тобто, ризиком захворіти) наприкінці 2020 року.

Табл. 2.3. Скорельовані індекси

	BDI-I Індекс	Індекс процвітання	Індекс суб'єктивного стресу	Індекс сучасних стресорів	Індекс давніх стресорів	Індекс соціальної згуртованості	В цілому я щаслива людина
BDI-I Індекс	1						
Індекс процвітання	-0,540** (-0,539**)	1					
Індекс суб'єктивного стресу	0,453** (0,448**)	-0,136 (-0,149*)	1				
Індекс сучасних стресорів	0,275** (0,212**)	-0,023 (-0,027)	0,395** (0,361**)	1			
Індекс давніх стресорів	0,126 (0,153*)	-0,002 (0,012)	0,367** (0,327**)	0,702** (0,706**)	1		
Індекс соціальної згуртованості	-0,284** (-0,258**)	0,461** (0,478**)	-0,084 (-0,078)	-0,149* (-0,127)	-0,129 (-0,098)	1	
В цілому я щаслива людина	-0,566** (-0,531**)	0,703** (0,687**)	-0,194** (-0,195**)	-0,078 (-0,067)	0,060 (0,068)	0,403** (0,395**)	1

Таблиця демонструє Pearson's r та Spearman's rho (у дужках)

* P ≤ 0,05 (two-tail) ; ** P ≤ 0,01 (two-tail)

Табл. 2.4. Регресії (стандартизовані регресійні коефіцієнти)

	BDI-I			Індекс суб'єктивного стресу			Індекс процвітання		
	бета	SE	R ² (скориг. R ²)	бета	SE	R ² (скориг. R ²)	бета	SE	R ² (скориг. R ²)
Індекс давніх стресорів	-	-	-	0,367***	0,026	0,135 (0,131)	-	-	-
Індекс сучасних стресорів	0,275***	0,045	0,076 (0,071)	0,395***	0,027	0,156 (0,152)	-	-	-
SES (поточний)	-0,262***	0,819	0,068 (0,064)	-	-	-	-	-	-
SES (в дитинстві)	-	-	-	-	-	-	-	-	-
SES (зміна)	-0,177*	0,632	0,031 (0,027)	-	-	-	-	-	-
Індекс давніх стресорів SES (поточний)	0,092 -0,249***	0,044 0,825	0,077 (0,068)	0,356*** -0,078	0,036 0,423	0,141 (0,132)	-	-	-
Індекс сучасних стресорів SES (поточний)	0,236*** -0,220**	0,045 0,810	0,122 (0,114)	0,384*** -0,058	0,027 0,491	0,159 (0,151)	-	-	-

* P ≤ 0,05; ** P ≤ 0,01; *** P ≤ 0,001

Табл. 2.5. Додаткові регресії (стандартизовані регресійні коефіцієнти)

	Індекс давніх стресорів			Індекс сучасних стресорів			Загалом я щаслива людина		
	бета	SE	R ² (скориг. R ²)	бета	SE	R ² (скориг. R ²)	бета	SE	R ² (скориг. R ²)
Індекс соціальної згуртованості	-	-	-	-0,149*	0,193	0,022 (0,017)	0,403***	0,012	0,163 (0,159)

* P ≤ 0,05; ** P ≤ 0,01; *** P ≤ 0,001

Також додатково було проаналізовано параметр соціальної згуртованості для визначення його ролі в контексті стресу та здійснено перевірку наявності ефектів медіації. Було виявлено, що високі показники індексу соціальної згуртованості знижують негативні ефекти сучасних, але не давніх стресорів, а також підвищують суб'єктивне відчуття щастя, виміряного однією змінною («В цілому я щаслива людина») (Табл. 2.5.). Тим не менш, попри очікування, в ході аналізу не було знайдено достатніх підстав підозрювати медіацію (для порівняння див. Snyder-Mackler et al., 2020).

Таким чином, дані підтримують дві з трьох гіпотез, оскільки було продемонстровано, що кожен тип стресорів має свій патерн взаємодії (1) з довготривалими і короткочасними наслідками у психічному здоров'ї та (2) із змінними, що вимірювали позитивне та негативне психічне здоров'я. Зокрема, сучасні стресори проявили себе як такі, що мають «довші руки» у площині шкідливого впливу у довготривалій перспективі (зокрема, розвитку депресивної симптоматології). Третю гіпотезу дані підтримали частково, оскільки в ході аналізу було знайдено, що (3) високий рівень поточного соціально-економічного статусу знижував вплив індексу сучасних стресорів на метрику депресії. Подібний ефект не було зареєстровано для індексу давніх стресорів (Мальцева, 2021b).

Отже, у дослідженні, проведеному авторкою в Києві, було розглянуто диференційовані ефекти онтологічно давніх та сучасних стресорів у площині суб'єктивного стресу та наслідків для психічного здоров'я (зокрема, депресії та психологічного добробуту). Результати вказують на те, що обидва типи стресорів впливають на суб'єктивні рівні стресу (короткосяжна перспектива), але сучасні стресори є більш впливовим чинником виникнення депресії (далекосяжна перспектива). Цей результат свідчить про те, що нові стресори, пов'язані з урбаністичним способом життя та технологічним прогресом постіндустріальних суспільств можуть здійснювати більш сильний негативний вплив на психічне здоров'я, ніж це роблять еволюційно старіші стресори, хоча ці останні були оцінені респондентами у середньому як більш стресові. Ця

конкретна знахідка нагадує аналогічний висновок з раніше опублікованих результатів щодо експериментального розрізнення між давніми та сучасними стресорами (Katsampouris et al., 2020); зокрема те, що учасники експерименту, які повідомляли про більшу частотність зустрічей із сучасними стресорами, також мали більш виражені симптоми застуди порівняно із індивідами, які були більше у контакті з давніми стресорами. Обидва результати вказують на більшу потребу у мобілізації, необхідної для боротьби з сучасними стресорами, що видно з більшої вираженості субоптимальних симптомів здоров'я. Розглянуті разом, ці дані надають обмежену підтримку висновку, що сучасні стресори завдають більшого ураження алоstaticтній системі (див. також Cohen et al., 2003).

Знахідки стосовно асоціацій між сучасними стресорами та депресією можна також розглядати та інтерпретувати з точки зору соціально-еволюційного підходу, зокрема концепції еволюції психічних розладів у світлі еволюційної адаптації (Andrews, 2020; Andrews et al., 2020; Nesse, 2000; Nesse & Williams, 1998; Sevcikova et al., 2020).

Можна припустити, що стресори обох типів розповсюджені у суспільстві нерівномірно. Крім того, давні стресори дещо важче прогнозувати чи контролювати, порівняно із сучасними стресорами, і в цьому сенсі вони є частиною життя будь-якої соціальної групи, незалежно від соціально-економічного становища її членів. У протилежність цьому, можна очікувати, що індивіди із більшим доступом до ресурсів матимуть більше контролю над сучасними стресорами, порівняно із індивідами, які не мають у своєму розпорядженні достатньо ресурсів (Jachimowicz, Frey, Matz, Jeronimus, & Galinsky, 2022). Ця умова з усією ймовірністю позиціонує соціально-економічний статус як чинник, який може погіршувати ситуацію із рівнями стресу, коли індивід зустрічається із онтологічно сучасними стресорами, для категорій населення, що характеризуються низьким соціально-економічним статусом.

У дослідженні не було знайдено доказів статистично значущих зв'язків між жодною з метрик двох типів стресорів та шкалою психологічного

добробуту (евдемонічним аспектом задоволення життям, див. Martela & Ryan, 2021). Це дещо неочікуваний результат, з огляду на те, що успішне подолання стресорів та ефективне підкорення подібних «бар'єрів» викликає зміни у певних аспектах добробуту і очікувано має впливати на зміни у психічному здоров'ї (Jachimowicz, Frey, Matz, Jeronimus, & Galinsky, 2022; Ng & Diener, 2021; Pancheva et al., 2020). Таким чином, канал впливу стресорів різних типів на позитивне психічне здоров'я виглядає як менш однозначний, і відповідно, такий, що вимагає більшої дослідницької уваги для більш нюансованого мапування (Мальцева, 2021b).

Висновки розділу

Останні кілька десятиліть ознаменувалися успіхами соціально-епідеміологічного підходу як способу розуміння основоположних детермінантів здоров'я, насамперед, у підведенні емпіричного фундаменту для пояснення ролі, що її відіграє соціальний світ у формуванні патернів здоров'я та захворюваності на рівні популяцій (Berkman, Glymour, & Kawachi, 2014, p. xi; Lundberg, 2020; Slavich, 2016; Мальцева, 2021b). Впродовж останніх 40 років спостерігається значне зростання інтересу до того, яким чином суспільство та різні форми соціальної організації впливають на якість життя та здоров'я, а також визнання того, що розуміння цього механізму зможе сприяти ефективним стратегіям зменшення нерівностей у здоров'ї та покращенню здоров'я населення (Bautista et al., 2019; Christensen et al., 2019; Fogelman & Canli, 2019; Kessler, 1983; Lund, 2019; McLeod, 2012; Rubenstein et al., 2019; Zannas, 2019; Мальцева, 2021b).

Упродовж останніх кількох десятиліть спостерігається загальне зростання інтересу до шляхів, якими соціальний світ впливає на здоров'я та добробут людини, а також визнання потенціалу цього знання для зменшення нерівностей у здоров'ї та покращення здоров'я населення (Aristizabal et al., 2019; Bull et al., 2018; Cole, 2013; Lund, 2019; Oude Groeniger et al., 2019; Stavrova, Fetchenhauer, & Schlösser, 2013). Залучення до співпраці у сучасних дослідженнях в цій галузі

соціальних науковців, генетиків, епідеміологів та еволюційних біологів, принесли краще розуміння соціальних детермінантів здоров'я, біології стресу та тієї ролі, що суспільство та різні форми соціального життя відіграють у формуванні патернів поширеності здоров'я та захворювань в людських суспільствах (Berkman, Glymour, & Kawachi 2014, p. xi; Lundberg, 2020). Завдяки їхнім результатам було зроблено висновок щодо диференційованості впливів гострого та хронічного стресу на фізичне та психічне здоров'я, а також щодо різної міри деструктивності стресорів різних типів для різних вимірів здоров'я індивіда. Було також запропоновано кілька моделей для пояснення кумулятивного характеру наслідків стресу; виявлено аспекти стресу, що пов'язані з дитячим розвитком; та сформульовано підхід життєвої траєкторії для пояснення динамічних аспектів здоров'я, захворюваності та смертності (Barker et al., 2002; Ben-Shlomo & Kuh 2002; Dannefer, 2003; Мальцева, 2021b). В літературі доступні інструменти для вимірювання стресу, що викликають різні типи стресорів. Розроблені інструменти дозволяють оцінити стресовий досвід гострого та хронічного характеру, а також врахувати кумулятивність накопичення стресу упродовж життя чи певного інтервалу часу.

Хронічні стресори є особливо важливими дослідницькими конструктами для соціологів, соціальних епідеміологів та медичних антропологів. Вбудовані в структуру соціальних ролей, статусів та ієрархій, хронічні культурні стресори є частиною непримітної та незгадуваної щоденної рутини, через яку культурна спільнота проходить у нормальний день, зовсім її не помічаючи (Schieman, 2019). Впливу хронічних стресорів на здоров'я було присвячено чимало дослідницької уваги, проте механізми, через які здійснюється «зношування» систем організму, яке приписується ефектам надмірного алоstaticного навантаження, досі не є зрозумілими до кінця. Завдяки більш ніж півстоліттю досліджень у галузі стресу та імунної реакції, стрес більше не концептуалізується як екстраординарний досвід з руйнівним потенціалом для здоров'я, а швидше як постійний адаптивний процес оцінки довколишнього середовища, коли індивід активно опирається стресу та навчається відповідати

на виклики, що може нести докільця (Cohen, Murphy, & Prather, 2018; McEwen & Aki, 2020). Оскільки суб'єктивна (перцептивна) міра стресовості ситуації залежить від культурного бекграунду, психологічних диспозицій та особливостей життєвої траєкторії конкретного індивіда, для сучасної концептуалізації стресу та розуміння дії стресу на здоров'я великого значення набуває когнітивний аспект стресу (Christensen et al., 2019; Cundiff, Boylan, & Muscatell, 2020). Механізм стресу неможливо зрозуміти незалежно від способу осмислення та інтерпретативної складової, а також розгляду культурно-специфічних значень (McLeod, 2012; Pearlin, 1989; Snodgrass et al., 2020). Відповідність індивідуального та колективного культурного профілів, яка є предметом обговорення у наступному розділі, являє собою один з складних кейсів, де задіяний стрес.

Від публікації відомої праці ендокринолога Ганса Сельє «Стрес життя» (1956) соціологічні дослідження стресу пройшли довгий шлях і можуть запропонувати такі основні узагальнені висновки. Передусім, ми знаємо, що стрес несе суттєвий деструктивний вплив для організму і має негативні наслідки для фізіологічного та психічного здоров'я людини незалежно від форми соціальної організації суспільства. Особливо це стосується хронічних стресорів та травм, а також стресу, пов'язаного з дискримінацією. По-друге, стрес розподілено у суспільстві не рівномірно, а за соціальною ознакою. Зокрема, потужними предикторами вразливості щодо стресу та постання нерівностей у здоров'ї виступають такі змінні, як гендер, шлюбний статус, етнічність/раса та соціально-економічний статус (Cockerham, 2013; Thoits, 2010). По-третє, дія стресорів накопичується упродовж усієї життєвої траєкторії і наслідки їхньої дії передаються спадково, тим самим поглиблюючи прірву нерівностей у здоров'ї між заможними та незаможними категоріями населення. З іншого боку, позитивну («буферну») дію у боротьбі у стресом та його наслідками можуть здійснювати такі психосоціальні ресурси, як соціальна підтримка, а також такі характеристики, як адекватний рівень самоповаги, висока самооцінка та наявне відчуття контролю над власним життям (Thoits,

2010). В плані політик та розробки інтервенцій, дослідники погоджуються в тому, що найважливішою ланкою є дитинство та, відповідно, ключовим є покращення умов життя на ранніх етапах розвитку організму.

У дослідженні перцепції стресогенності сучасних та давніх стресорів та їхнього впливу на симптоми психологічного здоров'я (N=208), було знайдено цікаві закономірності стосовно далеко- та короткосяжного впливу стресорів різних типів на позитивне та негативне психологічне здоров'я, а також стосовно ролі соціально-економічного статусу та наявності соціальної підтримки у модуляції цього впливу. Хоча обидва типи стресорів підсилювали рівні суб'єктивного стресу, в результаті аналізу було виявлено значущу різницю у тім, яким чином кожен з них впливав на різні аспекти психічного здоров'я у коротко- та довготривалій перспективах. Зокрема, було зареєстровано три закономірності. (1) Сучасні, але не давні стресори мали статистично значущий вплив на рівні депресії, хоча учасники дослідження оцінювали стресогенність сучасних стресорів як більш низьку. (2) Жоден з типів стресорів не мав статистично значущого зв'язку із метриками психологічного добробуту (евдемонічного виміру задоволення життям). (3) У контексті захисту від стресу, високий поточний соціально-економічний статус та високий рівень соціальної згуртованості знижували вплив сучасних, але не давніх стресорів на ймовірність розвинути депресію. Соціально-економічний статус, тим не менше, впливу на суб'єктивні рівні стресу не здійснював (Мальцева, 2021b).

Подальші розділи розглядають взаємодію між стресом, соціальними обставинами та здоров'ям докладніше, фокусуючись на застосуванні авторського підходу до вимірювання впливу соціокультурних та соціально-економічних стресорів на здоров'я та на формулюванні механізму впливу соціальної екології на здоров'я людини – як прямого, так і опосередкованого.

Розділ 3. Соціокультурні стресори у наслідках для здоров'я

Цей розділ присвячено емпіричній демонстрації взаємозв'язків між макрорівневими соціокультурними чинниками (зокрема втіленими в поширених у межах групи культурних моделях різних когнітивних доменів) та мікрорівневими процесами мислення та поведінки. Авторка застосовує принципи теорії культурних моделей і методи багатовимірного аналізу для кількісного дослідження процесів смислоутворення та механізму генерування соціального стресу, що в результаті конвертуються у наслідки для здоров'я індивідів. Зокрема розглянуто нову для соціологічної літератури концепцію культурного консонансу, основною рисою якої є інтеграція макро- та мікрорівнів аналізу у поясненні виникнення патернів нерівностей у здоров'ї. У розділі викладено аналіз засновків цієї моделі та пропозиції щодо вдосконалення її методології, а також розглянуто можливі напрямки її оптимізації в межах авторського підходу, який розглядає опосередковані зв'язки між соціокультурною нормативністю, мисленням, поведінкою, стресом та наслідками для здоров'я.

3.1. Культура як хронічний стресор

Культура та соціокультурне середовище виступають важливими чинниками в контексті вивчення впливу суспільства на здоров'я. Культурні впливи формують те, як організовано життя в соціальних групах (Кон, Наої, Шоенбах, Скулер, & Сломчинський, 2013) (наприклад, посередництвом зв'язків рідства, регуляції сексуальних стосунків, поширених форм шлюбу та мешкання сімей, релігійних вірувань, культурних інституцій, уявлень про причини захворювань, організацію системи освіти тощо), спрямовують оцінку подій та досвідів, і можуть впливати на фізіологію людини прямо чи опосередковано (через викликання емоційних станів, дію на фізичне та психічне здоров'я, встановлення певних рівнів стресу тощо). Культурні уявлення формують поведінку в багатьох сферах діяльності (приміром, довіру до інституцій,

політична залученість, просоціальна орієнтація тощо) і впливають на поведінкові результати, дотичні до здоров'я (включаючи рівні вакцинації, дотримання маскового режиму та застосування профілактичних заходів як-от правила гігієни та дистанціювання), і в такий спосіб позначаються на таких явищах, як національний рівень захворюваності та смертності під час епідемій (Endress, 2022; Lucas et al., 2022). Крім того, культура здійснює нормативний тиск на індивідуальний вибір поведінки. Культура також є одним з потужних хронічних стресорів, здатних впливати на об'єктивні показники як психічного, так і фізичного здоров'я (Dressler, 2005). Таким чином, вимірювання впливу культурних чинників на індивідуальне здоров'я є важливим для пояснення складних взаємозв'язків між суспільством, мисленням та станом здоров'я людини (Мальцева, 2021b).

Важливим аспектом цього напряму досліджень є з'ясування того, як саме культурні процеси впливають на здоров'я та пов'язану зі здоров'ям поведінку. Цей нюанс є значущим передусім тому, що часто культурні впливи полягають в недоступних для споглядання сферах, приміром, імпліцитному знанні та когнітивній організації світогляду членів культурної спільноти. Зазвичай культурне знання є інтерналізованим і перетворюється на неусвідомлені поведінку, уявлення та знання, якими індивід послуговується щодня, але не проговорює і не обдумує їх. Однак як вказує критичний огляд Д. Хрушки (Hruschka, 2009), більшість досліджень звертається до культурних змінних без конкретизації каналів їхнього впливу на здоров'я та без емпіричної перевірки функціонування цих каналів. Зокрема, у праці Хрушки наголошуються такі чотири ключові слабкості концептуалізації культури в епідеміологічних дослідженнях (Hruschka, 2009, p. 237):

- 1) Культура не є самоочевидним явищем і потребує ретельного продумування для вироблення визначення та операціоналізації, щоб її можна було використати для потреб наукового пояснення.
- 2) Культура включає множинність механізмів та каналів впливу, які будуть недоступні для емпіричного вимірювання і взагалі можуть бути

помилково пропущені, якщо використовувати «культуру» як загальне універсальне пояснення.

- 3) Пояснення через культурні змінні є гіпотетичними, і вони потребують тестування та перевірки поруч із іншими альтернативним поясненнями.
- 4) Оскільки культура набувається у навчанні і культурні відмінності між групами не мають систематичного характеру, для ефективного конструювання «культурного пояснення» в кількісних дослідженнях здоров'я необхідні техніки заглибленого збору та аналізу даних для врахування специфіки локальної культури та динамічності явища культури.

Відповідно в сучасній літературі, присвяченій біокультурний дослідженням, заохочується більш серйозне ангажування концепту культури для більш плідного емпіричного вивчення ланки між культурою та здоров'ям людини. Цей розділ присвячено зв'язкам між культурними процесами, що відбуваються на колективному рівні, та когнітивними процесами, локалізованими в індивідуальній свідомості, у контексті формування наслідків для психічного та фізичного здоров'я людини. Передусім, в центрі уваги буде знаходитись здатність культури виступати в якості стресора.

Індивід та нормативна культура

Людські суспільства функціонують на основі інтерсуб'єктивно узгоджених спільних для членів культурної спільноти уявлень стосовно того, що в цих суспільствах цінується і вважається обов'язковим. Завдяки своїм мотиваційним властивостям і здатності впливати на поведінку та сприйняття світу, соціокультурна нормативність давно знаходиться в центрі уваги соціальних науковців. Норми та цінності, що їх легітимізують, надають смисл та значення нашим суб'єктивним переживанням. Крім того, вони сприяють нашому розумінню умовностей як *справжніх* обмежень, що у нашому житті мають відчутну матеріальну вагу, як властиво беззаперечному факту. Така потужність впливу норм уможлиблюється природою людської спільноти.

Участь соціального цілого інституціоналізує «абстрактні» нормативні приписи, перетворюючи їх на майже матеріальні вододіли між «нормальним» та «неприпустимим». Цю роль групового консенсусу важко переоцінити. Упродовж процесу соціалізації соціокультурна група допомагає своїм членам окреслити для себе, що є і що не є нормальним (чи соціально бажаним), робити відповідні висновки і діяти у відповідний спосіб. Без докладання особливих зусиль суспільство навчає нас, що ми маємо навчитися робити, якщо бажаємо залишатись прийнятним членом суспільства (Maltseva, 2012b; Maltseva, 2013). Нормам легко навчитись і вони відслідковуються в мові; здатність розуміти моральні принципи, що підлягають нормативним приписам («деонтична логіка») є присутньою у дітей з раннього віку (Cummins, 1998).

Соціокультурна нормативність є важливою в контексті здоров'я тому, що вона, як і цінності, є тісно пов'язаною з поведінкою. Оскільки нормативні репрезентації мають прямі та доступні у спостереженні поведінкові наслідки, «фальсифікувати» виконання норми індивідом значно важче, ніж удавати дотримання певних цінностей. Насправді соціальні норми настільки тісно пов'язані із своїми поведінковими проявами, що часто в етнографічній літературі чи звичайному житті їх приймають за риси характеру чи особисті цінності (Maltseva, 2012a,b). Так само, порушення норм є значно більш очевидними, сприймаються як значно більш образливі та отримують значно більше санкцій, ніж «відступництво» від тих чи інших цінностей (порів. з Sripada & Stich, 2006; Young, 2003; Мальцева, 2021b).

Важливим емпіричним наслідком нормативного тиску на поведінку є високий рівень консенсусу у площині культурної поведінки (порівняно із консенсусом у відповідному знанні чи емоціях, викликаних у межах відповідного культурного домену) (Maltseva, 2012a,b; Maltseva, 2018a). Розуміння існування загального консенсусу в групі стосовно того, що є нормативним, є важливим компонентом функціонування норм. Це особливо помітно у випадках, коли сприйняття консенсусу є помилковим. Як показують соціально-психологічні дослідження, навіть помилкове сприйняття чогось як

загальноприйнятого запускає відповідну поведінку так само успішно, як і правильна оцінка консенсусу (Miller & Prentice, 1994; Prentice & Miller, 1993; Мальцева, 2021b).

У світлі соціально-регулюючих функцій нормативних приписів важливим для вивчення впливу суспільства на здоров'я аспектом є здатність норм впливати на нейрофізіологію людини. Цей нюанс вводить цілий набір нових додаткових причинних зв'язків, що представляє ситуацію з еволюційною роллю норм та їхнє значення у консолідації культурних рис як значно більш комплексні. Доступна література вказує на здатність норм виступати медіатором між людською поведінкою та фізіологічними станами – наприклад, викликати негативні емоційні стани, що у випадку інтерналізованої нормативної ідеї передбачають викид гормонів як частина стресової реакції, коли індивід спостерігає порушення норми (Richerson & Boyd, 2005). Досвід порушення норм супроводжується інтенсивним негативним афектом, схожим на відразу, та відчуттям, схожим на фізичний біль, причому обидва вважаються дослідниками маркерами біологічних детермінант адаптації (Rozin et al., 1997). В більш довготривалій перспективі, негативні ефекти у фізичному та ментальному здоров'ї, спричинені нездатністю індивіда відповідати культурно-зумовленому нормативному стандарту, було емпірично продемонстровано дослідниками в галузі соціальної психології та медичної антропології, зокрема у гірших показниках емоційного здоров'я у індивідів, які у своїй поведінці відрізнялися від культурно-бажаного модального зразка (Dressler, 2005; Dressler, 2007; Stavrova, Fetchenhauer, & Schlösser, 2013). Оскільки навряд чи можна знайти таку культурну поведінку, яка знаходилася б поза нормативного регулювання спільнотою, тиск нормативних приписів є достатньо потужним у будь-який момент життєвої траєкторії людини. У цій якості норми та нормативні стандарти соціокультурної спільноти дійсно слід брати до уваги як впливові чинники у дослідженнях поведінки та міжособистісних взаємодій. У відповідності до цього, краще розуміння впливу нормативного тиску на біологічний вимір життя людини та його значення для еволюційної історії норм

є одним з найбільш цікавих напрямків вивчення нормативності в людських групах (Maltseva, 2012b; Мальцева, 2021b).

Нормативні стандарти соціокультурної спільноти мають публічний характер і поділяються всередині групи (Gilbert, 1987; Searle, 1995). Завдяки поширеному в межах групи інтерсуб'єктивному розумінню значення соціокультурних стандартів та індивідуальній здатності людей їх інтерналізувати культура набуває спроможності здійснювати тиск на мотивацію індивідів дотримуватись відповідних стандартів. Якщо індивід знає, що певний стандарт *X* є важливим для членів його спільноти, і що решта членів спільноти теж знають про важливість цього стандарту, то для достатнього рівня відчуття самоцінності індивід докладатиме зусиль, щоб знаходитись в межах такого стандарту *X*. Таким чином культура може виступати як хронічний стресор у щоденному житті інкультурованих членів групи. Оскільки індивіди в групі різняться за мірою інтерналізації норм (і, відповідно, за вираженістю прагнення досягти культурно-зумовленого стандарту) та мірою спроможності досягнути стандарту культури через наявність чи відсутність у них достатніх для цього ресурсів, різні члени групи матимуть різні результати стосовно індивідуальної відповідності культурному стандарту і вживатимуть різні стратегії для адаптації у своїй соціальній ніші (Snodgrass et al., 2018; Snodgrass et al., 2021; Maltseva, 2021b).

Вплив соціокультурних чинників як хронічних стресорів зумовлюється їхньою вбудованістю в щоденне життя індивідів (статуси, ролі) та соціальну структуру групи (McLeod, 2012; Pearlin, 1989; Schieman, 2019). Роль культури як хронічного стресора було сформульовано у другій половині ХХ ст. і властивість культури діяти як стресор широко вивчалася медичними соціологами та психологічними антропологами, передусім у проявах матеріальної культури (Dressler, 2005; Dressler, 2007a; Dressler, 2007b; Reyes-Garcia, Gravlee, McDade, Huanca, Leonard, & Tanner, 2010; Snodgrass et al., 2018; Snodgrass et al., 2021). Вплив соціокультурної нормативності на перцепцію, мислення, самооцінку, тривожність, депресивну симптоматику та дотичні

параметри ментального життя людини також детально задокументовано в психологічній літературі, зокрема в соціальній психології, психології особистості, психологічній антропології та крос-культурній психології (Bou Malham & Saucier, 2016; D'Andrade, 2002; Saucier, Kenner, Iurino, Bou Malham, Chen, et al., 2015; Van de Vijver, van Hemert, & Poortinga, 2008; Verplanken, Friborg, Wang, Trafimow, & Woolf, 2007; Vittersø, 2001). Тим часом одна з серйозних проблем в літературі, присвяченій вивченню механізмів дії хронічних культурних стресорів у здоров'ї, полягає у відсутності ефективної міждисциплінарної комунікації (Wilson, 1999, p. 202-208). Ознайомленість із емпіричними знахідками у дотичних галузях різних соціальних та біомедичних наук (соціальної епідеміології, медичної та когнітивної антропології, соціальної психології, медицини тощо) могла б зробити більш плідним розвиток прикладних досліджень у соціології здоров'я, які мають враховувати особливості конкретних розладів та динаміку певних фізіологічних процесів для розроблення прогнозів та ефективних інтервенцій (Mackenbach, 2019; Maltseva, 2020). З точки зору теорії, відсутність обміну у галузі теоретико-методологічних моделей між різними науками, що вивчають вплив соціуму на ментальне та фізичне здоров'я, а також відсутність спільного вокабуляру та вираженого методологічного плюралізму відбивається на можливостях теоретизації взаємин між різними соціальними детермінантами здоров'я та розвитку теоретичної перспективи у відповідних соціологічних галузях (Kirmayer, Worthman, & Kitayama, 2020; Maltseva, 2020; Maltseva, 2021b). Скоординоване поєднання зусиль науковців з різних соціальних дисциплін та біомедичних наук у наведенні міждисциплінарних мостів значно поглибить наше розуміння складних процесів взаємодії між соціальним життям та біологічним субстратом, а також допоможе зрозуміти їхній масштаб, динаміку та можливості обернення негативних впливів соціальних умов на здоров'я індивідів. Ця співпраця є необхідним фундаментом для розроблення потенціалу для покращення якості життя членів суспільства (Мальцева, 2021b).

Культура визначає, як ми інтерпретуємо соціальний світ навколо нас, в тому числі, що саме ми знаємо про соціальний світ і як ми розуміємо своє місце та позиції інших в ньому. Роль культури в когнітивних процесах широко задокументована (Bennardo & De Munck, 2013; Blount, 2011; Caulkins, 2004; Chiu et al., 2010; D'Andrade, 1995; D'Andrade, 2008; Kashima, 2016; Miller & Weller, 2019; Oude Groeniger et al., 2019; Polavieja, 2015; Quinn and Holland, 1986; Quinn, 2016; Wang, 2016). Оскільки когнітивні процеси пов'язані з аналізом, оцінкою та прогнозуванням соціальних ситуацій та їхніх наслідків, їхні зв'язки з емоційними реакціями, рівнем психосоціального стресу та наслідками для більш стабільних і пов'язаних із здоров'ям конструктів (ідентичність, самість (англ. self), особистість, рівень хронічного стресу тощо) зумовлюють важливість смислового акценту на взаєминах між колективною культурою та індивідуальним мисленням. Емпірична важливість та практична значущість дослідницького напрямку «культура та мислення» не викликає суперечок і наразі він широко представлений як важливий концептуальний вузол в різних соціологічних галузях, особливо в соціології культури (Charles, 2008; DiMaggio, 1997; Hunzaker & Valentino, 2019; Rotolo, 2022; Vaisey, 2009; Vaisey, 2010; Vaisey, 2014; Zerubavel, 1999), а також, закономірно, в міждисциплінарних дослідженнях, які мають на меті поєднання соціального та біологічного у дослідженнях здоров'я та медицини (Endress, 2022; Lucas et al., 2022; Oude Groeniger et al., 2019). В цьому контексті, одна з вихідних позицій теоретичного мислення у сучасній психологічній та когнітивній науках – це взаємозв'язок між людським мисленням та культурою, що формулюється як спрямований формуючий взаємовплив⁶⁶ (Chirkov, 2019; Markus, Kitayama, & Heiman, 1996; Мальцева, 2021b).

Однак, попри великий за обсягом теоретичний доробок, спрямований на розуміння природи культури людини в межах соціологічної дисципліни, дослідження культури в когнітивно-орієнтованій соціології лишається доволі

⁶⁶ У своєму найбільш відомому класичному формулюванні Річарда Шведера: «Культура та психіка створюють одна одну» («Culture and cognition make each other up» (англ.) (Shweder, 1991).

обмеженим (Maltseva, 2020; Мальцева, 2021b). Ці обмеження стосуються як відсутності усталених, валідизованих практик вимірювання культурних впливів у соціо-культурних явищах, так і обмеженості в систематичній практичній реалізації запропонованих теоретичних ідей (Caulkins, 2004; Polavieja, 2015; Rotolo, 2022; Vaisey & Lizardo, 2010). Тим часом, проблеми із дослідженням культури та вимірюванням культурних рис є значними – причому настільки, що культура навіть заслужила характеристику невловимої «безформенної димки» (an “amorphous mist” (Ghaziani, 2009)) (Maltseva, 2020; Мальцева, 2021b).

Тим не менше не варто уявляти культурний матеріал як аморфну масу, так само, як не слід зводити культурні атрибути до характеристик внутрішньо-групової гомогенності. Культурні ідеї, ментальні звички та практики оперують спільно і на кількох рівнях, аніж в ізоляції, і це, відповідно, слід брати до уваги у їхньому емпіричному вивченні (Maltseva, 2018b; Matsumoto, 2007; Matsumoto & Van de Vijver, 2010). На колективному рівні культура існує у формі доступних спостереженню публічних репрезентацій, відкритих всім членам культурної спільноти і втілених у соціальних інституціях (те, що охоплюється категорією «культура за межами голови» (англ. «culture outside-the-head» (Morling & Lamoreaux, 2008)). Ефекти цього рівня культури у ментальному житті людини та його поведінкових проявах типово знаходяться в центрі уваги соціологів, соціальних епідеміологів та економістів, які прагнуть висвітлити глобальні аспекти певних соціальних явищ. Відповідно, ці дослідження використовують методологічні підходи, розроблені для дослідження параметрів національного масштабу і підходять для вибірок такого рівня. Тим часом, індивідуальний рівень культури («культура в голові») цікавить, в основному, психологів та психологічно-орієнтованих антропологів, які концептуалізують культуру в категоріях характеристик індивідуального рівня (Chiu et al., 2010). Своєю чергою, такі дослідження спрямовуються такими дослідницькими дизайнами, що намагаються виміряти взаємодію між цими внутрішніми елементами культури із психологічними змінними, щоб пояснити культурні впливи у різноманітних когнітивних доменах, як-от мотивація, групова

перцепція, соціальне мислення, а також у психічному здоров'ї. Хоча ці рівні аналізу є превалентними в емпіричній роботі і генерують чимало корисних даних, їхнє використання поодиночі із певною ймовірністю випускає з уваги аналіз проміжного середнього рівня культури, який, по суті, мав би узгодити впливи цих двох рівнів та пояснити їхні механізми (Chiu et al., 2010; Maltseva, 2018a). Цінних та інформативних висновків дуже важко дійти шляхом розведення цих двох рівнів чи маргіналізації одного з них за рахунок іншого; це також матиме надзвичайні обмеження в процесі формулювання теоретичних побудов (Lamont, Adler, Park, & Xiang, 2017; Wang, 2016). Відповідно, найбільш перспективним виходом з цієї ситуації є пріоритизація, перш за все, дослідницького розуміння *механізмів* досліджуваних процесів та явищ, а не лише фіксація їхніх наслідків та крос-секційний аналіз їхніх проявів, а це вимагає більш розвинених міждисциплінарних компетенцій (Maltseva, 2020).

В межах соціологічної дисципліни плані в методології та теорії також існують певні складності, що не сприяють просуванню досліджень зв'язків між культурою та мисленням в соціології. В першу чергу, через властиву соціологічному нарративу неприв'язаність концептуалізації культури до параметрів, що можуть бути чітко виміряні, превалентні нині соціологічні теорії культури у сфері «культури та мислення» не постачають чітко вимірюваних конструктів, легко доступних для операціоналізації та емпіричного опрацювання, що робить багато зусиль емпірично-орієнтованих когнітивних соціологів культури значно менш результативними і малоінформативними за своїми висновками (Cerulo, 2014; Hunzaker & Valentino, 2019; Lizardo, 2016; Rotolo, 2022). Як наслідок цих тенденцій утворилося доволі складне скупчення теорій та концепцій, які потребують взаємоузгодження, але взяті окремо чи разом, вони не допомагають розв'язувати конкретні проблеми, в тому числі методологічні, що постали із вимірюванням культурних явищ та процесів, та їхнім валідизуючим підкріпленням (Maltseva, 2020; Мальцева, 2021b).

По-друге, існує проблема недостатньої уваги до мікрорівневих процесів та явищ через те, що соціологи інтелектуально є більш зацікавлені у дослідженнях процесів та явищ макрорівня і у суспільстві в цілому. Дуже мало емпіричних даних в соціології було зібрано для дослідження зв'язків між культурою та мисленням людини, які існують саме на індивідуальному мікрорівні, хоча цей шлях, за логікою досліджуваних явищ, підходить найбільше і він був б методологічно оптимальним для виконання поставленої задачі (Maltseva, 2020; Мальцева, 2021b).

По-третє, соціологічна дисципліна дуже економно запозичує у інших наук (Wilson, 1999, p. 202). Більш консервативна порівняно з рештою соціальних наук, соціологія ставиться надзвичайно обережно до міждисциплінарної співпраці, зокрема в галузі вивчення взаємин між культурою, мисленням та поведінкою, і не інкорпорувала дані та знахідки дотичних досліджень у галузі когнітивної науки, антропології та психології, а також біології та генетики через побоювання загрози реіфікації (Cerulo, 2014; Hunzaker & Valentino, 2019). Такий підхід обмежує глибину соціологічного вивчення предметних сфер, важливих для соціологічної дисципліни, – як-от аспектів розвитку мислення та прийняття рішень; соціокультурних чинників у ефективності боротьбі держав загального добробуту із нерівностями у здоров'ї; несприятливих умов дитинства та їхніх наслідків для здоров'я у дорослому житті; функціонування та взаємодії сучасних соціальних чинників (передусім таких, як соціально-економічний статус) із більш еволюційно старшими механізмами тощо (Maltseva, 2020; Мальцева 2021). Тим часом інші соціальні науки збагачують свої здобутки у дослідженні цих проблем завдяки знахідкам інших наук і відкривають нові горизонти для розв'язання більш комплексних проблем у цих нішах. У цьому контексті дуже інформативною є відома праця Е. О. Вілсона (Wilson, 1999), зокрема її розділ, присвячений особливостям організації міждисциплінарної комунікації в соціальних науках.

Вищезгадані складності з вивченням взаємодії культури та мислення, що з ними стикаються соціологи, є частково історично зумовленими (Cerulo, 2014;

Hunzaker & Valentino, 2019; Maltseva, 2020; Polavieja, 2015). Як це часто трапляється у випадках з абстрактними, комплексними конструктами, проблема принаймні частково витікає з множинності концептуалізацій культури, які було запропоновано в різних соціальних науках, а також в гуманістичних дисциплінах, в різні часи. Визначення культури суттєво відрізняються між різними дисциплінами і іноді навіть в межах субдисциплін однієї науки, тим самим ускладнюючи задачу чіткої концептуалізації та її послідовного вимірювання (DiMaggio, 1997; Polavieja, 2015). Саме тому теоретичні та концептуальні проблеми визначення культури розглядаються тут окремо як такі, що є первинними щодо проблем методології вивчення культурних явищ та їхніх впливів, до яких ми передусім звертаємося у контексті взаємодії між соціумом та здоров'ям (Maltseva, 2020; Мальцева 2021).

3.2. Соціокогнітивний підхід до культури та здоров'я

Незважаючи на концептуалізаційні та дефініційні розбіжності, що існують у сфері вивчення культури, у своєму вивченні соціального світу та особливо у дослідженнях культури соціологічна дисципліна часто зверталася до здобутків когнітивного підходу. Когнітивний фокус у теоретизуванні про властивості культурних змінних дозволяє концентруватися на таких рисах культури, як подібність ментального ландшафту індивідів, що належать до однієї і тієї ж групи. Вихідною посилкою такого підходу є те, що індивіди, соціалізовані в межах однієї культури, мають однакові алгоритми конструювання смислів, що веде до виникнення спільної нормативної колективної реальності (Chiu et al., 2010; Wan, Chiu, Tam, et al., 2007; Wan, Torelli & Chiu, 2010) та до суттєвого збігу у їхньому індивідуальному знанні, що, у свою чергу, матиме певні визначені сигнатури, що їх можна знайти та емпірично виміряти⁶⁷ (D'Andrade, 1995; D'Andrade, 2002; Handwerker, 2002; Maltseva & D'Andrade, 2011; Matsumoto & Van de Vijver, 2010; Polavieja, 2015;

⁶⁷ Однією з найбільш виразних характеристик когнітивної теорії культури є подавання її складових конструктів у вигляді, зручному для формалізованого кількісного аналізу.

Ross, 2004; Weller, 2007; Zou et al., 2009). У такий спосіб культуру може бути представлено як кількісну змінну, що кількісно відображає пропорцію спільності (англ. sharing), що існує між індивідами в межах певної групи завдяки їхній культурній належності (Chiu et al., 2010). Відповідно, її можна операціоналізувати як міру консенсусу (чи спільної варіативності) в уявленнях чи організованій у патерни відносній гомогенності у поведінці (Romney, Weller & Batchelder, 1986). У свою чергу, сприйняття консенсусу щодо певного культурного стандарту може спричиняти тиск, що сприяє конформності, і діяти як стресор (Dressler, 2005; Dressler, 2007a).

Одразу ж слід оговорити, що до нещодавнього часу культура часто розумілася – особливо кількісно-орієнтованими психологами – як унітарне утворення, яке характеризується внутрішньо-груповою гомогенністю за визначенням (підхід, який часто критикувався антропологами, які стоять на інших позиціях щодо оцінки варіативності всередині культурної групи та між такими групами) (Maltseva, 2018a; Maltseva, 2020). Таке гомогенізуюче бачення, хоча воно і схоплює важливий концептуальний момент стосовно культурної спільності/подібності, є перебільшенням консенсуальності культурних атрибутів. Концептуалізована таким чином, культура являє собою набір індивідуальних носіїв ідентичної інформації, що загалом є занадто спрощеною картиною і потенційно веде до небезпеки здійснення редукції у концептуалізації культури до колективного (національного) рівня агрегації культурної варіативності та, зрештою, до есенціалізації культурних спільнот (Мальцева, 2021b).

Слід зазначити, що подібність завдяки спільній культурі (англ. cultural sharing) вже тривалий час знаходиться в центрі дослідницької уваги в антропології, соціології та крос-культурній психології, в межах кількох теоретичних традицій (Boutyline & Soter, 2021). На відміну від соціології, в когнітивній антропології та психології висновки щодо регулярностей у культурному знанні (чи модальній поведінки, що віддзеркалює це знання) походять з досліджень на мікрорівні і, як правило, мають емпіричне

походження. Попри відмінності у їхніх вихідних точках, когнітивні антропологи та (крос-)культурні психологи погоджуються між собою, що культура є анклавом інформації, що передається негенетичним шляхом і є нерівномірно розподіленою між індивідами у групі⁶⁸ (Bou-Malham & Saucier, 2015). Зокрема, когнітивно орієнтовані психологи та антропологи нині схильні дотримуватися такої точки зору, що культура є «похідною від еволюційного процесу констеляцією гнучко організованих ідей та практик, що поділяється, хоча не є абсолютно ідентичними, в межах групи взаємозалежних індивідів і передається від покоління до покоління задля координування переслідування індивідуальних цілей у контексті колективного життя» (Chiu, Leung, & Hong, 2011). Культурні ідеї та практики розуміються, відповідно, як такі, що (1) можуть мати певну міру гетерогенності та (2) оперують на кількох рівнях (Chiu & Hong, 2006). У цьому контексті найбільш часто обговорюваним аспектом культури є розрізнення між колективним та індивідуальним рівнями існування культурної інформації (Maltseva, 2013; Maltseva, 2020).

У методологічній площині, окрема складність у дослідженнях, що залучають культуру як систему спільних значень, полягає в проблемі індивідуального та колективного рівнях аналізу (Van de Vijver, van Hemert, & Poortinga, 2008). В організаційній та крос-культурній психології існує широка література стосовно цього розрізнення (Chan, 1998; Morgeson, 1999). Методологічно існує два основних способи розводити ці два рівня існування культурних конструктів: один полягає у агрегуванні індивідуальних показників до рівня групи, а другий у зміщенні референта (і, відповідно, об'єкта дослідження) на більш високий рівень від індивідуального до колективного вже на стадії збору даних (Fischer, 2009). Оскільки проблема з агрегацією часто буває в тому, що природа, структура та функції досліджуваного конструкту після процедури агрегування залишаються на індивідуальному рівні (Fischer,

⁶⁸ Як психологічна, так і антропологічна позиції запобігають розводити публічну/зовнішню та особисту/внутрішню форми культури, оскільки такий розподіл не допомагає у кращому розумінні того, як функціонують процеси мислення в інкультурованих індивідах (Quinn, 2018).

2009), для культурного матеріалу використання другого підходу видається оптимальнішим і надійнішим (Maltseva, 2013; Мальцева, 2021b).

Розрізнення між індивідуальним та колективним рівнями існування культурного знання неодноразово було індуктивно сформульовано різними дослідниками для різних контекстів, зокрема стосовно організаційної культури (Jaskyte & Dressler, 2004); масових уявлень (Inglehart, 1985); рівнів культури (Matsumoto, 2003); рівнів узгодженості всередині групи (Chan, 1998); інституціоналізованих цінностей (D'Andrade, 2008). Було також зареєстровано якісну відмінність між особистими та колективними цінностями (Schwartz, Sagiv, & Boehnke, 2000). Відповідно до цього спостереження, наприклад, модель культурного консенсусу, що розглядатиметься далі докладніше, концептуально розводить знання соціальних спільнот та компетентність індивідів щодо колективного знання (Romney, Weller, & Batchelder, 1986). Також було емпірично продемонстровано, що колективні та індивідуальні конструкти вантажаться на різні фактори в факторному аналізі, демонструють різні патерни кореляцій із різними психологічними метриками та мають різні міри узгодженості між респондентами (Maltseva, 2010; Maltseva, 2012a; Maltseva, 2012b; Maltseva, 2013; Maltseva, 2014a,b; Maltseva, 2018a,b,c; Maltseva & D'Andrade, 2011; Мальцева, 2021b).

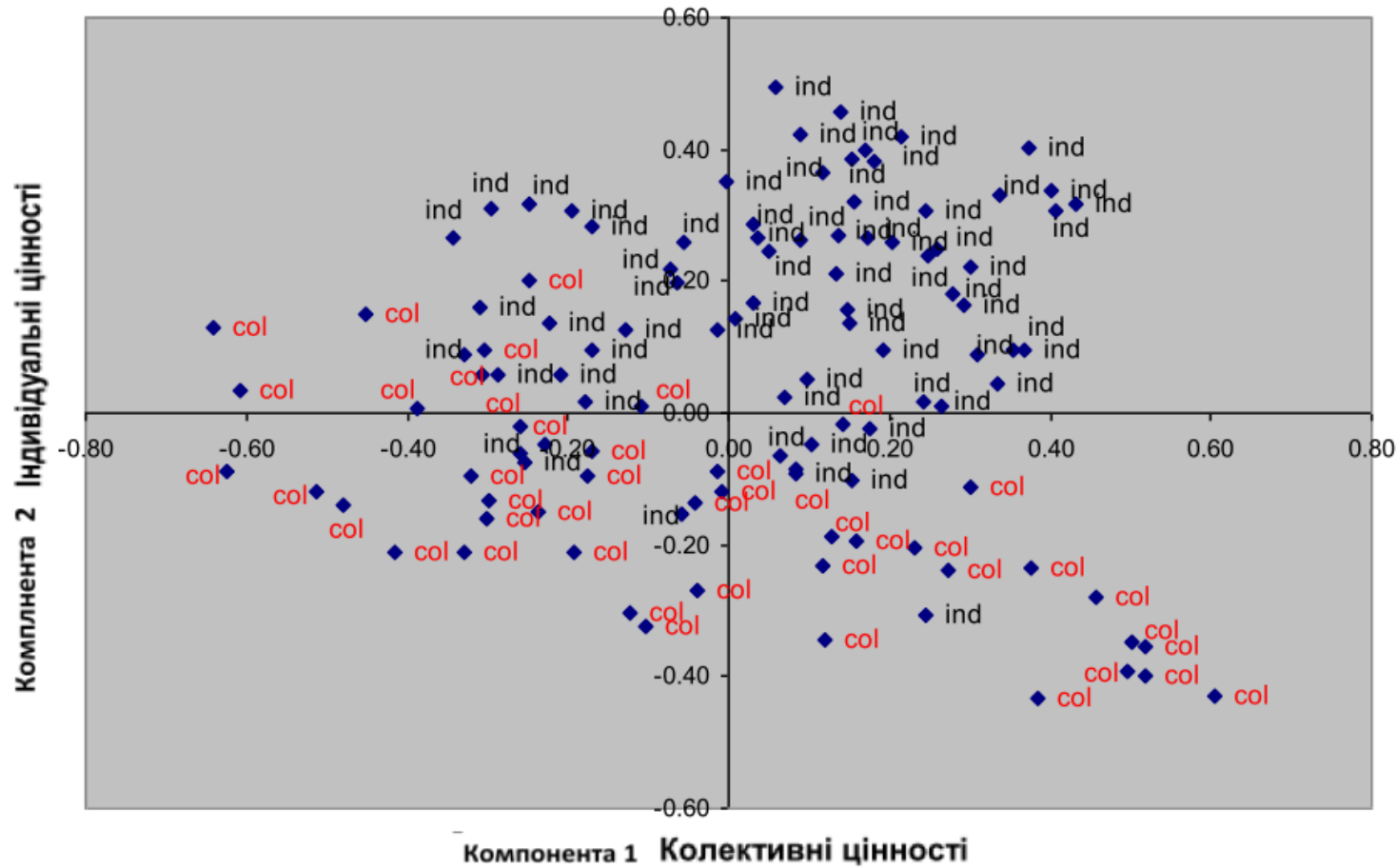
Рис. 3.1 та 3.2 ілюструють різницю між конструктами колективного та індивідуального рівнів на прикладі конструкту цінностей. Дані для обох досліджень походять з студентських вибірок (Університет Коннектикуту (University of Connecticut) США). Рис.3.1 ілюструє дані опублікованого дослідження (N=136, 51% жінок, 49% чоловіків, вік 18-53 років (середній вік 23 роки)). Рис. 3.2 ілюструє дані пілотного дослідження (N=237, 56% жінок, 44% чоловіків, вік 21-32 роки, мода 21 рік). Зображення ілюструють конфігурації цінностей обох рівнів із застосуванням обертання та без нього. В обох випадках на графіках видно, що хоча як колективні, так і особисті цінності мають доволі високі рівні консенсусу, вони, тим не менш, являють собою окремі латентні змінні і, відповідно, вантажаться на різні фактори в ході аналізу. Це важливий

методологічний нюанс, що є технічно корисним у вивченні відповідностей між колективним та індивідуальним профілями різних конструктів (Maltseva, 2013).

Одним з аспектів розмежування цих двох рівнів існування культурних конструктів є міра, якою певний конструкт або атрибут на індивідуальному рівні перцептивно співпадає з колективним профілем. Цей аспект є важливим, в першу чергу, для контексту вивчення впливу на індивіда з боку нормативної культури та її стандартів, закладених в інтерналізовані культурні уявлення (приміром, засвоєні індивідом уявлення про гендерні ролі, складові культурної «вартості» індивіда тощо) та спільні колективні конструкти, як-от культурні моделі (Мальцева, 2021b).

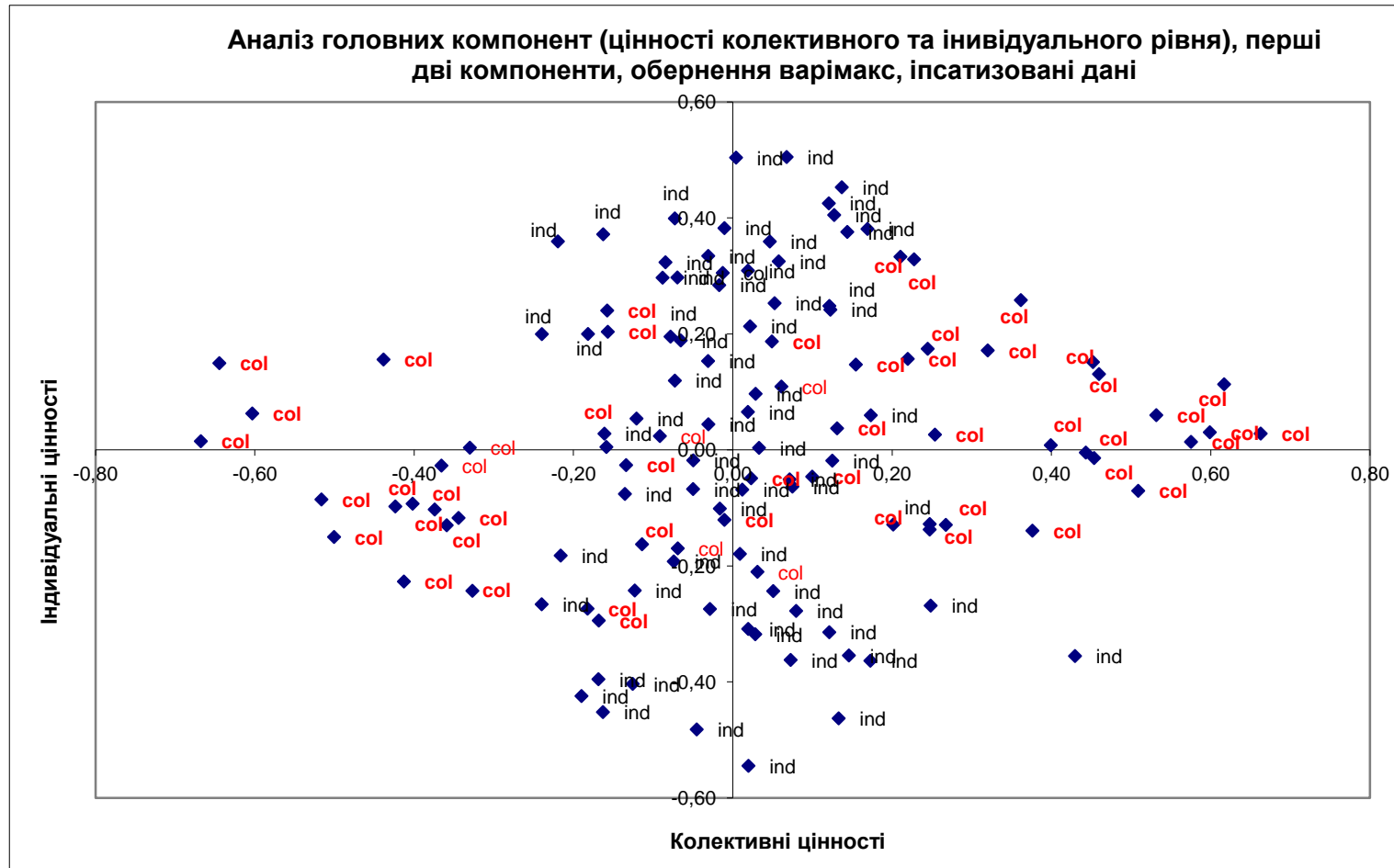
Слід зауважити, що виклики емпіричного вивчення культурних процесів як таких, що існують водночас на індивідуальному та колективному рівнях, зумовлюються не методологічними недоліками, які не дають побачити важливі закономірності чи відмінності, а радше неточностями концептуалізації та операціоналізації, що не дають змоги розробляти ефективні інструменти для збору даних в натуралістичному контексті (Lukash & Maltseva, 2020; Maltseva, 2020; Polavieja, 2015; Мальцева, 2021b). З огляду на це, особливості вимірювання культурних конструктів, зокрема у контексті вивчення впливу різних соціальних чинників на здоров'я, буде розглянуто докладніше далі.

Рис. 3.1. Аналіз головних компонент для цінностей колективного та індивідуального рівнів (r-аналіз), перші дві компоненти, без обертання, іпсатизовані дані, американська вибірка, N = 136 (адаптовано з Maltseva, 2013).



Позначення: col=колективні цінності, ind=індивідуальні цінності. Горизонтальна вісь відповідає першій головній компоненті (колективні цінності), вертикальна – другій (індивідуальні цінності). Питання-стимули для особистих цінностей експліцитно запитували, що є важливим для респондента незалежно від думки інших. Формулювання запитань для колективних цінностей наголошували на їхній важливості для американців як колективності.

Рис. 3.2. Аналіз головних компонент для цінностей колективного та індивідуального рівнів (r-аналіз), перші дві компоненти, обернення варімакс, іпсатизовані дані, американська вибірка, N = 237 (пілотне дослідження).



Позначення: col=колективні цінності, ind=індивідуальні цінності. Горизонтальна вісь відповідає першій компоненті (колективні цінності), вертикальна – другій (індивідуальні цінності). Анкета використовувала аналогічні принципи формулювання запитань для цінностей обох типів.

Для розуміння функціонування культурних механізмів у здоров'ї важливо наголосити на трьох речах. В першу чергу, це *інтерсуб'єктивний підхід*, що розглядає нормативну культуру групи як спільну колективну реальність, виникаючу в результаті створення інтерсуб'єктивного розуміння всередині групи завдяки здатностям людської психіки (Dunbar & Barrett, 2007; Gilbert, 1996; Searle, 1995; Tomasello, 2001; Schutz, 1972). У подальшому авторка також звертається до таких психологічних властивостей людини, як здатності до *соціального навчання*⁶⁹ (Bandura, 1963; Tomasello, 1999; Tomasello, 2001) та вже згаданої раніше *інтерналізації*⁷⁰ нормативних ідей (Spiro, 1987). Ці три властивості забезпечують поведінкове відтворення нормативних колективних уявлень. Надалі у розгляді методологічних аспектів теми ці елементи буде відображено в принципах моделі культурного консенсусу, сформульованої Кімбалом Ромні (Romney et al., 1986; Romney, 1999), та спостережень, закладених у модель культурного консонансу Вільяма Дресслера, що розглядаються в деталях в окремих рубриках.

Культурне знання включає спільне розуміння навколишнього світу, і це розуміння має публічний характер. Публічність певного знання передбачає не просто наявність інформації про щось (відображене у епістемологічному статусі), але й розуміння того, що певне знання є спільним для широкого загалу серед представників групи (для прикладу див. Patterson, 2014). Цей нюанс когнітивної теорії культурних значень висвітлює значимість інтерсуб'єктивності як необхідної умови для виникнення культурного розуміння та, відповідно, для постання культурної реальності. Інтерсуб'єктивна реальність виникає за присутності всередині культури соціального консенсусу,

⁶⁹ Під *соціальним навчанням* типowo розуміється спрямований процес передачі та отримання певного знання чи навичок від одного представника виду до іншого у їх усвідомленій взаємодії, що відбувається достатньо часто, систематично і з мінімальними викривленням інформації (Tomasello, 1999).

⁷⁰ У тлумаченні Мелфорда Спайро, що ми розглядаємо як найбільш доречне у контексті вивчення впливів суспільства на індивідуальне ментальне життя, *інтерналізацією* називається процес інкорпорації ідей, насаджених групою, в самоідентичність людини та набір її уявлень щодо власної самості (англ. self) та розуміння цих ідей як таких, що мають внутрішнє походження (тобто, як таких, що ідуть від індивіда, а не від його соціального оточення). Обидва конструкти є важливими в контексті розгляду передачі культурних моделей і будуть розглянуті більш детально далі у відповідному розділі. Тлумачення терміну «інтерналізація» в межах психології організацій передбачає інше розуміння цього терміну. В цьому дисертаційному дослідженні слово «інтерналізація» вживається в тлумаченні Мелфорда Спайро.

щодо того, що певний набір цінностей та уявлень широко поділяється (Zou et al., 2009). Наприклад, певна цінність стає інтерсуб'єктивно важливою, коли її сприймають як стандарт, що широко поділяється в межах групи. Більше того, члени групи типово погоджуються між собою стосовно спільності точки зору на важливість цієї цінності для групи (тобто, щодо вираженості важливості цієї цінності у колективному сприйнятті) в такий спосіб, що перцепції інтерсуб'єктивної реальності різними членами групи узгоджуються (Chiu et al., 2010; Maltseva, 2018b; Zou et al., 2009). Відповідно, попросивши представників групи проранжувати, якою мірою більшість членів групи чи середній її представник вважатиме певну цінність важливою, можна встановити інтерсуб'єктивну важливість цієї цінності в очах респондентів. У математичному сенсі, інтерсуб'єктивно важливими цінностями є ті, що мають високі середні значення у комбінації з низькими стандартними відхиленнями у вибірці (Maltseva, 2017; Maltseva, 2018a; Wan, Chiu, Tam, et al., 2007; Weller, 2007; Мальцева, 2021b).

Як наголошується в роботі Чіу та колег (2010), інтерсуб'єктивний підхід виходить з трьох посилок: (1) індивіди аналізують інтерсуб'єктивну реальність, прив'язану до їхнього соціокультурного контексту, і їхнє сприйняття не є тотожним особистим цінностям та уявленням, що постають по мірі проходження ними унікальних життєвих траєкторій з властивими тільки їм досвідами; (2) індивіди у своїх діях виходять з свого розуміння інтерсуб'єктивної реальності – яку вірно чи помилково приймають за нормативну – в такий спосіб, що їхні особисті цінності та уявлення виступають не єдиними скеровуючими їхню поведінку силами; (3) індивіди мимоволі підкріплюють та відтворюють цю інтерсуб'єктивну реальність у своєму сприйнятті та діях незалежно від того, чи вони є помилковими, як у випадку із явищем множинного невігластва (англ. pluralistic ignorance) (Chiu et al., 2010, С.48; Miller & Prentice, 1994; Prentice & Miller, 1993).

Таким чином, інтерсуб'єктивна перцепція здатна впливати на оцінку ситуації та – через оцінку ситуації – на відповідну поведінку, оскільки набуває

таким способом розуміння виконує важливі епістемологічні функції для індивіда та відіграє роль у соціальній координації колективів людей (Chiu et al., 2010; Wan, Torelli, & Chiu, 2010). Для соціальних науковців, які бажають вивчати поведінку людини та знаходити пояснення її соціальним детермінантам, ця здатність до інтерсуб'єктивності виступає надзвичайно важливою людською рисою, оскільки вона є дотичною як до формування ціннісних орієнтацій та згуртовування людських колективів, так і до утворення потужних хронічних стресорів, здатних здійснювати вплив на психічне та фізіологічне здоров'я (Мальцева, 2021b).

Одним з прикладів соціологічного та психологічного вивчення інтерсуб'єктивності соціальної реальності є дослідження соціальної нормативності. Мало які концепти у соціальних науках можуть суперничати із соціальними нормами в плані своєї фундаментальності для дослідження соціальної поведінки, так само, як і в плані своєї здатності долати межі різних дисциплін (Legros & Cislighi, 2019). Соціальні норми типово розуміються як регулюючі поведінку неписані правила, які поділяються в межах групи чи суспільства (Hechter & Opp, 2001). З-поміж своїх чисельних функцій, норми надають ціннісно-нейтральну інформацію, здатні створювати зовнішні зобов'язання та ставати внутрішніми зобов'язаннями (Legros & Cislighi, 2019). Ці три властивості є принциповими для теми інтерсуб'єктивності та побудови спільних колективних значень, що відображаються у поведінці та стилі життя (Мальцева, 2021).

Як біологічний вид, представники виду *Homo sapiens* народжуються і проводять усе життя у складних соціальних мережах, до яких належать як їхні родичі, так і генетично неспоріднені індивіди, з якими підтримується кооперативна взаємодія в контексті складної культурної рутини. *Homo sapiens* є одним з розумних соціальних видів, який характеризується високою здатністю до навчання. Причому в нашому навчанні ми типово покладаємось не лишень на себе; ми здобуваємо нову стратегічну інформацію, навички та знання через інших і в цьому сенсі ми також від них залежимо. Цю модальність навчання

називають соціальним навчанням (англ. social learning) – навчанням через інших. Соціальне навчання у людських групах передбачає наявність цілої мережі «культурних вчителів» – компетентних індивідів, що виступають донорами інформації для більш наївних індивідів, копіювання поведінки та інших зовнішніх проявів знань яких позитивно впливає на інтелект групи в цілому в контексті динаміки культурно-еволюційних процесів (Dunbar, 2004; Dunbar, & Barrett, 2007; Whiten & Schaik, 2007; Fragazsy & Perry, 2003; Reader, 2003; Reader, Hager, & Laland, 2001). Залежність від різних форм соціального навчання для набуття необхідного знання та профілактичної рутини догляду за здоров'ям, передусім в дитинстві в контексті родини, було продемонстровано в публікаціях авторки (Малиновська & Мальцева, 2021; Мальцева, 2021b). Відповідно, здатність до соціального навчання є також важливою для засвоєння релевантного знання та отримання необхідних навичок догляду за своїм здоров'ям і таким чином є безпосередньо дотичним до питань, що розглядаються в межах нинішнього дисертаційного дослідження.

Всі ці властивості важливі для навчання та побудови інтерсуб'єктивного світу групи, і вони уможливлюються завдяки наявності у людей емпатії та теорії свідомості (англ. Theory of Mind), що дозволяють користуватися можливостями нашого співіснування у інтерсуб'єктивних світах з іншими людьми, розуміти основні моральні категорії та очікувати покарання за здійснені порушення (Tomasello, 1999; Saucier et al., 2014; Мальцева, 2021b). Ці аспекти засвоєння соціальної інформації будуть важливими для нас у розмові про культурні моделі та їхню передачу з покоління в покоління.

Дистрибутивна теорія культурного знання

Вимірюваність культурного знання та його пропорційний розподіл у соціальній групі постулюється як принципова складова дистрибутивної теорії культурного знання в межах соціокогнітивного підходу до культури. Дистрибутивна теорія культурного знання виходить з посилок, які описують властивості культурної інформації, зокрема стосовно шляхів її набуття,

поширення, зберігання та відтворення (Tomasello, 1999). Дистрибутивна теорія культурного знання концентрується на таких сигнатурах культури, як спільності ментальних ландшафтів індивідів, що належать до однієї культурної групи та, відповідно, поділяють одну і ту саму культурну реальність (Мальцева, 2021b). Процедурно цей підхід дозволяє розглядати культуру через призму типового для кількісного методологічного апарату процесу операціоналізації і представляти її через дискретні змінні, зв'язки між якими піддаються формалізованому кількісному вимірюванню. Зазвичай це робиться через оцінку параметрів культурної подібності (англ. cultural sharing). В такий спосіб уможливується дослідження складних культурних утворень, як-от ціннісних ієрархій, культурних моделей та світоглядних систем (Maltseva, 2017; Maltseva, 2018b; Saucier et al., 2014). Відповідні аналітичні процедури та їхнє обґрунтування розглядатимуться більш докладно у подальшому.

Будь-яка спільнота (наукова, релігійна, корпоративно-організаційна, тощо) виробляє певний агломерат знання, тверджень, категорій і репрезентацій про світ навколо неї. Це знання має внутрішню організацією та структуру, що можуть бути емпірично досліджені кількісними чи якісними техніками та представлені як певні узагальнені закономірності. Такі культурно-специфічні конфігурації знання є продуктом історичного розвитку конкретної спільноти та функціонування суспільства. Одним з випадків таких організованих форм культурного знання є *культурні схеми*. Когнітивна організація культурних схем широко досліджується і створила широку та насичену літературу (Blount, 2011; Boutyline & Soter, 2021; D'Andrade, 1987; D'Andrade, 2005; Quinn & Holland, 1987). Культурні схеми є *ієрархічно* організовані і являють собою таксономічні структури споріднених в уяві членів спільноти категорій; ці організаційні принципи є спільними та поширеними серед членів культурної спільноти (поділяються членами спільноти, продуктом якої вони є) через механізми соціального навчання. Когнітивні схеми передаються соціально від більш культурно компетентних індивідів до більш культурно наївних індивідів в такий спосіб, що індивід із кращою чи більш гнучкою схемою у своєму

репертуарі матиме кращі шанси ефективної взаємодії у конкретній дотичній до схеми ситуації чи матиме більше можливостей максимізувати свою сумарну вигоду у спільноті взагалі. Відповідно, індивіди з кращими (чи більш розширеними) можливостями для навчання, більшою кількістю вчителів чи більш компетентних вчителів матимуть кращі перспективи (в тому числі для подальшого навчання), ніж індивіди без таких можливостей (Мальцева, 2021b).

Теорія культурних моделей

Продуктом функціонування суспільства є також моделі світу, що виробляються у індивідів як раціональних агентів, які є носіями інтенціональності та інтерсуб'єктивності й живуть у своїх соціокультурних світах (Chirkov, 2019). *Культурні моделі* (англ. cultural models) є системні сутності, що виникають з соціальних взаємодій між індивідами в межах структурованих соціальних інституцій, наділених *колективним* значенням (Chirkov, 2019; Gilbert, 1996). Культурні моделі також надають валідизовані та схвалені групою способи когнітивної обробки різних подій та ситуацій, а також визначають, які думки, відчуття та мотивації індивіди матимуть щодо них, і які сценарії реакцій на них можуть розгортатися (Chirkov, 2019, p. 2). Таким чином, культурні моделі також мають відношення до регулятивних механізмів та менеджменту поведінки членів соціальної групи у різних площинах сумісного існування, як-от освіти (Fryberg & Markus, 2007; Gee, 2012; Li, 2012), шлюбу (Dunn, 2004; Quinn, 2018), працевлаштування (Strauss, 2005), романтичних стосунків (de Munck, 2011; de Munck & Kronenfeld, 2016), виховання дітей (Chao, 1995; Keller, 2007; Keller et al., 2006; Suizzo, 2002), взаємин з оточуючою природою (Bang, Medin, & Atran, 2007; Ignatow, 2006; Paolisso, Weeks, & Packard, 2013), релігії (Geertz, 1973; Spiro, 1987), охорони здоров'я (Hickman, 2007; Jovchelovitch & Gervais, 1999; Kirmayer & Sartorius, 2007; Kleinman, 1978;

Kleinman, 1980; Murray, Pullman, & Rodgers, 2003) та багато інших важливих у щоденному житті вимірів життєдіяльності⁷¹ (Мальцева, 2021b).

Культурні моделі мають складну соціальну онтологію (Chirkov, 2019, р.11-12). За своєю природою вони є колективно інтенціональними⁷² та поділяються завдяки властивості інтерсуб'єктивності⁷³. В цьому сенсі їхня природна реальність не може бути відділена від людських дій та конвенціональностей, що існують завдяки імпліцитним узгодженостям між людьми (Searle, 1995; Searle, 2006; Tuomela, 2007; Tuomela, 2013; Tomasello, 1999; Tomasello, 2014; Tomasello, 2018). В цьому контексті Рой Д'Андрате (1989) апелює до імпліцитного знання, закладеного в культурних моделях, вказуючи на те, що «очевидне не має потреби проговорюватися» (D'Andrade, 1989, р. 809). Важливою для розуміння феноменології та подальшого обговорення функціонування культурних моделей інтерсуб'єктивна складова культурних моделей полягає в тому, що індивіди можуть не просто бути обізнані у певній моделі (знати її контент), але і знати, що інші також його знають і поділяють з ними (Chirkov, 2019, р. 8).

Культурні схеми та більш розгалужені культурні моделі являють собою узагальнені та конвенціональні соціокультурні утворення, що можуть мати різні форми прояву (Chirkov, 2019, р. 8). Вони мають публічну (зовнішню) та інтерналізовану (внутрішню) форми існування. Зовнішні аспекти культурних моделей описуються як колективні репрезентації (Durkheim, 1912/2008), колективний/інституційний запас знання (Berger & Luckmann, 1966) та інституціоналізовані моделі (Shore, 1996). Їхнє існування у спільноті складає

⁷¹ Культурні моделі, відповідно, є значно більш складними когнітивними утвореннями, ніж культурні схеми, і відрізняються від них своєю нелінійністю та характером зв'язків, інформацію про які вони несуть (Quinn, 2005; Quinn & Holland, 1987). Це розрізнення часто ігнорується дослідниками, що використовують властивості когнітивних схем та культурних моделей у своїх дизайнах.

⁷² Інтенціональність – присутність у істоти чи сутності певної направленості, наміру, фокусу (Searle, 1984). Колективна інтенціональність культурних моделей говорить про те, що їх контент (сислове наповнення та смислові зв'язки між його складовими) легітимізує поведінкові та ментальні практики, а також рішення, що їх приймають члени групи, для яких культурні моделі є елементами спільного знання.

⁷³ Інтерсуб'єктивність – властивість людського мислення розуміти, що інші мають розуміння ідеї чи події, що не відрізняється від нашого розуміння події чи ідеї. Те, що культурні моделі інтерсуб'єктивно поділяються, дозволяє членам групи не просто опанувати контент культурних моделей (тобто, стати культурно компетентними), але також усвідомлювати, що інші члени групи мають приблизно таке саме знання стосовно того чи іншого культурного домену.

соціальний світ, включаючи його матеріальні (стиль одягу, кулінарні рецепти, технології тощо) та нематеріальні (нормативні уявлення, ритуали, світогляд тощо) прояви. Внутрішні форми називаються різними теоретиками інтерналізованими конвенціональними моделями (Shore, 1996), культурними/когнітивними схемами (D'Andrade, 1987) та габітусом (Bourdieu, 1979). Таким чином, ментальний «репертуар» індивідів складається, з одного боку, з ідіосинкретичних ментальних моделей, зумовлених унікальною життєвою траєкторією конкретної людини, та моделей, що базуються на інтерналізованих аспектах публічних культурних моделей, що надають елементи колективного знання про світ⁷⁴ (Chirkov, 2019; Мальцева, 2021b).

Властива людям інтерналізація норм та інших культурних ідей, поширених у межах групи, наразі має бути згадана як важлива умова у контексті засвоєння нормативних стандартів групи та слідування цим стандартам. На відміну від зовнішніх санкцій за порушення норм, інтерналізація норм надає додатковий механізм для *внутрішніх* санкцій шляхом породження соціальних емоцій, як-от сором, почуття провини та втрата самоповаги (Gintis, 2003). Людська здатність легко інтерналізувати норми (яку Г. Саймон (1991) називає «слухняністю» (Simon, 1991)), вважається унікальною людською властивістю, відсутньою, на думку більшості приматологів та дослідників соціальної еволюції людини, у інших розумних соціальних видів (Dunbar, 2004; Tomasello, 2008). Оскільки результатом механізму інтерналізації постає більша пластичність, здатність інтерналізувати *будь-яку* норму було б адаптивною здатністю для біологічного виду, який залежить від соціального навчання (Tomasello, 2001). Крім того, наше опрацювання нормативної інформації демонструє когнітивну упередженість⁷⁵ (краще запам'ятовування

⁷⁴ Як і у випадку із колективними та індивідуальними цінностями, цей розподіл між двома типами ментальних моделей не є свідомим чи усвідомленим, і існує радше для потреб методології (Maltseva, 2013; Maltseva, 2014).

⁷⁵ Cognitive bias (англ.), чи когнітивна упередженість, є фіксованою схильністю когнітивних процесів мобілізувати більше уваги та рухатись у певному напрямку швидше, ніж в іншому, для різних поведінкових доменів. Когнітивна упередженість виступає ознакою еволюційного походження тих чи інших когнітивних механізмів. Сюди входять когнітивні операції, пов'язані із класифікацією облич, розрізненням родичів, аналізом ситуацій, релевантних для знаходження романтичного партнера, запам'ятовуванням нормативної інформації тощо (O'Gorman, Wilson, & Miller, 2008).

нормативної інформації, незалежно від сприйняття важливості нормативного контенту) у запам'ятовуванні соціальних норм, пов'язану із систематичними похибками пам'яті, уваги та деяких аспектів набуття мови (O'Gorman, Wilson, & Miller, 2008). Зважаючи на валідизацію цих висновків у крос-культурному контексті, О'Горман, Вілсон та Міллер (2008) інтерпретують їх у світлі підтримки доказів еволюційної природи інтерналізації норм (та конформності, що нею породжується), вказуючи на те, що онтогенетичний розвиток преференції до нормативної інформації в увазі був адаптивним механізмом, завдяки якому відбулося підвищення біологічної адаптивності виду *Homo sapiens* (Maltseva, 2012a; Maltseva, 2014b; Maltseva, 2015a; Мальцева, 2021b).

Культурні моделі організовують культурне знання стосовно певної життєвої сфери у індивідуальній свідомості та спрямовують інтерпретацію індивідом подій, поведінки та мотивацій на основі спільних, взаємно зрозумілих організаційних принципів відповідної культурної моделі (Maltseva, 2016; Мальцева, 2021b). Культурні моделі є анклавом цінностей, соціальних аксіом та інших культурно-нормативних уявлень, що формують інтерсуб'єктивно зрозумілу в межах групи аксіологічну ієрархію (Maltseva, 2022a). Знання культурної моделі транслюється у так звану культурну компетентність, чи здатність свідомо чинити у культурно правильний спосіб (Romney, 1999; Romney, Weller & Batchelder, 1986). Однак сама по собі ознайомленість індивіда із складом культурної моделі та накопичення ним інформації про її зміст не обов'язково означає її втілення у поведінці індивіда та, відповідно, не передбачає спричинення наслідків для його здоров'я (Мальцева, 2023; Maltseva, 2018a). Знання не дорівнює поведінці і не завжди до неї призводить. Отже, що ставить знання реалістично ближче до поведінки?

Більш ймовірним кандидатом для втручання нормативної культури в поведінкові прояви через процеси індивідуальної оцінки, мотивації та формування уявлень про самого себе є умова інтерналізації індивідом культурно-нормативних ідей (Maltseva, 2018a; Spiro, 1987). Інтерналізація світоглядних елементів культури, за визначенням, веде не лише до їхнього

прийняття конкретним індивідом (інтерналізатором), але й до їхньої інтеграції до його чи її мотиваційної системи як особисто значущих. Коли ідея інтерналізується, вона інкорпорується до самості, як когнітивно, так і емоційно. Таке включення означає, що інтерналізована ідея сприймається не як «імпортовані», а як щось органічно належне, внутрішнє щодо цієї людини, і таке, що було в неї завжди (Maltseva, 2018a). За цією логікою, поведінка, що асоціюється із ідеєю, що була інтерналізована, буде спостерігатися більш часто і індивід слідуватиме їй не суто інструментально (Gintis, 2011), а у пакеті з цілями, що мають внутрішню мотивацію (Sheldon, Ryan, Deci, & Kasser, 2004; Sheldon et al., 2004). Зміна орієнтації з зовнішньої на внутрішню також змінює і другу частину рівняння: якщо індивід успішно переслідує «свої власні» (а не чужі чи насажені) цілі та особисто значущі стандарти, він чи вона характеризуватимуться самоузгодженістю (англ. self-concordance) (Sheldon, Ryan, Deci, & Kasser, 2004). Самоузгодженість цілей має позитивні, а її відсутність – негативні наслідки для психічного здоров'я (Мальцева, 2021b).

Інтерналізовані ідеї якісно відрізняються від набутої у процесі соціалізації культурної компетенції (володіння культурно-коректною відповіддю на конкретне запитання) і не можуть бути зведеними до неї (Maltseva, 2018a). Зокрема можна виділити три принципові риси, що характеризують процес та результат інтерналізації як щось, що має додаткові властивості понад звичайну обізнаність чи компетентність. По-перше, інтерналізація конвертує *когнітивне знання* або розуміння певної культурної ідеї (чи певного стандарту нормативної культури) у *емоційний відгук* (Maltseva, 2018a; Spiro, 1987). Інтерналізація робить це, в тому числі, надаючи інтерналізованому знанню властивостей мотивувати підтримуючу цей стандарт поведінку зсередини, подібно до механізму, що мають норми⁷⁶. Інтерналізовану ідею важко ігнорувати чи діяти всупереч їй, бо її порушення запроваджує внутрішні санкції у вигляді неприємних для індивіда соціальних емоцій

⁷⁶ Норми напряму пов'язані з поведінкою, яку вони регулюють. Всі норми мають забезпечувати певний формат поведінки, що надає їм певну мотивуючу владу. За влучним спостереженням Майкла Томазелло, більшість норм має мотивацію батога (покарання), а не прямика (заохочення).

(почуття провини, сорому, мук совісті, шкодування тощо). Іншими словами, інтерналізація робить інтерналізоване знання важливим та значущим для *ego* (Maltseva, 2018a; Мальцева, 2021b).

По-друге, інтерналізація інкорпорує інтерналізовану ідею до уявлень індивіда про *себе* (тобто до самості (англ. *self*)), тим самим роблячи інтерналізований атрибут частиною самоопису індивіда (Maltseva, 2018a). Чим більш інтерналізованою є певна ідея, тим важче від'єднати її від власного «я» та власних внутрішніх властивостей, преференцій та якостей. Таким чином, якщо індивід «не дотягує» у володінні певними культурними атрибутами до інтерналізованого ним культурного стандарту, він переживає цю невідповідність у самоописових категоріях, дотичних до есенціалізації (в термінах «Я не є *X*», радше, ніж «У мене немає *X*» чи «Я не можу/не вмю робити *X*»). Таким чином, інтерналізація спрямована на індивідуальну самість (Maltseva, 2018a; Мальцева, 2021b).

Підсумовуючи аргументи, викладені вище, невідповідність стосовно інтерналізованої ідеї чи ідей спричиняє індивіду помітний та усвідомлений психологічний дискомфорт, біль чи внутрішній конфлікт (Maltseva, 2018a; Spiro, 1987). Це зумовлюється фактичною необхідністю індивіда в такій ситуації повернутися проти свого власного «я» та діяти супротив своїх природних властивостей. Найбільш гостро ця риса стає помітною у випадку з інтерналізацією негативної інформації (наприклад, у випадку інтерналізованої стигми, само-стереотипізації тощо (Drapalski et al., 2013)), коли не лише стигматизуюча група, але і сам стигматизований індивід дійсно починає думати про себе в категоріях «бракованого товару», чогось «невиправно поламаного», що анулює його цінність як людини (Maltseva, 2018a; Мальцева, 2021b).

Інтерналізація може розглядатися, передусім, як поступовий *процес*, який відбувається під дією соціалізаційних сил упродовж людського життя. Як у класичному наративі М. Спайро, він охоплює градаційний перехід від неосмисленого дитячого відтворення певної поведінки до її заглибленого розуміння, «присвоєння» через самоототожнення та втілення інкультурованими

дорослими (Spigo, 1987). Крім того, на інтерналізацію можна дивитися як на *механізм* «овнутрішнення» певного культурного матеріалу, в ході якого відбувається його закріплення в автоматичних індивідуальних поведінкових проявах та забезпечується його структурне відтворення між поколіннями – наприклад, як у випадку габітусу (de Munck & Bennardo, 2019).

В контексті вивчення культурних моделей найчастіше звертаються до їхнього зв'язку з цінностями та спорідненими з ними конструктами (Мальцева, 2021b). Цінності є важливими для соціальних наук концептами і займають дедалі більш помітне місце в дослідженнях різних дисциплін і за допомогою різних методологічних засобів (Kaasa & Welzel, 2023, p.432). Багато робіт з організації та передачі культурних моделей між поколіннями зосереджується саме на цінностях. Зокрема відтворення ціннісних структур батьків у ціннісних преференціях дітей особливо яскраво висвітлює участь цінностей у процесі культурної трансмісії, в ході якого відбувається міжгенераційна передача кумулятивного знання, що поділяється членами групи і слідом за ними відтворюється в поведінковій рутині (Maltseva, 2013; Tam, 2015).

На нинішній момент було здійснено декілька впливових спроб досліджувати ціннісні виміри та порівнювати їх у крос-культурному контексті (D'Andrade, 2008; Hofstede, 2001; Inglehart, 2003; Kluckhohn, 1955; Rokeach, 1973; Schwartz, 1992). Ці дослідження виходили з дефініцій цінностей, що висвітлювали різні їхні властивості, і в такий спосіб кожне по-своєму вплинуло на сучасну теорію цінностей та прийняті наразі алгоритми вимірювання цінностей. Цінності визначаються тут як інтерсуб'єктивно зрозумілі та спільні для членів групи уявлення про «хорошість», що мають чинність незалежно від ситуації, можуть бути організовані у порядку зниження важливості (преференційної ієрархії) і можуть бути з точністю відтворені у процесі міжгенераційної трансмісії. Цінності являють собою тривалі ментальні сутності із мотиваційними властивостями та спроможністю впливати на наші емоційні стани та реакції на стрес (Creswell et al., 2005; Maltseva, 2013; Stinson, Logel, Shepherd, & Zanna, 2011). Існують спеціалізовані літератури, що документують

результати десятиліть емпіричних досліджень з організації, формування, розвитку, динаміки змін та трансмісії цінностей, впливу цінностей батьків на різні сфери життя їхніх дітей, вплив різноманітних демографічних параметрів (наприклад, вік, стать, рівень освіти, соціально-економічний статус тощо) на поведінку (наприклад, виборчу поведінку, кооперативну поведінку тощо), а також зв'язки між цінностями та особистістю і вплив узгодженості індивідуальних цінностей із цінностями групи на психологічний добробут індивіда (Bernard, Gebauer, & Maio, 2006; Cozzarelli & Karafa, 1998; Hagenaars & Moor, 2003; House, Hanges, Javidan, Dorfman, & Gupta, 2004; Inglehart, 2003; Fischer & Boer, 2015; Fischer & Boer, 2016; Kashima, et al., 1995; Kasser, Koestner, & Leks 2002; Knafo & Plomin, 2006; Pietromonaco & Barrett, 2000; Schönplflug, 2001; Schwartz & Bardi, 2001; Stromberg & Boehnke, 2001; Twito, Israel, Simonson, & Knafo-Noam, 2019; Vertsberger, Abramson, & Knafo-Noam, 2019). Цінності вивчалися як на індивідуальному, так і на колективному рівні (в масштабі нації чи на рівні сімей та організацій) (D'Andrade, 2008; Hofstede, 2001; Fischer, 2017; Maltseva, 2013). Цінності дітей та роль генетичних чинників у процесі їхнього успадкування вивчалися також з позицій еволюційного підходу, в т.ч. використовуючи лонгітюдні дослідження близнюкових пар (Twito, Israel, Simonson, & Knafo-Noam, 2019; Vertsberger, Abramson, & Knafo-Noam, 2019).

У контексті вивчення ролі батьківських стратегій виховання дітей (англ. *parenting strategies*) у процесі соціалізації цінностей та дотичних світоглядних конструктів, емпіричні результати вказують на те, що діти, чий вихователі є дбайливими і витрачають більше часу на спілкування з дитиною, виростають у дорослих із більш вираженими просоціальними цінностями та більшим інтересом до переслідування внутрішньо-вмотивованих цілей, а також мають більш надійний патерн прив'язаностей і більш чітке уявлення про самих себе, порівняно із дітьми байдужих батьків, які схильні розвиватись, тяжіючи до матеріалістичних ціннісних орієнтацій, та переслідувати зовнішньо-вмотивовані цілі (Kasser, Koestner, & Leks, 2002; Knafo & Plomin, 2006;

Pietromonaco & Feldman Barrett, 2000). Уявлення дітей про прив'язаності та про ідеальну самість (просціювання соціальних стандартів на себе) знаходяться під впливом загальної послідовності батьківських стратегій виховання та формують стійкі патерни, що передаються далі у наступне покоління у сім'ї (Collins, Guichard, Ford, & Feeney, 2004; Costa & Weems, 2005; Elliot & Thrash, 2004; Flett, Hewitt, Oliver, & McDonald, 2002; Soenes, Duriez, Vansteenkiste, & Goossens, 2007). Більшість досліджень концентрують свою увагу на впливі соціокультурного середовища у взаємодії індивідуальної психіки людини з культурою, і як зовнішні соціокультурні умови впливають на результат соціалізації. Про механіку цього впливу, а також про роль інтра-психічних та міжособистісних процесів, через які він здійснюється, відомо значно менше (Cullum & Harton, 2007; Maltseva, 2013; Мальцева, 2021b).

Узагальнюючи результати досліджень ролі різних соціальних чинників у трансмісії аксіологічних систем від покоління батьків до покоління дітей в різних соціальних групах, ключові моменти концептуалізації цього процесу можна сформулювати у вигляді таких запитань: Якою саме є роль колективних та індивідуальних (особистих) цінностей у відтворенні культурних систем? Які саме властивості цінностей сприяють більш високій точності реплікації культурних рис у процесі міжгенераційної передачі? Які чинники (критерії) здійснюють селекцію цінностей для подальшої трансмісії? Які соціалізаційні умови підвищують, а які нівелюють точність реплікації цінностей в культурних моделях? Авторка намагалася відповісти на ці питання у серії методологічних досліджень, основні висновки з яких підсумовано в монографічному дослідженні (Maltseva, 2013; Любенко & Мальцева, 2018; Малиновська & Мальцева, 2021; Мальцева, 2021b).

З метою вивчення механізмів трансмісії цінностей та інших елементів світоглядних систем було проведено чимало емпіричних досліджень, які використовували різні форми кількісного аналізу для екстракції та порівняння аксіологічних структур. Найчастіше серед опублікованих результатів зустрічаються роботи, які спираються на техніки, споріднені із факторним

аналізом – багатовимірне шкалювання (англ. multidimensional scaling) та smallest space analysis (Schwartz, 1992), екологічний аналіз (Hofstede, 2001) та, власне, факторний аналіз (Inglehart, 2003). В своїх роботах, присвячених соціальним чинникам трансмісії цінностей між поколіннями, розрізненню каналів передачі колективних та індивідуальних цінностей та виокремленню культурних моделей, авторка звертається до можливостей, що надають аналіз головних компонент та кластерний аналіз (Maltseva, 2012a; Maltseva, 2013; Maltseva, 2014a; Maltseva, 2016; Бучельнікова, Оленченко, & Мальцева, 2016).

На цьому етапі також важливо зазначити, що згадані раніше опубліковані дослідження західних дослідників оперують на рівні окремих змінних. Це припустимо для роботи у сфері особистих цінностей та інших особистісних атрибутів. Однак застосування цього підходу для здійснення узагальнень на рівні групи чи порівняння між групами не підходить, оскільки сам конструкт залишається на індивідуальному рівні (для більш детального розгляду методології агрегування див. методологічні розділи в Maltseva, 2012a; Maltseva, 2016; Maltseva, 2018a). Тим часом, робота із шкалами у порівнянні із роботою з окремими змінними відкриває можливості для більш надійного вимірювання отриманих вимірів (англ. dimensions) та безпосереднього дослідження варіативності, що існує у кореляціях між змінними та між індивідами (Comrey & Lee, 1992; D'Andrade, 2008; DeVellis, 2003). У своїх методологічних роботах авторка зробила спробу ввести в аналіз більш складний та інформаційно-насичений матеріал багатопозиційних шкал (англ. multi-item scale), які поєднують разом декілька змінних, радше ніж розглядати їх в ізоляції, і таким чином опрацювати більш комплексні світоглядні утворення та уникнути автоматичного зведення структури даних до простої одновимірної структури за замовчуванням (без експліцитної перевірки) (DeVellis, 2003). За подібною шкалою має стояти один вимір, який можна інтерпретувати. Відповідно, логіка побудови таких шкал вимагає експліцитної демонстрації гомогенності смислового наповнення отриманого виміру та однакового рівня вираженості певного досліджуваного атрибуту, який вимірює шкала, для здійснення

необхідних теоретично важливих розрізень. Так, шкала, покликана вимірювати екстраверсію, має захоплювати всі важливі атрибути, що теоретизуються як невід'ємні характеристики екстраверсії, протиставляти їх ознакам інтроверсії у відповідності до теоретичного мапування ознак інтроверсії/екстраверсії та не змішувати екстраверсію із іншими спорідненими конструктами, наприклад, з орієнтацією на соціальне домінування (Мальцева, 2021b).

Цінності являють собою ментальні конструкти, знання про які та доступ до інформації про які є у всіх членів соціокультурної групи, але ці конструкти різняться між собою за мірою їхньої суб'єктивної важливості у сприйнятті. У процесі формування ціннісної системи індивіда ієрархія цінностей складається під тиском як колективних структур (які надають готові аксіологічні «пакети», що їх транслують за такими каналами, як ідеологія, школа, родина, професійна етика, релігійна мораль тощо), так і як відбиток унікальних життєвих подій, що людина їх пережила у власному досвіді (Maltseva, 2013; Maltseva, 2014a). Ці два рівні існування ціннісного матеріалу, колективний та індивідуальний, у сукупності утворюють складні мотиваційні емоційно-навантажені конструкції, що впливають на поведінку індивіда, його уявлення про самого себе та оцінку свого життя та життя інших в межах культурної моделі (Мальцева, 2021b).

Рис. 3.3 та 3.4 ілюструють міру узгодженості всередині набору цінностей індивідуального та колективного рівнів у крос-культурному зіставленні даних з американської та шведської вибірок. На графіках видно, що перший фактор (найінформативніша з латентних змінних), який в аналізі цінностей типово асоціюється з мірою консенсусу (Weller, 2007), є помітно більш потужним (більш щільним з точки зору взаємного розташування кейсів на графіку) для цінностей індивідуального рівня, ніж для цінностей колективного рівня в обох вибірках. Це спостереження підтверджувалося у ході аналізу даних з у різних дослідженнях, проведених авторкою в США, Україні та Швеції.

Рис. 3.3. Колективний рівень цінностей, шведська та американська вибірки, N=256 (адаптовано з Maltseva, 2014a)

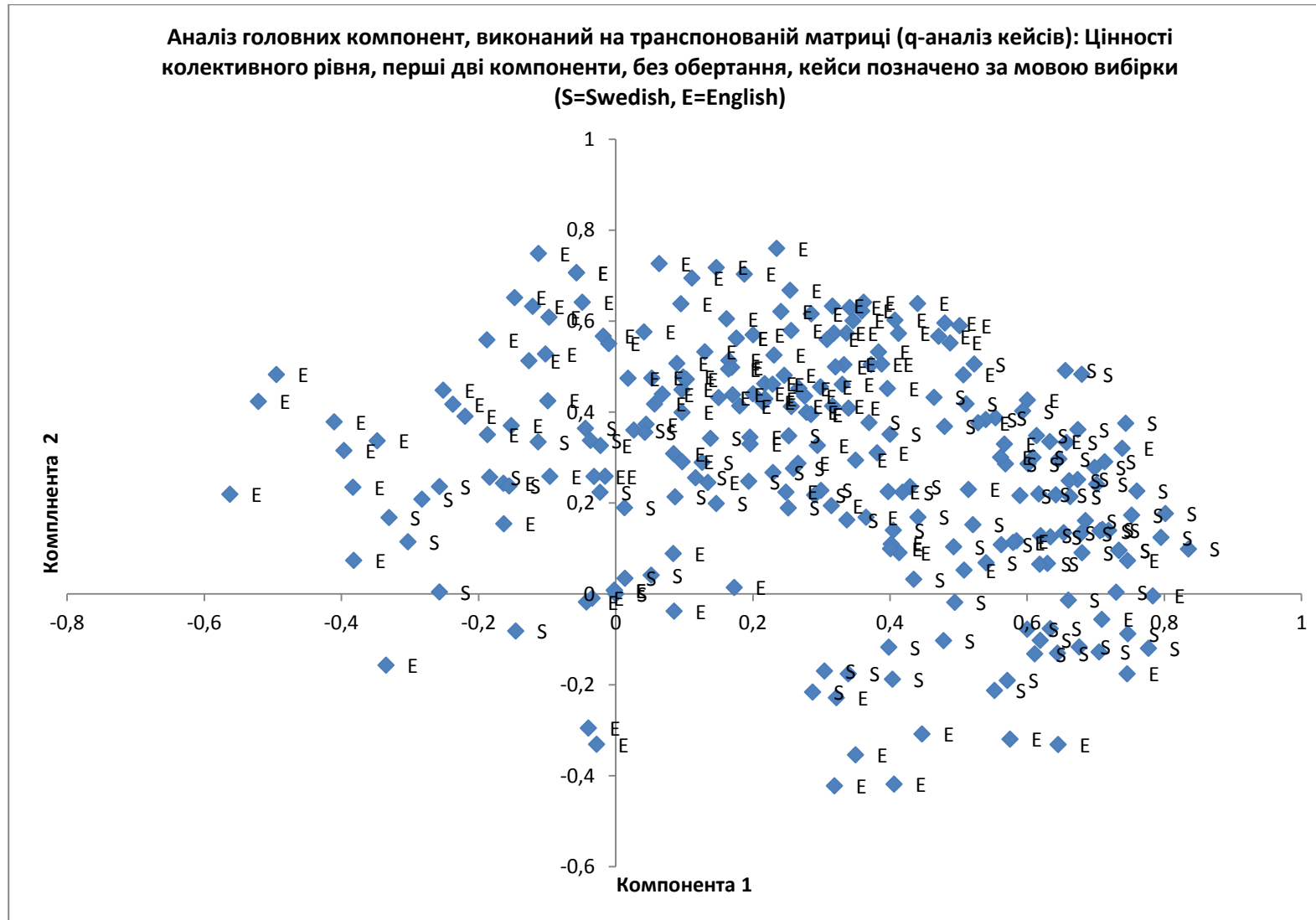
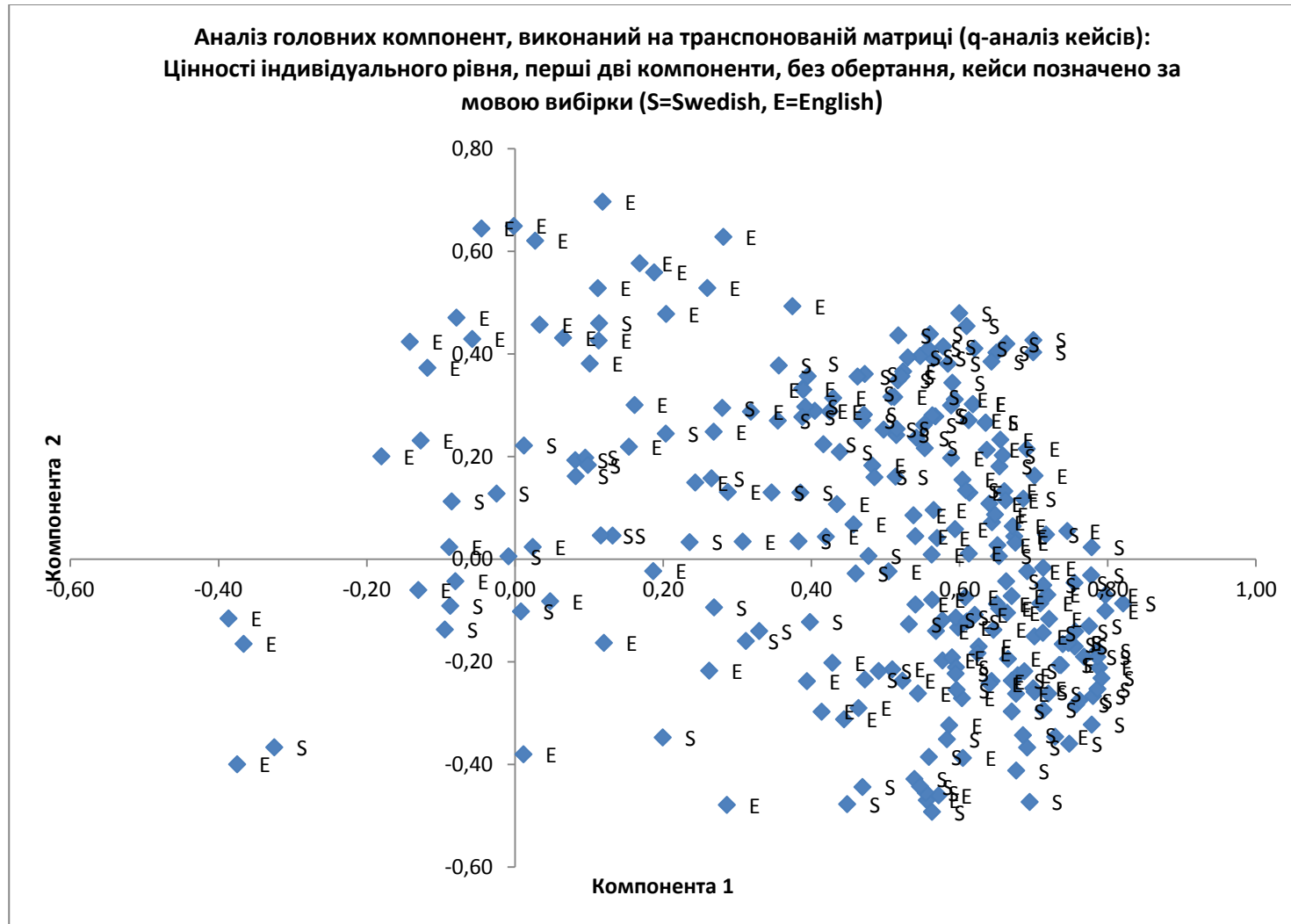


Рис. 3.4. Індивідуальний рівень цінностей, шведська та американська вибірки, N=256 (адаптовано з Maltseva, 2014a)



Подібна закономірність більш високої внутрішньої узгодженості особистих цінностей порівняно з культурними відображає універсальну (незалежну від культури) природу індивідуальних людських потреб, в яких особисті цінності закорінені. З іншого боку, колективні цінності мають доволі високий рівень внутрішньої узгодженості в межах конкретної вибірки, хоча ієрархія цінностей може різнитися між культурними спільнотами (приміром, Maltseva, 2012a). Наявність таких фокальних центрів у цінностях колективного рівня різних груп позначається на тому, що ціннісні пріоритети групи мають значення для індивіда і можуть впливати на його чи її сприйняття, спричиняти стрес та модифікувати поведінку. Отже, технічна точність у розрізненні індивідуального та колективного профілів є важливою для вимірювання впливу культурного стандарту на стрес та здоров'я.

Своєю чергою, культурні моделі поєднують в собі різні за своєю природою соціальні атрибути і в цьому сенсі вони не є гомогенними чи побудованими з гомогенних блоків. У культурних моделях цінності співіснують із соціальними нормами, соціальними аксіомами⁷⁷ та подібними елементами нормативної культури, чий властивості вони також переймають. Хоча у складному процесі роботи культурних моделей беруть участь такі соціальні об'єкти, як норми, соціальні аксіоми, ставлення тощо, цінності займають провідне місце у дослідженнях цієї тематики. Дійсно, у вивченні передачі культурного матеріалу цінності заслуговують на особливу увагу з практичних причин. Завдяки своїм властивостям цінності виступають частиною процесів як соціальної трансмісії, так і формування індивідуального знання. Як такі, цінності є дотичними до соціальної перцепції, змін та сталості аксіологічних структур на рівні індивідів (особисті цінності) та груп (цінності культурних груп та організацій) водночас (Maltseva, 2012 a; Maltseva 2013; Maltseva 2014a). У зв'язку з цим структура та динаміка ціннісних систем, інтерналізація цінностей дітьми та передача цінностей у групі широко

⁷⁷ Тим часом, як цінності опитують ідеальні бажані стани (яким світ *мав би* бути), соціальні аксіоми містять інформацію про те, яким світ *є* з позицій світогляду культурно-компетентного члена групи.

вивчалися в межах різних наукових дисциплін та теоретичних традицій. На нинішній момент існує масштабний корпус дослідницької літератури, яка складає доказову базу сучасних досліджень функціонування аксіологічних агломерацій у багатоплановій взаємодії між індивідуальним життям та соціокультурною спільнотою.

З іншого боку, в одній з старших за віком концептуалізацій цінностей, сформульованій Мілтоном Рокічем (1973), цінність визначається через когнітивну репрезентацію та трансформацію потреб (Kasser, Koestner, & Lekes, 2002; Rokeach, 1973, p. 20). *Потреби* як фігурант у ціннісному матеріалі додають свій особливий мотиваційний компонент; в цьому тлумаченні низький соціально-економічний статус у дитинстві транслюється у наданні переваги переслідуванню матеріалістичних цінностей (порівняно із цінностями, що відображають прагнення до автономності, афіліації та особистого зростання) у дорослому віці (Kasser, Koestner, & Lekes, 2002). Тому з-поміж соціальних чинників, що виступають як медіатори у трансмісії цінностей між поколіннями, найбільш впливове місце традиційно займає соціально-економічний статус. У контексті вивчення впливу на формування ціннісних пріоритетів соціально-економічний статус має значення і як поточний параметр (нинішній соціально-економічний статус індивіда), і як ретроспективний параметр (соціально-економічний статус у дитинстві індивіда)⁷⁸. Більшість досліджень в цьому напрямку було зосереджено на ефектах соціально-економічного статусу на ціннісний вимір автономності vs. конформності (Hitlin, 2006). Багато роботи в цій сфері було зроблено Мелвіном Коном; концептуальним центром цих досліджень типово є соціально-економічний статус родини та дві конкретні змінні: конформність та самоспрямування (Hitlin, 2006). Однак, оскільки на нинішній момент здобуто більш детальні дані щодо механізму причинності, що залучає дію соціально-економічного статусу, зараз дослідники доходять висновку, що не лише соціально-економічний статус як такий впливає на

⁷⁸ У статистичному аналізі ефекти соціально-економічного статусу з дитинства залишаються статистично значущими навіть після контролювання поточного соціально-економічного статусу.

цінності дітей, і цей зв'язок не є обов'язково прямим (Fischer, 2017; Fischer & Boer, 2015; Hitlin, 2006).

Незважаючи на широке покриття досліджень зв'язків між цінностями та соціальною поведінкою, критичний вимір теорії цінностей в соціальних науках майже відсутній (Мальцева, 2021b). Психологи, соціологи та когнітивні антрополози продуктивно вивчають аксіологічні структури в емпіричних дослідженнях; широкого визнання в соціальних науках набув підхід вивчення когнітивних схем, вузловими елементарними елементами яких є цінності. Разом з тим науковцями звертається дуже мало уваги таким центральним теоретичним питанням, як роль цінностей як організуючих принципів культури та проблема механізму функціонування цінностей на рівні індивіда та на рівні групи. Не завжди ясно, як у дослідженнях здійснюється атрибуція цінностей як культурних, чи як емпірично розвести культурні цінності групи та особисті цінності індивіда. Тим часом, таке методологічне надбання було б дуже бажаним, в першу чергу, тому, що обсяг культурної варіативності, на виявлення та пояснення якої типово спрямовані крос-культурні дослідження цінностей, є дуже малою⁷⁹, і, відповідно до цього, дослідницький інструмент має бути чутливим. Так само, попри широке визнання того, що цінності можуть виступати стресорами, як саме індивідуальне сприйняття колективних преференцій може впливати на фізіологічний стан людини (тобто, як такі нематеріальні сутності, як цінності, перетворюються на психосоціальні чинники у здоров'ї та добробуті індивіда), досліджується слабо. Наприклад, у випадку з культурним консонансом, який розглядатиметься далі, обговорення задіяних у ньому когнітивних механізмів систематично обмежується поясненням принципів культурного консенсусу (Dressler, 2007a,b; Romney et al., 1986). Щоб залагодити такі неузгодженості, дослідницький план має експліцитно сконцентруватися на зв'язках між індивідуальним мисленням та

⁷⁹ Культурно-специфічні відмінності, що постають завдяки семантичними відмінностям, складають лише 5% (Romney, Moore, & Rusch, 1997)

колективним культурним знанням, щоб побачити, як саме взаємодіють ці дві площини, не ототожнюючи їх (Maltseva, 2014a; Мальцева, 2021b).

Вплив спільних когнітивних структур на поведінку: інтерналізована нормативна культура та психічне здоров'я

Культурні норми у їхніх зв'язках із ментальним світом групи та психічним здоров'ям її членів викликають інтерес соціальних науковців вже не перше десятиліття. Накопичені емпіричні матеріали вказують на складні зв'язки, що існують між нормативною культурою, індивідуальною поведінкою та людською фізіологією (Fiske & Taylor, 2006; Gintis, 2011; Maltseva, 2018a; Richerson & Boyd, 2005; Stinson, Bogin, O'Rourke, & Huss-Ashmore, 2017). Найбільш яскраво вираженими предметами інтересу в цьому контексті є зв'язки між культурними стандартами, соціальним статусом (об'єктивним і суб'єктивним), стресом та здоров'ям (Adler, Boyce, Chesney, Folkney, & Syme, 1993; Deaton, 2001; Fahey, 2010; Lee & Turney, 2012; Marmot & Wilkinson, 2006).

Помітне місце у цих дослідженнях займають асоціації між відповідністю соціокультурним нормам та здоров'ям. Найчастіше в літературі критичні акценти зосереджують на негативних наслідках порушення чи невідповідності нормативному стандарту певної культурної спільноти. Тим часом, позитивні наслідки від дотримання вимог нормативної культури, навпаки, розглядаються рідко (Maltseva, 2018a). Також типово нормативний стандарт береться в матеріалістичному тлумаченні, залишаючи нематеріальний когнітивний вимір культури розкритим недостатньо (Maltseva, 2015a,b; Maltseva, 2018a). Табл. 3.2 та 3.3 ілюструють результати аналізу кількох досліджень впливу культурного світогляду на показники психічного здоров'я, проведених авторкою на шведських даних. Деталі вибірки наведено в Табл. 3.1.

Табл. 3.1. Характеристики вибірки, Швеція (N=128) (адаптовано з Maltseva, 2014b)

	n	%	M	SD
Гендер				
Жінка	73	57,0		
Чоловік	54	42,2		
Немає відповіді	1	0,8		
Вік			24,9	6,89
50-65	3	2,3		
40-49	3	2,3		
30-39	6	4,7		
21-29	104	81,3		
19-20	11	8,6		
Немає відповіді	1	0,8		
Діти				0,24
Немає дітей	119	93,0		
Є дитина чи кілька дітей	8	6,3		
Немає відповіді	1	0,8		
Шлюбний статус				1,49
Одружений(а) чи проживаю з кимось разом у парі	60	46,9		
Розлучений(а)	2	1,6		
Неодружений(а)	64	50,0		
Не підпадаю під жодну з категорій	1	0,8		
Немає відповіді	1	0,8		
Освіта				0,63
Середня школа	8	6,3		
Кілька років в університеті	90	70,3		
Професійний сертифікат чи диплом університету	23	18,0		
Вчений ступінь	6	4,7		
Немає відповіді	1	0,8		
Працевлаштованість				0,86
На повний день	17	13,3		
На частину дня	26	20,3		
У відпустці (через хворобу чи догляд за дитиною)	25	19,5		
Непрацевлаштований(а)	3	2,3		
Немає відповіді	57	44,5		
Освіта батька				1,00
Середня школа	34	26,6		
Кілька років в університеті	22	17,2		
Професійний сертифікат чи диплом університету	57	44,5		
Вчений ступінь	13	10,2		
Немає відповіді	2	1,6		
Освіта матері				0,96
Середня школа	32	25,0		
Кілька років в університеті	22	17,2		
Професійний сертифікат чи диплом університету	62	48,4		
Вчений ступінь	10	7,8		
Немає відповіді	2	1,6		
Дохід родини				2,39
Нам не вистачає навіть на їжу, ми маємо борги.	4	3,1		
Нам вистачає на їжу, але купувати одяг вже важко.	28	21,9		
Ми можемо дозволити собі подекуди купувати дорогі речі.	92	71,9		
Ми можемо купити все, що захочемо.	3	2,3		
Немає відповіді	1	0,8		
Кількість друзів				6,46
10-50 друзів	35	27,3		
4-9 друзів	66	51,6		
1-3 друзів	17	13,3		
Немає друзів	1	0,8		
Кількість друзів точно не знаю	8	6,3		
Немає відповіді	1	0,8		
Релігійність				1,46
Зовсім ні	81	63,3		
Трохи	36	28,1		
Дещо	7	5,5		
Дуже	3	2,3		
Немає відповіді	1	0,8		

Табл. 3.2. Регресійний аналіз: Культурна компетентність, Швеція (N=128) (адаптовано з Maltseva, 2014b)

		Індекс негативних ментальних звичок	SWB
Незалежні змінні	Метрика культурної компетентності (перший нормативний фактор)	-7,965***	-0,186
	Індекс культурної нормативності	0,030	0,009
	Освіта	0,433	0,008
	Вік	-0,217	0,049
	Гендер	-1,235***	-0,052

Таблиця демонструє нестандартизовані регресійні коефіцієнти.

* $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,01$; *** $p \leq 0,000$

Табл. 3.3. Регресійний аналіз: Соціальна підтримка, Швеція (N=128) (адаптовано з Maltseva, 2014b)

		SWB
Незалежні змінні		
	Індекс соціальної підтримки	0,032**
	Освіта	0,012
	Вік	0,009
	Гендер	-0,167

Таблиця демонструє нестандартизовані регресійні коефіцієнти.

* $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,01$; *** $p \leq 0,000$

Зокрема, результати регресійного аналізу вказують на те, що в шведській вибірці високі показники культурної компетентності (вираженої як факторні навантаження на першому факторі) мали потужний зворотний зв'язок на статистично значущому рівні з параметром негативного психічного здоров'я (шкалу негативних ментальних звичок), але не впливали на рівні психологічного добробуту (шкалу процвітання Е. Дінера) респондентів ані позитивно, ані негативно (Maltseva, 2014b). З іншого боку, наявність у респондента чи респондентки соціальної підтримки мала статистично значущий позитивний ефект на добробут, хоча ефект був невеликий (Maltseva, 2014b).

На Рис. 3.5-3.7 проілюстровано результати зіставлення рівнів консенсусу для змінних, що вимірювали компетентність щодо поширеного в соціокультурній спільноті культурної моделі, індивідуального стилю життя респондента та самозвітів стосовно психологічних параметрів на основі даних американської вибірки (Maltseva, 2015a). З форми даних можна зробити висновок, що консенсус є найпотужнішим стосовно культурної компетентності (тобто, культурного знання про складові культурної моделі), тим часом як стиль життя окремо взятих індивідів може демонструвати більшу варіативність і менш щільний патерн консенсусу, а психологічні параметри – ще більшу варіативність у розпорошенні кейсів. На зображеннях також видно, що індивіди, які відрізнялися від решти нижчими показниками культурної компетентності (Рис. 3.6), мали тільки незначні відхилення порівняно з рештою респондентів в плані стилю життя (Рис. 3.5), а в плані психологічних наслідків (Рис. 3.7) чітко виражені центри консенсусу були відсутні. При цьому найбільш відмінні від решти в плані стилю життя індивіди не мали особливого розташування в частині простору графіку з від'ємними значеннями по жодній з двох вісей, тож ми не можемо зробити висновок, що ці індивіди, які не співвідносилися із стандартом стилю життя, мали гірші показники психічного здоров'я порівняно з іншими респондентами у вибірці (Maltseva, 2015a).

Рис. 3.5. Аналіз головних компонент, виконано на транспонованій матриці (q-аналіз кейсів), змінні стилю життя, дані стандартизовано, американська вибірка (N=189) (адаптовано з Maltseva, 2015a)

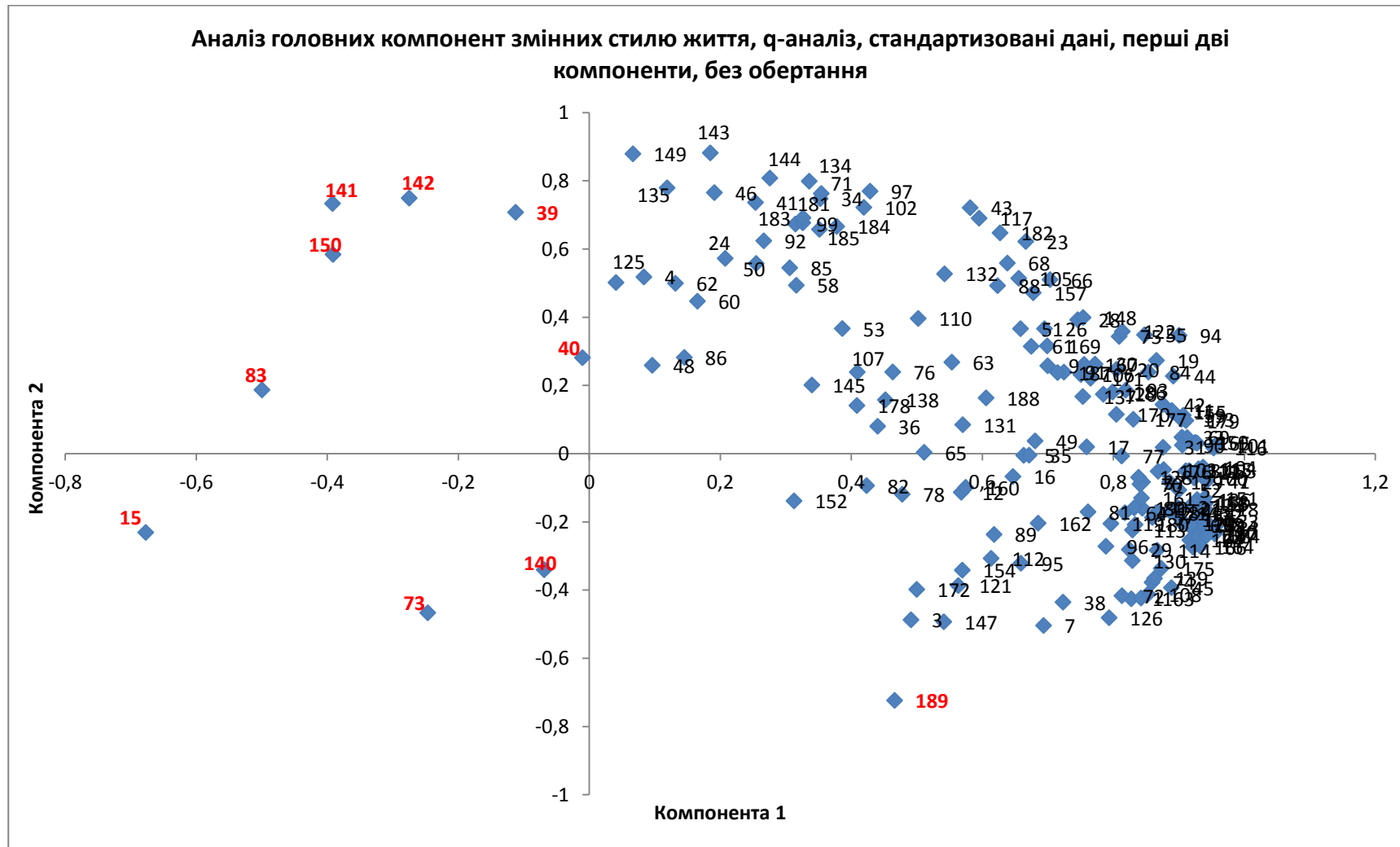


Рис. 3.6. Аналіз головних компонент, виконано на транспонованій матриці (q-аналіз кейсів), змінні блоку культурної моделі, дані стандартизовано, американська вибірка (N=189) (адаптовано з Maltseva, 2015a)



Рис. 3.7. Аналіз головних компонент, виконано на транспонованій матриці (q-аналіз кейсів), шкала процвітання Е. Дінера (8 змінних), дані стандартизовано, американська вибірка (N=189) (адаптовано з Maltseva, 2015a)



Саме цим нюансом у взаємодії між нормативною культурою групи, ментальним життям індивіда та психосоціальним стресом займається теорія культурного консонансу (Dressler, 2005), яка інтегрує колективну культуру із індивідуальним мисленням та пов'язує їх із поведінкою та здоров'ям. Консонантним вважається індивід, який у своїх уявленнях та стилі життя наближається до відповідних культурних прототипів, відображених у культурних моделях групи, до якої він належить. Основне положення теорії культурного консонансу вбачає прямий позитивний зв'язок між мірою консонантності та здоров'ям, вказуючи на не-консонантність як важливе джерело постання розбіжностей у здоров'ї між індивідами. Базуючись на даних з США та Бразилії, Вільям Дресслер зміг продемонструвати, що неспроможність індивіда відповідати стандартам групи асоціюється із погіршенням психологічних симптомів (більш виражена депресивна симптоматика), підвищеним артеріальним тиском та зайвою вагою (Dressler, 2005). Наступні рубрики розглядають теорію та методологію досліджень культурного консонансу і пропонують серію покращень для вдосконалення відповідних метрик та отримання більш інформативних результатів, зокрема пояснення механізму впливу інтерналізованої нормативної культури на здоров'я індивідів та груп.

3.3. Вимірювання зв'язків між культурою та здоров'ям

Якість інформації та валідність висновків знаходяться у прямій залежності від якості метрик та ефективності організації процесу вимірювання. Процес вимірювання є сутнісним компонентом наукового дослідження, незалежно від того, в межах яких наук воно проводиться – природничих, соціальних чи медичних. Вимірювання являє собою базовий елемент фундаменту наукової діяльності і несе принципову важливість у дослідженні усіх соціальних контекстів (Carmines & Zeller, 1979; DeVellis, 2003; Zeller & Carmines, 1980). Оскільки наукове знання здобувається через систематичне

спостереження, отримана в такий спосіб інформація часто піддається процесу квантифікації для обробки та осмислення. Стандартизоване вимірювання являє собою основний спосіб взаємодії між науковцем та предметом його інтересу (Zeller & Carmines, 1980; Мальцева, 2021b).

Для кількісного вивчення соціальних контекстів також характерним є те, що зв'язки між досліджуваними концептами та метриками (індикантами досліджуваного концепту) у соціальних науках часто є процесами взаємодії: нерідкісні випадки, коли поява нових метрик призводить до оновленого бачення досліджуваного феномену чи покращення його розуміння (Zeller & Carmines, 1980). Це спостереження відображено у підручниках з методів та статистики особливо виразно підтверджується в сфері інтердисциплінарних досліджень, де зміна у підході до вимірювання дозволяє розширити епістемологічні горизонти і в такий спосіб подекуди якісно змінити тактичний підхід, стратегічну перспективу та інформативність результатів дослідження (Neumann, 2011; Nunnally, 1978; Nunnally & Bernstein, 1994; Мальцева, 2021b).

Процес вимірювання також можна описати як наведення містків між абстрактним теоретичним конструктом, який неможна спостерігати, та його емпіричним індикантом, більш доступним для спостереження та прямого вимірювання. Соціальні дослідження типово мають справу з теоретичними метриками – латентними параметрами, які є збірними та абстрактними конструктами, що стоять за відповіддю на конкретне анкетне запитання і є самі по собі більш інформативними, ніж сама ця відповідь (Carmines & Zeller, 1979; Zeller & Carmines, 1980). Розроблення валідних метрик та конструювання інструментів, що забезпечують адекватне покриття вимірюваних дослідницьких конструктів, дають змогу стверджувати про надійність зібраних даних та робити з них висновки. В такий спосіб ефективне вимірювання є принципово важливим у соціальних науках для підтримання міцної логічної ланки між теорією та даними, що легітимізує дослідницький процес (Мальцева, 2021b).

Також важливим моментом організації процесу вимірювання в соціальних науках є те, що математичні знаряддя, наявні у сучасному

статистичному арсеналі, часто несуть сигнатури соціальних досліджень, оскільки вони історично розроблялися для потреб соціальних наук чи як відповідь на конкретну задачу, що стояла перед соціальними науковцями у зв'язку із конкретними соціальними процесами (Duncan, 1984).

Оскільки перед демонстрацією емпіричних результатів необхідно пояснити та продемонструвати методологічну перевагу обраного підходу, наступні рубрики звертають увагу читача на методологічний вимір досліджень, в центрі яких містяться канали впливу соціальних чинників на фізіологію та здоров'я людини. Зокрема, у подальших рубриках розділу розглянуто сучасні методологічні моделі, що вживаються у зарубіжній літературі для кількісних досліджень впливу соціокультурних стресорів на фізичне та психічне здоров'я; викладено методологічні аспекти вимірювання стресу, застосування багатовимірних методів для дослідження впливу соціальної реальності та колективних світоглядних утворень на здоров'я, та вивчення механізмів впливу соціальних чинників на здоров'я, що включають когнітивну оцінку стресу, культурного консенсусу та відповідності індивіда культурному стандарту стилю життя; та обговорено проблеми існуючих метрик та можливості оптимізації вимірювання впливу суспільства на результати у сфері здоров'я (Мальцева, 2021b).

Вимірювання для побудови аргументації в сфері зв'язків між суспільством та здоров'ям

Вимірювання у сфері зв'язків між суспільством та здоров'ям має свої ускладнення та свою специфіку, оскільки такі метрики мають ефективно захоплювати не лише об'єктивну «кількість» певних показників, але і суб'єктивну «якість» життя, пов'язану із присутністю чи відсутністю здоров'я чи хвороби (Streiner & Norman, 2008). Дослідники, які вивчають соціальні чинники у здоров'ї, зацікавлені у конструктах, що стоять найближче до суб'єктивного людського досвіду (в тому числі, біль, втома, почуття слабкості, депресивний афект тощо) і мають знаходити надійні способи їхньої

інкорпорації до процесу операціоналізації та вимірювання. Навіть за наявності великої кількості готових відповідних метрик, адаптованих для різних мов та валідизованих у крос-культурних дослідженнях, побудова інструменту для оптимального збору даних для перевірки конкретної гіпотези завжди є вимогливим завданням (Мальцева, 2021b).

Крім того, що сфера взаємодії між соціальними чинниками та людською фізіологією не є вільною від складової суб'єктивних відчуттів, багато з-поміж явищ у цій сфері мають складні механізми, які характеризуються множинною причинністю (англ. *multiple causality*), тобто, наявністю кількох – іноді різних за своєю природою чи походженням чинників, – що спричиняють певний ефект. Таким чином, у зв'язках між соціальною тканиною та здоров'ям часто можна зустріти концептуальні «вузли», що мають більше, ніж одну спричинювальну змінну, непрямі (медіуючі чи модеруючі) зв'язки, кумулятивні ефекти тощо. Цю специфіку проблематики також слід враховувати під час розробки дослідницького інструменту (Мальцева, 2021b).

Більше того, на додачу до множинної причинності та поширеності опосередкованих зв'язків, дослідження соціальних чинників у здоров'ї мають враховувати водночас процеси індивідуального та колективного (епідеміологічного) рівнів. Це стає особливо помітним у дослідженнях, які порівнюють наслідки індивідуальної поведінки для здоров'я серед представників різних соціальних груп, що транслюються у розбіжності у здоров'ї на рівні груп. Таким чином, через складність задіяних механізмів причинності, багаторівневості процесів та конструктів, а також ускладнених для наукової формалізації суб'єктивних досвідів, вивчення логічної ланки між соціальним та біологічним у здоров'ї людини вимагає постійної прискіпливої уваги в методологічному плані.

Для побудови переконливої аргументації щодо впливу соціального стресу на різні аспекти здоров'я необхідно враховувати вплив компонентів нормативної культури, пов'язаної з колективними когнітивними конструктами, які мають консенсуальну природу і впливають на те, як людина бачить світ.

Вивчення їхніх взаємозв'язків та закономірностей їхнього диференційованого впливу на психологічні параметри є важливим теоретично та методологічно. Для забезпечення виконання цієї умови авторкою було зібрано доказову базу на основі систематичної емпіричної роботи методологічного спрямування, зокрема, в плані розроблення нових кількісних інструментів та покращення вже існуючих інструментів (шкал) різного тематичного призначення для збору даних для крос-культурного аналізу цінностей та нормативних соціокультурних стандартів на американських, шведських та українських даних. З метою розробити кількісний інструментарій, що буде вимірювати колективні та індивідуальні конструкти, уникаючи їхнього злиття, авторкою було розроблено декілька інструментів англійською, шведською та українською мовами, і створено декілька відповідних масивів для перевірки закономірностей взаємодії конструктів індивідуального та колективного рівня з психологічним та демографічним матеріалом. В результаті було отримано достатні емпіричні підтвердження того, що колективні конструкти (наприклад, культурні цінності та нормативні утворення) відрізняються від конструктів індивідуального рівня (наприклад, особистих цінностей). Авторкою було продемонстровано, що обидва типи конструктів по-різному взаємодіють з різними демографічними та психологічними змінними (наприклад, ціннісні конструкти індивідуального рівня більше пов'язані з психологічними змінними та рисами особистості, ніж колективні конструкти, які, у свою чергу, більш пов'язані із нормативними утвореннями), мають різні канали передачі між поколіннями у процесі соціалізації, відрізняються «точністю» їхнє відтворення і ця точність залежить від різних чинників (Maltseva, 2012; Maltseva, 2014a; Maltseva, 2016). Відповідно, виникало питання: *якщо колективні та індивідуальні рівні ментальних утворень по-різному взаємодіють з психологічним матеріалом, вони, ймовірно, по-різному впливають на психологічний добробут людини та, можливо, у довготривалій перспективі, на психічне здоров'я?* Для розроблення цих гіпотез авторка звернулася до соціологічної літератури про вплив стресу на

різні виміри здоров'я та медично-антропологічного підходу до культури як хронічного стресора (Мальцева, 2021b).

Водночас авторка звернула увагу на концептуалізацію культурного консонансу, для більш поглибленого розуміння якої вона почала збирати відповідні дані у Швеції наприкінці свого польового проекту, щоб зробити додаткові форми аналізу. В результаті етнографічних польових робіт в південній Швеції (2008-2009), у фокусі яких було дослідження культурних цінностей та норм шведської держави загального добробуту (Maltseva, 2012a; Maltseva, 2014a; Maltseva, 2014b), авторка зробила декілька емпіричних спостережень стосовно впливу світогляду та соціокультурної нормативності на психічне здоров'я, які не могли бути пояснені в межах теорії культурного консонансу, в межах яких вони розглядались. Нажаль, шведські дані не підтримали засновків теорії культурного консонансу і перша спроба пояснити нерівності у психологічному здоров'ї у шведській вибірці розбіжностями у матеріальному достатку та стилі життя не надала статистично значущих результатів. Першою інтерпретацією такого неуспіху було пов'язати відсутність ефекту культурного консонансу із методологічною помилкою з боку авторки; відповідно, було прийнято рішення зробити збір даних заново для повторної перевірки. Однак після повторного збору даних у Новій Англії (західне узбережжя США) із кількома студентськими вибірками та різними дизайнами анкети, очікуваного результату все одно не було отримано (Мальцева, 2021b).

В цей же час авторка звернула увагу на висновки праці Дженіс Кіколт-Глейзер (Kiecolt-Glaser et al., 1997). Більш заглиблене знайомство з роботами цієї дослідниці стресу поступово підвели авторку до думки, що стрес, імунітет та перцепція пов'язані в більш складний спосіб, ніж уявлялося авторці на основі розглянутих нею теоретичних моделей з медичної соціології та антропології. Водночас також ставала дедалі більш очевидною потреба зрозуміти механізм задіяних процесів краще і на більш глибокому рівні. Це надало б можливість розв'язати проблему з культурним консонансом і

здійснити пояснення отриманих результатів в теоретичному розрізі. Таким чином, цей вузол проблем підштовхнув авторку переглянути зв'язки між світоглядними уявленнями соціокультурної спільноти, нерівністю, соціальним стресом та здоров'ям, як вони представлені у цій моделі, і почати вивчати зв'язки зумовленого соціокультурними чинниками стресу із здоров'ям в контексті культурних моделей, що наповнюють їх смислом (Мальцева, 2021b).

В цьому ключі, спочатку авторка продовжувала зосереджуватися на позитивному психічному здоров'ї (SWB), оскільки в цьому напрямку було можливо зробити певну кількість методологічних вдосконалень і наявний для цього аналітичний алгоритм надійно працював. Поступово стала очевидною потреба включити в орбіту своїх досліджень також симптоматику негативного психічного здоров'я, особливо у світлі висновків робіт Корі Кійса (Keyes, 2005), який наполягає на баченні психічного здоров'я як континууму, що має окремо розглядатися для негативних та позитивних симптомів. Останні чотири роки авторка також вивчає фізіологічне здоров'я і збирає відповідні дані, які, за відсутності біомаркерів, можуть надати адекватні інформативні дані для пояснення зв'язків соціальних детермінантів із різними вимірами здоров'я. В результаті цієї роботи інтереси авторки також наразі зорієнтовано на розуміння еволюційного виміру стресу та механізмів, що контролюють стресову реакцію (Мальцева, 2021b).

Отже, розгортання дослідницької програми авторки впродовж 2011-2022 років слідувало логіці методологічних потреб і розширювалося по мірі необхідності залучення до моделі нових параметрів для покращення структурної відповідності моделі досліджуваному явищу. Спочатку авторка присвятила увагу методологічному виміру дослідження соціальних детермінантів здоров'я та механізмів їхнього впливу на статус психічного та фізіологічного здоров'я індивідів. Передусім розглядався вплив світоглядних утворень, що є складовими культурних моделей різних соціо-нормативних доменів в США, Швеції та Україні. Зокрема, було розглянуто культурні моделі успіху, здорового способу життя та харчування, романтичних стосунків,

користування соціальними медіа, безпеки та вживання наркотиків, а також домену просоціальної поведінки (Бучельнікова, Оленченко, & Мальцева, 2016; Крупа & Мальцева, 2018; Любенко & Мальцева, 2019; Малиновська & Мальцева, 2018; Серeda & Мальцева, 2022; Lukash & Maltseva, 2020; Maltseva, 2012a,b). В методологічному плані, ці розробки здійснювалися шляхом (1) етнографічної екстракції (у тому числі, віртуальної етнографії), (2) за допомогою кількісних методів та (3) за допомогою змішаних технік, що комбінували якісні та кількісні способи збору та аналізу даних. Наступним кроком було звернення до впливу соціальних стресорів на психічне здоров'я – спочатку виключно позитивної симптоматики (SWB), а згодом у комплексі із симптомами негативного психічного здоров'я (передусім, депресії). Нині робота авторки рухається у руслі поєданого вивчення психічного та фізіологічного здоров'я та механізмів впливу стресу та нерівності на обидва аспекти здоров'я у короткій та далекосяжній перспективах, використовуючи кількісну методологію, зокрема багатовимірні техніки аналізу (Мальцева, 2021b).

Застосування багатовимірних методів для дослідження впливу соціальної реальності на здоров'я

Дослідження спільних для групи колективних систем уявлень є одним з центральних завдань наук про суспільство та одним з найпоширеніших елементів дизайну емпіричних проектів в сучасній соціологічній та психологічній науках. В соціальних науках було здійснено чимало вдалих спроб вивчати різні виміри культури та здійснювати крос-культурні порівняння їхньої внутрішньої організації для теоретизації того, як соціокультурні чинники впливають на психологічне життя людини. Найбільш відомими з них є дослідження цінностей за методологією Шолома Шварца (Schwartz & Bilsky, 1987), ціннісних орієнтацій у світоглядних структурах (Maltseva & D'Andrade, 2011; Saucier, 2015), крос-культурні дослідження вимірів особистості (велика п'ятірка, Costa & McCrae, 1992; McCrae & John, 1992; Saucier, 2015) та впливу

культури на відчуття добробуту (англ. subjective well-being, SWB) за концептуалізацією Еда Дінера (Diener, 2000).

Найбільш чисельними в цьому методологічному напрямку видаються проведені соціальними психологами та соціологами дослідження цінностей та їхніх зв'язків із іншими конструктами у ментальному ландшафті людських груп. У великій кількості досліджень ціннісних структур, що були опубліковані за останні десятиліття, дослідники вживали різні форми аналізу для екстракції та порівняння вимірів цінностей (smallest space analysis (Swartz & Bardi, 2001); екологічний аналіз (ecological analysis, Hofstede, 1980; Hofstede, 2001); факторний аналіз (Inglehart, 2003)). Ілюстративним для цього напрямку також є масштабне дослідження, проведене Джерардом Сосьє з колегами, в ході якого у крос-культурному дизайні було реалізовано складну макрорівневу реконструкцію світоглядних структур на основі факторизації аксіологічних орієнтацій, соціальних аксіом та нормативних пропозицій, що поділяються у спільноті (Saucier et al., 2015). Аналіз в цих дослідженнях проводився на рівні одиничних змінних індивідуального рівня. Далі розглядаються можливості аналізу, що замість одиничних змінних використовує агрегацію та факторизацію шкал – методика, до якої часто вдаються соціальні науковці, зокрема психометристи, які займаються властивостями та рисами особистості та подібними абстрактними конструктами, що важко піддаються вимірюванню за допомогою однієї змінної чи малої кількості змінних.

У подальших підрозділах також розглядаються кількісні методологічні опції, доступні для соціальних науковців, що прагнуть пояснити роль чинників соціокультурної природи, які (1) здатні виступати як хронічні стресори у процесі стресу і (2) відслідковуються у наслідках для здоров'я індивідів та груп. Матеріал у розділі відштовхується від визначальних характеристик комплексних агрегованих культурних конструктів та структур, що є в центрі проблематики (когнітивні схеми, культурні моделі, габітус тощо), які направляють логіку дослідження, зорієнтовують стратегії формування метрик і зумовлюють вибір технік вимірювання та аналітичних процедур (Maltseva,

2016). Зокрема, розглядаються внутрішні властивості таких конструктів та відповідні методології, які дозволяють охопити багатовимірність досліджуваних явищ, та дослідницькі дизайни, оптимальні для кількісного дослідження подібних світоглядних агломерацій змінних та їхніх етнографічних інтерпретацій. Відповідно, фокус розділу на цьому етапі зміщується на сильні сторони та можливості кожної методологічної опції у контексті досліджень асоціацій між колективною культурою та здоров'ям людини.

Багатовимірні методи аналізу та когнітивна теорія культурних значень

Поведінка, до якої долучаються індивіди у соціальному контексті, слідує правилам, зумовленими наявністю інтерсуб'єктивної культурної спільності (англ. cultural sharing) (Chiu et al., 2010). Належність до групи типово передбачає формування у індивіда послідовного культурно-специфічного набору ідей, ставлень, норм та соціальних аксіом, які поступово виховуються в членах групи у процесі систематичної інкультурації з дитячих років упродовж усього життя. Інкультуровані індивіди здатні скоординувати свої дії між собою завдяки наявності у них спільного розуміння їхнього цілепокладання та здатності осмислено тлумачити його за схожими критеріями (Мальцева, 2021b). Ефективному взаємному розумінню сприяють спільні культурні ідеї, які легітимізують та виправдовують вчинки і які є присутніми у індивідів у більш чи менш однаковій формі завдяки спільному соціалізаційному досвіду. Це стосується як простих речей, таких, як оцінка ситуацій чи розуміння емоцій інших, так і більш складних та інформативно насичених утворень соціальної тканини, як світоглядні системи. Ці посилки закладено в опорних положеннях когнітивної теорії культури, що передбачає, що (1) культура являє собою анклав інформації, доступний успішно інкультурованим членам культурної групи; (2) значна частина культурної інформації поділяється між індивідами, створюючи внутрішньо-груповий консенсус, що може бути кількісно вимірний; та (3) індивіди відрізняються одне від одного в плані змісту свого

знання (тобто того, що вони знають стосовно певного культурного домену) та мірою своєї культурної компетентності, обидва з яких можуть бути емпірично виміряні (Goodenough, 1975; Roberts, 1964; Romney, 1999; Romney, Weller, & Batchelder, 1986; Мальцева, 2021b).

В методологічній площині ці теоретичні засади розробляються в межах моделі інформаційної економіки культури (термін запозичений Джеймсом Бостером (1991) з відомої метафори Джона Робертса (1964) щодо менеджменту інформаційних потоків в межах культури)⁸⁰. Модель інформаційної економіки культури виходить з того, що, оскільки культура є результатом процесу навчання, то міра спільності та патерн подібностей у культурному знанні відображає кількість, якість та розподіл можливостей, що індивіди мають для навчання (тобто для того, щоб дізнатися про той чи інший культурний домен). Характер та доступність можливостей для навчання визначаються характеристиками індивідів, які проходять ознайомлення із доменом, природою конкретної сфери знання та способами навчання, властивими (чи відкритими) для неї (Boster, 1991, p. 204).

Згідно логіки моделі культурної економіки, рівень узгодженості у відповідях респондентів щодо конкретного домену значною мірою визначається мірою доступності інформації про домен та її обсягом. Знання в плані його поширеності (загальнодоступності) може варіюватися від універсального до ідіосинкратичного, і так само можливості для навчання можуть відрізнятися за ймовірністю їх мати та їхньою «якістю» (Boster, 1991, p. 204). В такий спосіб, широкодоступне публічне знання матиме більш універсальну поширеність та подібність у відповідях інкультурованих респондентів, тим часом, як лише фрагментарно чи несистематично представлена інформація із рідкісними можливостями її отримання матиме більш скромні відповідні параметри і більшу тенденцію концентруватися у окремих скупченнях респондентів (див. Patterson, 2014 щодо властивостей

⁸⁰ В плані інтелектуального континуїтету ця модель має логічні відповідники в принципах дистрибутивної теорії культури в соціальній психології (Schwartz, 1978).

публічного знання та їхнього значення для соціальних інституцій) (Мальцева, 2021b).

Крім того, самі по собі культурні домени різняться між собою в плані того, наскільки великий обсяг інформації є доступний про них і яка її якість. Є домени, інформація про які є вільно доступною і існує у великій кількості, тим самим створюючи високий рівень послідовності та інформаційного насичення у індивідуального члена спільноти. В таких випадках можна очікувати, що, в середньому, рівень знання і взаємної узгодженості у відповідях інформантів щодо цього домену будуть високими. Такий результат говорить про міру консенсуальності певного знання (що суто математично може проявлятися у високих середніх при низьких стандартних відхиленнях у колективному профілі). Чим вищий рівень консенсуальності, тим більше вираженою є культурна природа певного знання⁸¹. Тим часом, у доменах, інформація про які є бідною, протирічливою чи з різних причин важкодоступною (закритою), проінформованість і знання про такі домени будуть фрагментарними, непослідовними та/чи незв'язними (Boster, 1991; D'Andrade, 1995; Handwerker, 2002; Мальцева, 2021b).

Розподіл можливостей для ознайомлення з різними доменами не є рівномірним, адже різноманітна (спеціалізована) інформація не є рівномірно поширеною у суспільстві. Індивіди займають різні позиції один щодо одного не лише в плані свого соціального становища, але і в плані доступу до певної інформації чи роду занять (і часто ці два параметри є скорельованими). Наприклад, індивіди, які не стикалися з екзотичними овочами, фруктами та іншими продуктами харчування через фінансову обмеженість, знають менше про те, як вибирати авокадо, чистити манго та готувати артишоки тощо, ніж люди, які можуть собі дозволити інвестувати в те, щоб пробувати нові продукти, не опікуючись тим, що страва не вийде смачною чи не сподобається їхнім дітям, і є ризик, що їхні обмежені кошти на харчування будуть витрачені

⁸¹ В такий спосіб рівень консенсуальності у певному культурному домені можна оцінити просто з аналізу описових статистик.

намарно (Daniel, 2020). Індивіди, які не мають потреби міряти артеріальний тиск, не вміють використовувати відповідне приладдя і не знають, за якими критеріями вибирати тонометри. Індивіди, які не мають часу, можливості чи бажання ходити в тренажерні зали чи спортивні клуби, не знають вправ для окремих м'язів та не володіють розумінням особливостей харчового режиму спортсменів, що тренуються систематично, професійно чи під наглядом сертифікованого тренера. Поттеромани знають більше про універсум магічної освіти, ніж люди, які є байдужими до світу відьом та чаклунів, створеного в книжках Дж. К. Роулінг. Так само індивіди, які мали можливість подорожувати літаком, мають кращу когнітивну схему правил безпеки (і, відповідно, пакування багажу та підготовки до візиту в аеропорт), ніж індивіди, чий стиль життя не передбачає більш-менш регулярних повітряних подорожей. Не-театралаи не знають, коли слід і коли не слід починати аплодувати виконавцям під час балетної вистави, на відміну від поціновувачів мистецтва балету, які регулярно відвідують вистави і знають, коли закінчується той чи інший музичний фрагмент або варіація. Це лише деякі приклади, що ілюструють можливі джерела обмежень на інформацію про різні сфери життя. З іншого боку, є домени, інформація про які широко тиражована і доступна з точки зору можливості скористатися нею. Більшість людей знають, що у їхньому суспільстві є важливим і що входить до складу духовних цінностей. Так само більшість людей знайома з принципами користування телефоном, вміє замовляти каву у кав'ярні, сплачувати за проїзд у громадському транспорті і т.д. (Мальцева, 2021b).⁸²

Цей вимір варіативності доменів узагальнюється у принципах математичної моделі культурного консенсусу (англ. *culture consensus model*) Кімбала Ромні, викладеної детально в окремій рубриці, що пояснює варіативність у культурних даних, зібраних кількісним шляхом (Romney, 1999).

⁸² Всі ці аспекти культурного знання легітимізують відбір респондентів у вибірку, якщо йдеться про культурні зміни.

З іншого боку, домени також різняться між собою своєю структурною комплексністю та насиченістю деталями/елементами. Наприклад, можуть бути домени, які мають таксономічну організацію та матеріальні (доступні у спостереженні) атрибути (зокрема, тварини, рослини, системи рідства тощо). З іншого боку, можуть бути більш складні домени, які оперують на нематеріальних сутностях, що організовані за іншими принципами формування категорій, ніж таксономічна класифікація (Мальцева, 2021b).

Культурні ідеї існують в головах своїх носіїв не поодинокі чи в ізоляції. Їх організовано в такий спосіб, що поєднує їх із іншими культурними ідеями (цінностями, нормами, ставленнями, соціальними аксіомами тощо) в межах культурних схем різного рівня комплексності, що активуються разом із певними складовими елементами культурної моделі, до якої вони залучені (D'Andrade & Strauss, 1992; Maltseva, 2017; Maltseva, 2018b). Перехрестя розмаїтих взаємозв'язків між цими схемами породжує більші за обсягом агломерації організованого спільного культурного знання, що спрямовують процес утворення смислів та осмислення за типовим для цієї культурної спільноти алгоритмом. У такий спосіб «упаковане» у схемах знання долучається до тлумачення щоденних ситуації та досвіду, надаючи конкретним подіям визначеного значення та допомагаючи індивідам встановлювати культурно-логічні зв'язки між причинами та наслідками у соціальному світі, де вони мешкають. Пояснення логіки цих зв'язків є вимогливим дослідницьким завданням, що випадає на долю етнографів та соціальних науковців, і являє собою одну з складностей когнітивного та психометричного підходів до вимірювання культурного знання (Maltseva, 2016; Maltseva, 2017; Maltseva, 2018b; Мальцева, 2021b).

З методологічної точки зору, важливим є також те, що культурне знання не є абсолютно гомогенним – як це донедавна уявлялося дослідникам-психологам – а таким, що складається з «кишень» варіативності (термін Н. Квінн, з особистого спілкування) і дозволяє певну міру гетерогенності (варіативності) між індивідами стосовно елементів культурного знання, яке

циркулює всередині групи. Деякі члени групи знають більше про певний культурний домен, а деякі менше. Поруч з «культурними експертами» (англ. *cultural experts*), які доклали зусиль та витратили час на набуття відповідних компетентностей та навичок, існують культурно-наївні індивіди («новачки», англ. *cultural novices*). Наприклад, можна очікувати, що досвідчена солістка балету знає (і вміє) більше, ніж молодий стажист-випускник хореографічного училища чи починаюча артистка кордебалету. Отже, одним з джерел існуючої інтра-культурної варіативності у знанні є *обсяг* знання (що називається в когнітивній науці «культурною компетентністю» чи «культурною експертизою»), що його має індивід у відношенні до певного культурного домену. Проте для більш досконалого розуміння соціальної поширеності колективного культурного знання необхідно ввести додаткові параметри, зокрема спостереження щодо того, що важливими також є *зміст* знання (що саме людина знає про домен) та його *організація* (Maltseva, 2017). Йдеться, передусім, про те, що часто більш компетентні індивіди знають про предмет інші речі, ніж менш компетентні новачки, чи класифікують складові елементи культурного домену за іншими принципами (Boster & Johnson, 1989). Наприклад, у класичному дослідженні з цієї тематики було виявлено, що розбіжності у тому, як досвідчені рибалки класифікували рибу, були більш вираженими, ніж те, наскільки більше вони знали про рибу загалом у порівнянні із їхніми менш досвідченими колегами (Boster & Johnson, 1989). Так само, у більш наближеному до буденності прикладі, знання про каву відвідувача кав'ярні, який просто любить пити каву, відрізняється від знання про каву людини, що приготувала йому його каву, імпортувала її чи виростила кавові зерна на продаж⁸³ (Мальцева, 2021b).

⁸³ Причини, що впливають на вираженість того чи іншого атрибуту домену у знанні, відповідно, створюючи ту чи іншу конфігурацію знання, широко вивчалися американськими когнітивними антропологами у 1980-1990 роках. Ця дослідницька ніша є добре проробленою і демонструє багато цікавих знахідок стосовно екологічних змінних, що впливає на формування перцепції, уваги та вираженості у пам'яті/пригадуванні та структурах знання. Наприклад, у відомому крос-культурному дослідженні вибірок англомовної молоді з Кентуккі, США та носіїв мов агуаруна та хуамбісу з Амазонії Джеймс Бостер систематично довів, що американські студенти швидко і правильно розпізнають силуетні зображення авто, проте розгублюються під час ідентифікації кольорових зображень птахів, а амазонські учасники навпаки. З іншого боку, Бостер продемонстрував, що судження про подібність на основі кольорових зображень птахів дали скорельовані результати з обох типів

Внутрішня організація варіативності у спільному знанні всередині групи також знаходиться під впливом таких соціально-демографічних чинників⁸⁴, як вік, стать, професія, соціальний клас тощо. Важливим спостереженням в цьому ракурсі є те, що ці змінні типово групують разом індивідуальні кейси у вибірці за критерієм спільності того, що ці індивіди знають про домен, і, відповідно, слугують ніби демаркаційними лініями між анклавами знання, до якого мають доступ різні соціальні групи чи категорії індивідів. В цьому аспекті така «категоризувальна» різниця у знанні може бути не стільки в тому, *скільки* людина знає, а в тому, *що* вона знає про певний домен (Мальцева, 2021b). Це розмежування є особливо важливим в контексті здоров'я, оскільки те, що знають про здоров'я та суміжні сфери індивіди в межах різних соціальних категорій, може мати цілком матеріальні наслідки у їхній поведінці, рішеннях, плануванні витрат, розподілі часу, стилі життя, гігієнічних правилах, увазі до правильного харчування та фізичних навантажень, ставленні до хвороб та відпочинку тощо.

Такі розмежування у колективному знанні поширюються на багато інших сфер, які стосуються того, що люди знають про соціальний світ, в якому вони живуть (Charles, 2008). Різні соціальні групи можуть мати доволі розбіжні світогляди, що являють собою комплексну організацію уявлень, які інтерсуб'єктивно поділяються та існують на глибинному рівні, і логічні зв'язки між якими консенсуально розуміються на підставі логічних посилок, імпліцитно закладених у їхній фундамент. Вони спрямовують ментальні звички та поведінку їхніх носіїв у суспільстві, а також відслідковуються у їхніх

вибірок, що, на думку більшості когнітивних антропологів, які спеціалізуються на еволюції мовних класифікацій, вказує на спільний структурний фундамент суджень про таксономічні зв'язки у сприйнятті тварин та птахів у різних мовно-культурних спільнотах. Хоча ця тема вивчалася і продовжує досліджуватися когнітивними науковцями в Європі та США і існує чимала технічна література з цього предмету, огляд перцептивних механізмів та впливу екологічної ніші на мислення та механізми класифікації тематично лишається поза межами цієї дисертації.

⁸⁴ Хоча жодна пара індивідів не може мати ідентичного знання, індивіди, які належать до однієї і тієї ж групи, із вищою ймовірністю мають більш подібні чи більш співпадаючі (англ. *overlapping*) структури знання завдяки тому, що вони також вірогідно поділяють ідеї, розуміння норм та інших елементів їхнього спільного світогляду (тобто, завдяки культурному консенсусу). Як індивідуальна компетентність, так і рівень пропорційного співпадіння у знанні індивідів можна кількісно виміряти (див. рубрику про модель культурного консенсусу) (Romney, 1999; Romney, Weller, & Batchelder, 1986).

загальних життєвих результатах (Lamont, 1992; Lamont, 2000; Lamont, 2009). Наприклад, американський середній клас має більш активну позицію у взаєминах із шкільною адміністрацією та більш помітну присутність у шкільних активностях своїх дітей, ніж представники нижчих класів (Plouz, 2019; Lareau, 2015). В цьому аспекті більш помітне прикладне значення теорії культурних моделей, до розгляду якої ми переходимо у наступному підрозділі, та відповідних емпіричних досліджень колективних світоглядних структур, що впливають на поведінку та щоденні практики (Мальцева, 2021b).

Культурні моделі та постання методології екстракції великих за обсягом світоглядних утворень

Культурні моделі (англ. cultural models) концептуалізуються як спільне культурне знання, яке належні до культурної спільноти індивіди можуть використовувати для того, щоб осмислювати та розуміти світ навколо себе. Культурна модель є когнітивною мапою певного конкретно взятого *життєсвіту* (слідом за Р.Д'Андрасе я запозичую термін Й. Хабермаса *Lebenswelt* (Habermas, 1987)) – шлюбу, університету, батьківства, успіху, свободи тощо – організованому у відповідності до культурно-специфічної логіки. Культурну модель може бути визначено через поширене у суспільстві, соціальній групі, інституції, організації чи субкультурній спільноті знання, яке має характер самоочевидності чи чогось саме по собі зрозумілого⁸⁵. Визначальною характеристикою культурних моделей є їхня внутрішня структурна організація, яка, завдяки тому, що вона наслідує контурам існуючих у групі соціальних структур, може слугувати когнітивною мапою ментального ландшафту, що його поділяють члени групи. Використовуючи індуктивні техніки добування етнографічної інформації та спостерігаючи за культурно-специфічними патернами (регулярностями) в організації цієї інформації,

⁸⁵ Класичне формулювання визначення, що його можна знайти в ранніх роботах з культурних моделей, наголошує на властивостях самоочевидності та автоматизму закладеного в моделі знання для інкультурованих членів культурної спільноти, яку ця модель обслуговує. Наприклад, текст Холланд та Квінн (1987) визначає культурні моделі як “presupposed, take-for-granted knowledge within a society” (Quinn, & Holland, 1987, p.4).

культурні моделі прислужилися як корисний засіб у дослідженнях культури та мислення (Quinn, 2005; Gatewood, 2012; Strong & White, 2019). Як метод, культурне моделювання ґрунтується на інтегруванні етнографічних даних, отриманих від різних респондентів, у холістичну модель, що відображає інтегративну та генеративну природу культурного знання (Gatewood, 2012; Strong & White, 2019). Побудова культурної моделі певного домену дозволяє зрозуміти логіку складної багатовимірної системи мислення, яка існує в межах певної культурної спільноти і поділяється її членами. Це дозволяє більш систематизований підхід до дослідження культурних явищ і являє собою можливість більш холістичної, ніж атомістичної, презентації культурного знання (Strong & White, 2019). Як дослідницький засіб, сама по собі побудова культурної моделі дає змогу побачити багатозаровість причинності⁸⁶ різних соціальних явищ і дати розгорнуті відповіді на комплексні практичні питання, що стоять перед соціальними науковцями. У контексті вивчення впливу колективних уявлень та соціальних стресорів на здоров'я, підхід культурних моделей може запропонувати чимало корисних інсайтів та методологічних опцій як дослідникам у медичній сфері, так і спеціалістами, що працюють у сфері розробки соціальних політик та реформ у сфері охорони здоров'я (Мальцева, 2022).

Культурні моделі втілюють важливий нюанс організації спільного колективного знання. Маючи характерні властивості подібності в межах соціокультурної спільноти, в якій вони циркулюють, і водночас варіативності завдяки нерівномірному розподілу знання про конкретні культурні домени між членами суспільства, культурні моделі являють собою об'єднуючий, інтегруючий аспект соціального життя (див. Zerubavel, 1999 про формування *social mindscapes*, «соціальних ментальних ландшафтів»). Дослідження

⁸⁶ На відміну від інших дослідницьких засобів, які можуть допомогти у реконструкції структури мислення та організації категорій за певними принципами у колективному світобаченні різних груп населення, культурне моделювання вирізняється саме властивістю демонструвати причинні зв'язки та реконструювати ланцюжки причинності, як вони уявляються представниками групи. Це важливий компонент роботи культурного моделювання, адже типово деталі логіки та причинні зв'язки у мисленні соціокультурної групи зарезервовано за якісними методами, що використовують можливості глибинного інтерв'ювання та фокус груп. Культурні моделі, тим часом, можуть бути отримані також кількісним шляхом.

культурних моделей стимулювало не просто систематичне порівняльне вивчення того, як люди в межах різних спільнот уявляють собі, як працює світ, але й науковий пошук соціальних детермінантів таких світоглядних утворень, їхньої динаміки та практичних прикладних аспектів, що має визначне прикладне значення (Endress, 2022; Lucas et al., 2022; Мальцева, 2021b).

Упродовж років соціальні науковці накопичили значний арсенал методологічних вмінь та знань для надійного вимірювання культурної спільності (англ. cultural sharing), узгодженості відповідей респондентів (англ. inter-informant agreement) та індивідуальної культурної компетентності, що разом відображають внутрішню зв'язність культурної моделі. Опубліковані матеріали емпіричних досліджень у сфері культурних моделей також вказують на те, що культурні моделі отримують своє смислове наповнення через ціннісні структури, норми та культурні ставлення, які є динамічними, емоційно навантаженими і часто глибоко інтерналізованими сутностями. Тому, відповідно, культурні моделі найкраще здобуваються в інтерв'ю та інших подібних формах спостереження, які дозволяють отримувати інформацію про ментальні звички та патерни поведінки у відкритому форматі. Загалом теорія культурних моделей утворила складний та розгалужений корпус методологічної літератури, що може становити інтерес для дослідників складних світоглядних утворень. Хоча історично дослідження культурних моделей розпочиналося як переважно якісно-спрямовані дослідження, на нинішній момент ця дослідницька ніша виглядає далеко не монолітною в методологічному плані і пропонує різні варіанти дослідницьких дизайнів для розмаїття дослідницьких потреб (Bennardo & de Munck, 2013; Caulkin, 2004; Maltseva, 2016; Maltseva, 2020; Quinn, 2011; Мальцева, 2021b).

Інтелектуальні витоки та постання методологічних цілей теорії культурних моделей

Теорія культурних моделей розвинулася в 1980-х роках в межах американської когнітивної антропології (D'Andrade, 1995). Виникнення цього

напрямку завдячує когнітивній революції в соціальних науках – «когнітивному повороту» до зацікавленості в ментальних процесах, вивчення яких стало можливим після послаблення теоретичного домінування біхевіоризму в дослідженнях поведінки. Відповідно, когнітивна революція з її теоретичними та методологічними настановами у середині ХХ ст. поширилася з психології через лінгвістику до наук про суспільство та культуру. Це «зміщення парадигми» характеризувалося зняттям інтелектуальних обмежень щодо вивчення нематеріальних когнітивних процесів та явищ і призвело до низки інтелектуальних здобутків і подальших теоретичних відгалужень в інших дисциплінах (Blount, 2011; D'Andrade, 1995; Maltseva, 2016; Quinn, 2011). Наслідки відходу від принципів біхевіоризму та постановня нових засад наукового пошуку досі є глибокими і помітними у динаміці когнітивно-орієнтованих соціальних наук (Bennardo, & de Munck, 2013; Мальцева, 2021b). Хоча нині це предметне поле виглядає більш розгалуженим і на додачу розділеним дисциплінарними кордонами, віднедавна у спеціалізованій науковій періодиці ведеться діалог щодо поєднання зусиль когнітивістів для інтердисциплінарного вивчення складних когнітивних процесів у їхніх зв'язках із соціальними, культурними та економічними контекстами (див., наприклад, публікації та опубліковані реакції на них у *Trends in Cognitive Science* (2012) том 4, випуск 3).

На кінець 1970-х років когнітивістами було накопичено суттєву емпіричну базу на основі превалентного на той момент в американській когнітивній антропології та когнітивній науці аналізу лексиконів (термінів рідства в антропології, назв тварин, птахів та рослин в етнобіології та етноботаніці, назви кольорів тощо). Однак попри наявність надзвичайно багатой емпіричної бази дослідники зустрічалися із однією складністю: ці фрагменти когнітивного життя виглядали розрізненими маніфестаціями когнітивних процесів і не укладалися у загальну картинку, і загалом не відтворювали того, як працює мислення людини (D'Andrade, 1995). Ці недосконалості стали особливо помітними, коли когнітивісти почали вивчати, як представники

різних верств американського суспільства розуміють та думають про різні види хвороб (D'Andrade, 1995). Існуюча методологія, яка базувалася на вивченні одиничних лексем, не давала інформативно задовільного уявлення про те, як насправді американці уявляють собі розмаїття хвороб, їхніх причин та лікування, оскільки з аналізу випадали логічні зв'язки між конструктами, представленими лексемами. Отже, рухаючись від цієї течії у теорії культурних значень, що у 1960-1970-х років в США будувалася на емпіричному дослідженні окремих ізольованих від контексту лексем та семантичних асоціацій між словами, нові дослідницькі преференції вже віддавали перевагу відслідковуванню та поясненню того, як культурне знання ув'язувалося та організовувалося у «сценарії», «скрипти» (Frake, 1977, p. 373), «рутинізовані, сильно стереотипізовані культурні вистави» та «культурні граматики» (Colby, 1975). Новий порядок денний в когнітивній науці схилився до вивчення «змісту культури» (Quinn, & Holland, 1987, p. 33), яка розумілася як набір уявлень, евристик, цінностей, правил, рутинних практик та звичаїв і яка вивчалася у сукупності з усіма поєднуючими ці елементи логічним зв'язками (на противагу ранішому фокусу на виокремлених лексемах). Таким чином, поступово на передній план вийшло поняття культурних схем (D'Andrade, 1995, p. 122-149; Rotolo, 2022; Мальцева, 2021b).

Порівняно з дослідницькими завданнями попереднього етапу, культурні схеми давали змогу зосереджуватися на формах взаємозв'язків між елементами схеми та їхніми етнографічними конфігураціями в різних культурних спільнотах. Як результат вжитку поняття культурних схем та використання принципів конекціоністської⁸⁷ моделі впродовж кількох десятиліть виникла нова теоретична концепція, що зосереджувала свою увагу на системах культурних уявлень, які базувалися на спільних або подібних досвідах. Ця концепція згодом стала називатися теорією культурних моделей, і її логічні посилки було викладено в серії монографій, опублікованих її центральними

⁸⁷ Про конекціонізм див. відповідний розділ у Д'Андрате (1995).

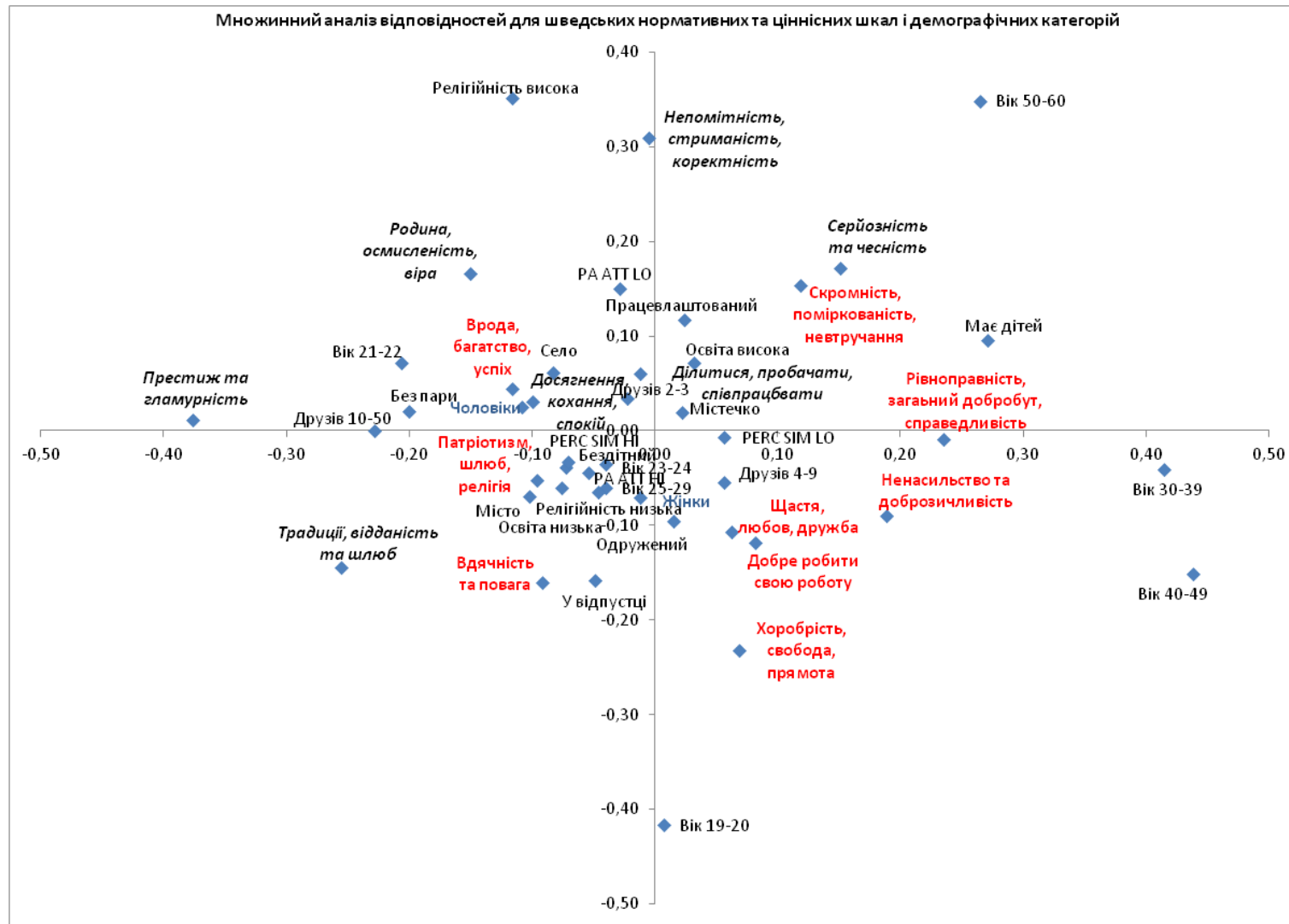
фігурантами – Роєм Д'Андрате, Наомі Квінн, Клодією Страус та Дороті Холланд (Мальцева, 2021b)⁸⁸.

Дослідницька задача, яку ставить перед собою школа культурних моделей, є складною в тому, що вона сполучає матеріал стосовно того, як *індивіди* думають про певний фрагмент соціальної реальності, із створенням етнографічно-модифікованого опису структур спільного *колективного* знання, яке циркулює в межах певного суспільства. У своєму огляді методологічних можливостей для застосування підходу культурних моделей Бенджамін Блаунт вдало характеризує ці дві під-задачі як дві форми аналізу, внутрішню та зовнішню щодо дискурсу, відповідно (англ. *discourse-internal and discourse-external*) (Blount, 2011, p. 21). Перше, що Б. Блаунт асоціює з роботами Н. Квінн та її студентів та співавторів як «пошук культури у розмові» (англ. *finding culture in talk*), має на меті детальну реконструкцію повної культурної моделі з її складовими елементами шляхом аналізу якісних даних за механізмом, подібним до угрунтованої теорії. Друге, властиве медичній та прикладній галузям антропології, мають культурну модель швидше як дослідницький засіб, ніж остаточну самоціль. В центрі таких досліджень є зміст спільного знання стосовно певного конкретного культурного домену та його практичні виміри для розробки політик та інтервенцій. Загалом підхід культурних моделей успішно використовувався представниками обох напрямків аналізу як в якісному, так і в кількісному ключі, для вивчення різноманітних проблем та сфер (наприклад, соціальних зв'язків та мереж (Bennardo, 2011); романтичних стосунків (Бучельнікова, Оленченко, & Мальцева, 2016); просоціальної поведінки (Maltseva, 2016); романтичного кохання (De Munck, 2011); впливу економічних чинників на здоров'я людини (Dressler, Oths, & Gravlee, 2005); релігійності (Horowitz, 2008); демократії (Hood, 2019); лікування (Garro, 1986; Garro, 2000); туризму (Gatewood & Cameron, 2008); цінностей (Maltseva & D'Andrade, 2011); мотивації та успіху (Оленченко & Мальцева (in prep.));

⁸⁸ Спостережливий та детальний аналіз внеску кожної монографії пропонує лінгвістично-орієнтований когнітивний антрополог Бенджамін Блаунт у своєму розділі в колективній монографії про генезу теорії культурних моделей (Blount, 2011).

шлюбу (Quinn, 1996; Quinn, 2018); викладання (Shimizu, 2011); догляду за дітьми та виховання дітей (Suizzo, 2002) тощо) (Мальцева, 2021b). Рис. 3.8 ілюструє приклад вжитку множинного аналізу відповідностей для презентації складових шведської культурної моделі просоціальної поведінки (адаптовано з Maltseva, 2016). Рисунок зображає результати множинного аналізу відповідностей, виконаному на шкалах (два перших фактори). Культурні цінності на рисунку в статті позначено червоним кольором, норми чорним курсивом. Позначка «має дітей» означає, що респондент вказав, що має щонайменш одну дитину. «Бездітний» означає, що респондент вказав, що дітей не має. PA ATT (англ. Parental Attention in childhood) позначає інформацію (у форматі самозвітів) щодо кількості часу, що батьки респондента витрачали з ним чи з нею в дитинстві. PERS SIM (англ. Perceived similarity with parents in values priorities) позначає міру, якою респондент бажав мати цінності, подібні цінностям його чи її власних батьків. Розподіл на високу та низьку (HI/LO) вираженість для двох останніх атрибутів вказує на високі чи низькі середні показники для категорії, з огляду на шкалу Лікерта від 1 до 4. Показник вважався низьким, якщо респондент в категорії мав середнє нижче за 2,0 (з 4) по цій шкалі, і високим, якщо він чи вона мали середнє 2.0 або вище.

Рис. 3.8. Множинний аналіз відповідностей для шведських нормативних та ціннісних шкал і демографічних категорій, N=128 (адаптовано з Maltseva, 2016)



Культурні моделі можуть варіюватися в плані своєї внутрішньої організації та комплексності. Відповідно, дослідники використовують набір різних технік, на які вони спираються, щоб екстрагувати, аналізувати та описувати культурні моделі. Через обсяг інформації, залученої до складної організації культурного знання, що складає культурну модель, їхнє екстрагування вимагає принаймні на початковій фазі дослідження проведення глибоких інтерв'ю у достатньому обсязі, щоб встановити їхні складові елементи та окреслити структуруючі їх логічні зв'язки, які сполучають модель в єдине ціле. Однак, ці зв'язки, що є культурними маркерами (англ. *cultural signatures*) внутрішньої організації культурної моделі, можуть бути операціоналізовані як набір одновимірних сутностей та кількісно виміряні шляхом вживання кількісних методів (наприклад, шляхом розробки шкал з кількох змінних (англ. *multi-item scales*)). Цей тип методології дозволяє пряме тестування надійності та валідності, в такий спосіб розв'язуючи нагальне питання валідності висновків та якості даних, що постає у етнографічних дослідженнях (Handwerker, 2002; Luyt, 2012). Однак слід наголосити, що наразі культурні моделі вивчають як кількісно, так і якісно орієнтовані дослідники (Мальцева, 2021b).

Методи вимірювання спільного колективного культурного знання

Оскільки властивості культурних моделей та коротка історія цього теоретичного підходу розглядалася раніше, в цьому підрозділі йтиметься про методологічний вимір дослідження культурних моделей, в тому числі, деякі методологічні складності і проблеми, що з ними стикаються дослідники.

На теперішній час дослідження культурних моделей в соціальних науках являють собою розгалужену, динамічну та відкриту до інновацій дослідницьку нішу. Надзвичайно тематично розмаїта сама по собі, вона також напрочуд гетерогенна в методологічному плані, використовуючи різні типи даних та різні техніки їхнього здобуття та аналізу (Maltseva, 2016). Як вже зазначалося, від початку ранні дослідження культурних моделей базувалися на текстових даних

і спиралися на якісні методи аналізу (Мальцева, 2021b). Як найбільш ілюстративні приклади цього напрямку в нещодавніх публікаціях можна навести аналіз американської політичної культури Клодії Страус (Strauss, 2000; Strauss, 2012). Іншим прикладом може слугувати робота Хідетата Шімізу (Shimizu, 2011) про розбіжності у культурних уявленнях про самість (англ. self) та концептуалізацію навчання у Сполучених Штатах та Японії. Так само роботи Наомі Квінн стосовно американської культурної моделі шлюбу надають зразок когнітивно-етнографічного аналізу соціальних інституцій (Quinn, 2018; Quinn, 2019). В цьому ж ключі, порівняльні роботи Сари Харкнесс та Чарльза Супера у сфері дослідження сім'ї пропонують кілька десятиліть крос-культурних досліджень стосовно систем уявлень про батьківство та принципи виховання дітей у різних суспільствах (Harkness, Super, Keefer, Raghavan, & Kipp, 1995).

Хоча чималий відсоток праць з культурних моделей може бути описаний як такий, що має потужну якісну компоненту і переважно спирається на можливості, що їх надає аналіз дискурсу, більш нещодавно дослідники культурних моделей почали дедалі більш використовувати різні форми квантифікації інформації та інтеграції (змішування) методів у своїх дослідницьких дизайнах. Це вплинуло на діапазон запитань, на які можна шукати відповіді у ході дослідження. Наприклад, дослідження «культури честі» на американському півдні, проведене Роєм Д'Андрате, залучало шкальовані дані (рейтинги пропозицій) і використовувало аналіз кореляцій та ANOVA, щоб оцінити послідовність та локальну варіативність в уявленнях щодо честі в різних місцевостях у США (у штатах Нью-Йорк, Каліфорнія, Теннессі та Алабама) (D'Andrade, 2002). Результати Д'Андрате демонструють, що попри популярність дуже поширеної в Сполучених Штатах думки стосовно існування місцевої «культури честі» і відповідної культурної моделі на півдні США, більш переконливими є докази існування спільної панамериканської культурної моделі стосовно вираження гніву, неповаги та честі, радше ніж специфічної культурної моделі, властивої для мешканців південних штатів на противагу решті США (Мальцева, 2021b).

A Companion to Cognitive Anthropology (2011) презентує цілу серію методологічно різноманітних емпіричних досліджень, що мають у центрі дослідження культурних моделей. Більш наближений до лінгвістичної проблематики і використовуючий відповідний набір аналітичних процедур, розділ Джованні Беннардо ілюструє застосування аналізу метафор та аналізу соціальних мереж для дослідження соціальних зв'язків у Полінезії (Bennardo, 2011). Дослідник романтичного кохання та діадичних стосунків, Віктор де Манк збирав рейтинги подібності та використовував процедуру пайл-сортування у сполученні із багатовимірним шкалюванням для презентації своїх знахідок стосовно концептуалізації романтичного кохання у Литві (de Munck, 2011). Роберт Шрауф та Медлін Айріс використовували бінарні дані і крос-секційний дизайн для проведення аналізу консенсусу для кейсу системних уявлень про хворобу Альцгеймера, превалентними для мексиканців, афро-американців та іммігрантів з пострадянських територій у США (Schrauf & Iris, 2011).

Джефрі Снодграсс із співавторами використовує властивості культурних моделей для дослідження поведінки геймерів та сприйняття поразок серед індивідів, що систематично грають в комп'ютерні ігри (Snodgrass et al., 2020). У своїй новій роботі автори пропонують більш розвинену концептуалізацію покрокового змішування аналітичних технік на кшталт аналізу тем та контенту аналізу для валідації проміжних висновків, та поєднання аналізу тем у цілісні культурні моделі для побудови угрунтованої теорії та переведення аналізу на вищий рівень узагальнення. Аналіз, проведений ними на мікрорівні, дозволяє розуміння асоціацій з індивідуальними психологічними процесами, мотивацією, сприйняттям поразок та вихованням стійкості та відчуття самоцінності (Snodgrass et al., 2020; Pouz, 2019).

Культура являє собою набір спільних, надбаних у навчанні уявлень та поведінок, а культурні уявлення є нормативними уявленнями групи (Weller, 2007, p. 339). Нормативні уявлення групи можуть бути проаналізовані на основі відповідей на низку споріднених дотичних запитань. Подальші підрозділи присвячено серії аналітичних технік та моделей, що можуть бути вжиті в

контексті етнографічного дослідження для вимірювання культурних уявлень, рівня знання конкретного респондента щодо цих уявлень та міри, якою індивіди поділяють ці уявлення.

Модель культурного консенсусу К. Ромні

Дослідники з різних дисциплін вже давно зазначають, що одним з індикаторів знання є *консенсус*. Узгодженість у відповідях вказує на присутність якогось знання, що стоїть за нею. Однак не завжди консенсус передбачає саме *культурне*⁸⁹ знання. Основні теоретичні викладки моделі культурного консенсусу, сформульованої математиком і когнітивним антропологом Кімбалом Ромні (Romney, 1999; Romney, Weller, & Batchelder, 1986) спрямовані на детекцію математичних сигнатур спільності культурного походження у знанні: коли спільне знання означає наявність у даних культурних рис? Два основних вихідних положення, що направляють логіку обчислень культурного консенсусу, стосуються двох визначальних рис культури: для того, щоб вважатись культурою, певний атрибут має (1) поділятися більше, ніж двома людьми, тим самим наголошуючи на колективній природі культури, і (2) не всі, але лише належні до конкретної культури індивіди мають необхідне для надання правильної відповіді на запитання щодо атрибуту знання (чи мають його не в однаковій мірі порівняно із рештою індивідів, що знаходяться поза цією культурою) (Romney, 1999).

Аналіз культурного консенсусу являє собою кількісний метод визначення внутрішньої щільності/зв'язності (англ. *cohesion*) конкретно взятого культурного домену. Модель культурного консенсусу К. Ромні (Romney, Weller, & Batchelder, 1986) є формалізованою методологічною моделлю, що дозволяє оцінити міру узгодженості відповідей стосовно певного культурного домену в межах вибірки. Від початку модель було розроблено для бінарних

⁸⁹ Дані моделі можуть мати ідеальну узгодженість (англ. *fit*) і демонструвати майже стовідсоткову подібність відповідей між респондентами, і при цьому не мати властивостей культурних чи соціально набутих. Як і інші оперовані комп'ютером методи обчислення, ця модель не може визначити, чи дані є культурні, психологічні чи біологічні. Не всяка подібність має культурне коріння (Romney, 1999).

відповідей (так/ні), проте більш нові аплікації дозволяють вживати принципи моделі культурного консенсусу на шкальованих даних. Нині це фундаментальна модель, закладена у більш складних обчисленнях та дослідницьких дизайнах, що використовують когнітивний підхід до культури та розуміють культуру через патерн поширеності спільного знання у групі (вибірці). В її основі закладено пошук статистично значущих патернів у відповідях респондентів на серію запитань, ґрунтуючись на спільності відповідей (консенсуальних центрах), радше ніж просто на змісті індивідуальних відповідей (Strong & White, 2019). Вихідні положення моделі культурного консонансу, що розглядається у подальшому, побудовано на математичних принципах концепції К. Ромні (Maltseva, 2022a; Мальцева, 2021b).

К. Ромні (1999) виділяє трьох основних інтелектуальних предків моделі культурного консенсусу та закладених в ній принципів обчислення. В першу чергу, він визнає спорідненість логіки своєї моделі із спостереженням Кондорсе (1785), одного з видатних інтелектуалів європейського Просвітництва: у ситуації бінарного вибору (вірно/невірно), за умови незалежного від інших у групі опрацювання індивідами завдання, кожен індивідуальний учасник (респондент) має певний обсяг «компетенції», щоб розв'язати задачу вірно (обрати правильну відповідь), але колективна компетентність групи в цілому щодо вибору правильної відповіді завжди перевищуватиме індивідуальну компетентність її окремого члена (Romney, 1999). Більш того, суто математично колективна компетентність зростає із розміром групи учасників (вибірки) та швидко наближається до ідеальної (Romney, 1999, p. s103).

По-друге, до розробки моделі культурного консенсусу долучився процес розвитку психометричних процедур початку ХХ ст., зокрема техніки для покращення валідності та розробка факторного аналізу⁹⁰, пов'язаних із працями Чарльза Спірмана (Spearman, 1904).

⁹⁰ Обидва концепти є центральними елементами моделі культурного консенсусу.

Третім джерелом виступає теорія детекції змінних (англ. item detection theory), перероблена в такий спосіб, щоб виникаюча латентна структура прив'язувалася не до змінних, а до кейсів (респондентів) (Мальцева, 2021b).

В етнографічному контексті, коли коректні відповіді на запитання невідомі досліднику завчасно, модель культурного консенсусу дозволяє обраховувати культурно правильну відповідь та оцінити розбіжності між індивідами у культурному знанні (Weller, 2007, p. 339-340). Модель культурного консенсусу являє собою формалізовану математичну модель, що включає задавання запитань та оцінку відповідей. Класична вихідна форма цієї моделі використовує узгодженість між відповідями різних респондентів та агреговані відповіді всієї вибірки для кількісної оцінки міри співвідношення індивідуального знання до колективного. Ця більш формалізована модель має більше обмежень та вимог щодо даних – ця форма аналізу культурного консенсусу працює лише з відповідями відкритого формату, де необхідно вставити одне слово, і категоріальними змінними формату відповідей вірно/невірно. Операції, закладені в цю модель, вбудовано в готовому вигляді в функції ANTHROPAC (Borgatti, 1996).

Менш формальна модель культурного консенсусу вживає способи оцінки надійності відповідей, виконаної на індивідах, та факторний аналіз респондентів (Q аналіз) (Weller, 2007). Вона може опрацьовувати більш різноманітні формати відповідей (порядкові, інтервальні, пропорційні/шкальовані) і не залежить від платформи, доступної в ANTHROPAC. Цей спосіб також часто вживають у дослідженнях сприйняття хвороб та захворюваності (Romney, Batchelder, & Weller, 1987; Chavez et al., 1995), соціальної підтримки (Dressler, Balieiro, & dos Santos, 1997) та соціального класу (наприклад, Magana, Burton, & Ferreira-Pinto, 1995). Серед найновіших опублікованих матеріалів із вжитком моделі культурного консенсусу є поєднання культурного консенсусу із реконструкцією культурних моделей для контексту розробки нових програм охорони здоров'я на даних з Танзанії (Strong & White, 2019).

Хоча ці два підходи різняться одне від одного гнучкістю та програмними забезпеченням, вони працюють на однакових математичних принципах і тому мають однакову механіку. Зокрема, на основі узгодженості між відповідями респондентів обчислюються показники індивідуального знання («культурної компетентності») кожного окремого респондента, після чого культурно коректні відповіді виводяться шляхом зважування відповіді кожного респондента по відношенню щодо їхньої компетентності та агрегування відповідей між усіма респондентами (Maltseva, 2022a; Weller, 2007, p. 340).

Одним з найсильніших та найпривабливіших характеристик моделі культурного консенсусу є відносно невисокі вимоги до розміру вибірки – за умови високої надійності у відповідях та низької варіативності Веллер та Ромні рекомендують опитувати до 50 респондентів для отримання інформативних та надійних результатів аналізу консенсусу (Weller, 2007). Нині розробляються нові методологічні підходи до моделі аналізу консенсусу (Weller, 2007, p. 366), переважно на основі факторного аналізу (наприклад, Dressler, Balieiro, & dos Santos, 2014) (Maltseva, 2022a; Мальцева, 2021b).

Засоби та методологічні можливості вимірювання патернів консенсусу

У цьому підрозділі надається огляд методологічних опцій, що можуть бути вжиті для кількісного вимірювання міри консенсусу та його фокальних точок. Огляд концентрується, насамперед, на способах детекції консенсусу у когнітивних даних, встановленні культурної природи спільного колективного знання та оцінці потужності культурного консенсусу стосовно певного домену чи явища. Як приклади наводяться найбільш поширені серед практичних дослідників патернів культурного знання, що базуються на математичних принципах, сформульованих Кімбалом Ромні у його класичній роботі про модель культурного консенсусу.

Використання багатовимірних методів та екстракція першого фактору для детекції консенсусу

Методи зниження розмірності (англ. *data reduction*) є ще одним з варіантів кількісного дослідження спільного культурного знання, що може бути систематично організовано як частина культурної моделі. Типово для цієї потреби використовується аналіз головних компонент (англ. *principal component analysis*) та/чи факторний аналіз (Brown, 2006). Широко вживані психометристами в межах психологічної дисципліни, ці техніки часто використовуються антропологами, соціологами і соціальними психологами для встановлення та вимірювання присутності у когнітивних даних подібностей, що виникають через культурну спільність (Handwerker, 2002; Мальцева, 2021b). В аналізі головних компонент конденсація виміру (англ. *dimension*) досягається шляхом реконструкції асоціацій між змінними та їхнього представлення у вигляді нових латентних змінних, що «підсумовують» варіативність, присутню в матриці (звідси загальна назва цієї групи технік – англ. *dimensionality reduction, data reduction* – зменшення розмірності, чи «стиснення» даних). Ця процедура підходить для потреб вивчення культурних конфігурацій ідей, оскільки її пристосовано для обробки матеріалу значної загальної складності (насиченості інформацією) і вона дозволяє відслідковувати джерела подібностей культурного походження в даних (Weller, 2007). Крім того, ця аналітична техніка не передбачає обмеження щодо існування лише одного консенсуального центру (тобто, не вимагається дотримання умови одновимірного консенсусу), що позначало б присутність однієї культурної моделі⁹¹. В такий спосіб цей спосіб обробки даних дозволяє дослідити можливість варіативності в культурних моделях, що існують у різних

⁹¹ У застосуванні аналізу головних компонент чи факторного аналізу для проведення аналізу консенсусу типово використовують перший фактор. Аналіз здійснюється на індивідах замість змінних (на транспонованій матриці). Відповідно, факторні навантаження кожного респондента відповідають показникам культурної компетентності респондента; пропорція 1:3 для власних значень вказує на адекватну структуру даних і т.д. Базова механіка факторного аналізу, необхідна для розуміння роботи моделі культурного консенсусу, в деталях розглядається у Weller (2007) та Weller & Romney (1990). Більш нещодавній приклад оцінки консенсусу стосовно елементів культурної моделі шляхом аналізу факторіальної структури та власних значень першого фактору також наводиться у раніших публікаціях авторки (Maltseva 2018a; Maltseva, 2022a; Мальцева, 2021b).

респондентів, в тому числі, можливість плюралізму культурних моделей у межах групи (тобто, можливість того, що члени спільноти можуть мати дві чи більше культурні моделі певного культурного домену). Це важливий методологічний плюс у дослідженні спільнот, що переживають радикальні зміни чи проходять періоди значних суспільних трансформацій (наприклад, перехід до капіталістичного устрою та ринкової економіки; суспільні реформи тощо), оскільки це уможлиблює «вхоплення» старої та нової моделі (Maltseva, 2016; Maltseva, 2022a; Мальцева, 2021b).

Важливим технічним моментом цього способу обробки даних є те, що зменшення розмірності дозволяє пряму та експліцитну перевірку зв'язності отриманого виміру (фактору), радше ніж просто брати на віру, що респонденти у вибірці поділяють спільну культурну модель (Comrey & Lee, 1992; D'Andrade, 2008; Maltseva, 2018a, pp. 5, 11-12; Nunnally, 1978). Демонстрація спільності структури даних є принциповим елементом дослідження культурного світогляду та його елементів (Мальцева, 2021b).

Проте першочерговою сильною стороною цього способу обробки даних, з точки зору дотримання психометричних принципів, є сумірність багатовимірною аналізу з завданням опису внутрішньої структури культурних моделей, оскільки теорія культурних моделей постала від початку саме для того, щоб розв'язати питання дослідження організації культурної інформації у комплексних вимірах, що було відсутнім у методологічному арсеналі дослідників етнонауки (англ. *ethnoscience*) 1960-1970-х років (Quinn & Holland, 1987). В такий спосіб техніки редукції даних спроможні надати переваги, що дає презентація «великої картинки» і снєпшот структурної мапи внутрішньої організації культурної моделі, – корисна функціональна здатність, що часто стає у пригоді прикладним дослідникам і науковцям. Зокрема, яскраву ілюстрацію саме цієї властивості пропонує вжиток аналізу головних компонент у дослідженні культурної моделі використання землі та консервації земельних ресурсів серед мешканців штатів Меріленд та Техас (США) (Packard, Weeks, Paolisson, & Srinivasan, 2010). Ця техніка також успішно використалася для

опису культурних уявлень батьків щодо правильного виховання дітей та ролі батьків у цьому процесі у Франції (Suizzo, 2002), а також для вивчення уявлень молоді та підлітків про романтичні стосунки (Buchelnikova, Olenchenko, & Maltseva, 2016; Milbrath, Ohlson, & Eyre, 2009). Всі ці дослідження можуть бути описані як такі, що мають кількісний методологічний фундамент, проте всі вони також тією чи іншою мірою використовують змішування різних технік збору та аналізу даних у своєму дизайні для оптимізації інформативності результатів (Rinne & Fairweather, 2012). В ході роботи дослідники спочатку через інтерв'ю ідентифікували набір культурних уявлень, що їх мали респонденти, і на основі таким чином отриманих якісних даних розробляли структуровані інструменти для збору кількісних даних та екстрагування культурної моделі, що містилася у даних, шляхом аналізу головних компонент. В кінці асоціації між демографічними конструктами та елементами культурної моделі було підтверджено за допомогою регресійного аналізу (Мальцева, 2021b). Схожий дизайн використовувався у дослідженні культурних моделей успіху, що циркулюють серед київської молоді, та культурної моделі, що залягає під вибором академічної кар'єри випускниками університетів та коледжів (Оленченко & Мальцева, in prep.; Середа & Мальцева, 2023).

Побудова шкал для вимірювання колективних конструктів

Вживання метричного шкалювання та аналізу шкал пропонує ще одну альтернативну кількісну версію для дослідників культурних моделей та подібних агрегованих світоглядних конструктів (Maltseva, 2016). Цей спосіб обробки даних надає свої додаткові переваги. Тим часом, як аналіз головних компонент чи факторів у факторному аналізі надає досліднику засоби, необхідні для опису соціокультурних вимірів, що закладено у матриці, йому бракує способів візуалізації результатів для ефективної презентації моделі в категоріях спільного знання та демонстрації колективної природи культурної моделі (Maltseva, 2018a, p. 5). Визначення культурної моделі часто уподібнюють її до ментальної мапи завдяки властивості культурної моделі

організовувати культурно важливу інформацію у певний спосіб. В цьому контексті, культурні моделі дозволяють прив'язати культурні уявлення до соціальних категорій (виражених у категоріях респондентів у вибірці), яким вони властиві, на тлі загального ментального ландшафту, спільного для досліджуваної культурної спільноти (Мальцева, 2021b).

Конструювання шкал базується на виокремленні груп скорельованих змінних, що разом концептуально охоплюють та кількісно вимірюють один вимір (англ. dimension), що має значення, яке може бути піддане осмисленню та інтерпретації. Техніка розробки шкал виникла у тісному зв'язку з багаторічним використанням техніки факторного аналізу на даних-самозвітах стосовно рис особистості, і широко відома дослідникам, які займаються психометрикою (Comrey & Lee, 1992; Neuman, 2011; Nunnally, 1978). У сфері вимірювання культурної інформації шляхом застосування метричних шкал аналітичні можливості цієї техніки було успішно застосовано у когнітивних дослідженнях цінностей та культурних моделей (D'Andrade, 2008; Maltseva & D'Andrade, 2011; Maltseva, 2012a; Maltseva, 2014a; Maltseva, 2016; Maltseva, 2022a; Мальцева, 2021b).

Множинний аналіз відповідностей для ілюстрації організації світоглядних елементів та патернів консенсусу

Суто технічно, оптимальна репрезентація варіативності в межах культурної моделі мала б дозволяти поєднувати на графіку різні соціальні категорії респондентів із відповідними їм версіями світогляду і порівнювати їх у категоріях осмислених розбіжностей та подібностей. Отже, метод, що уможлиблював би одночасну презентацію у двовимірному просторі графіка як атрибутів (колонок матриці), так і кейсів (рядки матриці), був би більш виграшним. Оскільки внаслідок слідування такій процедурі природа дослідницького конструкту (культурна модель) відповідала б структурі реальності з більшою чіткістю, використання такого дослідницького засобу дало б на виході картину, що була б більш наближеною до природи самої

культурної моделі, за визначенням (див. Messick (1995) стосовно важливості структурної відповідності дослідницьких інструментів досліджуванім фрагментам реальності) (Maltseva, 2016; Мальцева, 2021b).

Зважаючи на викладені вище специфікації, одним з таких засобів міг би бути множинний аналіз відповідностей (англ. multiple correspondence analysis, MCA). Сам по собі аналіз відповідностей схожий за свою механікою на аналіз головних компонент, але він відштовхується не від кореляційної матриці, а від таблиці спряженості (англ. contingency table), і дозволяє виводити у двовимірний простір водночас рядки і колонки матриці, радше, ніж аналізувати їх окремо, і презентує зв'язки між ними за принципом просторової наближеності/віддаленості (чим ближчі дві точки на графіку, тим більш подібними (скорельованими) вони є, і навпаки) (Weller & Romney, 1990). Множинний аналіз відповідностей виводить на графік усі категорії відповідей та демографічні змінні, в яких зацікавлений дослідник (Мальцева, 2021b). Цей спосіб обробки та презентації даних типово вживається задля того, щоб скористатися відкритою у ньому можливістю контекстуалізувати ту чи іншу демографічну категорію респондентів у культурних рисах/атрибутах, що представники цієї категорії підтримують (Bourdieu, 1979; Greenacre & Blasius, 1994, p. 25). Одним з найбільш широко цитованих в соціальних науках прикладом застосування множинного аналізу відповідності є співвіднесення систематичних і наскрізних розбіжностей у стилях життя із економічними розрізненнями (представленими через професійні категорії), що є предметом нині класичної праці П'єра Бурдьє (Bourdieu, 1979).

Множинний аналіз відповідностей може працювати як на індивідуальних змінних, так і на багатопозиційних шкалах (групах змінних, що спільно вимірюють один складний конструкт). Вживання множинного аналізу відповідностей на таких шкалах дозволяє працювати із декількома різними культурними вимірами (дозволяючи не тільки одновимірну, але і багатовимірну структуру даних) одночасно із демографічними категоріями. Так само шкали пропонують більш надійний спосіб вимірювання зв'язаності та внутрішньої

послідовності виміру та дослідження варіативності між респондентами та змінними (Comrey & Lee, 1992; Maltseva & D'Andrade, 2011; Мальцева, 2021b).

Завдяки цим рисам, множинний аналіз відповідностей із вживанням шкал як одиниць аналізу є особливо зручною опцією для дослідників, які працюють із дистрибуцією культурного знання у групі та його структурою. Використання метричних шкал знімає ще одну проблему, яку часто згадують критики кількісного підходу, зокрема, проблему спрощення та втрату інформативних нюансів, що асоціюється із процесом редукції даних під час застосування процедур зниження розмірності (Neuman, 2011). Оскільки, за визначенням, кожна шкала складається з кількох скорельованих змінних, що вимірюють, наскільки індивіди відрізняються один від одного за певним виміром, що концептуально асоціюється із шкалою, робота з шкалами зберігає комплексність та наявну у даних варіативність між респондентами. Таким чином, результат множинного аналізу відповідності з застосуванням шкал видає є більш інформативно насиченим, ніж результати аналізу головних компонент чи подібних технік, і таким чином може прислужитися більше дослідникам у полі (Maltseva, 2016; Мальцева, 2021b).

Крім того, використання множинного аналізу відповідностей допомагає з проблемою узагальнення результатів дослідження з вибірки на більшу популяцію, що часто постає в опублікованих дослідженнях культурних моделей. Які докази необхідні, щоб впевнено стверджувати, що певна культурна модель дійсно є спільною для всієї групи, а не просто поширеною у певної категорії населення? Обробляючи рядки та колонки матриці одночасно, множинний аналіз відповідності дозволяє експліцитно пов'язати елементи культурної моделі між собою та із демографічними змінними/категоріями, і візуально представити ці зв'язки на графіку із збереженням багатовимірності (Greenacre, 1984). Ці властивості множинного аналізу відповідності з використанням шкал як одиниць аналізу дозволяє надійно вимірювати та порівнювати складні, насичені інформацією виміри більш задовільно, ніж це дозволяють інші подібні кількісні методи (Maltseva, 2016; Мальцева, 2021b).

Рис. 3.9. Множинний аналіз відповідностей, виконаний на ціннісних шкалах та демографічних категоріях, студентська вибірка, США, N=156 (адаптовано з Maltseva, 2013)

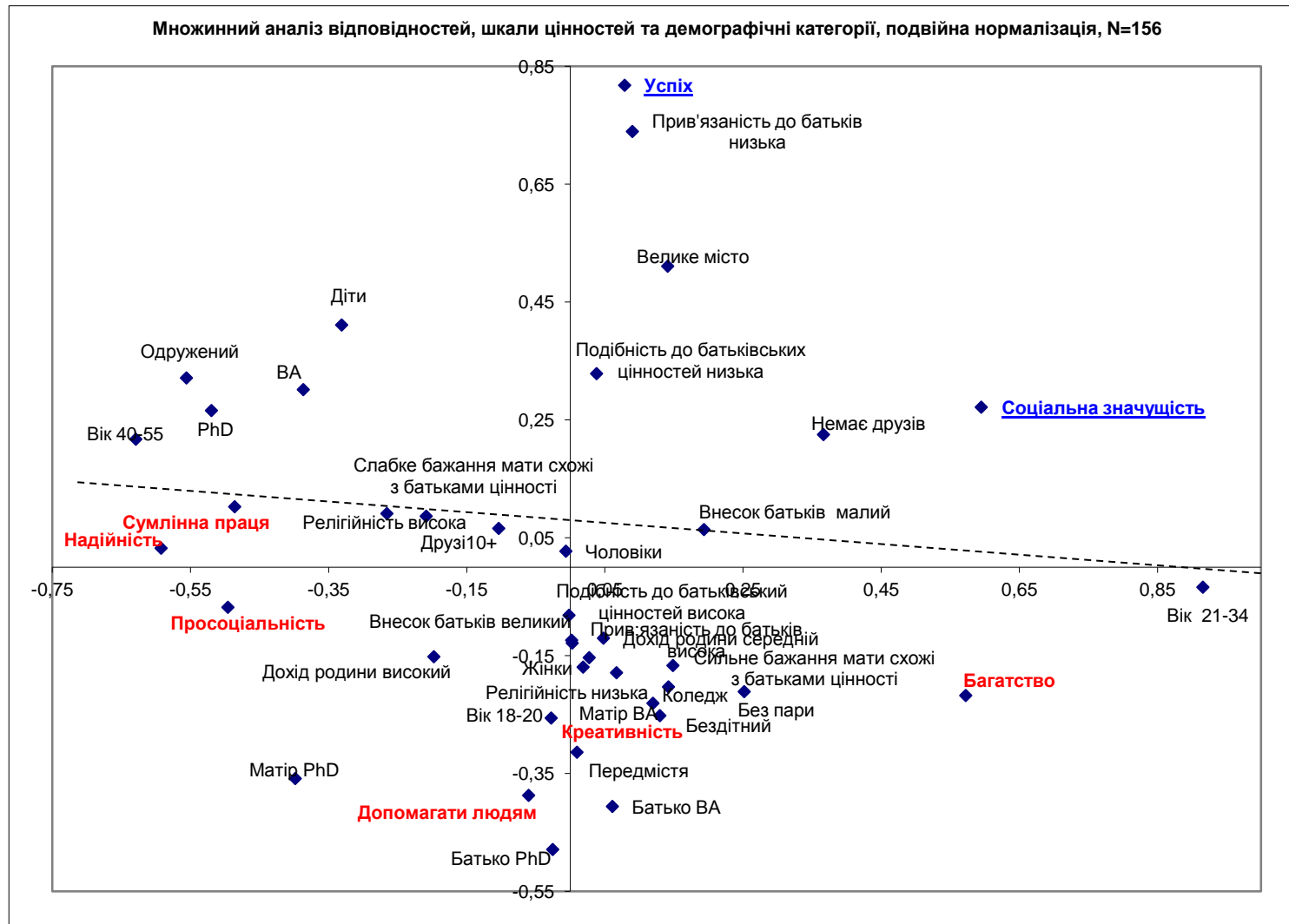


Рис. 3.9 ілюструє використання цих характеристик множинного аналізу відповідностей на прикладі з раніше опублікованого дослідження авторки з залученням студентської вибірки (Університет Коннектикуту, США, N=156, 50% чоловіків, 50% жінок, середній вік 26 років) (Maltseva, 2013). Графік дозволяє бачити взаємне розташування ціннісних шкал та їхні асоціації з різними демографічними категоріями. На зображенні також помітно, що більшість шкал знаходиться разом, тим часом як лише дві шкали розташовані поблизу низьких показників прив'язаності до батьків, мало вираженої подібності до батьків у цінностях і слабого бажання бути на них схожими (мати подібні ціннісні профілі), а також відсутності друзів. Навпаки, більше схожими на своїх батьків в плані цінностей та готовими відтворити їхні ціннісні пріоритети були ті респонденти, які вказували, що їхні батьки проводили з ними багато часу і докладали багато зусиль до їхнього виховання (Рис. 3.9).

3.4. Індивід та нормативна культура: відповідність культурному стандарту

За результатами емпіричних досліджень, невідповідність індивіда культурно-встановленому стандарту має субоптимальні наслідки для здоров'я та добробуту індивіда. Важливість достатньої співвіднесеності індивідуального профілю з колективним стандартом часто згадується у психологічних дослідженнях в контексті чинників психологічного добробуту та позитивного уявлення про себе (англ. *self-concept*) приміром, в межах теорії неузгодженості пріоритетів суспільства та рис особистості (англ. *Culture and personality clash* (Kalmjin & Uunk, 2007)). Негативний вплив відсутності суспільно-визначених досягнень на самооцінку та психологічний добробут було продемонстровано для різних культурних доменів (наявність дітей та шлюбний статус, релігійність, працевлаштованість, риси особистості) (Fulmer et al., 2010; Gebauer, Sedikides, & Neberich, 2012; Stavrova, Fetchenhauer, & Schlösser, 2013; Мальцева, 2021b).

Важливий результат співпадіння індивідуального та колективного профілів розглядається у теорії *культурного консонансу*, що виводить на передній план об'єктивні наслідки недостатньої міри такого співпадіння для здоров'я (Dressler, 2005; Maltseva, 2018a). Культурний консонанс концептуалізується як міра, якою уявлення та поведінка індивіда наближаються до уявлень та поведінки, передбачених відповідною культурною моделлю (Dressler et al., 2005). Згідно основних положень цієї теорії, індивіди з меншим рівнем консонантності вирізняються гіршими показниками як психічного (депресивна симптоматика), так і фізіологічного (серцево-судинні захворювання, кров'яний тиск тощо) здоров'я (Мальцева, 2021b).

Як вже зазначено, однією з форм теоретичного оформлення впливу невідповідності індивідуального стилю життя колективному стандарту та наслідків цієї невідповідностей для показників здоров'я є концепція культурного консонансу Вільяма Дресслера. Загальні посилки, закладені у теорію культурного консонансу, постали з емпіричних матеріалів, що були опубліковані В. Дресслером упродовж 1980-2000 років, що робить культурний консонанс індуктивно-сформульованою моделлю. Більшість спостережень, що складають її концептуальну суть, стосуються здоров'я серця, високого кров'яного тиску та (пізніше) проявів депресивної симптоматики і були першопочатково надруковані у періодичних виданнях з фізичної антропології (Мальцева, 2021b).

Історично інтелектуальні підвалини теорії культурного консонансу пов'язані з його витоками з соціальної епідеміології та соціологічних студій суспільних змін та структури спільноти (зокрема, Cassel, 1976) (Maltseva, 2014c). Перші кроки у формулюванні ідей, що пізніше стали називатися культурним консонансом, були пов'язані з реконцептуалізацією стресу в працях Дж. Касселя та Л. Перліна. З іншого боку, канадські дослідження міграції та модернізації гіпотетично пов'язували підвищений артеріальний тиск із процесом модернізації (Leighton & Leighton, 1967). Зміщення акценту на зовнішні чинники (соціокультурні стресори) в процесі стресу, запропоноване

Перліном, стимулювало інтенсивну теоретичну роботу в межах соціально-психологічної дисципліни і привернуло увагу до вивчення модернізації, міграції та соціальних змін як чинників у здоров'ї індивідів та груп. Хоча у світлі сучасних стандартів прозорості в наукових дослідженнях подібні формулювання вважалися б нечіткими, тим не менш на той момент вони давали новий поштовх для змін наукової концептуалізації сил, що впливають на здоров'я людини (Maltseva, 2014c; Мальцева, 2021b). Ці дослідження започаткували традицію емпіричного вивчення соціокультурних стресорів у здоров'ї та дослідження підтримки соціальних мереж у різних спільнотах (зокрема, їхній вплив на обсяг стресу в різних суспільствах) (Dressler, 2005; Dressler, 2007a,b).

Механіка моделі культурного консонансу

Методологічно модель культурного консонансу укорінена в математичній моделі культурного консенсусу і в початкових кроках/операціях мало чим від неї відрізняється. Логіка культурного консонансу, як наголошується Дресслером, витікає з когнітивної теорії культури і спирається на відповідні принципи вимірювання. Отже, стартовою частиною є обчислення рівня культурної відповідності (операціоналізованої як відповідності стилю життя кожного окремого респондента стилеві життя, що закладений в культурній моделі як прототип)⁹². Використовуючи в такий спосіб модель колективного знання Ромні, модель Дресслера зіставляє індексовані показники колективного знання стосовно певного культурного домену із індексованими індивідуальними самозвітами щодо поведінки та здоров'я (типово кардіологічними та психологічними показниками) у регресійному аналізі. За спостереженнями Дресслера, індивіди, чия поведінкова відповідність колективного профілю є низькою, схильні демонструвати негативні симптоми у

⁹² Оскільки Дресслер знижує вимогу щодо чутливого дотримання детального етнографічного контексту і наголошує замість цього на квантифікації, стиль життя як матеріальний прояв нормативної культури заміняє її когнітивний вимір, який важче квантифікувати способом, передбаченим Дресслером.

зазначених вище сферах здоров'я пропорційно до розміру «вікна» між колективним та індивідуальним профілем у стилі життя (Maltseva, 2014c).

В такий спосіб модель операціоналізує невідповідність між колективним та індивідуальним профілем у даних, зокрема, між культурно-нормативним стандартом та індивідуальною поведінкою, відображеною у стилі життя. Оскільки стиль життя типово розуміється як предмети та власність, якою володіє опитуваний, дані збираються виключно стосовно матеріальних аспектів стилю життя (продукти харчування, обладнання чи дорогі/цінні речі, що додають культурного значення до «хорошого життя»), випускаючи когнітивний аспект та інші виміри «залученості в культуру» (англ. *cultural participation*) (Maltseva, 2018a; Мальцева, 2021b; Oude Groeniger et al., 2019). Опубліковані дані культурного консонансу типово походять з міських районів Бразилії чи Алабами (США), де В. Дресслер та його співавтори працюють та проводять етнографічні польові дослідження. Процес збору даних типово описується як швидка якісна розвідка, за яким слідує опитування англійською (в США) чи португальською (у Бразилії) мовами. У наступному розділі розглядаються деталі моделі культурного консонансу та подано її критичний аналіз.

Напрямки покращення моделі культурного консонансу

Модель культурного консонансу є концепцією, популярною серед медичних антропологів та останнім часом також серед соціологів, чії дослідження пов'язані з соціальною епідеміологією, соціальним мисленням та культурними чинниками у здоров'ї. Модель культурного консонансу, запропонована В. Дресслером, є корисною концепцією, покликаною пояснити виникнення нерівностей у здоров'ї, залучаючи до цього пояснення такий фундаментальний вимір культури, як її взаємодія з індивідуальним та колективним мисленням, та синтез соціокультурного та біологічного (Maltseva, 2015a,b). Однак при цьому є декілька моментів концептуалізації взаємин між культурою, мисленням та поведінкою, що вимагають більш детального

вивчення та, можливо, більш нюансованого перегляду в межах моделі культурного консонансу (Мальцева, 2021b).

Методологічні аспекти

Модифікація шляхів операціоналізації та вимірювання

Важливим елементом успіху тієї чи іншої теоретичної моделі є методологічні можливості, що вона надає, та аналітичні алгоритми, на які вона покладається. В цьому ракурсі необхідно зробити декілька зауважень щодо методологічного виміру моделі культурного консонансу, які звертають на себе увагу саме у контексті досліджень впливу соціальної поведінки на здоров'я та постання нерівностей у здоров'ї.

По-перше, у своєму поточному формулюванні теорія культурного консонансу не пропонує пояснення *механізму* культурного консонансу (який, на думку авторки, є пов'язаним із міжособистісною варіативністю у інтерналізації норм та культурної компетентності, вираженою через високі показники релевантної для досліджуваного культурного домену нормативного знання) (Maltseva, 2015a,b). В цьому ж контексті, ця модель не пояснює, чому реакція індивіда на його чи її власну невідповідність культурній моделі чи стандарту виражається саме у погіршенні показників здоров'я, і також не пропонує механізм, через який це погіршення набуває сили. Тим часом, розгляд когнітивного механізму в контексті процесів інтерналізації культурних стандартів (Spiro, 1987) могло б запропонувати одне з таких пояснень (Maltseva, 2018a; Мальцева, 2021b).

По-друге, у нинішньому своєму формулюванні ефект культурного консонансу концептуалізується як *напрям* пов'язаний із нездатністю індивіда досягнути відповідності культурному стандарту (Maltseva, 2018a). Оскільки успішність підтвердження цього зв'язку є несистематичною для різних доменів та дослідницьких дизайнів, неможна виключити, що сам цей зв'язок концептуалізовано невірно (зокрема, що прямий неопосередкований зв'язок

постулюється помилково) і таким чином методологічний недолік може відобразитися у неточності концептуалізації зв'язків між конструктами та загалом недосконалій теоретизації механізму, задіяного у процесі стресу, пов'язаного з невідповідністю культурному стандарту (Baron & Kenny, 1986). Оскільки можливість опосередкованості зв'язків через модерацію чи медіацію вносить додаткові смислові зв'язки у розуміння каузального механізму, цей методологічний аспект є дуже важливим (Crosswell & Lockwood, 2020; Epel et al., 2018). Водночас, зважаючи на те, що медіація/модерація є значущими не лише на методологічному, але і на концептуальному та стратегічному рівнях (Baron & Kenny, 1986, p. 1173), вони є принципово важливими також для процесу операціоналізації та вимірювання нерівностей у здоров'ї (Maltseva, 2021b; Мальцева, 2021b; Серeda & Мальцева, 2022).

По-третє, хоча відповідність індивіда культурним стандартам, операціоналізованим як співвіднесеність індивіда з середнім (модальним) профілем, було продемонстровано як чинник впливу на задоволеність життям (зокрема, SWB) в різних популяціях (Weller, 2007), результати досліджень культурного консонансу є неоднозначними у відношенні позитивного психічного здоров'я (SWB) (Bou Malham & Saucier, 2016; Maltseva, 2012b; Maltseva, 2014b; Maltseva, 2015b). У методологічному сенсі, більшість опублікованих досліджень зв'язків між культурними стандартами та психічним здоров'ям не розводять когнітивний та матеріальний аспекти цього процесу та обмежені самозвітами щодо доступу індивіда до матеріальних благ (дорогих продуктів харчування, домашньої техніки тощо) як проксі-змінних щодо відповідності індивіда нормативній культурі. Хоча такий підхід має свої безсумнівні зиски для емпіричного дослідження, можливість відокремити когнітивний аспект явища від його матеріального контексту могло б покращити наше розуміння психологічного механізму культурного консонансу, який досі отримує мало дослідницької уваги в медико-антропологічній та соціологічній літературах. Відповідно, було б доцільно протестувати наслідки відхилення від культурного стандарту у певному культурному домені на позитивне психічне

здоров'я. В цьому контексті було б цікаво перевірити, чи характеристики домену або наявність у індивіда соціальної підтримки матиме статистично значущі впливи на результат (Maltseva, 2018a; Мальцева, 2021b).

Зрештою, окремим проблемним моментом концептуалізації у більшості досліджень культурного консонансу є його відключеність від психологічних процесів; психологічні виміри явищ у ньому майже зовсім не фігурують. Замість цього цей підхід віддає перевагу вивченню матеріальних аспектів культури та стресу, причому дедалі більше надаючи перевагу генетичним поясненням міжіндивідуальних відмінностей у наслідках для здоров'я у контексті невідповідності культурному стандарту. В результаті праці у галузі культурного консонансу не використовують дотичні літератури з психології, які містять декілька теорій-кандидатів, що можуть надати пояснення елементам процесу консонансу, а сам процес постає як незалежний від психологічного життя людини (Maltseva, 2015b; Maltseva, 2018a; Мальцева, 2021b).

Як вже оговорювалося раніше, основними будівельними блоками концептуальної схеми культурного консонансу виступають (1) колективні пріоритети стосовно певного культурного домену, (2) індивідуальні досягнення у відповідному домені, сумірність яких кількісно вимірюється у формі індексів і зіставляється із (3) рівнем показників здоров'я в регресійному аналізі. Відповідно, основні теоретичні зв'язки, що їх постулює концепція культурного консонансу, прив'язують низьку консонантність до високих показників депресії та фізіологічних проблем (на кшталт негативних кардіологічних симптомів, серцево-судинних захворювань, зайвої ваги тощо) (Dressler, 2007a).

Виходячи з посилки погіршення здоров'я в результаті неспівпадіння з колективним стандартом, теорія культурного консонансу тим часом не робить експліцитної перевірки зворотного твердження щодо того, що висока консонантність асоціюється з більш високими показниками позитивного психічного здоров'я. Однак висновки авторки з її власних емпіричних розвідок в США, Швеції та Україні за період 2007-2021 вказують на те, що зв'язки між культурним консонансом і позитивним та негативним психічним здоров'ям не

можна вичерпно описати як прямі лінійні зв'язки, і що спричинення погіршення здоров'я, що закладено в ефект консонансу, є значно більш комплексним і менш однозначним механізмом, ніж ми наразі уявляємо (Maltseva, 2018a; Мальцева, 2021b).

Залучення до вимірювання змінних позитивного психічного здоров'я

Другим важливим моментом покращення моделі культурного консонансу є додавання до концептуальної схеми культурного консонансу також концептуальних зв'язків з позитивним психічним здоров'ям, радше ніж обмежуватись параметрами негативного психічного здоров'я (Maltseva, 2015a; Maltseva, 2018a). У сучасному визначенні здоров'я в спектр досліджуваних явищ має реєструвати не лише відсутність негативних симптомів, як-от маніфестація відсутності захворюваності (зокрема, відсутність депресивної симптоматики), але і присутність позитивних ознак добробуту (Keyes, 2002; Keyes, 2005; Keyes, Dhingra, & Simoes, 2010). Відповідно, додавання інформації про позитивний аспект психічного здоров'я є необхідним. Зокрема, цей аспект концептуалізації здоров'я, разом із загальними засновками формулювання культурного консонансу, заохочує включення до списку робочих змінних показників психологічного добробуту та процвітання (на додачу до змінних, що вимірюють депресію). Оскільки класичне формулювання культурного консонансу не відображає асоціацій консонантності з позитивним психічним здоров'ям у вигляді формалізованих пропозицій, а концентрується лише на негативних наслідках «неконсонантності», стверджуючи, що невідповідність індивіда культурному стандарту призводить до погіршення показників психічного здоров'я (підвищеної вираженості депресивної симптоматики), для постулювання цієї закономірності слід також розглянути гіпотезу щодо того, чи відповідність культурному стандарту (консонантність) призводить до підвищення рівня ментального добробуту (Maltseva, 2015a; Maltseva, 2018a). Таким чином, якщо ми знаємо, що невідповідність стандарту призводить до прогресування депресивних проявів, для прояснення механізму процесу

консонансу слід також з'ясувати, чи відповідність стандарту сприяє, навпаки, підвищенню суб'єктивного добробуту та психологічного процвітання, і чи ці два процеси є двома сторонами одного процесу. Вимірювання процвітання та відчуття щастя варто включати у вигляді як окремих змінних, так і повноцінних шкал, оскільки результати вимірювання для таких волатильних конструктів, як SWB, значно виграють від такого рішення в плані валідності висновків та надійності метрик. У своїх раніше опублікованих дослідженнях та ще неопублікованих масивах авторка намагалася врахувати саме ці моменти у вивченні когнітивного та емоційного аспекту процесу консонансу (Maltseva, 2015b; Maltseva, 2018a; Мальцева, 2021b).

Опосередкованість зв'язків між елементами моделі консонансу

Окремим питанням оптимізації є концептуалізація характеру зв'язків, закладених в модель культурного консонансу, та інкорпорація попередніх висновків щодо можливості задіяності додаткових змінних/процесів у ефекті консонансу. Хоча культурний консонанс уявляється засновниками цієї моделі як лінійний процес, з матеріалів, викладених у попередніх підрозділах, впливає висновок, що описані наслідки для здоров'я можуть виникати, передусім, (1) як результат більш складного кумулятивного процесу, (2) передбачати взаємодію процесів на різних рівнях, а також (3) бути опосередкованим можливими додатковими змінними (медіаторами або модераторами), що необхідно враховувати у сукупності для покращення концептуалізації цього складного явища (Crosswell & Lockwood, 2020; Epel et al., 2018; Maltseva, 2018a; Olivos, Olivos-Jara, & Browne, 2020; Мальцева, 2021b).

Виключення з розгляду можливостей модерації чи медіації з механізму консонансу значно впливає на глибину висновків та розуміння щодо того, як працює цей механізм спричинення, за яких умов його дія посилюється/послаблюється і які чинники можуть виступати захисними від деструктивного впливу неконсонантності з культурно-бажаними стандартами стилю життя. Так само важливо розглянути потенційні змінні-модератори та

змінні-медіатори окремо, адже це розрізнення також вносить значущі відмінності. *Модератором* є така змінна, що впливає на напрямок чи силу зв'язку між незалежною та залежною змінними. В свою чергу, *медіатором* є така змінна, що зумовлює зв'язок між залежною та незалежною змінною; медіація також може бути частковою. Іншими словами, змінна-модератор уточнює, за яких умов відбуватиметься певний ефект, а медіатор уточнює, чому і як такий ефект матиме місце (Baron & Kenny, 1986). З огляду на статистичні показники, змінні-модератори, як правило, розглядаються у випадку, коли між незалежною та незалежною змінними існує теоретично неочікуваний слабкий чи непослідовний зв'язок (наприклад, коли зв'язок існує в одному контексті, але не в іншому, або для однієї підгрупи, але не для іншої) (Мальцева, 2021b). З іншого боку, медіація може існувати у випадку сильного зв'язку між залежною та незалежною змінними (Baron & Kenny, 1986, p. 1176-1178) (Рис. 3.10).

Відповідно, з огляду на отримані раніше результати з різних культурних ареалів, авторка пропонує для більш глибокого розуміння досліджуваного процесу впливу невідповідності індивідуального та колективного профілів на здоров'я через стрес ускладнити модель культурного консонансу розглядом можливих процесів медіації та/чи модерації і включити можливості оцінки кумулятивності стресу, що виникає внаслідок неконсонантності, а також соціальних чинників чи психосоціальних ресурсів⁹³, що виступають в попередніх дослідженнях як принципові сили, що протидіють психосоціальному стресу (соціальна підтримка, оптимізм, самооцінка тощо) (Мальцева, 2021b). На висвітлення цих аспектів спрямовано дизайн декількох проведених авторкою досліджень в США, Швеції та Україні, що розглядатимуться у подальших рубриках розділу.

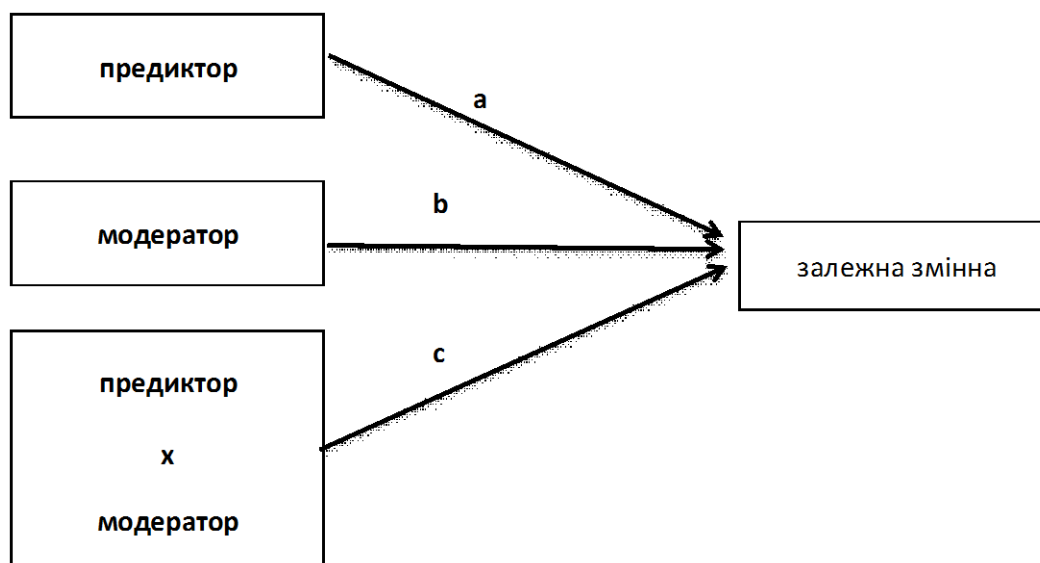
⁹³ Ймовірними змінними-кандидатами виступають також риси особистості, які, за результатами досліджень стресу, можуть відігравати помітну роль у процесі стресу та його результатах, однак через фокус на соціологічній дисципліні в межах аргументації цієї дисертації ці змінні не будуть розглядатися в деталях.

Рис. 3.10. Схема процесів медіації та модерації, адаптовано з Baron & Kenny (1986)

Механізм медіації



Механізм модерації



Підсумовуючи методологічні аспекти можливих вдосконалень моделі культурного консонансу, запропонований авторкою підхід бере до уваги необхідність оптимізації цих моментів і розробляє методологічну модель, що використовує культурний консонанс, долучаючи нові складові елементи – передусім, інтерналізацію та культурну компетентність. Запропонована в нинішньому дисертаційному дослідженні авторська концептуальна модель також передбачає відповідне вивчення механізму культурного консонансу із окресленням залучених в нього змінних, та експліцитне тестування впливу відповідності індивіда нормативному культурному стандарту на позитивну сторону спектру психічного здоров'я для більш повноцінного залучення в пояснювальну модель елементів психологічного життя людини (Рис.3.11).

Концептуальні аспекти

Збільшення концептуального покриття моделі

Необхідно також вказати на декілька концептуальних нюансів культурного консонансу, що стосуються психосоціальних чинників, які впливають на нерівності у здоров'ї взагалі, але не набувають достатнього розгортання у міркуваннях дослідників культурного консонансу. В першу чергу, впадає у вічі те, що в емпіричній літературі переважно розглядаються випадки відходу від нормативних стандартів та їхніх негативних наслідків. Тим часом, позитивні наслідки, що витікають з відповідності індивіда нормативним стандартам групи, розглядаються рідко. Також у випадку з культурним консонансом, дослідження індивідуальної невідповідності нормативному стандарту переважно сфокусовано на його соціально-економічних детермінантах, тим самим привілеюючи у концептуалізації усіх елементів моделі розгляд саме матеріальних маніфестацій цього процесу, порівняно з аналізом його психологічної компоненти, яка отримує мало уваги (Maltseva, 2015b; Maltseva, 2018a). Цей останній момент відсутності інтересу до нематеріальних вимірів зіставлення себе із стандартом може зменшувати інформативність висновків усієї моделі, адже згідно емпіричних результатів досліджень більш загального впливу соціально-економічного статусу на здоров'я, вплив об'єктивного статусу поступається впливові суб'єктивного (Мальцева, 2021b). Хоча культурний консонанс наголошує на негативних наслідках для здоров'я з боку невідповідності індивіда колективному стандарту, включення до розгляду позитивних аспектів співзвучності індивіда з нормативною культурою було б бажаним для вдосконалення моделі та для збільшення її концептуального покриття (Мальцева, 2021b).

Хоча культурний консонанс як теоретична побудова має у фундаменті модель культурного консенсусу К. Ромні (Romney, 1999; Romney, Batchelder, & Weller, 1987), вона не надає вичерпного пояснення ролі її центрального смислового конструкту, культурної компетентності, що є квантифікованим

втіленням міри співпадіння індивідуального знання з колективним, у процесі культурного консонансу. Оскільки культурну компетентність (та її відсутність) легко обчислити в межах як етнографічного підходу до первинних даних, так і шляхом кількісного аналізу вторинних даних (Weller, 2007) і вона також є ймовірним кандидатом до змінних, що можуть впливати (прямо чи непрямо) на психічне здоров'я, незнання її статусу у концептуалізації культурного консонансу ускладнює проведення реплікацій у крос-культурному контексті та виступає бар'єром для використання культурного консонансу в дослідженнях, які фокусуються саме на психічному здоров'ї та психологічних змінних (Bon Malham & Saucier, 2016; Maltseva, 2015b; Maltseva, 2018a). Встановлення ролі культурної компетентності та валідація результатів у вибірках з різних культурних груп (інших, ніж США та Бразилії, звідки походять більшість даних про культурний консонанс), а також вивчення впливу культурної компетенції у дослідженнях з участю мігрантів, просунуло б наше розуміння залучених психологічних процесів та підсилило б цю сферу досліджень методологічно (Maltseva, 2015b; Maltseva, 2018a; Мальцева, 2021b).

Емпіричні результати вказують на те, що щоденні позитивні та негативні емоційні переживання впливають на рівень суб'єктивного добробуту та оцінки якості свого життя в систематичний спосіб. Неможна виключати, що оцінка індивідом міри його чи її відповідності нормативній культурі також базується на емоційній валентності типових (найбільш частотних) переживань. Однак культурний консонанс як модель не розглядає роль позитивного та негативного афектів, що виникають внаслідок реакції на невідповідність культурі як частина процесу стресу. В результаті ця модель не передбачає експліцитної перевірки того, як позитивні та негативні емоції впливають на суб'єктивний добробут індивідів, які є консонантними та не-консонантними з нормативною культурою (Мальцева, 2021b).

Крім того, є емпіричні підтвердження того, що вплив емоцій на суб'єктивний добробут індивідів крос-культурно відрізняється для негативних, але не для позитивних емоцій. Таким чином, можна припустити, що механізм

культурного консонансу є не просто складнішим за прямий зв'язок, але також потенційно не однаковий для випадків консонантності та неконсонантності. В цьому контексті окремою проблемою постає той момент, що культурний консонанс не передбачає такого ускладнення, що різні суспільства можуть різнитися за своїми так званими «теоріями емоцій» (Lim, 2016). Ці моменти можуть потенційно переходити в неоптимальні методологічні опції у тестуванні наслідків для здоров'я чи нерівностей у здоров'ї (Maltseva, 2015b; Maltseva, 2018a; Мальцева, 2021b).

Далі, у своїй теперішній формі формулювання закономірностей ефекту культурного консонансу не розглядає можливості «буферних» ефектів соціальної підтримки та стратегій копіngu, доступних індивідам, не консонантним з культурою (Maltseva, 2012; Maltseva, 2015b). З огляду на знахідки чисельних досліджень щодо ролі соціальної підтримки у здоров'ї, включення цього аспекту в дослідження культурного консонансу виглядає як доцільне, так само, як і дослідження впливу соціальної підтримки та копіngu в цьому контексті, щоб розрізнити їхній вплив від внеску інших «позитивних» змінних, наприклад, культурної компетентності (Maltseva, 2018a; Мальцева, 2021b).

Крім того, обмеження цього підходу включають небезпеку потенційного змішування з ефектом культурного консонансу впливу на психічне здоров'я таких психологічних явищ, як зовнішня мотивація, властива культурі споживання про-матеріалістична орієнтація та асиметричне соціальне порівняння. По-перше, інтерналізація ідей консюмеристського світогляду та переслідування матеріалістичних цінностей, пов'язаних із зовнішньою мотивацією у структурі цілепокладання, було систематично продемонстровано як чинники зниження рівнів задоволення життям та зростання рівнів депресивної симптоматики (Grouzet et al., 2005; Kasser & Ryan, 1996). По-друге, матеріалістичний характер індексу, що створюють дослідники культурного консонансу, може впливати не на стрес, що спричиняється неспіввідношенням з стандартом, як постулюється у моделі культурного консонансу, а вже на сам

наслідок (депресію) (Easterbrook, Wright, Dittmar, & Banerjee, 2014). По-третє, соціальне порівняння може мати результати, що модерують/медіують взаємозв'язки між метрикою консонантності та депресією, закладені в основний каузальний ефект культурного консонансу (Olivos, Olivos-Jara, & Browne, 2020). Культурний консонанс не розглядає ці психологічні обставини ані методологічно, ані теоретично, хоча вони є ймовірними кандидатами для чинників у психічному здоров'ї, що дослідники культурного консонансу намагаються виміряти (Maltseva, 2015a; Maltseva, 2018a; Мальцева, 2021b).

У продовження попередньої думки, сучасне формулювання культурного консонансу не розглядає роль чинників особистості (індивідуальних розбіжностей) як змінних-чинників у процесі культурного консонансу. Ігноруючи особистісний вимір індивідуальних розбіжностей у вивченні наслідків невідповідності культурному стандарту для здоров'я залишає непоясненим великий обсяг взаємин між індивідом та культурою. Тим часом, неспівпадіння профілів культури та особистості (англ. culture-personality clash/mismatch) могло б бути складовою субоптимальних наслідків для здоров'я, описаних в межах культурного консонансу, принаймні стосовно негативних наслідків для психічного здоров'я (Gebauer, Eck, Entringer, Bleidorn, Rentfrow, Potter, & Gosling, 2020; Modersitzki, Phan, Kuper, & Rauthmann, 2021). Крім того, не є безпідставним очікувати, що наслідком відсутності співзвучності з культурним стандартом може бути не лише сам по собі депресивний афект безпосередньо, а більш загальна вразливість до психічних розладів (Caldwell-Harris & Auçıçegi, 2006). Подальше тестування цих положень із включенням інформації про міжособистісні індивідуальні відмінності з різними вибірками з різних соціокультурних груп (менш стратифікованих, більш секулярних, менш індивідуалістичних, більше захищених державою загального добробуту, ніж США та Бразилія) підсилює цю дослідницьку нішу (Maltseva, 2018a; Maltseva, 2021b; Мальцева, 2021b).

В цьому контексті додатковим важливим аспектом є розгляд ролі та діапазону копінгових стратегій неконсонантних індивідів та міра їхньої

ефективності. Наприклад, чи є відхід від магістральної культурної моделі до більш альтернативної хорошим способом буферування стресу, що виникає через невідповідність індивіда культурному стандарту? Цей аспект більше стосується когнітивного, аніж поведінкового чи матеріального виміру культурного консонансу. Дослідження цього напрямку уможливив би використання підходу культурного консонансу для більш широкого кола проблем взаємодії суспільства та ментального здоров'я (Maltseva, 2018a; Мальцева, 2021b; Snodgrass et al., 2021).

Насамкінець, постає питання функціонального механізму культурного консонансу. Одним з способів підійти до цього питання могло б бути заглиблення в походження індивідуальної схильності до конформності культурним нормам та стандартам (у поведінці та у ментальних звичках), звертаючись до доказової бази, що залучає дослідження еволюційних процесів. Дослідження спів-еволюції генів та культури, соціального навчання та еволюції соціальних норм видається дотичним і могло б надати цінну інформацію, необхідну для розгляду нашого питання. Хоча важливість теоретичної аргументації спів-еволюції біологічного та соціального для досліджень впливу культури на здоров'я згадується в літературі з культурного консонансу, емпіричне тестування цих положень являє собою об'єктивно технічно складну задачу. Можливо внаслідок цієї складності дослідники культурного консонансу, радше ніж розглядати усю еволюційну фрейму взаємозалежностей в цілому, фокусуються на тих висновках, що вказують на генетичні (спадкові) характеристики у варіативності індивідуальної чутливості до ефектів культурного консонансу у популяції, що значною мірою підриває «культурну» компоненту культурного консонансу (Maltseva, 2015b; Maltseva, 2018a; Мальцева, 2021b).

Окрему проблему концептуалізації складають явища та процеси, що можуть втручатися в процес консонансу чи «змішуватись» з його результатами. Культура, мислення, поведінка і здоров'я є пов'язані між собою. Консенсус щодо нормативної поведінки та інтерсуб'єктивне розуміння важливості тих чи

інших кінцевих станів (досягнутих цілей) є мотивуючими щодо включення індивіда у відповідну поведінку. Більшість інкультурованих індивідів прагнуть відповідати стандартам групи (Buunk & Gibbons, 2006; Мальцева, 2021b). Оскільки підтримання норм та досягання соціально-бажаних цілей є також кооперативною поведінкою, а більшість людей є просоціально налаштовані, у своїй більшості члени групи, обізнані із репертуаром соціально бажаного та небажаного в межах групи, намагаються дотримуватися вимог конформності і таким чином досягнути соціально бажаних цілей та запобігти реалізації соціально небажаних сценаріїв. В цьому контексті постає декілька питань, для розв'язання яких важливо розширити модель культурного консонансу для залучення додаткових психологічних концептів. Якщо індивіди різняться між собою за мірою конформності, чи диференційована конформність має наслідки щодо емоційного життя та добробуту? Чи ті індивіди, хто є здатні дотримуватись вимог суспільства, почуваються краще щодо себе, у порівнянні з тими, хто не має спроможності реалізувати свої зусилля у досягненні суспільно-визначених пріоритетів?

Невідповідність індивіда колективному стандарту може впливати на його чи її емоційний стан, перцепцію рівня стресу та показники здоров'я посередництвом механізму, який включає низку чинників, які, в свою чергу, можуть відкалібровувати (погіршувати чи послаблювати) ефекти невідповідності нормативному стандарту і запускати каскад процесів, що несуть ці ефекти далі, сприяючи їхній акумуляції впродовж індивідуальної життєвої траєкторії. У своєму розгляді авторка буде концентруватися на п'яти з них – зокрема, на (1) соціальному порівнянні, (2) невротизмі, (3) відносній депривації, (4) слабкій інтерналізації та (5) низькій культурній компетентності. Перші два чинники є психологічними параметрами (психологічною орієнтацією та рисою особистості, відповідно), тим часом як решта чинників є характеристиками перцепції соціального становища індивіда чи продуктом соціалізаційного процесу (Мальцева, 2021b).

Соціальне порівняння – використання інших задля отримання інформації про себе, пізнання себе та розуміння свого місця у соціальному світі – є фундаментальною зацікавленістю людини, і в цій якості давно вивчається в соціології, соціальній психології та психології особистості, де вона є частиною класичних досліджень соціальної адаптації, самості, референтних груп, соціального впливу тощо (Suls & Wheeler, 2000; Мальцева, 2021b). Цей процес є фундаментальним для процесу соціальної взаємодії у людських групах. Соціальне порівняння вважається філогенетично старим процесом в контексті еволюції людини, присутнім у багатьох видів та надзвичайно біологічно потужним (Buunk & Gibbons, 2006, p. 15; Gilbert, Price, & Allan, 1995). Збільшення людських груп та внутрішньо-групова спеціалізація у процесі еволюції пропонуються як основні причини, що сприяли розвитку та зростанню важливості соціального порівняння як людської здатності (Maltseva, 2018a; Мальцева, 2021b).

Соціальне порівняння здійснюється ненавмисно, без залучення свідомих зусиль і часто автоматично; іноді це навіть не залишається у пам'яті і не відзначається індивідом як важливий результат. У цю діяльність включається більшість людей, хоча існує певна міжособистісна варіативність у мірі індивідуальної зацікавленості в отриманні інформації про свої характеристики у порівнянні з іншими, і деякі індивіди заперечують наявність у них такого інтересу взагалі (зокрема, важко хворі пацієнти), а також у рівні вразливості індивіда щодо впливу результатів порівняння (Buunk & Gibbons, 2006, p. 16-18; Diener & Fujita, 1997; Мальцева, 2021b).

В цьому контексті необхідно одразу зазначити, що на відміну від суперництва (виду агоністичної поведінки, яким соціальне порівняння не є), соціальне порівняння є просоціальною рисою, яка схиляє до просоціальних тенденцій у поведінці, зокрема дотримання групових норм, бажання знати думки та відчуття інших та задовольняти їхнім очікуванням (Buunk & Gibbons, 2006; Мальцева, 2021b). Соціальне порівняння також є незалежним від соціально-бажаних тенденцій у відповідях (Buunk & Gibbons, 2006, p. 17). 3-

поміж психологічних рис соціальне порівняння має найвищі кореляції з такими характеристиками, як емпатія (позитивний зв'язок), тривожність (негативний зв'язок), низька самооцінка (негативний зв'язок) та невротизм (негативний зв'язок) (Buunk & Gibbons, 2006, p. 17-18).

Невротизм (негативна афективність) є однією з п'яти фасеток особистості у сучасних теоріях особистості (Велика п'ятірка, Costa & McCrae, 1985) і виступає впливовим параметром у великій кількості досліджень соціальної поведінки та соціального мислення. У контексті соціального порівняння індивіди з вираженим невротизмом є більш вразливими до його негативних результатів і більш схильні до негативного афекту та зміни настрою, а також демонструють патерн асоціацій, що пов'язують ці прояви з депресивною симптоматикою (Buunk & Gibbons, 2006, p. 20; Мальцева, 2021b). Однак оскільки невротизм є психологічним параметром, що демонструє високий рівень спадковості і вивчається безпосередньо психологами особистості, більш заглибленого огляду в межах цієї дисертації для цього конструкту не передбачено.

Відносна депривація є іншим чинником, що впливає на вразливість індивідів до ситуацій, коли вони не відповідають нормативному стандарту бажаного у суспільстві, і може бути супутнім когнітивним процесом щодо культурного консонансу. Відносна депривація характеризує ситуації, коли індивід не має певного ресурсу, однак (1) знає, що інші його мають, (2) прагне його отримати та (3) оцінює ситуацію отримання ресурсу як реалістичну (а ситуацію із поточним розподілом ресурсів як несправедливу). В першу чергу, емпірично відносна депривація проявила себе як навіть більш важлива, ніж абсолютна, у вимірюванні впливу диференційованого розподілу ресурсів. Зокрема, у зарубіжних дослідженнях впливу економічних нерівностей на стан здоров'я перцепція свого статусу та статків порівняно з іншими мала більше значення, ніж об'єктивно виміряні показники різних аспектів соціально-економічного статусу (Cockerham, 2013; Mackenbach et al., 2019; Oude Groeniger, Kamphuis, Mackenbach, Beenackers, & van Lenthe, 201; Schmalor &

Heine, 2022; Wilkinson & Pickett, 2011). Дослідження, проведене авторкою з невеликою українською вибіркою (n=311) під час пандемії COVID-19 у 2020 році підтвердило, що суб'єктивний статус впливав на самозвіти щодо фізіологічного та психічного здоров'я та оцінку стресовості ситуацій більш сильно, ніж об'єктивні метрики соціально-економічного статусу⁹⁴ (Мальцева, 2021b).

Слабка інтерналізація, як було продемонстровано авторкою в серії раніших публікацій, також бере участь у когнітивному процесі інтерпретації стресорів та ситуацій, в яких фігурує те чи інше нормативне уявлення (Maltseva, 2015a). Індивіди з менш вираженою тенденцією до інтерналізації (засвоєння культурних ідей та їхню інкорпорацію у свою світоглядну систему як своїх власних, похідних від життєвого досвіду) демонструють тенденції у асоціаціях із змінними психічного здоров'я, дещо подібні до індивідів із слабо вираженою орієнтацією на соціальне порівняння (більш виражена депресивна симптоматика та нижчий рівень оптимізму та задоволення життям) (Maltseva, 2015a,b; Maltseva, 2018a; Мальцева, 2021b).

Нарешті, *низька культурна компетентність* також виступає потенційним чинником, що втручається у процес, що описується як культурний консонанс. Відсутність достатнього рівня культурної компетентності у шведській, американській та українській вибірках впливало на підвищений рівень негативних ментальних звичок та депресії, хоча її присутність не додавала до позитивного спектру психічного здоров'я (англ. subjective well-being, SWB) (Maltseva, 2014b; Maltseva, 2015a; Maltseva, 2018a; Мальцева, 2021b).

Табл. 3.4-3.6 ілюструють приклади з опублікованих раніше досліджень авторки, що залучають вибірки з США та Швеції для перевірки впливу культурної компетентності та міри інтерналізації нормативних ідей на показники позитивного психічного здоров'я (процвітання). Хоча в ході регресійного аналізу не вдалося знайти статистично значущого зв'язку з агрегованою метрикою культурної компетентності, результати аналізу

⁹⁴ Матеріали дослідження готуються до друку.

вказують на наявність негативного причинного зв'язку між рівнем інтерналізації та процвітанням на статистично значущому рівні (Табл. 3.4). При цьому сильні інтерналізатори (респонденти, які мали показник вище 2.0 по шкалі з 1 до 4 з метрики інтерналізації) мали трохи вищі показники добробуту і були трохи більш гомогенні в плані процвітання, ніж слабкі інтерналізатори (Табл.3.5), однак ці розбіжності помітно посилювалися у випадку, коли сильні інтерналізатори вважали, що не відповідають інтерналізованому стандарту (Табл. 3.6).

Серія проведених досліджень у галузі зумовленого соціокультурними чинниками хронічного стресу висуває на передній план декілька моментів процесу стресу та механізму впливу елементів соціального світу на фізіологію людини, які наразі не розглядаються в межах моделі культурного консонансу зокрема і рідко розглядаються у сукупності соціологами здоров'я у контексті механізму спричинення змін у здоров'ї загалом. Як вже згадувалося раніше, культурні уявлення (норми, цінності, світоглядні аксіоми тощо) впливають на здоров'я (через стрес, який вони здатні спричиняти чи на рівень та хронічність якого вони здатні впливати, тим самим опосередковуючи процес запуску чи підтримки хронічних системних запалень) (Мальцева, 2021b).

Більше того, культурні уявлення цікаві в плані оцінки їхнього впливу на здоров'я не лише тим, що спричиняють стрес. Вони також міняються з віком (як міра суб'єктивної важливості тих чи інших класів цінностей у індивідуальному профілі, так як і важливість колективних цінностей для індивіда в різні періоди його чи її життя) (Borg, 2021). В тому числі, з віком міняються відносна важливість тих чи інших класів цінностей, а також важливість відповідності індивідуального профілю щодо профілю групи (конгруентність) знижується з віком (Borg, 2021). Це має відобразитися на динаміці змін у реакціях індивіда на його чи її неконгруентність із колективним стандартом і, відповідно, заслуговує на увагу дослідників (Мальцева, 2021b).

Табл. 3.4. Регресійний аналіз: шкала процвітання (SWB, 8 змінних), N=189 (адаптовано з Maltseva, 2015a)

	SWB β
Перший фактор (змінні блоку культурної моделі)	0,67
Інтерналізація	- 0,56*
Індекс соціальної підтримки	0,22***
Індекс стилю життя	0,13

* $p \leq 0,05$, ** $p \leq 0,01$, *** $p \leq 0,000$

Табл. 3.5. Рівні інтерналізації та показники процвітання (SWB), N=189 (адаптовано з Maltseva, 2015a)

	Сильні інтерналізатори (N=116)		Слабкі інтерналізатори (N=71)	
SWB	M=3,30	SD=0,48	M=3,29	SD=0,50

Табл. 3.6. Показники шкали процвітання (SWB) для сильних та слабких інтерналізаторів, просортованих за мірою поведінкового відтворення культурної моделі, N=189 (адаптовано з Maltseva, 2015a)

	Сильні інтерналізатори		Слабкі інтерналізатори	
	співпадіння з моделлю (N=78)	неспівпадіння з моделлю (N=27)	співпадіння з моделлю (N=41)	неспівпадіння з моделлю (N=30)
SWB	M=3,34 SD=0,42	M=3,17* SD=0,48	M=3,29 SD=0,55	M=3,29 SD=0,42

* $p (T \leq t)$ одностороннє 0,05

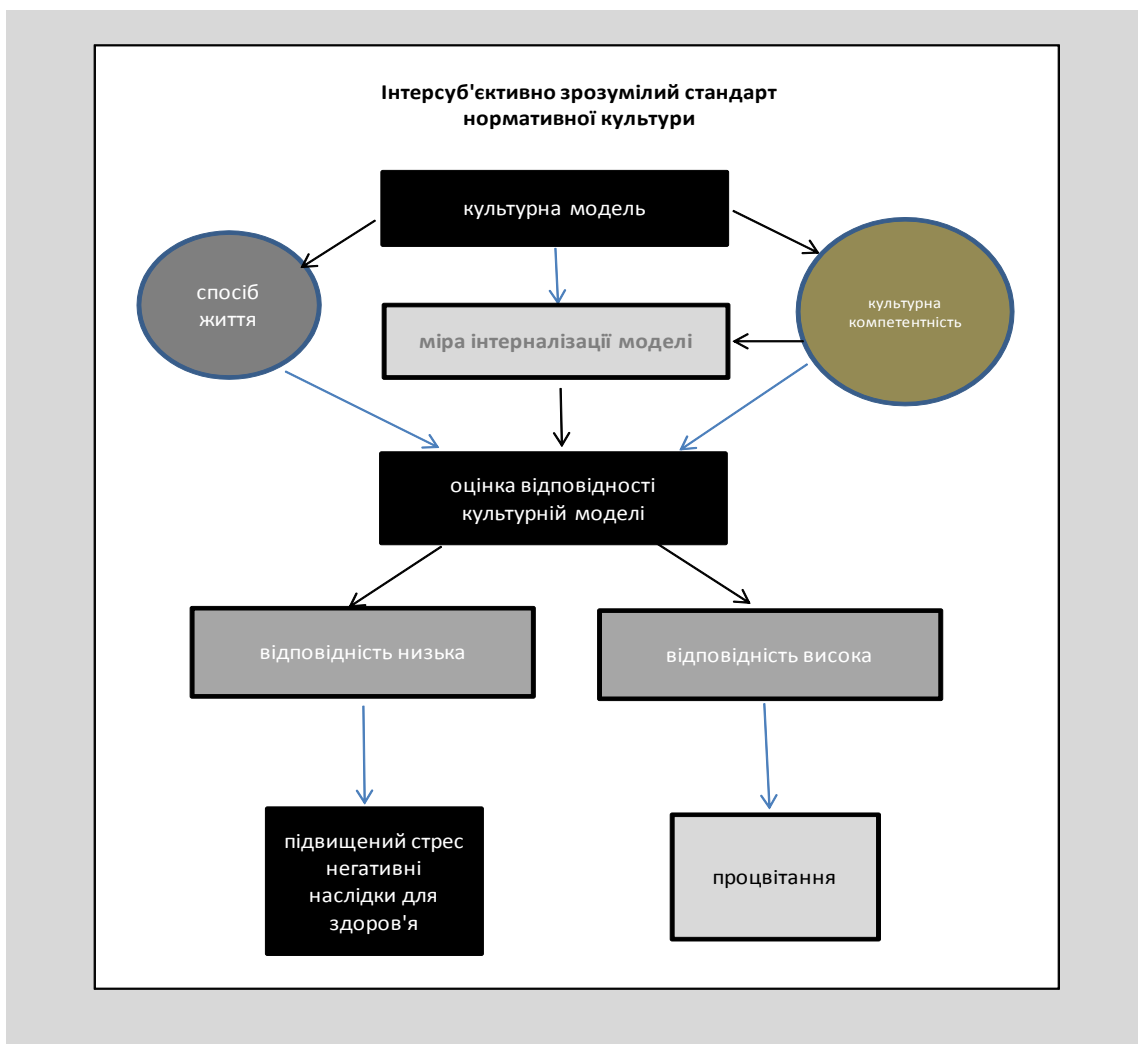
Також до розгляду має бути включений аспект суб'єктивної реалізації ціннісних пріоритетів індивіда, оскільки це не лише впливає на поточний психологічний добробут (Oppenheim-Weller, Roccas, & Kurman, 2018), але і на здоров'я у довготривалій перспективі, адже міра співпадіння із колективним ціннісним профілем у дитинстві впливає на психологічний добробут у дорослому віці (Iida, Watanabe, Yasuma, Nishi, & Kawakami, 2021; Watanabe, Kawakami, & Nishi, 2020).

Підсумовуючи виклики концептуальних аспектів, авторкою запропоновано підхід, що на рівні концептуалізації та операціоналізації

розрізняє впливи (не)відповідності культурному стандарту на позитивне та негативне психічне здоров'я. Отримано емпіричне підтвердження, що застосування цього підходу дозволяє запобігти змішуванню та/або приглушення ефектів культурних, психологічних та соціально-економічних чинників у наслідках для здоров'я.

Таким чином, в межах цього дисертаційного дослідження було розроблено авторську концептуальну модель (Рис. 3.11) для вимірювання впливу культурних чинників на здоров'я, в основу якої закладено принципи узгодженості між респондентами (К. Ромні) та теорії культурного консонансу (В. Дресслера), задля більш нюансованого пояснення дії різних соціокультурних стресорів на здоров'я.

Рис. 3.11. Схема концептуальної моделі невідповідності стилю життя індивіда культурно-нормативному профілю групи як стресора



Розширення діапазону вибірок для тестування гіпотез, закладених в культурному консонансі

Додатковою проблемою у дослідженнях зв'язку між відповідністю культурному стандарту та психічним здоров'ям є вузький вибір суспільств, з яких рекрутуються вибірки для перевірки моделі культурного консонансу (Maltseva, 2018a). Більшість даних, що підтверджують закономірності, які об'єднує культурний консонанс, походять з південних регіонів США та Бразилії, які являють собою суспільства з сильно вираженою соціальною стратифікацією та нерівністю у здоров'ї (Marmot, 2005). Для підтримання статусу теорії систематичні ефекти моделі культурного консонансу мають бути продемонстровано з різними вибірками з більш різноманітного набору культурних спільнот. Наприклад, вибірка з європейського суспільства, з країн Східної Азії, Близького Сходу чи з європейської нації, що регулюється розвиненою державою загального добробуту були б хорошим варіантом для тестування відповідних гіпотез у іншому етнографічному контексті. Крім зазначених у попередній рубриці відмінностей, такі вибірки будуть відрізнятися від США та Бразилії також у політичному та соціально-економічному ракурсах, що дозволить контролювати такі практичні нюанси концептуалізації, як значення споживання та різних елементів матеріального стилю життя, а також інші джерела психосоціального стресу, які асоціюються з різницею у стилях життя у різних суспільствах (López-Roldán & Fachelli, 2021; Rose & Harrison, 2012; Schieman, 2019). Зважаючи на особливості взаємин між соціально-економічним статусом та здоров'ям в США та, наприклад, сучасних країнах Європи, необхідно проаналізувати дані з більшої кількості вибірок з іншого культурного середовища для подальшого вивчення ефекту культурного консонансу та його масштабу (Maltseva, 2018a; Мальцева, 2021b).

В цьому ж ключі у зв'язку з поточним формулюванням моделі культурного консонансу постає додаткове методологічне ускладнення для

дослідників взаємодії між культурою та психологічним світом людини, пов'язане, зокрема, з розробкою культурно-чутливих психометричних дослідницьких інструментів на основі етнографічного підходу до створення масивів первинних даних. Наразі культурний консонанс являє собою здебільшого кількісний напрямок досліджень, що спирається на аналіз культурних доменів. Тим часом, цей підхід не є оптимальним для його центральної категорії, тобто, культурних моделей, які, за визначенням, є значно більшими та більш комплексно організованими агломераціями інформації, ніж культурний домен (Maltseva, 2016; Maltseva, 2018a; Maltseva, 2020; Мальцева, 2021b; стосовно прикладного застосування підходу культурних моделей див. Lukash & Maltseva, 2020). Культурні домени не є еквівалентами культурних моделей, які втілюють когнітивні мапи соціального ландшафту культурної групи і є, за визначенням, вичерпним «гайдом» для успішної соціальної навігації у цій культурній спільноті. Культурні домени також не є культурними (когнітивними) схемами. Культурні схеми мають лінійну структуру та містять інформацію про ієрархію своїх складових, виділення яких є метою аналізу культурних доменів. Тим часом, культурні моделі містять інформацію про всі логічні зв'язки, які існують між елементами культурної моделі, що іде в паралель із комплексністю габітусу. Таким чином, аналіз культурних доменів відрізняється від культурних моделей масштабом, наповненням та організацією. Цей аспект знижує інформативність результатів стосовно превалентних культурних стандартів, відносно яких вимірюється індивідуальна консонантність. Тому література з культурного консонансу та загалом наше розуміння процесів, залучених до механізму культурного консонансу, значно збагатилися б шляхом залучення підходу мішаних (інтегрованих) методів до екстракції культурних моделей з етнографічних даних, що дозволило б опрацьовувати більш складний мовний матеріал (включаючи варіативність дискурсивності, що відображає індивідуальні уявлення, колективні ідеї, мотивацію та можливість опиратися стресу у випадку неконсонантності, оцінку

ситуації консонантності тощо), що є необхідним з огляду на природу досліджуваних конструктів (Мальцева, 2021b).

Етнографічні модифікації культурного консонансу

Авторський підхід, що розглядається в цьому дисертаційному дослідженні, також додає до етнографічного виміру доказової бази досліджень впливу (не)відповідності індивідуального профілю стилю життя колективному стандарту. Як вказувалося раніше, основні положення, на яких ґрунтується концепція незгодженості індивідуального профілю з колективним у формулюванні культурного консонансу, мають бути етнографічно збагаченими. Емпіричний матеріал, на якому ґрунтуються основні положення моделі культурного консонансу, походить з досліджень В. Дресслера та колег і базується на даних, здобутих переважно в Латинській Америці (Бразилія) та південних штатах США. Сама по собі подібна закоріненість в певному етнографічному контексті зрозуміла на початку досліджень, коли відбувається систематизація спостережень та формулювання висновків стосовно закономірностей. Однак для закріплення за моделлю культурного консонансу статусу теорії необхідне розширення етнографічного ареалу для тестування основних положень моделі в країнах, що відрізняються не лише економічно, але і за формами політичної структури та організації соціальних інституцій, доступністю мереж соціальної підтримки, захищеністю громадян в межах політик держави загального добробуту тощо. Це важливо, оскільки різні етнографічні контексти часто вимагають різних інтервенцій для ефективної корекції однакового психосоціального явища (наприклад, покращення соціальних зв'язків допомагає зниженню рівнів депресії в США, але не в Японії (Kaveladze, Diamond Altman, Niederhausen, Loftis, & Тео, 2020)). Крім того, тестування основних положень моделі культурного консонансу в європейських країнах та Новій Англії виявили важливі нюанси та деякі відмінності тлумачення положень, закладених в модель культурного консонансу, що вимагають подальшого тестування в інших етнографічних зонах та розширення

діапазону країн для формування вибірок (Maltseva, 2015a; Maltseva, 2018a). З огляду на це, здійснення спроби перевірки принципів співзвучності з культурним стандартом на українській вибірці є кроком у напрямку розвитку досліджень взаємин між соціальним контекстом та впливом структурних змінних на здоров'я, адже Україна відрізняється від Бразилії та США економічно, політично, соціально, а також є географічно віддаленою від обох цих країн, має обмежену спільну культурну історію з ними⁹⁵ і відрізняється від них в плані таких макровимірів цінностей, як виміри індивідуалізму/колективізму (Maltseva, 2018a; Мальцева, 2021b).

Наступні два підрозділи присвячено двом емпіричним кейсам з США та України, що демонструють експліцитне емпіричне тестування основних положень, представлених в дисертації, і містять додатковий аналіз даних для розробки альтернативних пояснень. Їхні результати дозволяють зробити попередні висновки щодо ефективності покращення моделі культурного консонансу та закладених в неї інновацій.

3.4.1. Застосування авторської концептуальної моделі для демонстрації опосередкованих зв'язків (модерація) в процесі культурного консонансу

Попри свою важливу прикладну складову, дотичну до вимірювання та пояснення нерівностей у здоров'ї, культурний консонанс як теоретична рамка не розгортає експліцитного обговорення механізму, який дозволяє включити роль психологічних станів в концептуальну схему культура – поведінка – здоров'я. Психологічні процеси не є елементом пояснювального наративу культурного консонансу у сучасному формулюванні, запропонованому В. Дресслером. Тим не менш, було б неправильно применшувати значущість психологічної складової в явищі культурного консонансу. По-перше, емпіричні докази дозволяють без сумнівів поєднати психологічні стани та наслідки для здоров'я, включаючи як фізичні, так і психічні захворювання. Хоча не

⁹⁵ В тому числі, Україна історично не брала участі в колоніальних військових кампаніях Заходу і не відіграла ролі у мережах работоргівлі після відкриття Нового світу, які вплинули на встановлення соціальних ієрархій, політичних еліт та культурних значень, що закладаються у статус індивіда (Wolf, 1982).

остаточно ясно, чи цей зв'язок є прямим чи опосередкованим (результати з крос-культурних досліджень не дають однозначної відповіді), загалом дані вказують на те, що асоціації між позитивним афектом та наслідками для здоров'я є незалежними від відповідних асоціацій негативного афекту, і що позитивний та негативний афекти мають свої дистинктивні біологічні кореляти, які можуть сприяти здоров'ю чи погіршувати його, відповідно (Stephoe et al., 2009). По-друге, є беззаперечні докази стосовно природи зв'язку між депресією, емоційними станами та соціокультурною нормативністю. Зокрема, в західних та східних суспільствах депресія впливає на емоційну реактивність індивіда за різними закономірностями в позитивних та негативних контекстах (Chentsova-Dutton & Tsai, 2010; Chentsova-Dutton et al., 2007; Chentsova-Dutton, Tsai, & Gotlib, 2010). Шелдон Коен та Сара Прессман (2006) також вказують на чітку асоціацію між позитивним афектом та наслідками для здоров'я (Cohen & Pressman, 2006). Загалом, хоча не всі зв'язки між психологічними станами та імунною системою є повністю зрозумілими та поясненими, значний корпус літератури реєструє вплив психологічного стресу на роботу мозку та імунну функцію (Howell et al., 2007). З іншого боку, було також продемонстровано, що позитивні зміни в емоціях та афективному стилі спричиняють зміни в роботі мозку та імунній функції (Davidson et al., 2003), а також що підвищення психологічного добробуту пов'язано з покращенням результатів для здоров'я та зниженням захворюваності (Lyubomirsky et al., 2005; Cohen & Pressman, 2006). Крім того, сприйняття подібності у афективних стилях нещодавно було емпірично прив'язано до покращення позитивного психічного здоров'я (Davidson et al., 2003). У світлі вищеписаних доказів, декілька досліджень авторки у період з 2014 по 2021 рік намагалися пролити світло на психологічний компонент культурного консонансу та покращити наше розуміння взаємодії цього компоненту із культурним субстратом (наприклад, Maltseva, 2018a; Мальцева, 2021b).

З огляду на положення вищезгаданої аргументації, авторкою було проведено серію кількісних досліджень в США, Україні та виконано

додатковий аналіз зібраних раніше шведських даних (Maltseva, 2018a; Мальцева, 2021b), щоб дослідити можливість існування культурних механізмів, що втручаються в культурний консонанс та спрямовують його відповідні ефекти на психічне здоров'я. Першопочатково інтерес авторки у тестуванні універсальності механізму культурного консонансу було викликано тим, що у відповідних результатах польової етнографічної розвідки в Швеції (2008-2009) ефекти невідповідності соціокультурній нормативності були нейтральними чи навіть негативними за знаком, тобто, не пояснювались теорією культурного консонансу, розробленою на бразильських даних. Це вперше заронило в авторці думку, що, можливо, інші соціокультурні фактори, відмінні від простої відповідності соціально-бажаному стилю життя, здатні робити вплив культурного консонансу більш інтенсивним чи навіть змінювати напрямок впливу культурного консонансу в індивідуальних випадках (Maltseva, 2018a; для порівняння див. Lu, 2006). Для перевірки низки припущень авторка почала тестувати можливість втручання інших змінних. Зокрема, авторка досліджувала вплив таких змінних, як культурна компетентність (Romney et al., 1986) та інтерналізація, операціоналізована як міра дискомфорту, що відчував би респондент, якби він чи вона не дотягували до нормативного стандарту свої соціокультурної групи (Spiro, 1997; Shore, 1996; Shweder, 1991). Результати, отримані у декількох дослідженнях в Новій Англії (осінь 2009 – осінь 2012 року, загальна кількість респондентів N=506) вказували на те, що ані знання культурної моделі, ані її поведінкова реалізація не впливали на психічне здоров'я позитивно чи негативно, хоча міра інтерналізації культурних уявлень впливала на індивідуальні розбіжності у психологічному добробуті (англ. subjective well-being, SWB) (N=189) (Maltseva, 2015a). В ході цих досліджень також було продемонстровано, що інтерналізація є дистинктивною від індивідуального профілю аксіологічних преференцій (операціоналізованих як міра, якою респондент вважав певний колективний атрибут особисто значущим для нього чи неї), який, на відміну від інтерналізації, не впливав на рівень психологічного добробуту (SWB) (Maltseva, 2015a). Насамкінець, брак

культурної компетентності (слабке чи непослідовне знання культурної моделі) виступав надійним предиктором більш яскраво виражених дисфункціональних ставлень, але не спричиняв зниження психологічного добробуту (SWB) у шведській вибірці (N=128) (Maltseva, 2015a).

З огляду на вищеописані знахідки, нинішнє та наступні дослідження наголошувало саме на умові інтерналізації як важливій складовій явища, що знаходиться в серцевині моделі культурного консонансу. Хоча логічно очікувати, що інтерналізовані уявлення виступатимуть потужними чинниками у відношеннях між культурним знанням поведінкою та здоров'ям, вплив інтерналізації в літературі з культурного консонансу не розглядається (Maltseva, 2014b; Maltseva, 2015a,b). Замість цього, причинний зв'язок між неузгодженістю індивіда із культурою та субоптимальними наслідками у здоров'ї концептуалізується в межах цієї теоретичної рамки більше як зв'язок між нормою та поведінкою, яку вона викликає (Maltseva, 2018a). Хоча методологічна рефлексія стосовно матеріального аспекту культурного консонансу у стилі життя індивіда є цілком доречною, такий підхід обмежує пояснювальні можливості цієї теорії, виключаючи з нашого розгляду психологічний аспект того, як індивіди сприймають та адаптуються до своєї відносної «культурної вартості» по відношенню до магістральних стандартів суспільства (Maltseva, 2018a; Мальцева, 2021b).

Окрема методологічна проблема, на розв'язання якої було спрямовано це та наступні дослідження, полягає в тім, що більшість опублікованих праць з культурного консонансу у своєму вивченні зв'язків між наближенням індивіда до культурного стандарту та його чи її психічним здоров'ям, не розрізняють між когнітивними та матеріальними аспектами консонантності (Maltseva, 2018a), і використовують самозвіти щодо доступу індивіда до культурно-бажаних матеріальних об'єктів (предметів побуту на кшталт телевізорів, холодильників та кухонних приладів чи продуктів харчування, які індивід може собі дозволити із своїм кошиком покупця) як метрику індивідуальної

консонантності з нормативною культурою (Dressler, 2007a; Dressler, 2007b; Reyes-Garcia et al., 2010; cf. Maltseva, 2015; Мальцева, 2021b).

Так само методологічно важливим моментом є те, що хоча емічний статус атрибутів, які використовуються як критерії для вимірювання культурного консонансу у більшості відповідних досліджень, забезпечується проведенням процедури фрі-лістингу, списки соціально-бажаних атрибутів, які ми отримуємо на виході з цієї процедури, не можна порівнювати з культурними моделями ані за їхньою комплексністю, ані за їхньою структурою (Maltseva, 2018a). За визначенням, культурні моделі являють собою не лінійні утворення, подібні до списків, а багатовимірні сутності (Quinn, 2011), і вжита таким чином симпліфікація дослідницького конструкту поруч із надмірним спрощенням тягне за собою загрозу валідності як такої. Фрі-лістинг зазвичай використовується для отримання характеристик культурного домену, які являються собою важливі категорії, які виділяються в межах домену респондентами. Ця процедура припустима на початку дослідження, коли кордони досліджуваного домену (особливо в тій формі, в якій ці кордони сприймаються респондентами) є невизначеними (Ross, 2004), або для подальшої побудови кількісного інструменту (для більш детального пояснення процесу див. Maltseva, 2016). Фрі-лістинг, відповідно, є значно менш розлогим та навмисно звуженим до дослідження атрибутів окремого культурного домену, тоді як культурна модель типово включає атрибути декількох культурних доменів та логіку взаємодії між ними (Maltseva, 2018a). Насамкінець, методологічний недолік прирівнювання характеристик домену (тобто, результатів фрі-лістингу) до культурних моделей полягає в тому, що фрі-лістинг не є достатньо інформативним порівняно з культурними моделями (Maltseva, 2018a); відповідно, екстрагування культурних моделей вимагає значно більш інтенсивного збору та аналізу даних, що частково пояснює превалентність якісних та мішаних дизайнів та споріднених якісних технік у класичних дослідженнях культурних моделей (Quinn, 2011; Strauss, 2012). Фрі-лістинг не надає вичерпної інформації про спільне культурне знання прийнятих у

суспільстві правил (експліцитних чи імпліцитних), і він так само не може надати пояснення культурним мотиваціям у обсязі, необхідному для того, щоб культурно-наївний індивід міг відслідкувати закладені в моделі логічні причинні зв'язки і відповідно зорієнтуватись у культурному світогляді групи (Maltseva, 2018a; Maltseva, на рецензуванні в *Journal of Cultural Cognitive Science*; Saucier et al., 2015; Мальцева, 2021b).

Це являє собою методологічну слабкість, що знов відсилає нас назад до питання щодо рівнів аналізу. *Колективна* природа культурних моделей, отриманих в дослідженнях культурного консонансу, ніколи експліцитно не демонструється, хоча це було б необхідно для того, щоб могли виключити можливість того, що отриманий конструкт відображає, насправді, *індивідуальні* преференції, усереднені в межах вибірки (Fischer, 2009; Van der Vijver et al., 20008; Maltseva, 2014a; Maltseva, 2015a; Maltseva, 2018a; Мальцева 2021). Таким чином, хоча слід визнати методологічні зиски підходу, що зводить культурні моделі до культурних доменів у біокультурних дослідженнях нерівностей у здоров'ї, отримані результати можуть не мати необхідної чіткості. Такий підхід схильний залишати поза дужками багато форм когнітивної активності, в які включаються люди, коли вони відчувають невдоволення своїм соціальним становищем (приміром, раціоналізація, когнітивний рефреймінг, заперечення тощо). Загалом цей підхід ігнорує можливість того, що ланка між низьким консонансом та депресією не завжди являє собою обов'язково прямий зв'язок (Maltseva, 2018a; Мальцева, 2021b).

Приклад культурної моделі гідного життя (студентська вибірка, США)

Проведене в 2012 році дослідження було розроблене в такий спосіб, щоб глибше дослідити психологічні чинники в культурному консонансі та вийти на подальше формулювання нових дослідницьких запитань (Maltseva, 2018a). Виходячи з зібраних емпіричних доказів, культурний консонанс може мати більш комплексний механізм, ніж це наразі презентується. Зокрема, існує можливість того, що до культурного консонансу також належить низка

психологічних процесів, що додаються до культурних чинників, задіяних у явищі культурного консонансу. Це потребує включеності компетенцій з різних дисциплін задля реконструкції повної картини досліджуваних процесів. Відповідно, додатковою метою цього дослідження, крім вимірювання впливу культурної нормативності на психічне здоров'я, було міждисциплінарне поєднання літератури з культурного консонансу із відповідними літературами з психології та соціології.

Ґрунтуючись на теоретичних посилках, що розглядалися у підрозділі про інтерналізацію, як-от її адаптивні функції (Gintis, 2011) та внутрішня узгодженість індивіда (Sheldon, Ryan, Deci, & Kasser, 2004; Ryan & Deci, 2000), а також з огляду на логіку інтерсуб'єктивного підходу до культури (досягнення та підтримання консенсусу та інтерсуб'єктивності в межах групи (Chiu et al., 2010, p. 484-485; Wan, Torelli, & Chiu, 2010)), у цьому дослідженні очікування авторки включали наступні припущення:

Гіпотеза 1: Більш високі рівні інтерналізації асоціюються з менш вираженими симптомами депресії і більш високими показниками процвітання у вибірці.

Відповідно до положень теорії культурного консонансу, також очікувалось, що:

Гіпотеза 2: Індивіди, що не відповідають вимогам стандартів, закладених в культурній моделі, матимуть більш виражену депресивну симптоматику та нижчі рівні процвітання, порівняно із індивідами, чий стиль життя співпадає з культурною моделлю.

Більша культурна компетентність могла б надавати індивідам сприятливі адаптивні характеристики, зокрема, краще позитивне психологічне здоров'я та нижчі симптоми негативного психологічного здоров'я. Оскільки можна очікувати, що більша обізнаність індивіда щодо культурної моделі (яка відображатиметься у вищих факторних навантаженнях на першому факторі в факторному аналізі чи аналізі головних компонент (Chiu et al., 2010; Wan, Torelli, & Chiu, 2007)) буде сприяти його чи її кращому функціонуванню у

суспільстві, більша відповідність між індивідуальним та колективним знанням щодо культурної моделі, ймовірно, буде надавати індивіду більше відчуття контролю над його чи її щоденними діяльностями, що, у свою чергу, може очікувано позитивно вплинути на психічне здоров'я (Chiu et al., 2010). Таким чином, припускалось, що:

Гіпотеза 3: Індивіди з більш високою культурною компетентністю (вираженою через більш високі факторні навантаження на першому факторі чи головній компоненті) матимуть вищі показники процвітання і нижчі показники депресії.

З огляду на емпірично-укорінені очікування, що ефекти інтерналізації та культурної компетенції можуть не бути незалежними один від одного, також розглядалася одна додаткова експлораторна гіпотеза. Дослідження розглядало можливість того, що інтерналізація та культурна компетентність можуть мати різні ефекти на психічне здоров'я, коли вони розглядаються разом і коли вони розглядаються у взаємодії (Maltseva, 2018a).

Збір даних для дослідження проводився восени 2012 року в Університеті Коннектикуту (University of Connecticut, Storrs), США. Вибірка для анкети складалася переважно з студентів бакалаврату, зареєстрованих на курси на центральному кампусі Університету Коннектикуту та членів їхніх родин та соціальних мереж (N=306, 54% жінок, середній вік 20 років (стандартне відхилення $SD=3,18$). Учасники дослідження переважно мешкали в Новій Англії (189 респондентів з Коннектикуту, 19 респондентів з штату Нью-Йорк, 16 респондентів з Массачусетса, 10 з Нью Джерсі), хоча вибірка містила представників з 19 різних штатів США, включаючи Каліфорнію (N=5), Огайо (N=3), Вірджинію (N=3), Колорадо (N=2), Флориду (N=2), Меріленд (N=2), Род Айленд (N=2), Вермонт (N=2), Арізону (N=1), Іллінойс (N=1), Мейн (N=1) тощо. Вибірка включала індивідів, які різнилися за спеціальностями, типами помешкань та місцевостей, розміром соціальних мереж, складом родини, освітою батьків, релігійністю та доходом. З учасників опитування, які були працевлаштованими на момент збору даних, 6,6 % працювали повний день,

3,3% мали три чверті робочого навантаження, 16,9% працювали на пів дня і 19,3% працювали менше, ніж півдня. З усіх респондентів 41% перебували у романтичних стосунках (мали хлопця чи дівчину) на момент проведення дослідження. Деталі композиції вибірки наведено у Табл. 3.7.

Як початкові категорії, так і фіналізовані анкетні запитання фокусувалися на локальному варіанті культурної моделі хорошого, гідного життя, що циркулювала серед студентської спільноти в Новій Англії. Зважаючи на варіативність культурних моделей, що можуть співіснувати у соціумі (Strauss, 2012), та рівень консенсусу між респондентами, що вказував на колективну природу спільного знання отриманої культурної моделі, така стратегія побудови вибірки не становила складностей для тестування висунутих гіпотез. Студентська вибірка дозволяла доступ до групи з яскравою інституціональною субкультурою (тобто, університетською субкультурою). Виділення універсальної для США панамериканської культурної моделі не передбачалося. Оскільки нормативна культура розуміється як така, що є спільною, взаємозрозумілою та відносно гомогенною, цільовий відбір з наголосом на типових кейсах є припустимою методологічною опцією для отримання надійних емпіричних узагальнень (Maltseva, 2018a).

Табл. 3.7. Композиція вибірки (N=306, Maltseva, 2018a)

	Змінні в масиві	M	SD	медіана	Категоріальні змінні					
					%(1/ні)	п	%(2/так)	п	N/A	Усього
1	Вік	20.2	3.18	20.00						
2	Гендер (1=чоловік, 2=жінка)	1,54	0.50	2.00	46	142	54	164		306
3	Звідки Ви?									
4	Рік навчання	2,56	1.22	3.00						
5	Тип оселення в дитинстві (чотири категорії)	2,53	0.83	3.00						
6	Якщо Ви студент, яка ц Вас спеціальність?									
7	Чи Ви маєте романтичного партнера? (1=ні, 2=так)	1,41	0.49	1.00	59	180	41	124	2	306
8	Працевлаштованість (чотири категорії)	1,68	0.87	1.00						
9	Скільки у Вас друзів?	8,13	13.9	6.00						
10	Наскільки Ви релігійна людина?	2,10	1.06	2.00						
11	Якщо Ви студент, який у Вас рейтинг (UConn GPA)?	3,35	0.62	3.36						
12	Чи Ви плануєте вчитися далі? (1=ні, 2=так)	1,72	0.45	2.00	28	81	72	211	14	306
13	Досвід родини (чотири описові категорії)	2,95	0.89	3.00						
14	Освіта батька (чотири описові категорії)	2,53	1.11	3.00						
15	Освіта матері (чотири описові категорії)	2,55	1.05	3.00						
16	Чи у Вас є водійські права? (1=ні, 2=так)	1,93	0.25	2.00	7	21	93	285		306
17	Чи Ви маєте авто? (1=ні, 2=так)	1,67	0.47	2.00	33	101	67	205		306
18	Чи Ви самі сплачуєте свої рахунки? (1=ні, 2=так)	1,29	0.45	1.00	71	215	29	88	3	306
19	Чи Ви використовуєте комп'ютер чи ноутбук? (1=ні, 2=так)	1,99	0.11	2.00	1,3	4	98,7	302		306
20	Чи у Вас є мобільний телефон? (1=ні, 2=так)	1,99	0.10	2.00	1	3	99	303		306
21	Чи у Вас є кредитна карта, якою Ви можете користуватись? (1=ні, 2=так)	1,65	0.48	2.00	35	107	65	199		306
22	Чи Ви на Facebook? (1=ні, 2=так)	1,92	0.27	2.00	8	24	92	282		306
23	Моя родина навчила мене, що таке хороше, гідне життя.	3,61	0.68	4.00						
24	Мені справді подобається в UConn (чотири категорії)	3,22	0.85	3.00						

У ході дослідження збиралися дані когнітивної та поведінкової природи у форматі самозвітів для виділення культурної моделі хорошого, гідного життя та оцінки того, наскільки відповідність культурній моделі у стилі життя індивіда впливала на емоційне здоров'я індивіда (включаючи симптоми як позитивного (процвітання), так і негативного (депресія) психічного здоров'я). Культурний домен хорошого, гідного життя було обрано з огляду на те, що це важливий концепт з щоденного життя. Цей культурний домен відомий респондентам будь-якого віку, статі чи професії, і, попри певну міру варіативності, ймовірність викривлення цієї інформації є дуже незначною через поширеність та публічну доступність цього знання. Це також культурний домен, який типово вживається як зразок у дослідженнях у сфері культурного консонансу (Dressler & Bindon, 2000; Reyes-Garcia et al., 2010).

Збір даних розпочинався з фази фрі-лістингу (Ross, 2004) для отримання емічних характеристик домену для того, щоб почати конструювати метрики для культурної моделі. Під час процедури фрі-лістингу учасники (N=19) – студенти обох статей, які були зареєстровані на курс з Соціальної еволюції людини в Університеті Коннектикуту, – відповідали на шість запитань-стимулів, які стосувалися характеристик досліджуваного домену і які на наступному етапі дослідження було використано для формулювання анкетних запитань:

- (1) _____ є важливою чеснотою в США.
- (2) В США, щоб до тебе ставилися серйозно, треба мати _____.
- (3) В США, щоб до тебе ставилися серйозно, треба бути _____.
- (4) В США, щоб до тебе ставилися серйозно, треба вміти _____.
- (5) В США, ось такі речі зрештою роблять людей щасливими _____.
- (6) В ідеалі, у дорослому житті треба досягти наступного: _____.

Середня кількість отриманих відповідей за кожним стимулом сягала 130 слів. Загалом, 9-10 слів у кожному списку мали частоту біля трьох, у комбінації із їхньою помітною позицією у порядку пригадування (на початку списку), як можна очікувати з логічних посилок, що обговорюються в праці Чіу і колег (Chiu et al., 2010, p. 483-484). Культурно-центральні, позитивні за забарвленням

лексеми включали освіту, свободу, гроші, чесність, незалежність, сім'ю, друзів, роботу/кар'єру, щастя, право власності на будинок/володіння хорошим помешканням, наявність чоловіка/дружини, дітей, домашнього улюбленця і авто. Усереднений набір відповідей, отриманих як реакція на кожне запитання, був дуже подібним до результатів, отриманих авторкою у ранішому дослідженні (Maltseva, 2015). Після цього список лексем-відповідей було модифіковано для того, щоб він більш точно відповідав реаліям студентського життя в Університеті Коннектикуту: мати достатньо грошей/власність на дорогі речі, незалежність (сформульована як працевлаштованість у протилежність отримання коштів від батьків для оплати ренти за квартиру), освіта/кар'єрні перспективи (рік навчання, рейтинг, плани вступати на магістратуру), мати друзів (виражених як мережа контактів на платформі Facebook та як реальна соціальна мережа соціальної підтримки), вміння водити та мати свою автівку, та мати романтичного партнера (див. список змінних для культурної моделі у Табл. 3.8).

Наступним кроком дані з фрі-лістингу було проаналізовано на предмет пошуку патернів, як описано у відповідній методологічній літературі (Jehn & Doucet, 1996): відповіді, що мали найвищу частотність згадування та траплялися нагорі у списках, було збережено. Результати аналізу було використано для формулювання запитань для двох перших секцій анкети. Передусім, цей крок забезпечив використання оригінальних емічних категорій для складових культурної моделі в масиві (26 змінних). В інструкціях до цього блоку анкети респондента просили оцінити, наскільки він чи вона вважали кожен з перелічених ознак важливою для їхніх знайомих американців. Для кожного запитання використовувалась шкала відповіді від 1 до 4, де опція 1 означала «зовсім не відповідає реальності», а опція 4 означала «саме так». Інструкції вказували, що можна обрати лише одну опцію відповіді. У масиві ці змінні виступали також як метрики індивідуального знання про культурну модель та сприйняття колективного стандарту соціально-бажаних речей у американському суспільстві, що індивіди використовують, коли порівнюють

себе з іншими. Це також було зроблено з огляду на те, що американський університет є нішею американського суспільства, і як такий він виступає як соціальна інституція, що здійснює підготовку студентів та надає їм спрямування для успішної навігації у суспільстві як частина свого робочого призначення. Вибір цієї процедури також надалі обґрунтовується тим фактом, що інтерсуб'єктивний консенсус щодо цінностей є серцевиною культурної ідентичності, яка наповнює смыслом та розумінням ціннісні пріоритети інституцій та інших колективних сутностей, і, як такий, він міг би надати надійний фундамент, спільний для будь-якого локального варіанту культурної моделі, циркулюючої в США (Wan, Chiu et al., 2007; Wan, Torelli, & Chiu, 2010). Члени групи типово погоджуються між собою стосовно подібності щодо рейтингів важливості того чи іншого атрибуту в межах групи (Chiu et al., 2010, p. 483). Відповідно, індивіди можуть оцінити міру того, наскільки той чи інший атрибут є інтерсуб'єктивно важливим (тобто, таким, що має культурну цінність) в межах групи, і ця інформація може бути оброблена для отримання кількісного показника міри подібності (приміром, високі середні при низьких стандартних відхиленнях), і надалі дослідити та оцінити зміст того, що є спільним (Wan, Chiu et al., 2007; Weller, 2007). Таким чином, оцінка інформації щодо стандартів, що розуміються як такі, що поділяються іншими американцями, є логічно виправдним кроком для початку дослідження локального варіанту більш широкої культурної моделі (Maltseva, 2018a). Деякі формулювання були перефразовано для досягнення більшої ясності та нейтральності, а також для відповідності культурі та дискурсивності життя у коледжі, але серцевинна змістовна частина секції, що стосувалася культурної моделі, була схожою на варіант, опублікований в ранішій праці (Maltseva, 2015b).

Другим кроком було створення на основі описаних вище 26 запитань для культурної моделі подібних 26 запитань для індивідуальних ціннісних пріоритетів. Ці запитання стосувалися таких же по смыслу речей, але формулювали їх як важливі для індивіда особисто («На Вашу думку, наскільки

важливим є кожна з цих речей для хорошого, гідного життя?») і вони з'являлися в анкеті в іншому порядку. В цій секції респондентів просили оцінити кожен стимул по шкалі від 1 до 4 (1/ зовсім неважливо, 2/ децю важливо, 3 /доволі важливо, 4/ дуже важливо). Респондентів було проінструктовано надавати лише одну відповідь. Ці метрики особистих аксіологічних пріоритетів було використано для потреб конструктивної валідності, оскільки інтерсуб'єктивна перцепція культурно важливих характеристик може бути відділена від (і не бути тотожною щодо) агрегованих характеристик індивідуального рівня (Fischer, 2009; Shteynberg et al., 2007); вони не брали участь в головному аналізі. Особисті цінності було включено для демонстрації того, що (1) інтерналізація та інтерналізовані цінності, що наповнюють культурну модель, не є те саме, що індивідуальний ціннісний профіль, та (2) отримана культурна модель дійсно являє собою колективне знання, а не просто випадок агрегованих індивідуальних преференцій⁹⁶. Списки змінних для обох блоків наведено у Табл. 3.8 та 3.9.

⁹⁶ В аналізі головних компонент ці змінні вантажились на два різних фактори, що підтверджує, що ці конструкти мають різну природу.

Табл. 3.8. Список змінних у масиві для культурної моделі (N=306, Maltseva, 2018a)

Назва змінної в масиві	середнє	<i>SD</i>
мати роботу і самотужки заробляти собі на життя	3,44	0,68
досягати професійного успіху та визнання	3,38	0,67
бути незалежним(ою) (фінансово, соціально, емоційно)	3,36	0,78
вміти спілкуватись з людьми	3,31	0,69
мати університетський диплом чи професійну сертифікацію	3,29	0,73
мати тривалі дружби та надійну соціальну мережу	3,28	0,71
бути розумним(ою)	3,28	0,75
бути дорослим(ою)	3,25	0,74
використовувати сучасні технології	3,24	0,77
вміти добре висловлюватись усно	3,22	0,81
мати гроші/бути заможним(ою)	3,22	0,81
виглядати здоровим(ою) та в хорошій формі	3,21	0,74
бути щасливою, реалізованою особою	3,16	0,83
бути працьовитим(ою)	3,15	0,79
вчасно сплачувати свої рахунки	3,09	0,80
мати водійські права	3,09	0,96
мати певну владу та впливовість	3,06	0,81
бути добре вдягненим(ою)	2,95	0,80
мати авто	2,90	0,88
мати власну оселю	2,88	0,88
мати приємну зовнішність	2,85	0,91
мати привабливого партнера/партнерку	2,70	0,91
володіти предметами розкошу	2,64	0,91
мати кохання	2,62	0,92
ростити дітей	2,40	0,86
бути чоловіком	2,39	0,96

Табл. 3.9. Список змінних у масиві для особистих цінностей (N=306, Maltseva, 2018a)

Назва змінної в масиві	середнє	<i>SD</i>
пошуки щастя	3,68	0,59
мати хороші стосунки з іншими людьми	3,66	0,55
мати друзів, з якими можна поговорити та посміятися разом	3,62	0,62
добре робити свою роботу	3,60	0,60
працювати задля досягнення своєї мети	3,58	0,61
бути чесним(ою)	3,58	0,68
бути добре проінформованим(ою)	3,57	0,60
мати кар'єру	3,57	0,67
бути доброзичливим(ою) та допомагати іншим	3,52	0,65
бачити поважне ставлення інших до себе	3,51	0,69
вміти добре висловлювати мої думки	3,42	0,68
сплачувати свої власні рахунки	3,41	0,71
мати університетську освіту	3,38	0,81
мати хорошу роботу	3,35	0,74
знати, що відбувається навколо мене	3,28	0,77
бути незалежним(ою) від інших людей	3,25	0,76
мати кохання	3,11	0,84
розпочати сім'ю та мати дітей	3,01	0,95
одружитися	2,86	0,98
мати гроші	2,76	0,90
щоб інші думали, що в мене все добре в житті	2,75	0,97
впливати на інших людей	2,64	0,93
щоб інші вважали мене надзвичайним(ою)	2,46	0,98
використовувати новітні технології (iphones тощо)	2,44	0,91
мати красиві речі	2,43	0,84
бути привабливим(ою)	2,42	0,92

Якщо ідея є інтерналізованою, будь-яке порушення проти неї, за визначенням, асоціюватиметься з психологічно негативним наслідками, як-от почуттям страху, гніву, провини, сорому чи втрати почуття самоцінності (Spiro, 1987). Один з способів вимірювання індивідуальних розбіжностей в мірі інтерналізації певного атрибуту є оцінка того, якою мірою певне порушення цього стандарту респондентом викличе у нього чи у неї подібні неприємні відчуття. Відповідно, в анкеті інтерналізацію було операціоналізовано як міру очікуваного емоційного дискомфорту, який респондент асоціював із невідповідністю вимогам культурної моделі. Оскільки всі індивіди здатні

інтерналізувати ідеї, але різняться у мірі, до якої вони схильні інтерналізувати, для вимірювання інтерналізації для кожного респондента було використано шкалу Лікерта від 1 до 4. Для забезпечення умови, що йдеться про інтерналізацію інтегральної культурної моделі як цілісної, послідовної агломерації культурної інформації, формулювання запитання наголошувало на цілому наборі з 26 запитань, радше ніж на кожному з них окремо⁹⁷. В анкеті використовувалось наступне формулювання: *Якби я не мав/не мала речей, описаних в запитаннях 1-26, я б відчував/відчувала: 1/взагалі нічого, 2/деякий дискомфорт, 3/доволі ніяково, 4/дуже некомфортно.*

Інструмент також включав метрики позитивного та негативного психічного здоров'я. Зокрема, для дослідження було використано валідизовані психологічні шкали процвітання (Flourishing scale, 9 запитань (Diener et al., 2010)) та депресії (Beck Depression Inventory I, 21 запитання (BDI-I (Beck et al., 1961))). Вибір шкал було зумовлено їхньою задокументованою валідністю та високими метричними показниками у сфері психічного здоров'я. Шкалу процвітання Е. Дінера було обрано замість раніше вживаної авторкою змінної про психологічний добробут (SWB), оскільки шкали є більш відкриті для оцінки валідності та надійності. BDI-I було вжито, оскільки цю шкалу також вживають у дослідженнях культурного консонансу. Також в ході дослідження збиралася інформація про соціальну підтримку (Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS, Zimet et al., 1988)), однак ця інформація не включалася в аналіз і не розглядатиметься тут. Для всіх шкал в анкеті використовувався формат Лікерта і віяло відповідей з інтервалами від 1 до 4; запитання з блоку BDI-I мали усталену клінічну шкалу від 0 до 3 і потім були

⁹⁷ Хоча використання багатопозиційних шкал надає більше можливостей, ніж вжиток поодиноких змінних, оскільки ці останні не здатні надати прямі показники надійності, шкали не є єдиним валідним способом вимірювання дослідницької конструкції і не у всіх умовах вони однаково корисні. Окрема змінна може мати достатньо хороші психометричні властивості, і, відповідно, може виступати як потенційно якісна альтернатива шкалам з багатьох змінних для потреб вимірювання, а їхня доречність для вимірювання конкретного конструкту може бути оцінена (Drolet & Morrison, 2001; Bergkvist & Rossiter, 2007; Wanous, Reichers, & Hudy, 1997, С. 250–251). Метрики з однієї змінної можуть використовуватись, коли конструкт є однозначним, монолітним чи коли холистична оцінка є найбільш інформативною (Wanous, Reichers, & Hudy, 1997; Youngblut & Casper, 1993), що є умовою, під яку підпадає випадок з інтерналізацією (Chiu et al., 2010; Maltseva, 2018a).

перешкальовані і брали участь у подальшому аналізі у формі індексу. Всі вжиті в дослідженні психологічні шкали мали показники надійності, сумірні з їхніми аналогами у інших опублікованих працях, що вживали ці метрики: BDI-I ($\alpha=.90$), MSPSS (сім'я $\alpha=.87$, друзі $\alpha=.91$, значущі інші $\alpha=.92$) та шкала процвітання ($\alpha=.86$) (Maltseva, 2018a).

Стандартна демографічна інформація (24 запитань, включаючи запитання про стиль життя) збиралася наприкінці анкети (Табл. 3.7). Анкетні запитання включали 11 запитань про стиль життя, які безпосередньо оцінювали, чи респондент включався у види діяльності чи володів предметами, що входили до опису культурної моделі після її адаптації до студентського способу життя. Наприклад, респондентів запитували, чи в них є мобільний телефон, авто, ноутбук, кредитна карта, якою вони можуть скористатися, чи вони використовують інтернет, сплачують свої рахунки самостійно, мають аккаунт (сторінку) на Фейсбуці тощо (Maltseva, 2018a). Описові статистики до блоку про стиль життя містяться у Табл. 3.7.

Слідом за чисткою даних і перевіркою якості даних та інваріантності шкал, першим кроком в аналізі було виміряти консенсус, що існував між респондентами стосовно культурної моделі, та продемонструвати її колективну природу. Для оцінки міри спільності за культурною рисою типово використовується аналіз консенсусу (Romney, 1999). Однією з процедур, що підходять для вимірювання узгодженості, яка існує між респондентами стосовно певного набору атрибутів (змінних), є використання аналізу головних компонент, виконаного на транспонованій матриці, і аналіз першої головної компоненти шляхом обчислення середнього факторного навантаження на першому факторі (головній компоненті) (Weller, 2007). Оскільки в такому аналізі індивідуальні факторні навантаження відповідають кореляціям кожного респондента з латентною змінною (тобто, першою головною компонентою), а вищі середні утворюються завдяки високим позитивним факторним навантаженням, більш високе середнє є індикатором більш високої узгодженості між респондентами, що, в свою чергу, вказує на консенсуальну

природу певного взятого набору атрибутів (Weller, 2007, р. 338-340). Відповідно, було здійснено аналіз головних компонент і в ході аналізу досліджено структуру першої головної компоненти для оцінки спільності, як описано у С. Веллер (Weller, 2007; Maltseva, 2018a; Мальцева, 2021b).

У подальшому аналізі було здійснено екстрагування культурної моделі та регресійний аналіз для вимірювання культурного консонансу, з використанням методологічних рекомендацій В. Дресслера. Метрики депресії та психологічного процвітання було використано у регресійному аналізі як залежні змінні, а метрики відповідності індивіда культурно-бажаному стилю життя (проксі-метрика для культурного консонансу (Reyes-Garcia et al., 2010)), знання культурної моделі та міру інтерналізації – як незалежні. Для цього спочатку було обчислено стандартизовані індекси для відповідності культурно-бажаному стилю життя, депресії та процвітання (Reyes-Garcia et al., 2010, р. 192-194). Метрика індивідуального знання культурної моделі (метрика культурної компетентності) брала участь в аналізі у форматі індивідуальних факторних навантажень на першій головній компоненті, отриманих в ході аналізу головних компонент, виконаному на стандартизованих даних. Змінну для інтерналізації було використано у стандартизованому вигляді (Maltseva, 2018a).

Основна посилка теорії культурного консенсусу полягає в тім, що культурна подібність маніфестується присутністю узгодженістю між інкультурованим індивідами, які варіюють в плані їхнього знання (що відображає їхню компетентність стосовно певного культурного домену). Відповідно до рекомендацій С. Веллер (2007), було обчислено взаємну узгодженість між респондентами стосовно елементів культурної моделі та пропорцію культурної подібності (Weller, 2007, р. 340-356). Показник подібності завдяки спільним культурним рисам дорівнював 0,53, вказуючи на високий рівень консенсусу щодо культурної моделі (Weller, 2007, р. 339-343). Виходячи з розміру перших трьох власних значень першої головної компоненти (42,3, 22,2 та 14,1), та кількості власних значень більших за

одиницю, можна зробити висновок, що дані відображають культурну модель, що характеризується високою послідовністю (Cattell, 1966; Nunnally, 1978). Деталі змісту культурної моделі та організація індивідуальних ціннісних пріоритетів знаходяться в Табл. 3.8 та 3.9. Ці результати вказують, що отримані в ході аналізу уявлення є (1) відмінними від індивідуальних ціннісних пріоритетів (що продемонстровано у відмінностях організації змінних на горі кожного списку) та (2) спільними для респондентів та високо консенсуальними (що видно з того, що колективний список змінних має менший розкид стандартних відхилень, порівняно із індивідуальними аксіологічними перевагами) (Maltseva, 2018a).

Наступним кроком було тестування додаткової (експлораторної) гіпотези шляхом регресійного аналізу метрик-індексів. Табл. 3.10 та 3.11 демонструють середні значення та кореляції по всіх вжитих в регресії метриках.

Табл. 3.10. Аналіз середніх (N=306, Maltseva, 2018a)

	середнє	<i>SD</i>
BDI-I (індекс депресії за шкалою А.Бека)	6,97	7,25
Індекс процвітання	26,70	4,13
Інтерналізація (змінна) ^a	2,83	0,83
Культурна модель (метрика культурної компетентності) ^b	0,28	0,25
Індекс відповідності до стандарту способу життя	22,01	2,57

^a В різних дослідженнях я використовую метрики інтерналізації як змінної та як шкали.

^b Середнє та стандартне відхилення для метрики культурної моделі було обчислено на основі факторіальної структури першої головної компоненти (Weller, 2007).

Табл. 3.11. Кореляції шкал (N=306, Maltseva, 2018a)

	1	2	3	4	5
	r (rho)	r (rho)	r (rho)	r (rho)	r (rho)
1. BDI-I	–				
2. Індекс процвітання	-0,33***(-0,15)	–			
3. Культурна модель	-0,08 (0,04)	0,15**(0,14)	–		
4. Інтерналізація	-0,07 (0,11)	0,05 (0,01)	0,01 (-0,01)	–	
5. Індекс відповідності до стандарту способу життя	-0,15**(-0,13)	0,18* (0,13)	0,03 (0,00)	0,07 (0,06)	–

* $p \leq 0,05$ ** $p \leq 0,01$ *** $p \leq 0,001$

Таблиця показує коефіцієнти Пірсона та Спірмена (у дужках)

Коли інтерналізація вводилася в регресійне рівняння як окремий елемент, вона не мала статистично значущого впливу на психічне здоров'я (Табл. 3.12., модель 1). Найпотужнішим предиктором позитивного та негативного психічного здоров'я виступала відповідність індивіда культурно-бажаному стилю життя (тобто, висока відповідність стилю життя індивіда щодо стилю життя, закладеному в культурній моделі, мала позитивний зв'язок з позитивним психічним здоров'ям та обернений зв'язок із негативним психічним здоров'ям, у обох випадках на статистично значущому рівні). Ця знахідка підтверджує Гіпотезу 2 і відповідає положенням, викладеним в літературі з культурного консонансу. Культурна компетентність мала маленький позитивний ефект на психологічне процвітання, але не мала статистично значущого впливу на показники депресії (Maltseva, 2018a).

Введення у рівняння інтеракції Інтерналізація x Культурна модель дещо змінило ситуацію (Табл. 3.12., модель 2). Тим часом, як відповідність культурно-бажаному стилю життя лишалася найбільш стабільним предиктором негативного психічного здоров'я, культурна компетентність стала більш потужним предиктором симптоматики як позитивного, так і негативного психічного здоров'я, ніж у вихідній моделі; інтерналізація також посилилась як предиктор (демонструючи негативний зв'язок з негативним психічним здоров'ям та позитивний зв'язок з позитивним психічним здоров'ям). Значущість та потужність індексу відповідності культурно-бажаному стилю життя змінювалися менш помітно для обох типів метрик психічного здоров'я (Табл. 3.12., модель 3). В усіх розглянутих моделях знання культурної моделі та інтерналізація покращували психічне здоров'я (знижені показники депресії та підвищені показники процвітання), коли вони вводились в модель окремо, однак взяті в інтеракціях, вони мали зворотній ефект. В цьому сенсі знання культурної моделі та відповідність культурно-бажаному способу життя пов'язані з нижчими показниками депресії та вищими показниками психологічного процвітання, що відповідає логіці, закладеній в Гіпотези 2 та 3. Ефекти інтеракції між відповідністю культурно-бажаному стилю життя та

інтерналізацією (Табл. 3.12., моделі 4 та 5) підсилювали вплив відповідності культурному стандарту на зниження депресивної симптоматики порівняно з вихідною моделлю; цей ефект на позитивне психічне здоров'я був значно менш вираженим, що відповідає ранішим знахідкам авторки в США та Швеції (Maltseva, 2014b; Maltseva, 2015b; Maltseva, 2018a).

Табл. 3.12. Регресійний аналіз (множині регресії) (N=306, Maltseva, 2018a)

	BDI Індекс		Індекс процвітання	
	β	R ² скориг. R ²)	β	R ² (скориг. R ²)
Модель 1		0,03 (0,02)		0,05 (0,05)
Індекс відповідності стандарту стилю життя (CLS)	-0,26**		0,17**	
Культурна модель	-0,09		0,10**	
Інтерналізація	-0,03		0,01	
Модель 2		0,09 (0,08)		0,05 (0,04)
Культурна модель	-0,21**		0,14***	
Інтерналізація	-0,20***		0,07***	
Культурна модель x Інтерналізація	0,58***		-0,18**	
Модель 3		0,11 (0,10)		0,08 (0,07)
CLS	-0,26**		0,18**	
Культурна модель	-0,20**		0,14***	
Інтерналізація	-0,19***		0,06**	
Культурна модель x Інтерналізація	0,58***		-0,18**	
Модель 4		0,04(0,03)		0,06 (0,05)
CLS	-0,32**		0,19**	
Культурна модель	-0,09		0,10**	
Інтерналізація	-0,47		0,13	
CLS x Інтерналізація	0,30		-0,08	
Модель 5		0,03 (0,03)		0,04 (0,03)
CLS	-0,32**		0,19**	
Інтерналізація	-0,47		0,12	
CLS x Інтерналізація	0,30		-0,07	

*p ≤ 0,05; **p ≤ 0,01; ***p ≤ 0,001

Отже, загальні результати вказують на зв'язок між індивідуальною мірою інтерналізації, культурним консонансом та психічним здоров'ям, однак цей зв'язок є непростим. У відповідності до положень теорії культурного консонансу, відповідність культурно-бажаному стилю життя виявилась найпотужнішим предиктором як позитивного, так і негативного психічного здоров'я, знижуючи депресивні симптоми та підсилюючи психологічне процвітання. В ході дослідження було продемонстровано, що культурна компетентність (обізнаність індивіда в площині культурної моделі) задіяна в процесі культурного консонансу і виступала другим по силі предиктором наслідків у психічному здоров'ї. Рівень культурної компетентності мав позитивне психічне здоров'я, але не мав впливу на негативне психічне здоров'я (якщо розглядати модель без участі метрики інтерналізації). Хоча культурна компетенція впливала на обидві сторони спектру психічного здоров'я приблизно однаковою мірою, результати вказують на те, що відповідність культурно-бажаному стилю життя та інтерналізація мають значно більше значення для показників негативного психічного здоров'я, ніж для психологічного процвітання. Цей результат віддзеркалює основне положення теорії культурного консонансу щодо дисонансу в сфері стилю життя та розвитку депресивної симптоматики, а також усього корпусу літератури стосовно загального ефекту (не)відповідності індивідуального профілю колективному для здоров'я. Ці результати підтримують основні посилки культурного консонансу та поширюють його вивчення в психологічну площину для кращого розуміння нерівностей у здоров'ї в біокультурних дослідженнях (Maltseva, 2018a; Мальцева, 2021b).

Проведені авторкою раніші дослідження на вибірках з Швеції та США вказують на те, що негативний ефект культурного консонансу стосується переважно індивідів із слабо вираженою інтерналізацією. Зокрема, індивіди, які не відповідали матеріальній «іпостасі» певного стандарту, мали вищі показники депресії, якщо вони мали низьку інтерналізацію та низьку культурну компетентність. Таким чином, загальний висновок з цих досліджень ставить під

питання каузальний вплив консонансу на здоров'я, замість цього вказуючи на те, що консонанс сам по собі спричиняється механізмом, в якому задіяні такі елементи, як інтерналізація та культурна компетентність (Maltseva, 2018a; Мальцева, 2021b).

3.4.2. Застосування авторського підходу до вимірювання когнітивного виміру стресу для оптимізації моделі культурного консонансу

Для ілюстрації ролі таких соціокультурних чинників, як інтерналізація та культурна компетентність, було використано дані дослідження української культурної моделі успіху, проведеного у Києві у період з весни 2020 до весни 2021 років. Дані збиралися дистанційним шляхом через гул-форму з використанням гейткіперів (Feldman, Bell, & Berger, 2003) для рекрутування у вибірку індивідів з різних професійних, майнових та вікових категорій для забезпечення адекватного рівня варіативності, відображеного в даних. Дослідження мало скрінінгові питання стосовно рівнів стресу та враженості родини внаслідок карантинних обмежень, локдауну та ризику зараження унаслідок пандемії COVID-19. Відповіді на запитання цього блоку свідчать, що індивіди, які брали участь в опитуванні та чий відповіді складають основу даних для аналізу, пройшли період психологічної адаптації після зіткнення із стресорами, накладених карантинними обмеженнями, непевністю та панікою, що мали місце в Україні у березні 2020 у зв'язку з поточною епідеміологічною ситуацією. Таким чином їхні відповіді на батареї про стрес, депресію тощо не є виключно реакцією на період дії нерегулярних (екстраординарних) подій та гострих стресорів (приміром, локдаун), а відображають їхні реакції у нормалізованому пост-адаптивному стані (Мальцева, 2021b).

У відповідності до задач дослідження щодо перевірки ролі інтерналізації та культурної компетентності в процесі стресу та їхнього впливу на здоров'я, було зібрано дані, щоб перевірити наступні гіпотези стосовно значення невідповідності індивідуального стилю життя колективному культурному стандарту для рівнів стресу та показників суб'єктивного здоров'я, а також

порівняти ці нові результати із результатами, отриманими в дослідженні американської вибірки у попередньому дослідженні, проведеному авторкою в Новій Англії в 2012 році (Maltseva, 2018a):

Гіпотеза 1: Підтримання культурної моделі успіху та відповідність культурній моделі успіху (консонанс) асоціюється із нижчими показниками в плані депресивної симптоматики.

Гіпотеза 2: Інтерналізація матеріалістичного аспекту культурної моделі успіху негативно впливає на метрики психічного здоров'я серед індивідів, які не можуть реалізувати стандарт культурної моделі у своєму стилі життя.

За аналогією з європейськими епідеміологічними дослідженнями, перевірялося припущення, що:

Гіпотеза 3: Українці, які дотримуються здорового способу життя, також споживають зразки високої культури.

Приклад української культурної моделі успіху

Одне з проведених авторкою під час епідемії COVID-19 досліджень було спрямовано на екстрагування та аналіз культурної моделі успіху, поширеної серед різних категорій українського населення (N=234, осінь 2020 року). Культурний домен успіху було обрано з огляду на те, що (1) критерії успіху можна розкласти на матеріальні та нематеріальні, і в такий спосіб уникнути протиріччя моделі В. Дресслера, що вимірює виключно матеріальні показники відповідності культурній моделі; (2) цей домен є найбільш логічно наближений до концепту «гідного життя», що його вивчають В. Дресслер та його колеги. З огляду на те, що інформація про поширені в будь-якій країні культурні стандарти успіху є публічною і широко доступною, і, відповідно, всі інкультуровані українці мають достатнє знання про те, що в Україні вважається атрибутами успіху, будь-який представник української культури міг надати необхідні відповіді на запитання анкети (Maltseva, 2018a; Romney, 1999; Weller, 2007). Збір даних для дослідження проводився безконтактним шляхом через онлайн-форму через залучення гейткіперів (Feldman, Bell, & Berger, 2003) з

міркування забезпечення максимальної присутності різноманіття представлених вікових категорій, рівнів освіти, фінансової забезпеченості, статусу у стосунках, композиції сім'ї тощо, що здатні впливати на зміст культурної моделі успіху та уявлення про здоров'я. Оскільки в центрі уваги знаходяться дані культурної природи, для дослідження наявної в даних варіативності та подальшого узагальнення достатньо невеликої вибірки, необхідної для задовільнення вимог проведення лінійної регресії (Romney, Weller, & Batchelder, 1986; Weller & Romney, 1990; Weller, 2007). Анкета включала 182 запитання і складалася з таких секцій: елементи культурної моделі (29 запитань), важливість культурної моделі для респондента (запитання для розробки міри інтерналізації культурної моделі, 29 запитань), суб'єктивне сприйняття індивідом своєї відповідності щодо моделі (одне запитання), оцінка респондентом ролі особистих рис індивіда у досягненні успіху (одне запитання)⁹⁸, клінічна батарея депресивної симптоматики (BDI-I, 21 запитання (Beck et al., 1961)), блок запитань для оцінки рівня стресу (11 запитань на основі шкали сприйняття стресу (Cohen, Kamarck, & Mermelstein, 1983)), а також метрики процвітання (всім запитань на основі шкали процвітання (Diener et al., 2009)), соціальної згуртованості та довіри до оточення (скорочена версія, дев'ять запитань (Ponizovskiy, Arant, Larsen, & Boehnke, 2020) та включеність в різноманітні культурні практики до періоду карантину (25 запитань). Запитання для культурної моделі та культурної включеності було сформульовано на основі попередніх неструктурованих інтерв'ю, даних фрі-лістінгу⁹⁹ (Quinlan, 2018) та фокус-групових дискусій із залученням учасників з-поміж київських студентів та освіченої молоді (загальне N=25)¹⁰⁰. У формуванні остаточного списку запитань для блоку про культурну включеність авторка використовувала елементи наявних опублікованих батарей для вимірювання соціального смаку (наприклад, Yuksek, Dumais & Kamo, 2019). Решта

⁹⁸ Ця змінна не увійшла до фінального аналізу.

⁹⁹ Дані для культурної моделі успіху збиралися авторкою з 2014 року.

¹⁰⁰ Характеристики культурної моделі успіху багато в чому віддзеркалюють результати якісних інтерв'ю, в деталях описаних Людмилою Скоковою у її монографії про культурні практики у сучасній Україні (Скокова, 2018, С. 257-261).

використаних змінних та шкал є стандартними валідизованими метриками, що широко вживаються соціальними науковцями і мають високу репутацію у крос-культурних дослідженнях. Демографічний блок містив 48 запитань, що включали стандартну демографічну інформацію (стать, вік, освіта, рівень фінансової забезпеченості родини тощо) та запитання про стан здоров'я, самопочуття, режим та практики, що описують спосіб життя індивіда з огляду на релевантні для здоров'я поведінки. Демографічний блок також містив серію запитань, які ретроспективно оцінювали сприйняття індивідом опіки батьків у дитинстві респондента та їхньої участі у формуванні у нього чи у неї звичок, рутин та елементів способу життя, дотичних до практик догляду за здоров'ям. Також була присутня ретроспективна метрика оцінки фінансової забезпеченості родини респондента у дитинстві респондента. Для спрощення процесу шкалоутворення усі відповіді на запитання у блоках змінних, запланованих для розробки шкал, мали однаковий формат рейтингової шкали від 1 до 4, за винятком клінічної шкали депресії та деяких демографічних запитань, де інші формати є більш доречними (гендер, працевлаштованість тощо). Композиція вибірки та частотний аналіз демографічних змінних представлено у Табл. А2 у Додатках. Дані було піддано аналізу після чистки та контролю якості даних методом розщеплення. Результати аналізу середніх тенденцій для змінних усіх предметних блоків та демографічних змінних представлено у Табл. 3.13-3.19.

Табл. 3.13. Аналіз середніх тенденцій, демографічні змінні (n=234)

	Середнє	Медіана	Мода	Ст.відх.	Мін.	Макс.	N	
							Валідні	Пропущені
Вкажіть, будь ласка, Вашу стать? чоловіча=1 жіноча=2 інше=3	1,67	2,00	2	0,472	1	2	234	0
Вкажіть, будь ласка, скільки Вам повних років?	38,87	37,00	26	12,775	17	84	233	1
Звідки Ви? 1=село 2=селище міського типу 3=маленьке місто 4=велике місто	3,56	4,00	4	0,716	1	4	234	0
Що краще описує Вашу ситуацію з проживанням? 1=живу з родиною 2=живу в гуртожитку 3=винаймаю квартиру разом із сусідом/сусідкою чи сусідами 4=винаймаю квартиру лише для себе або живу у власній квартирі сам(а)	2,23	1,00	1	1,391	1	4	234	0
Чи у Вас є брати чи сестри? Ні=1 Так=2	1,69	2,00	2	0,464	1	2	234	0
Чи Ви зараз працевлаштовані? Ні=1 Так=2	1,81	2,00	2	0,395	1	2	234	0

Яке твердження найбільше відповідає фінансовому становищу Вашої родини нині? 1=Нам не вистачає грошей навіть на їжу, ми маємо борги 2= Нам вистачає грошей на їжу, але купувати одяг вже важко 3= Ми можемо дозволити собі купувати деякі коштовні речі (такі як телевізор або холодильник) 4= Ми можемо дозволити собі купити все, що захочемо	2,82	3,00	3	0,625	1	4	234	0
Яке твердження найбільше відповідало фінансовому становищу Вашої родини, коли Ви були маленькі? 1=Нам не вистачало грошей навіть на їжу, ми мали борги 2= Нам вистачає грошей на їжу, але купувати одяг вже важко 3= Ми могли дозволити собі купувати деякі коштовні речі (такі як телевізор або холодильник) 4= Ми могли дозволити собі купити все, що захочемо	2,60	3,00	3	0,694	1	4	234	0
Як часто Ви спілкуєтесь з людьми, біднішими за Вас? 1=ніколи 2=рідко 3=подекуди 4=часто	3,08	3,00	3	0,734	1	4	234	0
Як часто Ви спілкуєтесь з людьми, багатішими за Вас? 1=ніколи 2=рідко 3=подекуди 4=часто	3,07	3,00	3	0,778	1	4	234	0
Скільки людей у Вашому колі мають скрутнішу фінансову ситуацію, ніж Ви? 1=менше 25% 2=50% 3=75% 4=майже всі	1,67	2,00	1	0,758	1	4	234	0
Скільки Ви маєте друзів, якщо втрапили у халепу? 1=жодного 2=один 3=два-чотири 4=пять і більше	3,00	3,00	3	0,693	1	4	234	0
Що з наступного найкраще описує Ваш статус у стосунках? 1=без пари 2=розлучений 3=у романтичних стосунках 4=одружений	2,98	3,00	4	1,208	1	4	229	5
Чи є у Вас діти? 1=немає дітей 2=є дитина 3=двоє дітей 4=троє та більше	1,90	2,00	1	0,962	1	4	234	0
Скільки часу на день Ви проводите на сайтах соціальних мереж? Менше години=1 годину-дві=2 кілька годин=3 більшу частину дня=4	2,24	2,00	2	0,876	1	4	234	0
Будь ласка, вкажіть Ваш рівень освіти: 1=середня школа 2=училище 3=університетський диплом/ кілька років в університеті 4=науковий ступінь	2,98	3,00	3	0,490	1	4	234	0
Будь ласка, вкажіть рівень освіти Вашого батька: 1=середня школа 2=училище 3=університетський диплом/ кілька років в університеті 4=науковий ступінь	2,51	3,00	3	0,756	1	4	232	2
Будь ласка, вкажіть рівень освіти Вашої матері: 1=середня школа 2=училище 3=університетський диплом/ кілька років в університеті 4=науковий ступінь	2,58	3,00	3	0,708	1	4	234	0
Чи Ваші батьки дбали про Ваш емоційний комфорт та захист, коли Ви були маленькі? 1=ні 2=швидше ні, ніж так 3=швидше так, ніж ні 4=так	2,99	3,00	4	0,967	1	4	234	0
Чи Ви дбаєте про своє правильне харчування (харчуєтесь регулярно та поживно)? 1=ні 2=швидше ні, ніж так 3=швидше так, ніж ні 4=так	3,00	3,00	3	0,813	1	4	234	0
Чи Ви слідкуєте за тим, щоб випивати достатньо води щодня? 1=ні 2=швидше ні, ніж так 3=швидше так, ніж ні 4=так	2,85	3,00	3	0,965	1	4	234	0
Чи Ви маєте можливість виспатись? 1=ні 2=швидше ні, ніж так 3=швидше так, ніж ні 4=так	3,11	3,00	4	0,889	1	4	234	0
Чи Ви маєте хронічні захворювання? 1=ні 2=швидше ні, ніж так 3=швидше так, ніж ні 4=так	2,37	2,00	1	1,184	1	4	234	0
Чи Ви швидко втомлюєтесь? 1=ні 2=швидше ні, ніж так 3=швидше так, ніж ні 4=так	2,35	2,00	2	0,934	1	4	234	0
Чи Ви регулярно відвідуєте стоматолога та/чи гігієніста? 1=ні 2=швидше ні, ніж так 3=швидше так, ніж ні 4=так	2,70	3,00	3	1,014	1	4	233	1
Чи Ви маєте можливість лишитись вдома, коли захворіли? 1=ні 2=швидше ні, ніж так 3=швидше так, ніж ні 4=так	3,47	4,00	4	0,819	1	4	234	0
Чи Ви маєте можливість отримувати медичні послуги, коли Вам потрібно? 1=ні 2=швидше ні, ніж так 3=швидше так, ніж ні 4=так	3,41	4,00	4	0,804	1	4	234	0
Чи Ви палите? 1=ні 2=швидше ні, ніж так 3=швидше так, ніж ні 4=так	1,67	1,00	1	1,182	1	4	234	0
Чи Ви вживаєте більше, ніж два келихи алкоголю на тиждень? 1=ні 2=швидше ні, ніж так 3=швидше так, ніж ні 4=так	1,85	1,00	1	1,142	1	4	234	0
Чи Ви займаєтесь спортом мінімум два рази на тиждень? 1=ні 2=швидше ні, ніж так 3=швидше так, ніж ні 4=так	2,26	2,00	1	1,189	1	4	234	0
Чи їжа на зразок печива, шоколадних батончиків тощо стабільно є складовою Вашого раціону? 1=ні 2=швидше ні, ніж так 3=швидше так, ніж ні 4=так	2,12	2,00	1	1,006	1	4	234	0
Чи Ви маєте можливість дотримуватись здорового способу життя тією мірою, як Вам потрібно? 1=ні 2=швидше ні, ніж так 3=швидше так, ніж ні 4=так	2,81	3,00	3	0,923	1	4	234	0
Чи могли Ваші батьки забезпечити Вам якісний медичний догляд, коли Ви були маленькі? 1=ні 2=швидше ні, ніж так 3=швидше так, ніж ні 4=так	3,27	3,00	4	0,814	1	4	234	0
Чи Ваші батьки стежать за своїм здоров'ям? 1=ні 2=швидше ні, ніж так 3=швидше так, ніж ні 4=так	2,81	3,00	3	0,893	1	4	234	0

Чи Ваші батьки з дитинства пояснювали Вам про догляд за здоров'ям та здоровий спосіб життя? 1=ніколи 2=швидше ні, ніж так 3=швидше так, ніж ні 4=так	2,92	3,00	3	0,977	1	4	234	0
Як часто Ви хворіли в дитинстві? 1=ніколи 2=рідко 3=подекуди 4=часто	2,69	3,00	2	0,735	1	4	234	0
Як часто Ви хворієте зараз? 1=ніколи 2=рідко 3=подекуди 4=часто	2,32	2,00	2	0,624	1	4	234	0
Чи Ви страждаєте від частих інфекцій та дрібних запалень (наприклад, інфекцій очей тощо)? 1=ні 2=швидше ні, ніж так 3=швидше так, ніж ні 4=так	1,63	1,00	1	0,760	1	4	234	0
Чи ми маємо проблеми з систематичними болями (у спині, суглобах, тощо)? 1=ні 2=швидше ні, ніж так 3=швидше так, ніж ні 4=так	2,30	2,00	2	1,047	1	4	234	0
Зазвичай скільки разів на день Ви їсте свіжі фрукти? 1=жодного 2=1-раз 3=2-4 рази 4=5+ разів	2,35	2,00	2	0,697	1	4	234	0
Ваше соціальне становище, на Вашу думку: 1=погіршується 4=покращується	2,91	3,00	3	0,839	1	4	234	0
Соціальне становище Ваших батьків, на Вашу думку: 1=погіршується 4=покращується	2,43	2,00	2	0,887	1	4	234	0
Як Ви оцінюєте свій нинішній стан здоров'я загалом? 1= дуже поганий 2=поганий 3=добрий 4=дуже добрий	2,93	3,00	3	0,477	1	4	234	0
Зазвичай що з наступного найкраще описує Ваш стан самопочуття? 1=не можу робити щоденні справи 2=часто нездужаю і подекуди це негативно впливає на мого початок/роботу 3=нормально більшість часу 4=сповнений енергії	3,03	3,00	3	0,677	1	4	234	0
Чи Ви маєте доступ до інформації стосовно здорового способу життя та зміцнення здоров'я? Ні=1 Так=2	1,98	2,00	2	0,145	1	2	234	0

Демонстрація колективності культурної моделі

Для початку аналізу необхідно було передусім продемонструвати колективний характер узгодженості, що існувала в даних вибірки стосовно культурної моделі успіху та закладених в неї стандартів.

Аналіз середніх тенденцій

Аналіз середніх тенденцій, виконаний на змінних, що описують елементи української культурної моделі успіху, та на змінних індивідуальної оцінки важливості тих чи інших її елементів для добробуту конкретної людини, дозволяють оцінити особливості смислоутворення та формування аксіологічних пріоритетів на колективному та індивідуальному рівнях для їхнього розрізнення та демонстрації *колективного* характеру екстрагованої культурної моделі, а не штучно агрегованого параметра, що походить з *усереднення індивідуальних* моделей. Табл. 3.14. ілюструє міри середніх тенденцій для колективної культурної моделі та індивідуально інтерналізованих респондентами елементів культурної моделі, просортовані за середнім. Передусім, змінні колективного рівня демонструють вищі середні показники та нижчі показники стандартних відхилень, ніж змінні індивідуального

(інтерналізованого) профілю, що вказує на їхню вищу узгодженість та спільність для учасників вибірки, властивого колективному конструкту, у порівнянні із конструктами індивідуального рівня, які знаходяться під впливом «роз'єднувальних» досвідів індивідуальної життєвої траєкторії (Maltseva, 2014a). З просортованих середніх рейтингів можна зробити попереднє узагальнення, що українці у вибірці погоджуються між собою щодо того, що їм не дуже важливо, тим часом як важливе у кожного своє. Такий саме результат спостерігався у вибірках з США та Швеції (Maltseva, 2014b; Maltseva, 2016; Мальцева, 2021b).

Просортовані за середнім значенням колективний та індивідуальний профілі розрізняються між собою також за контентом. Хоча найнижчі за важливістю (розміром середніх показників) елементи культурної моделі на колективному та індивідуальному рівнях однакові (як-от елементи комфортабельного життя, релігійні аспекти, таланти та готовність пожертвувати приватним життям заради професійного просування), важливі топ-елементи в колективному та індивідуальних профілях помітно різняться. Зокрема, нагорі колективного профілю містяться переважно матеріалістичні пріоритети (фінансова спроможність, нерухомість, майно тощо), а нагорі індивідуального інтерналізованого профілю фігурують змінні, що наголошують на ресурсах та можливостях, що дають розвиватися і вести осмислене життя. Брендний одяг, членство в елітних клубах та знайомства з впливовими людьми мають менше місце в індивідуальних пріоритетах, ніж в перцепції колективних уявлень про успіх. Загалом опитані українці сприймають превалентний культурний стандарт успіху та вимоги суспільства, за якими їх судять, як більш матеріалістичні, ніж їхні власні пріоритети (Мальцева, 2021b).

Табл. 3.14. Аналіз середніх тенденцій змінних Блоку "Культурна модель" (просортовані за середнім)

Назва змінної	середнє	SD	мода	медіана
мати можливість забезпечувати родину	3,76	0,55	4,00	4,00
мати власне житло	3,49	0,83	4,00	4,00
мати фінансову подушку (заощадження тощо)	3,49	0,72	4,00	4,00
мати авто	3,38	0,89	4,00	4,00
мати високу посаду на роботі	3,35	0,79	4,00	4,00
їздити відпочивати за кордон	3,24	0,91	4,00	4,00
купувати якісні продукти харчування	3,18	0,89	4,00	3,00
мати професію, що викликає повагу	3,12	0,84	3,00	3,00
мати успішне оточення	3,10	0,83	3,00	3,00
мати владу або знати людей, які мають владу	3,10	0,94	4,00	3,00
мати хорошу освіту	3,09	0,90	4,00	3,00
отримати підтвердження свого успіху іншими людьми	3,07	0,87	4,00	3,00
мати дорогу техніку	2,96	0,96	3,00	3,00
стежити за своїм здоров'ям	2,92	0,94	3,00	3,00
мати хороший баланс між сімейним та робочим життям	2,82	1,00	4,00	3,00
мати психологічні якості, що спонукають до наполегливої праці	2,79	0,94	3,00	3,00
постійно займатися саморозвитком і самовдосконаленням	2,76	0,99	2,00	3,00
мати можливість вечеряти в ресторанах	2,73	1,01	3,00	3,00
займатися спортом і бути в хоршій фізичній формі	2,73	0,95	3,00	3,00
мати дітей	2,72	1,10	4,00	3,00
мати брендовий одяг	2,69	1,01	3,00	3,00
бути у шлюбі	2,66	1,04	3,00	3,00
мати можливість відвідувати культурні заходи (арт-виставки, театр, поетичні вечори)	2,61	0,94	2,00	3,00
походити з забезпеченої освіченої родини	2,56	0,99	2,00	3,00
мати можливість відвідувати платні освітні курси/платні сервіси	2,38	1,02	2,00	2,00
жертвувати особистим життям заради професійного поступу	2,23	0,92	2,00	2,00
мати артистичні таланти чи творчо розвивати якусь майстерність	2,00	0,87	2,00	2,00
бути хорошим вірянном	1,92	0,91	1,00	2,00
бути членом елітного спорт-клубу	1,72	0,88	1,00	1,00

Табл. 3.15. Аналіз середніх тенденцій змінних Блоку "Наскільки Вас засмутила б відсутність..." (просортовані за середнім)

Назва змінної	середнє	SD	мода	медіана
фінансової подушки (заощаджень тощо)	2,57	1,11	3,00	3,00
можливості стежити за своїм здоров'ям	2,53	1,22	1,00	3,00
натхнення займатися саморозвитком і самовдосконаленням	2,52	1,22	1,00	3,00
можливості забезпечувати родину	2,49	1,37	1,00	3,00
можливості купувати якісні продукти харчування	2,47	1,15	3,00	3,00
хорошої освіти	2,47	1,22	1,00	3,00
здорового балансу між сімейним та робочим життям	2,47	1,18	1,00	3,00
власного житла	2,42	1,16	3,00	3,00
можливості відвідувати культурні заходи (арт-виставки, театр, поетичні вечори)	2,38	0,98	3,00	3,00
психологічних якостей, що уможливають невинну працю	2,38	1,02	3,00	3,00
можливості займатися спортом і бути в хорошій фізичній формі	2,36	1,04	3,00	3,00
дітей	2,31	1,22	1,00	2,00
професії, що викликає повагу	2,27	0,97	3,00	2,00
підтвердження мого успіху іншими людьми	2,26	0,88	3,00	2,00
можливості їздити відпочивати за кордон	2,26	1,06	3,00	2,00
можливості відвідувати платні освітні курси/платні сервіси	2,26	0,91	3,00	2,00
шлюбного партнера	2,24	1,10	1,00	2,00
успішного оточення	2,24	0,92	3,00	2,00
високої посади на роботі	2,15	0,92	3,00	2,00
рівня життя та достатку, що мені забезпечили мої батьки	2,10	0,97	1,00	2,00
рішучості пожертвувати особистим життям заради професійного поступу	2,08	0,91	2,00	2,00
авто	2,05	1,02	1,00	2,00
дорогої техніки	2,04	0,85	2,00	2,00
артистичних талантів чи якоїсь досягнутої майстерності	2,00	0,90	1,00	2,00
можливості вечеряти в ресторанах	1,95	0,91	1,00	2,00
влади або знайомств з впливовими людьми	1,86	0,85	1,00	2,00
впевненості в моїй відповідності релігійній моралі	1,79	0,94	1,00	1,00
брендового одягу	1,71	0,82	1,00	2,00
картки елітного спорт-клубу	1,27	0,62	1,00	1,00

Табл. 3.16. Аналіз середніх тенденцій змінних Блоку "Перцепція стресу" (просортовані за середнім)

Назва змінної	середнє	SD	мода	медіана
відчували себе впевненими в тому, що здатні впоратись із власними проблемами	3,08	0,79	3,00	3,00
відчували себе знервованими чи в стані стресу	2,83	0,92	3,00	3,00
відчували себе здатними контролювати те, що Вас дратує	2,75	0,76	3,00	3,00
відчували, що події відбувалися за Вашим планом	2,72	0,79	3,00	3,00
були впевненими, що все контролюєте	2,65	0,77	3,00	3,00
відчували роздратування через те, що Ви не могли контролювати	2,47	1,02	3,00	2,00
відчували, що неспроможні контролювати важливі у Вашому житті речі	2,47	0,95	2,00	2,00
були сердитими через те, що не могли контролювати	2,40	1,04	3,00	2,00
були засмучені через те, що сталося несподівано	2,37	0,91	2,00	2,00
були впевнені, що не зможете справитися з усім тим, що маєте зробити	2,27	1,00	2,00	2,00
здавалося, що труднощі накопичуються так швидко, що Ви не можете їх подолати	2,25	1,06	2,00	2,00

Табл. 3.17. Аналіз середніх тенденцій змінних Блоку "Процвітання" (просортовані за середнім)

Назва змінної	середнє	SD	мода	медіана
В моєму житті є мета і сенс.	3,42	0,76	4,00	4,00
Я намагаюся сприяти щастю та добробуту людей навколо мене.	3,35	0,73	4,00	3,00
Мої зв'язки з іншими підтримують мене і є одним з джерел добра в моєму житті.	3,33	0,85	4,00	4,00
Я добре розбираюся в тих видах діяльності, що є для мене важливими.	3,32	0,70	4,00	3,00
Люди ставляться до мене з повагою.	3,30	0,68	3,00	3,00
Я дивлюся у майбутнє з оптимізмом.	3,24	0,86	4,00	3,00
Я включаюся в мої щоденні справи з інтересом і задоволенням.	3,01	0,84	3,00	3,00
Я задоволений(а) своїм життям і мені нічим себе поприкнути.	2,79	0,90	3,00	3,00

Табл. 3.18. Аналіз середніх тенденцій змінних Блоку "Соціальна згуртованість" (просортовані за середнім)

Назва змінної	середнє	SD	мода	медіана
Я відчуваю спорідненість із містом, у якому живу.	3,06	0,91	3,00	3,00
Я зазвичай допомагаю людям, що живуть поруч, якщо їм щось потрібно.	2,98	0,92	3,00	3,00
Мій район - привітне місце для людей із іншим кольором шкіри.	2,90	0,88	3,00	3,00
Я почуваюся захищено у районі, де я мешкаю.	2,76	0,92	3,00	3,00
Загалом, людям можна довіряти.	2,65	0,90	3,00	3,00
Я та інші люди, що живуть поруч, отримують однакове справедливе ставлення.	2,64	0,95	3,00	3,00
Я регулярно читаю політичні новини.	2,56	1,14	4,00	3,00
Я задоволений(а) тим, як місцеве врядування дбає про наше місто.	2,27	0,97	2,00	2,00
Я маю сусідів, до яких я ходжу у гості.	1,97	1,12	1,00	2,00

Табл. 3.19. Аналіз середніх тенденцій змінних Блоку "Включеність в культурні практики" (просортовані за середнім)

Назва змінної	середнє	SD	мода	медіана
пікніки та поїздки на природу	2,86	0,98	4,00	3,00
активний відпочинок на чистому повітрі (наприклад, велосипед)	2,68	1,10	3,00	3,00
природні резерви та історичні парки	2,68	1,04	3,00	3,00
великі родинні вечірки та святкування з участю запрошених родичів	2,61	1,07	3,00	3,00
майстер-класи та тренінги	2,55	1,08	3,00	3,00
ресторани, відомі своєю кухнею	2,34	1,06	2,00	2,00
театральні вистави	2,25	0,99	3,00	2,00
музеї та тематичні виставки	2,18	0,90	2,00	2,00
заклади фастфуду (наприклад, Макдональдз)	2,14	1,03	2,00	2,00
фітнес-клуби чи спортзали	2,04	1,15	1,00	2,00
художні виставки	2,01	0,91	2,00	2,00
бібліотеки, читання та презентації нових книжок	1,88	0,99	1,00	2,00
спортивні події (як вболівальник)	1,81	1,04	1,00	1,00
кінопрем'єри та демонстрації фільмів англійською мовою	1,81	1,00	1,00	1,00
концерти відомих українських виконавців	1,79	0,96	1,00	1,00
філармонію чи концерти класичної музики	1,71	0,84	1,00	1,50
оперні та/чи балетні вистави	1,65	0,84	1,00	1,00
концерти відомих зарубіжних виконавців	1,63	0,87	1,00	1,00
сеанси психоаналізу	1,57	0,95	1,00	1,00
спортивні змагання (наприклад, як учасник марафону чи матчу)	1,57	0,93	1,00	1,00
нічні клуби та дискотеки	1,56	0,87	1,00	1,00
виставки крафтярів	1,56	0,83	1,00	1,00
лунапарки	1,42	0,74	1,00	1,00
мюзикли	1,39	0,72	1,00	1,00
джаз-клуби	1,37	0,74	1,00	1,00

Рис. 3.12. Аналіз головних компонент (культурна модель успіху), транспонована матриця (n=234)

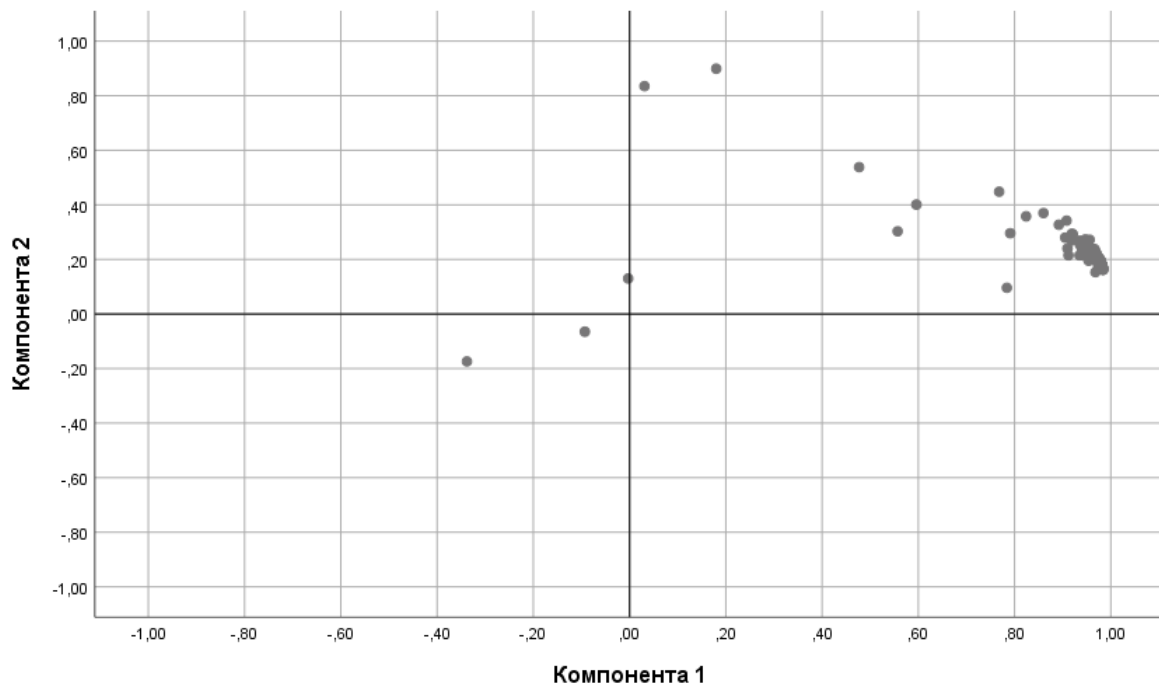
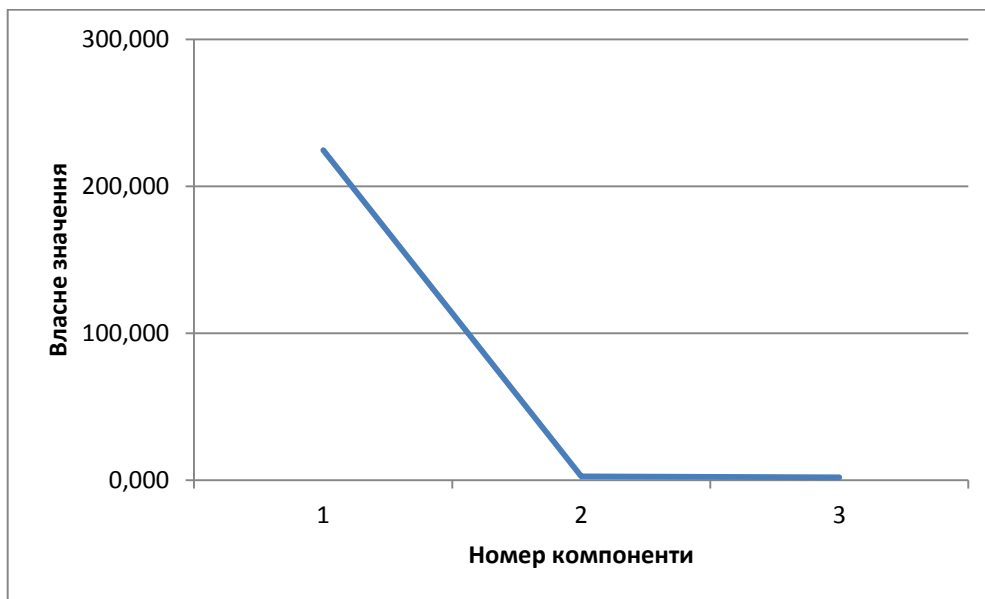


Рис. 3.13. Власні значення трьох перших головних компонент (аналіз консенсусу)



Пояснена сукупна дисперсія								
Початкові власні значення			Обчислення суми квадратів навантажень			Ротація суми квадратів навантажень		
Усього	% дисперсії	Сумарний %	Усього	% дисперсії	Сумарний %	Усього	% дисперсії	Сумарний %
224,421	95,907	95,907	224,421	95,907	95,907	214,021	91,462	91,462
2,500	1,068	96,975	2,500	1,068	96,975	10,828	4,627	96,089
1,869	0,799	97,774	1,869	0,799	97,774	3,110	1,329	97,418

Аналіз факторіальної структури

Для перевірки колективного (консенсуального) характеру культурної моделі на інформації з відповідного блоку (29 змінних, що описували різні елементи української культурної моделі успіху) було проведено аналіз головних компонент на транспонованій матриці за алгоритмом, детально розписаним у ранішій статті авторки (Maltseva, 2018a). Візуалізацію консенсусу у вибірці стосовно культурної моделі представлено на Рис. 3.11.

Потужний перший фактор пояснює максимальну частку дисперсії, задовольняючи вимогу критеріїв моделі культурного консенсусу (Рис. 3.12 (Weller, 2007)).

Застосування методів багатовимірного аналізу дозволяє отримати більш нюансовану картину внутрішньої структури досліджуваної культурної моделі і робить висновки більш інформативними. Змінні, що склали блок інформації про культурну модель та про інтерналізовані елементи культурної моделі (кожна по 29 змінних), було піддано аналізу головних компонент (кожний блок окремо). Після обертання методом варімакс для аналізу організації факторіальної структури було обрано чотири-факторне рішення (Табл. 3.20 та 3.21).

Організація факторіальної структури, отриманої в аналізі головних компонент, також свідчить про розбіжності між індивідуальним та колективним рівнями культурної моделі. У колективній культурній моделі перший фактор обіймає матеріальні маркери успіху, що перегукується із високими показниками середніх для цих змінних в аналізі середніх тенденцій; другий наголошує на можливостях та якостях, що підвищують якість життя; третій зосереджується на виконанні «обов'язкової програми» та відповідності порядку набування традиційних ролей (одруження, дітонародження тощо); четвертий має фокус на високому соціальному статусі, престижі та поважному ставленні з боку інших (Мальцева, 2021b; Maltseva, 2021a).

Табл. 3.20. Культурна модель успіху (аналіз головних компонент)

	1	2	3	4
мати дорогу техніку	0,82	-0,11	0,09	0,11
мати авто	0,76	-0,04	0,12	0,10
їздити відпочивати за кордон	0,72	0,05	-0,03	0,15
мати брендовий одяг	0,71	-0,09	0,07	0,18
мати власне житло	0,69	0,10	0,33	-0,12
мати можливість вечеряти в ресторанах	0,68	0,15	-0,12	0,20
мати фінансову подушку (заощадження тощо)	0,58	0,19	-0,03	0,10
мати владу або знати людей, які мають владу	0,49	-0,16	0,04	0,46
бути членом елітного спорт-клубу	0,37	0,07	0,35	0,34
стежити за своїм здоров'ям	0,00	0,80	0,06	-0,05
мати можливість відвідувати культурні заходи	0,03	0,80	0,13	-0,08
займатися спортом і бути в хоршій фізичній формі	-0,01	0,79	0,18	0,03
мати можливість відвідувати платні освітні курси/платні сервіси	0,21	0,70	-0,19	0,19
постійно займатися саморозвитком і самовдосконаленням	-0,29	0,69	-0,08	0,05
мати психологічні якості, що спонукають до наполегливої праці	-0,10	0,63	0,06	0,18
купувати якісні продукти харчування	0,33	0,61	-0,08	0,03
мати хороший баланс між сімейним та робочим життям	-0,12	0,57	0,43	-0,09
мати артистичні таланти чи творчо розвивати якусь майстерність	-0,05	0,56	0,29	-0,02
мати можливість забезпечувати родину	0,25	0,29	-0,02	0,19
бути у шлюбі	0,14	0,02	0,88	0,02
мати дітей	0,05	0,07	0,87	0,00
бути хорошим вірянником	0,03	0,20	0,53	0,28
мати хорошу освіту	0,03	0,40	0,43	0,19
мати високу посаду на роботі	0,32	-0,15	-0,06	0,63
мати успішне оточення	0,18	0,20	0,05	0,60
мати професію, що викликає повагу	0,05	0,22	0,16	0,56
жертвувати особистим життям заради професійного поступу	0,13	0,02	0,00	0,54
отримати підтвердження свого успіху іншими людьми	0,20	0,10	0,05	0,50
походити з забезпеченої освіченої родини	0,42	-0,15	0,20	0,45
Власні значення як підсумовані квадрати факторних навантажень	4,64	4,85	2,71	2,51
Відсоток поясненої дисперсії	0,16	0,17	0,09	0,09
Загальна дисперсія	0,51			

Табл. 3.21. Інтерналізація елементів культурної моделі успіху (Блок "Наскільки Вас засмутила б відсутність...") (аналіз головних компонент)

	1	2	3	4
можливості забезпечувати родину	0,85	0,06	-0,07	-0,01
хорошої освіти	0,84	0,04	-0,13	-0,04
можливості стежити за своїм здоров'ям	0,81	0,01	-0,21	0,03
здорового балансу між сімейним та робочим життям	0,79	0,05	-0,05	-0,01
власного житла	0,79	0,12	0,02	0,12
натхнення займатися саморозвитком і самовдосконаленням	0,76	0,03	-0,17	-0,02
дітей	0,74	0,09	0,20	0,15
можливості купувати якісні продукти харчування	0,67	0,04	-0,27	-0,08
фінансової подушки (заощаджень тощо)	0,67	0,15	-0,06	0,10
шлюбного партнера	0,67	0,18	0,20	0,16
можливості займатися спортом і бути в хорошій фізичній формі	0,63	0,05	-0,23	0,11
психологічних якостей, що уможливають невинну працю	0,51	0,24	-0,28	0,03
авто	0,34	0,33	0,11	0,30
артистичних талантів чи якоїсь досягнутої майстерності	0,27	-0,01	-0,14	0,23
високої посади на роботі	0,14	0,64	-0,18	-0,16
влади або знайомств з впливовими людьми	0,00	0,63	0,01	0,27
успішного оточення	0,05	0,63	-0,12	0,12
підтвердження мого успіху іншими людьми	0,15	0,62	0,05	0,01
професії, що викликає повагу	0,31	0,52	0,19	0,23
дорогої техніки	0,12	0,51	-0,20	0,36
рівня життя та достатку, що мені забезпечили мої батьки	0,39	0,42	0,06	0,12
можливості відвідувати платні освітні курси/платні сервіси	0,28	0,00	-0,53	0,26
можливості вечеряти в ресторанах	-0,03	0,50	-0,54	0,12
можливості відвідувати культурні заходи	0,41	-0,11	-0,58	0,18
можливості їздити відпочивати за кордон	0,39	0,26	-0,59	0,01
картки елітного спорт-клубу	-0,02	0,09	-0,22	0,78
впевненості в моїй відповідності релігійній моралі	0,16	-0,03	0,25	0,62
брендового одягу	-0,04	0,39	-0,16	0,61
рішучості пожертвувати особистим життям заради професійного поступу	0,11	0,08	0,18	0,28
Власні значення як підсумовані квадрати факторних навантажень	7,42	3,06	1,98	2,10
Відсоток поясненої дисперсії	0,26	0,11	0,07	0,07
Загальна дисперсія	0,50			

Тим часом на індивідуальному рівні культурної моделі перший фактор являє собою список необхідних елементів з різних сфер, що поєднують в єдине гармонійне ціле такі категорії, як родина, здоров'я і достаток; другий фактор включає змінні, що стосуються високого соціального статусу, престижу, поваги з боку інших та взаємної трансформації соціального та економічного капіталів; третій фактор поєднує елементи елітарності, розкошів та люксу (і має усі негативні факторні навантаження). Зрештою, четвертий фактор втілює бажання підвищення та досягнення вершини ієрархії. Хоча обидва блоки в анкеті

містили запитання, що мали схоже за змістом наповнення, факторіальна структура світоглядних уявлень колективного та індивідуального рівня досить відрізняються за внутрішньою організацією, пріоритетністю та асоціаціями між змінними (Мальцева, 2021b).

Демонстрація когнітивного виміру консонантності

Наступним кроком в аналізі є підключення до метрик здоров'я та демографічних змінних когнітивних даних про знання культурної моделі та її інтерналізацію з метою дослідження когнітивної площини консонантності. Разом із інформацією про стиль життя та репертуар поведінки культурного споживання (включеність в культурні практики) ці змінні дозволять експліцитно перевірити вплив когнітивних аспектів на змінні, важливі для моделі культурного консонансу, та з'ясувати їхню роль у механізмі впливу стилю життя на здоров'я різних соціальних категорій населення (Мальцева, 2021b). Для цього з змінних релевантних блоків спочатку було утворено шкали, для яких надалі було обчислено індекси для подальших форм аналізу.

Побудова шкал та обчислення індексів

В ході аналізу факторіальної структури, утвореної в результаті факторного аналізу, та структури дендрограми, отриманої в результаті кластерного аналізу, за алгоритмом, описаному детально у ранішій публікації авторки (Maltseva, 2016; Мальцева, 2021b), було виділено групи змінних (шкали), для яких згодом було обчислено індекси: шкала підтримки культурної моделі ($\alpha=0,86$) та інтерналізації її змісту ($\alpha=0,90$), а також шкала перцепції стресу ($\alpha=0,85$), шкала депресивної симптоматики (BDI-I) ($\alpha=0,89$), шкала процвітання ($\alpha=0,85$), шкала соціальної згуртованості ($\alpha=0,70$) та шкала включеності в культурні практики ($\alpha=0,90$) (Beck et al., 1961; Cohen, Kamarck, & Mermelstein, 1983; Diener et al., 2009; Ponizovskiy, Arant, Larsen, & Boehnke, 2020). Внутрішня структура (включаючи кореляції кожної змінних з шкалою в цілому) та альфи Кронбаха для всіх утворених шкал надаються у Табл. 3.22-

3.28. Додатково було також утворено три шкали, що стосувалися інформації про здоров'я (зокрема, про стиль життя та звички, що підтримують здоровий спосіб життя; сприйняття піклування батьків у дитинстві; та негативна симптоматика (наявність конкретних скарг щодо різних вимірів здоров'я та суб'єктивної оцінки стану здоров'я¹⁰¹) (Табл. 3.29.- 3.31).

Табл. 3.22. Внутрішня структура шкали "Культурна модель успіху "

α=0,86	Культурна модель	
0,13	1	мати високу посаду на роботі
0,15	2	мати можливість забезпечувати родину
0,19	3	мати успішне оточення
0,17	4	мати професію, що викликає повагу
0,16	5	мати владу або знати людей, які мають владу
0,08	6	постійно займатися саморозвитком і самовдосконаленням
0,16	7	отримати підтвердження свого успіху іншими людьми
0,20	8	їздити відпочивати за кордон
0,21	9	мати можливість вечеряти в ресторанах
0,21	10	купувати якісні продукти харчування
0,21	11	мати можливість відвідувати платні освітні курси/платні сервіси
0,18	12	стежити за своїм здоров'ям
0,19	13	мати можливість відвідувати культурні заходи (арт-виставки, театр, поетичні вечори)
0,21	14	займатися спортом і бути в хоршій фізичній формі
0,15	15	мати артистичні таланти чи творчо розвивати якусь майстерність
0,16	16	бути у шлюбі
0,14	17	мати дітей
0,14	18	мати хороший баланс між сімейним та робочим життям
0,12	19	жертвувати особистим життям заради професійного поступу
0,16	20	походити з забезпеченої освіченої родини
0,19	21	мати хорошу освіту
0,17	22	бути хорошим вірянником
0,21	23	бути членом елітного спорт-клубу
0,21	24	мати власне житло
0,20	25	мати авто
0,19	26	мати фінансову подушку (заощадження тощо)
0,19	27	мати дорогу техніку
0,18	28	мати брендовий одяг
0,16	29	мати психологічні якості, що спонукають до наполегливої праці

¹⁰¹ Для цього дослідження було важливо отримати інформацію про поширеність хронічних запалень, які є симптоматичним проявом дії хронічного стресу, що призводить до зношення організму та послабленню імунітету. За відсутності можливості використовувати біомаркери у зборі даних, змінні, що увійшли до шкали негативної симптоматики, втілювали клінічні маніфестації хронічних запалень, що обговорювались у відповідному розділі про вплив соціально-економічної нерівності на здоров'я. Такі фізичні прояви (скарги), якщо присутні, помітні респонденту без спеціалізованого медичного огляду, і респондент без медичного бекграунду може оцінити міру вираженості цих проявів та дискомфорту, що вони причиняють йому чи їй.

Табл. 3.23. Внутрішня структура шкали "Інтерналізація елементів культурної моделі успіху "

$\alpha=0,90$	Інтерналізація елементів культурної моделі	
0,17	30	високої посади на роботі
0,34	31	можливості забезпечувати родину
0,17	32	успішного оточення
0,23	33	професії, що викликає повагу
0,16	34	влади або знайомств з впливовими людьми
0,31	35	натхнення займатися саморозвитком і самовдосконаленням
0,17	36	підтвердження мого успіху іншими людьми
0,26	37	можливості їздити відпочивати за кордон
0,16	38	можливості вечеряти в ресторанах
0,28	39	можливості купувати якісні продукти харчування
0,20	40	можливості відвідувати платні освітні курси/платні сервіси
0,34	41	можливості стежити за своїм здоров'ям
0,22	42	можливості відвідувати культурні заходи (арт-виставки, театр, поетичні вечори)
0,29	43	можливості займатися спортом і бути в хорошій фізичній формі
0,15	44	артистичних талантів чи якоїсь досягнутої майстерності
0,29	45	шлюбного партнера
0,30	46	дітей
0,31	47	здорового балансу між сімейним та робочим життям
0,07	48	рішучості пожертвувати особистим життям заради професійного поступу
0,24	49	рівня життя та достатку, що мені забезпечили мої батьки
0,34	50	хорошої освіти
0,11	51	впевненості в моїй відповідності релігійній моралі
0,14	52	картки елітного спорт-клубу
0,34	53	власного житла
0,22	54	авто
0,30	55	фінансової подушки (заощаджень тощо)
0,21	56	дорогої техніки
0,16	57	брендового одягу
0,27	58	психологічних якостей, що уможливають невпинну працю

Табл. 3.24. Внутрішня структура шкали "Перцепція стресу"

$\alpha=0,85$	Перцепція стресу	
0,38	61	були засмучені через те, що сталося несподівано
0,38	62	відчували, що неспроможні контролювати важливі у Вашому житті речі
0,40	63	відчували себе знервованими чи в стані стресу
0,26	-64	відчували себе впевненими в тому, що здатні впоратись із власними проблемами
0,27	-65	відчували, що події відбувалися за Вашим планом
0,23	66	були впевнені, що не зможете справитися з усім тим, що маєте зробити
0,29	-67	відчували себе здатними контролювати те, що Вас дратує
0,29	-68	були впевненими, що все контролюєте
0,41	69	відчували роздратування через те, що Ви не могли контролювати
0,39	70	були сердитими через те, що не могли контролювати
0,44	71	здавалося, що труднощі накопичуються так швидко, що Ви не можете їх подолати

Табл. 3.25. Внутрішня структура шкали депресії BDI-I

$\alpha=0,89$	BDI-I	
0,36	72	BDI-1
0,30	73	BDI-2
0,30	74	BDI-3
0,35	75	BDI-4
0,31	76	BDI-5
0,24	77	BDI-6
0,26	78	BDI-7
0,30	79	BDI-8
0,27	80	BDI-9
0,22	81	BDI-10
0,32	82	BDI-11
0,33	83	BDI-12
0,32	84	BDI-13
0,33	85	BDI-14
0,35	86	BDI-15
0,25	87	BDI-16
0,36	88	BDI-17
0,23	89	BDI-18
0,16	90	BDI-19
0,26	91	BDI-20
0,24	92	BDI-21

Табл. 3.26. Внутрішня структура шкали процвітання

$\alpha=0,85$	Процвітання	
0,41	93	В моєму житті є мета і сенс.
0,36	94	Мої зв'язки з іншими підтримують мене і є одним з джерел добра в моєму житті.
0,48	95	Я включаюся в мої щоденні справи з інтересом і задоволенням.
0,38	96	Я намагаюся сприяти щастю та добробуту людей навколо мене.
0,34	97	Я добре розбираюся в тих видах діяльності, що є для мене важливими.
0,47	98	Я задоволений(а) своїм життям і мені нічим себе поприкнути.
0,45	99	Я дивлюся у майбутнє з оптимізмом.
0,44	100	Люди ставляться до мене з повагою.

Табл. 3.27. Внутрішня структура шкали соціальної згуртованості

$\alpha=0,73$	Соціальна згуртованість	
0,21	101	Я маю сусідів, до яких я ходжу у гості.
0,25	102	Загалом, людям можна довіряти.
0,25	103	Мій район - привітне місце для людей із іншим кольором шкіри.
0,23	104	Я відчуваю спорідненість із містом, у якому живу.
0,27	105	Я задоволений(а) тим, як місцеве врядування дбає про наше місто.
0,29	106	Я та інші люди, що живуть поруч, отримують однакове справедливе ставлення.
0,24	107	Я зазвичай допомагаю людям, що живуть поруч, якщо їм щось потрібно.
0,24	108	Я почуваюся захищено у районі, де я мешкаю.
0,11	109	Я регулярно читаю політичні новини.

Табл. 3.28. Внутрішня структура шкали "Включеність в культурні практики"

$\alpha=0,90$	Включеність в культурні практики	
0,32	110	театральні вистави
0,30	111	художні виставки
0,29	112	музеї та тематичні виставки
0,24	113	філармонію чи концерти класичної музики
0,29	114	оперні та/чи балетні вистави
0,21	115	нічні клуби та дискотеки
0,20	116	майстер-класи та тренінги
0,21	117	сеанси психоаналізу
0,28	118	спортивні змагання (наприклад, як учасник марафону чи матчу)
0,22	119	спортивні події (як вболівальник)
0,26	120	ресторани, відомі своєю кухнею
0,29	121	бібліотеки, читання та презентації нових книжок
0,17	122	великі родинні вечірки та святкування з участю запрошених родичів
0,31	123	кінопрем'єри та демонстрації фільмів англійською мовою
0,26	124	фітнес-клуби чи спортзали
0,22	125	пікніки та поїздки на природу
0,34	126	концерти відомих українських виконавців
0,32	127	концерти відомих зарубіжних виконавців
0,23	128	активний відпочинок на чистому повітрі (наприклад, велосипед)
0,18	129	заклади фастфуду (наприклад, Макдональдз)
0,22	130	природні резерви та історичні парки
0,28	131	виставки крафтярів
0,30	132	мюзикли
0,20	133	лунапарки
0,30	134	джаз-клуби

Табл. 3.29. Внутрішня структура шкали "Батьківська опіка в дитинстві"

$\alpha=0,73$	Батьківська опіка в дитинстві	
0,40	156	Чи Ваші батьки дбали про Ваш емоційний комфорт та захист, коли Ви були маленькі?
0,43	170	Чи могли Ваші батьки забезпечити Вам якісний медичний догляд, коли Ви були маленькі?
0,35	171	Чи Ваші батьки стежать за своїм здоров'ям?
0,44	172	Чи Ваші батьки з дитинства пояснювали Вам про догляд за здоров'ям та здоровий спосіб життя?

Табл. 3.30. Внутрішня структура шкали "Здоровий спосіб життя"

$\alpha=0,74$	Здоровий спосіб життя	
0,32	157	Чи Ви дбаєте про своє правильне харчування (харчуєтесь регулярно та поживно)?
0,24	158	Чи Ви слідкуєте за тим, щоб випивати достатньо води щодня?
0,23	159	Чи Ви маєте можливість висипатись?
0,18	162	Чи Ви регулярно відвідуєте стоматолога та/чи гігієніста?
0,24	163	Чи Ви маєте можливість лишитись вдома, коли захворіли?
0,21	164	Чи Ви маєте можливість отримувати медичні послуги, коли Вам потрібно?
0,26	167	Чи Ви займаєтесь спортом мінімум два рази на тиждень?
0,29	169	Чи Ви маєте можливість дотримуватись здорового способу життя, як Вам потрібно?
0,17	177	Зазвичай скільки разів на день Ви їсте свіжі фрукти?

Табл. 3.31. Внутрішня структура шкали ""Негативна симптоматика"

$\alpha=0,77$	Негативна симптоматика	
0,45	174	Як часто Ви хворієте зараз?
0,40	175	Чи Ви страждаєте від частих інфекцій та дрібних запалень (інфекцій очей тощо)?
0,38	176	Чи ми маєте проблеми з систематичними болями (у спині, суглобах, тощо)?
0,38	160	Чи Ви маєте хронічні захворювання?
0,40	161	Чи Ви швидко втомлюєтесь?

Для всіх шкал було обчислено адитивні індекси. Кореляції утворених індексів між собою наведено у Табл. 3.32.

Табл. 3.32. Кореляції індексів

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. Індекс підтримки культурної моделі	1									
2. Індекс інтерналізації	0,09	1								
3. Індекс перцепції стресу	0,26	0,09	1							
4. Індекс депресії BDI-I	0,01	0,04	0,34	1						
5. Індекс процвітання	0,18	-0,06	-0,04	-0,65	1					
6. Індекс соціальної згуртованості	0,14	-0,06	0,00	-0,35	0,43	1				
7. Індекс включеності в культурні практики	0,20	0,11	0,08	-0,19	0,29	0,41	1			
8. Індекс батьківської опіки у дитинстві	0,14	-0,07	-0,08	-0,22	0,24	0,26	0,21	1		
9. Індекс негативної симптоматики	-0,11	0,05	0,03	0,51	-0,43	-0,31	-0,28	-0,26	1	
10. Індекс здорового способу життя	0,16	-0,08	-0,05	-0,39	0,52	0,30	0,32	0,23	-0,40	1

На цьому етапі аналізу необхідний уточнюючий коментар стосовно операціоналізації комплексних конструктів інтерналізації елементів культурної моделі та культурної компетентності, що є важливим елементом дослідницького дизайну для перевірки властивостей цих конструктів в контексті культурного консонансу. На основі запитань другого блоку (29 змінних) було створено шкалу та індекс інтерналізації культурної моделі успіху. Інтерналізація операціоналізувалась як спрямована на себе негативна реакція за невідповідність колективному стандарту. Оскільки вимірювати комплексні конструкти краще агломерацією змінних (шкалою), радше ніж однією змінною, цього разу для оцінки міри інтерналізації респондентами конкретного елементу культурного світогляду на прикладі культурної моделі успіху було взято шкалу, що відображала гіпотетичний рівень засмучення, яке

індивід переживав би за умови невиконання цієї умови у своєму житті (Spiro, 1987; Maltseva, 2018a для порівняння; Мальцева, 2021b).

Метрики культурної моделі успіху надалі було залучено до налізу у формі індексу (знання та підтримки культурної моделі, 29 змінних першого блоку) та у формі факторних навантажень по першому фактору, отриманих в аналізі головних компонент, виконаному на транспонованій матриці змінних першого блоку анкети (міра культурної компетентності респондента, що відображає кореляцію кожного респондента з латентною змінною)(Maltseva, 2018a; Romney, 1999; Romney et al., 1986; Weller, 2007).

Роль індивідуальної міри інтерналізації у ефекті культурного консонансу

Слідом за утворенням шкал для кожного індивіда у вибірці було обчислено кумулятивні індекси для кожної шкали і обчислено середнє по всім шкалам, дотичним в плані теоретичних наслідків дії чинника інтерналізації, для проведення порівняння середніх показників здоров'я за рівнем інтерналізації.

Т-тест

На цьому етапі аналізу в центрі уваги знаходиться шкала інтерналізованості елементів культурної моделі успіху, створена на основі запитань другого блоку (29 змінних). Було створено індекс інтерналізації культурної моделі успіху. Для перевірки ролі міри інтерналізації у ефекті культурного консонансу індивідів у вибірці було розділено на слабких та сильних інтерналізаторів, використовуючи відсікання на рівні медіани (2,14)¹⁰². У вибірці індивіди, що мали середні показники по шкалі інтерналізації нижчі за 2,14, вважалися слабкими інтерналізаторами (N=120); решта із показниками вищими за 2,14, вважалися сильними інтерналізаторами (N=114). На основі такого розподілу за рівнем інтерналізації показники кожного індивіда по

¹⁰² Розбиття інтерналізації на слабку та сильну витікає з спостережень, що деякі стани (наприклад, слабкий стрес версус сильний стрес) по-різному впливають на наслідки для психічного здоров'я (передусім в площині знаку), як-от у випадку із використанням соціальних медіа індивідами у різних станах стресу, покращуючи результати для психологічного здоров'я у випадку із слабким і погіршуючи їх у випадку із сильними стресом (коли вжиток соціальних медіа виглядав як ескапізм) (Koban et al., 2021).

шкалам депресії та процвітання, важливим для перевірки положень культурного консонансу, було проаналізовано, використовуючи t-тест з однаковими дисперсіями (Табл. 3.33-3.36). Слабкі інтерналізатори мали нижчі середні показники депресивного афекту, але також мали гірші показники процвітання, ніж сильні інтерналізатори. Слабкі інтерналізатори тим не менш повідомляли про більш високий рівень соціальної згуртованості та довіри до людей, з якими вони живуть поруч. Різниця у стресі між слабкими та сильними інтерналізаторами не виявилася статистично значущою; цей аспект зв'язків між стресом та наслідками консонантності буде досліджений окремо далі у регресійному аналізі. Слабкі інтерналізатори також не відрізнялися від сильних інтерналізаторів в плані того, що вони знають про культурну модель та до якої міри вони включаються в різні культурні практики.

Табл. 3.33. Двухвибірковий t-тест с однаковими дисперсіями: Депресія

Депресія		
	<i>BDI-I Internalization low</i>	<i>BDI-I Internalization high</i>
Середнє	0,34	0,44
Дисперсія	0,09	0,16
Спостереження	120,00	114
Об'єднана дисперсія	0,12	
Гіпотетична різниця середніх	0,00	
df	232,00	
t-статистика	-2,36	
P(T<=t) одностороннє	0,01	
t критическое односторонне	1,65	
P(T<=t) двухстороннє	0,02	
t критичне двухсторонне	1,97	

Табл. 3.34. Двухвибірковий t-тест с однаковими дисперсіями: Процвітання

Процвітання		
	<i>Процвітання Internalization low</i>	<i>Процвітання Internalization high</i>
Середнє	3,30	3,13
Дисперсія	0,27	0,33
Спостереження	120	114
Об'єднана дисперсія	0,30	
Гіпотетична різниця середніх	0	
df	232	
t-статистика	2,34	
P(T<=t) одностороннє	0,01	
t критическое одностороннє	1,65	
P(T<=t) двохстороннє	0,02	
t критичне двохстороннє	1,97	

Табл. 3.35. Двухвибірковий t-тест с однаковими дисперсіями: Перцепція стресу

Стрес		
	<i>Стрес Internalization low</i>	<i>Стрес Internalization high</i>
Середнє	2,64	2,70
Дисперсія	0,13	0,12
Спостереження	120	114
Об'єднана дисперсія	0,13	
Гіпотетична різниця середніх	0	
df	232	
t-статистика	-1,21	
P(T<=t) одностороннє	0,11	
t критическое одностороннє	1,65	
P(T<=t) двохстороннє	0,23	
t критичне двохстороннє	1,97	

Табл. 3.36. Двухвибірковий t-тест с однаковими дисперсіями: Соціальна згуртованість

Соціальна згуртованість		
	Соціальна згуртованість <i>Internalization high</i>	Соціальна згуртованість <i>Internalization low</i>
Середнє	2,72	2,57
Дисперсія	0,28	0,30
Спостереження	120	114
Об'єднана дисперсія	0,29	
Гіпотетична різниця середніх	0	
df	232	
t-статистика	2,08	
P(T<=t) одностороннє	0,02	
t критическое одностороннє	1,65	
P(T<=t) двохстороннє	0,04	
t критичне двохстороннє	1,97	

Перевірка консонантності в ментальній сфері

Для емпіричного збагачення теоретизації складових процесу консонансу та для підвищення інформативності результатів тестування моделі культурного консонансу, в цьому дослідженні спеціально наголошувалося на розбіжностях впливу матеріального стилю життя, когнітивного виміру культури (знання про культурну модель) та сфери ментальних процесів, що розглядаються окремо для встановлення їхнього відповідного внеску до ефекту консонансу (тобто, погіршення психічного здоров'я у індивідів, які не відповідають стандартам своєї культурної спільноти у своєму стилі життя).

Перевірка ефекту на сильних vs. слабких інтерналізаторах

Для перевірки ролі чинників ментального життя у ефекті консонансу (негативного впливу невідповідності культурному стандарту на здоров'я) було здійснено серію простих лінійних регресій (лінійні регресії з однією незалежною змінною) на індексах шкал депресії, процвітання, стресу, підтримки та знання культурної моделі (як індекс та як факторні навантаження

першої головної компоненти з аналізу головних компонент)¹⁰³, міри інтерналізації культурної моделі, практик здорового способу життя, батьківського піклування у дитинстві, а також шкали негативної симптоматики у здоров'ї та двох параметрів (одиничних змінних) самооцінки здоров'я та самопочуття респондента (Табл. 3.37).

Кумулятивний індекс інтерналізації культурної моделі не мав прямого впливу на депресію, процвітання чи самооцінку здоров'я, тобто не був статистично значущим предиктором, теоретично дотичним до логіки моделі культурного консонансу (Табл. 3.37). Для дослідження нюансів цього зв'язку шкалу інтерналізації культурної моделі було дихотомізовано і представлено як сильну vs. слабку міру інтерналізації (створено нову змінну *Internalization HI/LO*). Для цього кейси було просортовано за показником індекса інтерналізації від сильної до слабкої інтерналізації і розділено на дві відповідні підгрупи за медіаною, за аналогією до процедури, описаній у попередньому підрозділі. Нову дихотомізовану шкалу інтерналізації культурної моделі було використано як незалежну змінну у регресійному аналізі з серією шкал та демографічних змінних, теоретично дотичних до результатів культурного консонансу, у якості залежної змінної (Табл. 3.38). Дихотомізація шкали інтерналізації дозволила знайти нові залежності, що вказували на здатність умови інтерналізації культурного стандарту «підгодовувати» депресію та «підривати» процвітання, що перегукується із ранішими результатами авторки в Швеції та США, що вказують на роль інтерналізації у негативному емоційному здоров'ї у процесі консонансу (Maltseva, 2015a; Maltseva, 2018a; Мальцева, 2021b). Попри очікування, міра інтерналізації не впливала на стрес сама по собі; утім вищі показники інтерналізації були предикторами вищої ймовірності того, що індивід не дотримується здорового способу життя у своєму стилі життя, має гірші поточні показники суб'єктивного самопочуття і має батьків, чії стратегії виховання не передбачали уваги до емоційних потреб респондента у дитинстві (Табл. 3.38).

¹⁰³ Для детального опису процедури можна звернутися до Maltseva (2015a) та Maltseva (2018a).

Табл. 3.37. Прості лінійні регресії

	BDI-I		Процвітання		Стрес		Негативна симптоматика		Здоровий стиль життя		Батьківська опіка		Самооцінка здоров'я		Оцінка самопочуття	
	beta	скориг. R2	beta	скориг. R2	beta	скориг. R2	beta	скориг. R2	beta	скориг. R2	beta	скориг. R2	beta	скориг. R2	beta	скориг. R2
BDI-I			-0,653***	0,424	0,340***	0,112	0,507***	0,254	-0,367***	0,145	-0,223**	0,046	-0,404***	0,16	-0,364***	0,129
Культурна модель	0,011		0,067**	0,028	0,259***	0,063	-0,112 (p=0,088)		0,156*	0,02	0,142*	0,016	0,107		0,117 (p=0,074)	
Культурна модель 1-й фактор	0,057		-0,070		0,063		0,041		-0,073		0,076		-0,029		-0,076	
Інтерналізація культурної моделі	0,037		-0,057		0,083		0,046		-0,078		-0,066		-0,027		0,013	
Інтерналізація культурної моделі 1-й фактор	0,067		-0,082		0,070		0,062		-0,081		-0,076		-0,029		-0,088	
Стрес	0,340***	0,012	-0,036				0,030		-0,046		-0,081		-0,083		-0,184**	0,03
Соціальна згуртованість (індекс)	-0,347***	0,116	0,434***	0,185	-0,002		-0,315***	0,095	0,304***	0,089	0,255***	0,061	0,269***		0,190**	0,032
Залученість у культуру	-0,194**	0,033	0,239***	0,082	0,076		-0,283***	0,076	0,323***	0,1	0,213**	0,041	0,235***	0,051	0,239***	0,053
Залученість у культуру 1-й фактор	0,084		-0,093		0,064		0,075		-0,102		-0,055		-0,040		-0,100	
Процвітання (індекс)	-0,653**	0,426			0,059		-0,434***	0,185	0,520***	0,267	0,237***	0,052	0,299***	0,085	0,341***	0,112
Батьківська опіка (шкала)	-0,223**	0,050	0,237***	0,052	0,095		-0,260***	0,064	0,234***	0,051			0,192**	0,033	0,114 (p=0,081)	
Негативна симптоматика (шкала)	0,507***	0,254	-0,434***	0,185	0,03				-0,399***	0,156	-0,260***	0,064	-0,541***	0,29	-0,508***	0,255
Здоровий стиль життя	-0,386***	0,145	0,520***	0,267	-0,046		-0,399***	0,156			0,234***	0,051	0,395***	0,152	0,390***	0,149
Перцепція відповідності культурному стандарту	-0,359***	0,125	0,444***	0,194	0,079		-0,198**	0,035	0,280***	0,075	126 (p=0,065)		-0,242***	0,055	0,150*	0,018
Гендер	0,154*	0,024	-0,045		0,113 (p=0,084)		0,176**	0,027	-0,030		-0,160*	0,022	0,121 (p=0,061)		-0,022	
Поточний SES	-0,323**	0,105	0,252***	0,060	-0,085		-0,279***	0,074	0,353***	0,121	0,154*	0,019	0,289***	0,08	0,226***	0,047
Ретроспективний SES (у дитинстві)	-0,116 (p=0,07)		0,058		0,046				0,01		0,261***	0,064	0,046		-0,084	
Спілкування з людьми, біднішими за респондента							0,154*	0,02	0,023		-0,110 (p=0,094)		0,016		-0,074	
Спілкування з людьми, багатшими за респондента					0,126*	0,012	-0,081		0,087		-0,130*	0,013	0,071		0,086	
Кількість друзів							-0,128*	0,012	0,182**	0,029	0,075		0,143*	0,016	0,091	
Статус у стосунках	-0,176**	0,032	0,152*	0,019	-0,140*	0,015	0,058		0,057		-0,028		-0,035		0,075	
Діти	0,120 (p=0,067)		0,151*	0,019	-0,021		0,103		0,048		-0,118 (p=0,071)		-0,043		0,031	
Соціальні медіа	0,130*	0,017	-0,062		0,210**	0,040	-0,015		-0,059		0,027		0,009		-0,121 (p=0,065)	
Рівень освіти	-0,147*	0,022	0,036		-0,111		-0,028		0,08		-0,071		0,032		0,04	
Батьки дбали про емоційний добробут (змінна)	-0,250***	0,062	0,296***	0,084	0,164*	0,023	-0,180**	0,028	0,121 (p=0,064)				0,101		0,177**	0,027
Правильне харчування	-0,313***	0,098	0,417***	0,171	126 (p=0,058)		-0,140*	0,015					0,255***	0,061	0,203**	0,037
Гідратація	0,111 (p=0,091)	0,008	0,209***	0,080	0,016								0,128*	0,012	0,118 (=0,071)	
Сон	-0,234***	0,055	0,345***	0,116	-0,060								0,210**	0,040	0,315***	0,096
Хронічні захворювання	0,296***	0,083	-0,228***	0,048	0,079				-0,239***	0,053			-0,343***	0,114	-0,383***	0,143
Чи Ви швидко втомлюєтесь?	0,523***	0,271	-0,439***	0,189	0,096				-0,416**	0,169			-0,341***	0,116	-0,483***	0,232
Регулярний огляд у стоматолога	-0,194**	0,033	0,274***	0,071	0,07								0,207**	0,039	0,176**	0,027
Можливість лишитись вдома, коли захворіли	-0,267***	0,067	0,278***	0,073	-0,055								0,193**	0,033	0,230***	0,049
Медичні послуги, коли Вам потрібно	-0,276***	0,078	0,349***	0,074	0,033								0,263***	0,065	0,206**	0,038

*p ≤ 0,05

**p ≤ 0,01

***p ≤ 0,001

Табл. 3.37. Прості лінійні регресії (продовж.)

	BDI		Процвітання		Стрес		Негативна симптоматика		Здоровий стиль життя		Батьківська опіка		Самооцінка здоров'я		Оцінка самог
	beta	скориг. R2	beta	скориг. R2	beta	скориг. R2	beta	скориг. R2	beta	скориг. R2	beta	скориг. R2	beta	скориг. R2	beta
Куріння	0,205**	0,038	-0,140*	0,015	0,098									-0,048	-0,154*
Алкоголь	0,129*	0,012	-0,103		0,034									-0,050	0,061
Спорт	-0,177**	0,027	0,245***	0,056	-0,032								0,244***	0,056	0,321***
Некорисна їжа	0,114*	0,016	-0,131*	0,013	0,049									-0,028	-0,144*
Можливість дотримуватись ЗСЖ	-0,318***	0,097	0,376***	0,138	-0,103								0,351***	0,119	0,408***
Медичний догляд у дитинстві	-0,142*	0,016	0,210**	0,04	-0,021		-0,190**	0,032	0,177**	0,027			0,159*	0,021	0,032
Чи Ваші батьки стежать за своїм здоров'ям?	-0,126*	0,012	0,084		0,009		-0,224**	0,046	0,240***	0,054			0,111 (p=0,091)		0,052
Батьки пояснювали про догляд за здоров'ям	-0,142*	0,016	0,115 (p=0,08)		-0,054		-0,184**	0,030	0,167*	0,024			0,201**	0,036	0,068
Як часто Ви хворіли в дитинстві?	0,150*	0,018	-0,227***	0,047	-0,010		0,497***	0,244	-0,186**	0,031	-0,174**	0,026	-0,171**	0,025	-0,154*
Як часто Ви хворієте зараз?	0,310***	0,092	-0,236***	0,051	-0,016				-0,246***	0,056	-0,126 (p=0,058)		-0,490***	0,237	-0,419***
Часті нфекції	0,336***	0,130	-0,373***	0,135	-0,073				-0,279***	0,074	-0,191**	0,032	-0,402***	0,158	-0,279***
Систематичні болі (у спині, суглобах тощо)	0,383***	0,143	-0,266***	0,067	-0,001				-0,274***	0,057	-0,131*	0,013	-0,457***	0,206	-0,316***
Соціальне положення (перцепція динаміки)	-0,324***	0,101	0,218**	0,043	-0,028		-0,363***	0,128	0,350***	0,119	0,154*	0,02	0,285***	0,77	0,292***
Соціальне положення батьків (перцепція динаміки)											0,286***	0,078	0,222**	0,045	0,114 (p=0,081)
Самооцінка стану здоров'я загалом	-0,404***	0,160	0,299***	0,085	-0,083		-0,541***	0,290	0,395***	0,152	0,192**	0,033			0,445***
Звичайний стан самопочуття	-0,364***	0,129	0,341***	0,112	-0,184**	0,030	-0,508***	0,255	0,390***	0,149	0,114 (p=0,081)		0,445***	0,195	
Доступ до інформації про зміцнення здоров'я	-0,125 (p=0,057)	0,011	0,106		-0,065		0,027		0,161*	0,022	-0,033		0,410		

*p ≤ 0,05

**p ≤ 0,01

***p ≤ 0,001

Табл. 3.38. Регресії з дихотимізованими змінними інтерналізації та сприйняття власної успішності

	BDI-I		Процвітання		Стрес		Негативна симптоматика		ЗСЖ		Батьківська опіка		Перцепція стану здоров'я		Оцінка самопочуття	
	beta (станд.)	скориг. R2	beta (станд.)	скориг. R2	beta (станд.)	скориг. R2	beta (станд.)	скориг. R2	beta (станд.)	скориг. R2	beta (станд.)	скориг. R2	beta (станд.)	скориг. R2	beta (станд.)	скориг. R2
Internalization HI/LO scale	0,153*	0,019	-0,152*	0,019	0,084		0,100		-0,182**	0,029	-0,135*	0,014	-0,130*	0,013	-0,031	
Perceived Success HI/LO var	-0,168*	0,024	0,234***	0,051	0,088		-0,111 (p=0,089)		0,144*	0,017	0,115 (p=0,078)		0,141*	0,016	0,113	
Якою мірою Ви вважаєте себе успішною людиною?	beta (станд.)	скориг. R2	beta (станд.)	скориг. R2	beta (станд.)	скориг. R2	beta (станд.)	скориг. R2	beta (станд.)	скориг. R2	beta (станд.)	скориг. R2	beta (станд.)	скориг. R2	beta (станд.)	скориг. R2
Internalization HI (N=114)	-0,406***	0,157	0,465***	0,209	0,075		-0,243**	0,051	0,265**	0,062	0,055		0,212*	0,036	0,139	
Internalization LO (N=120)	-0,280**	0,071	0,409***	0,06	0,098		-0,139		0,283**	0,072	0,171 (p=0,062)		0,261**	0,06	0,189	

*p ≤ 0,05

**p ≤ 0,01

***p ≤ 0,001

Для більш контрастної перевірки було дихотомізовано змінну щодо успіху (створено нову змінну Perceived Success HI/LO) та аналогічні регресійні моделі здійснено також з нею як незалежною змінною. Дихотомізована змінна успіху поведилася дзеркально протилежно до шкали інтерналізації – індивіди, що вважали себе адекватним втіленням стандартів, закладених у культурній моделі успіху, мали нижчі показники депресії і кращі показники процвітання, і при цьому мали кращий стан здоров'я у самозвітах та більш ймовірно інвестували у здоровий спосіб життя (Табл. 3.38).

Слідом за цим респондентів було розділено на дві підгрупи за мірою інтерналізації (сильна vs. слабка) і для кожної підгрупи окремо було проведено регресійний аналіз (лінійні регресії з однією незалежною змінною), що перевіряв вплив само-атрибуції успіху (чи респондент вважав, що відповідає стандарту культурної моделі успіху) на показники позитивного та негативного психічного здоров'я, самооцінки фізичного здоров'я та самопочуття (Табл. 3.38). Коли регресійний аналіз було проведено таким чином окремо на сильних (N=114) та слабких (N=120) інтерналізаторах, було виявлено нові тенденції. Зокрема серед сильних інтерналізаторів неспроможність реалізувати стандарти культурної моделі спричиняла майже вдвічі вищі показники депресії, ніж у слабких інтерналізаторів у таких саме умовах, а її успішна реалізація серед сильних інтерналізаторів спричиняла більш стрімке підвищення процвітання, ніж у слабких інтерналізаторів, які відповідали культурному стандарту. Крім того, серед сильних інтерналізаторів, які відчували, що не відповідають стандарту успіху, закладеному у культурній моделі, невідповідність моделі впливала на гірші показники самозвітів здоров'я та самопочуття, а також вищі показники негативної симптоматики у здоров'ї, чого не спостерігалось у слабких інтерналізаторів. З цих результатів можна припустити, що у слабких інтерналізаторів показники здоров'я менш приєднані до співвідношення з культурною моделлю, ніж у сильних інтерналізаторів. Таким чином, міра інтерналізації дійсно має роль у процесі культурного консонансу і має досліджуватись глибше у подальших дослідженнях у контексті вивчення більш

широкої тематики наслідків (не)відповідності індивідуального профілю колективному.

Загальні результати простих лінійних регресій

Результати простих лінійних регресій поза межами перевірки ефектів інтерналізації виявили також деякі додаткові тенденції, цікаві у контексті теорії культурного консонансу. Так, індекс культурної моделі (підтримка респондентом культурної моделі успіху як колективного стандарту) впливав на рівень процвітання та дотримання практики здорового способу життя (слабкий позитивний зв'язок), але також додавав до стресу (Табл. 3.37). Тим часом, культурна модель у вигляді факторних навантажень першої головної компоненти (культурна компетентність респондента у домені успіху) не демонструвала статистично значущих причинних зв'язків із змінними, важливими у контексті моделі культурного консонансу. Така сама ситуація була із обома метриками інтерналізації культурної моделі (у вигляді адитивного індексу та у вигляді факторних навантажень) (Мальцева, 2021b).

Респонденти, які повідомляли про вищий рівень власної відповідності стандартам успіху, закладеним у культурну модель, мали нижчий рівень депресії та негативної симптоматики, на тлі більш високого рівня процвітання та більшої уваги до практик, що зміцнюють здоров'я. Цікавим для цієї категорії є те, що індивіди, які вважали себе достатньо успішними за культурним стандартом, позитивно оцінювали свій рівень самопочуття навіть тоді, коли мали скарги на здоров'я (Мальцева, 2021b).

Поточний дохід родини виступав найбільш систематичним предиктором наслідків у здоров'ї, порівняно із рештою демографічних характеристик, відображених у анкеті¹⁰⁴. Так, низький поточний рівень доходів родини погіршував ситуацію з психічним та фізичним здоров'ям респондентів, а також з їхнім самопочуттям. Поточний фінансовий стан родини також був у

¹⁰⁴ Найбільш потужними предикторами виступали психологічні характеристики та різні аспекти практик підтримання здоров'я, пов'язані із здатністю вести здоровий спосіб життя.

зворотному зв'язку з ймовірністю того, що респондент веде здоровий спосіб життя та дбає про своє здоров'я. Рівень доходу родини у дитинстві респондента позитивно впливав на рівень доходу родини респондента у теперішньому часі ($\beta = 0,205, p \leq 0.001$)¹⁰⁵, але не виступав статистично значущим предиктором жодної змінної, важливої для процесів, задіяних у механізмі культурного консонансу (Табл. 3.37). Поточне підвищення соціального статусу у перцепції респондента сприяло зменшенню ймовірності депресивних симптомів та скарг на здоров'я, а також покращувало процвітання, підвищувало показники обох метрик суб'єктивної оцінки здоров'я та підвищувало ймовірність включеності респондента у практики, що сприяють здоровому способу життя. Суб'єктивна перцепція власного соціального статусу мала більш потужний вплив на самопочуття та наявність негативної симптоматики, ніж об'єктивний вимір фінансового становища родини, який, у свою чергу, мав сильніший вплив на прояви депресії та оцінку стану здоров'я респондента в цілому. Цей результат підтверджує результати раніших досліджень (Graham & Ciciurkaite, 2023). Це важливий момент, який наголошує на значущості когнітивного (оціночного) аспекту дії соціальних стресорів на здоров'я та врахування когнітивного виміру у концептуалізації процесу культурного консонансу (Мальцева, 2021b).

Важливим для нашої зацікавленості у передачі соціокультурної інформації та кумулятивних наслідків нерівності для здоров'я виступає той факт, що ті респонденти, чії батьки, у їхніх очах, дбали про їхні емоційні потреби та захищеність у дитинстві, мали нижчі показники депресії та негативної симптоматики та кращі показники процвітання, більш високу оцінку свого поточного рівня здоров'я, а також вищу ймовірність ведення здорового способу життя у теперішньому часі (Табл. 3.37). Це вказує на роль родинного середовища, фігур батьків, особисте інвестування батьків у розвиток дітей та батьківської опіки над своїми дітьми у процесі передавання інформації про здоров'я у вихованні, зокрема віддавання власного часу для навчання дітей відповідним профілактичним практикам та пояснення важливості регулярного

¹⁰⁵ Наведено стандартизований регресійний коефіцієнт.

моніторингу здоров'я з дитинства. Ці результати підкреслюють важливий вимір кумулятивності у наслідках нерівності у здоров'ї (Мальцева, 2021b).

З огляду на умови пандемії та тривогу за власне здоров'я та безпеку, цікавим може бути також те, що індивіди, які повідомляли про присутність в їхніх мережах індивідів як з більш, так і з менш заможних верств, оцінювали своє здоров'я як менш міцне, ніж індивіди з більш гомогенних мереж. Тим часом індивіди, які мали часті контакти з представниками більш фінансово забезпечених категорій населення, повідомляли про більш високі рівні стресу (Табл. 3.37). В цьому контексті наявність надійних друзів знижувала ймовірність скарг на здоров'я та підвищувала самооцінку здоров'я респондентів у вибірці (Мальцева, 2021b).

Рівень стресу (представлений як адитивний індекс) закономірно підвищував рівень депресії та знижував оцінку самопочуття респондентів у вибірці, як можна очікувати з огляду на сучасне розуміння механіки процесу стресу (Мальцева, 2021b).

Довіра до інших (індекс відчуття згуртованості у спільноті) навпаки знижувала ймовірність розвитку депресивної симптоматики та наявності скарг на здоров'я, тим часом покращуючи рівень процвітання, ймовірність того, що респондент веде здоровий спосіб життя, а також обидві метрики самооцінки здоров'я (як оцінка власного стану здоров'я у цілому і як самопочуття). Ці знахідки є співзвучними із результатами, отриманими іншими дослідниками (Ponizovskiy, Arant, Larsen, & Boehnke, 2020). Такий саме патерн демонструвала включеність в культурні практики (Мальцева, 2021b).

Щодо демографічних характеристик, то можна виділити такі закономірності. У вибірці жінки мали вищий рівень депресії та гірший стан здоров'я (більше скарг на негативні симптоми), ніж чоловіки. При цьому жінки також мали дещо вищу ймовірність вважати себе емоційно занедбаними батьками та психологічно беззахисними у дитинстві у порівнянні із респондентами чоловічої статі. Респонденти, які мали партнера, мали нижчі

рівні депресії та стресу, а ті з них, хто мали дітей, мали вищі рівні процвітання (Мальцева, 2021b).

Правильне харчування виступало важливим чинником позитивних результатів у якості життя, підвищуючи позитивну перцепцію стану власного здоров'я, покращуючи самопочуття та процвітання, а також знижуючи ймовірність депресивних симптомів та скарг на здоров'я (Мальцева, 2021b).

Велика кількість годин, проведених у соціальних медіа, підвищували рівень депресії та особливо стресу серед респондентів (Табл. 3.37).

Рівень освіти респондентів знижував ймовірність депресії; утім рівні освіти батьків не мали статистичних зв'язків із жодною змінною, релевантною для процесу культурного консонансу (Табл. 3.37). Щодо батьківського впливу, у даних вибірки реєструється доволі потужний сигнал щодо того, що респонденти, чиї батьки, на їхню думку, дбали про їхній захист та емоційні потреби, мали нижчі рівні депресії та менше скарг на негативну симптоматику, і вищі показники процвітання та самопочуття. Це вказує на роль емоцій у механізмі стресу та ролі стилів виховання у емоційному регулюванні у дитинстві індивіда. В контексті дитинства також важливою є знахідка, що індивіди, які звітують про те, що часто хворіли у дитинстві, продовжують часто нездужати і зараз, і ці індивіди не схильні дотримуватися практик, що сприяють здоровому способу життя (Мальцева, 2021b).

Множинний регресійний аналіз із включенням в модель кількох предикторів далі проілюстрував роль розподілу на сильних та слабких інтерналізаторів у механізмі культурного консонансу. Зокрема, було розглянуто роль культурної компетентності (у вигляді факторних навантажень на перший фактор з аналізу транспонованої матриці), перцепції власної відповідності культурної моделі (на прикладі моделі успіху) та міри інтерналізації культурної моделі успіху (у дихотомізованому вигляді) як чинників впливу на вираженість депресивної симптоматики. До перевірки цієї класичної для теорії культурного консонансу асоціації причинного зв'язку між невідповідністю культурного стандарту та негативним психічним здоров'ям (рівень депресії) було також

долучено перевірку впливу цих чинників на позитивне психічне здоров'я, самооцінку здоров'я та самопочуття¹⁰⁶ (Табл. 3.39-3.41 щодо множинних регресій). Хоча культурна компетентність не виступала статистично значущим предиктором у жодній моделі, дихотомізований індекс інтерналізації та перцепція власної відповідності культурному стандарту успіху мали статистично значущий вплив на всі три параметри (негативного та позитивного психічного здоров'я та самооцінку соматичного здоров'я в цілому). Очікувано, перцепція власної відповідності культурній моделі успіху позитивно впливала на рівень процвітання та самооцінку здоров'я і знижувала рівень депресії; інтерналізація мала протилежний ефект, підвищуючи рівень депресії та знижуючи показники процвітання та самооцінки здоров'я.

Табл. 3.39. Множинні лінійні регресії: індекс депресії

Зведена модель ^b					
Модель	R	R-квадрат	Скоригований R-квадрат	Стандартна помилка оцінки	Дарбін-Ватсон
1	,155 ^a	0,024	0,016	7,340	2,116

а. Предиктори: (константа), HI_LO_INT, Factor1_CM

б. Залежна змінна: Index BDI-I

Коефіцієнти ^a								
Модель		Нестандартизовані коефіцієнти		Стандартизовані коефіцієнти	t	Значимість	Статистика колінеарності	
		B	Стандартна помилка	Бета			Допуск	VIF
1	(Константа)	3,699	3,029		1,221	0,223		
	Factor1_CM	1,314	3,088	0,028	0,425	0,671	0,962	1,040
	HI_LO_INT	2,177	0,979	0,147	2,224	0,027	0,962	1,040

а. Залежна змінна: Index BDI-I

¹⁰⁶ В результаті аналізу не було зареєстровано статистично значущого впливу цих чинників на самопочуття, тож подальша дискусія фокусується на показниках депресії (негативне психічне здоров'я), позитивному психічному здоров'ї (процвітання) та самооцінці здоров'я.

Табл. 3.40. Множинні лінійні регресії: індекс процвітання

Зведена модель ^b					
Модель	R	R-квадрат	Скоригований R-квадрат	Стандартна помилка оцінки	Дарбін-Ватсон
1	,157 ^a	0,025	0,016	4,403	2,103

а. Предиктори: (константа), HI_LO_INT, Factor1_CM

b. Зависимая переменная: Index Flourishing

Коефіцієнти ^a								
Модель		Нестандартизовані коефіцієнти		Стандартизовані коефіцієнти	t	Значимість	Статистика колінеарності	
		B	Стандартна помилка	Бета			Допуск	VIF
1	(Константа)	28,771	1,817		15,837	0,000		
	Factor1_CM	-1,175	1,852	-0,042	-0,634	0,527	0,962	1,040
	HI_LO_INT	-1,273	0,587	-0,144	-2,169	0,031	0,962	1,040

а. Залежна змінна: Index Flourishing

Табл. 3.41. Множинні лінійні регресії: самооцінка здоров'я

Зведена модель ^b					
Модель	R	R-квадрат	Скоригований R-квадрат	Стандартна помилка оцінки	Дарбін-Ватсон
1	,130 ^a	0,017	0,008	0,475	2,040

а. Предиктори: (константа), HI_LO_INT, Factor1_CM

b. Залежна змінна: Як Ви оцінюєте свій нинішній стан здоров'я загалом?

Коефіцієнти ^a								
Модель		Нестандартизовані коефіцієнти		Стандартизовані коефіцієнти	t	Значимість	Статистика колінеарності	
		B	Стандартна помилка	Бета			B	Стандартна помилка
1	(Константа)	3,125	0,196		15,961	0,000		
	Factor1_CM	-0,012	0,200	-0,004	-0,061	0,951	0,962	1,040
	HI_LO_INT	-0,122	0,063	-0,129	-1,936	0,054	0,962	1,040

а. Залежна змінна: Як Ви оцінюєте свій нинішній стан здоров'я загалом?

Множинний аналіз відповідностей

На наступному етапі аналізу утворені з шкал адитивні індекси залучалися в множинний аналіз відповідностей разом із демографічними категоріями: зокрема, з шкал до аналізу було включено метрики, пов'язані з дитинством, та метрики здоров'я (Рис. 3.13). Отримані в аналізі відповідностей результати вказують на те, що ймовірність мати спосіб життя, що характеризується ефективними практиками підтримки здоров'я та догляду за здоров'ям, пов'язана із здобуттям індивідом високого рівня освіти, утім ця тенденція є незалежною від освіти батьків, що віддзеркалюється в результатах відповідних лінійних регресій (Табл. 3.39) (для порівняння Lynch, Kaplan & Salonen, 1997). Зусилля по догляду за здоров'ям та інформація про здоров'я загалом також асоціюються із стабільним економічним становищем родини у дитинстві індивіда, що перегукується з результатами, отриманими раніше (Малиновська & Мальцева, 2021). Успішність, визначену за критеріями культурної моделі, приписують собі індивіди, які мають стабільне поточне фінансове і соціальне становище, що покращується (в їхніх соціальних мережах половина людей мають гіршу фінансову ситуацію, ніж респонденти), високі показники соціального капіталу (в т.ч. гетерофільні мережі з контактами з більш та менш заможних категорій населення) та самопочуття на рівні «добре». Успішні індивіди мають гендерний паритет (чоловіки та жінки є рівновіддаленими від цієї категорії на графіку); респонденти, що декларують себе як успішних, мають двох дітей та відносяться до вікових категорій 35-44 років та 45-55 років (Мальцева, 2021b).

Тим часом, негативну симптоматику на графічному зображенні розміщено поруч із низьким поточним економічним становищем родини та похилим віком, що також супроводжується зменшенням розміру соціальної мережі респондента. Загальні негативні показники здоров'я (як самооцінка загального стану здоров'я в цілому, так і самопочуття) знаходяться ліворуч, а

позитивні оцінки здоров'я займають праву частину зображення. Покращення характеристик здоров'я та самопочуття просувається на графіку зліва направо в такий спосіб, що утворюється градієнт (Marmot, 2005) (Рис. 3.14. та 3.15). Подібна ситуація утворювалася в американських даних стосовно метрик депресії та процвітання (Рис. 3.16) в додатковому аналізі, але шведські дані не демонстрували градієнта для наявної метрики процвітання (Мальцева, 2021b).

Так само, низьке фінансове становище родини у дитинстві індивіда розміщується внизу зображення і по мірі просування нагору графіка поступово переходить в більш заможні категорії фінансової забезпеченості у дитинстві. Таким чином множинний аналіз відповідностей наочно ілюструє кумулятивний характер нерівностей у здоров'ї між різними категоріями респондентів, наголошуючи на важливості умов дитинства та ролі батьків. Поточний соціально-економічний статус респондента і соціально-економічний статус респондента в дитинстві визначався через поточний (чи ретроспективний у випадку із показниками дитинства) дохід його чи її родини, виражений як категорії товарів та послуг, на які родина респондента може витратити кошти (див. композицію вибірки для ілюстрації відповідних анкетних запитань). Вибір метрик було зумовлено (1) уможливленням порівняння із іншими дослідженнями культурного консонансу, які використовують подібну метрику соціально-економічного становища індивіда; (2) для підкріплення конструкту соціального порівняння у вимірюванні; (3) уникання потенційних неясностей щодо розбіжностей у індивідуальних статках чи доходах, виражених конкретною сумою; (4) забезпечення однакових метрик із дослідженнями соціального градієнту у здоров'ї.

Додатковий аналіз даних американської вибірки, використаних для ілюстрації ролі інтерналізації та культурної компетентності в моделі культурного консонансу раніше (Maltseva, 2018a), також вказує на наявність градієнта у негативному психічному здоров'ї за соціально-економічним статусом (Рис. 3.16).

Рис. 3.14. Множинний аналіз відповідностей, виконаний на шкалах (Мальцева, 2021b).

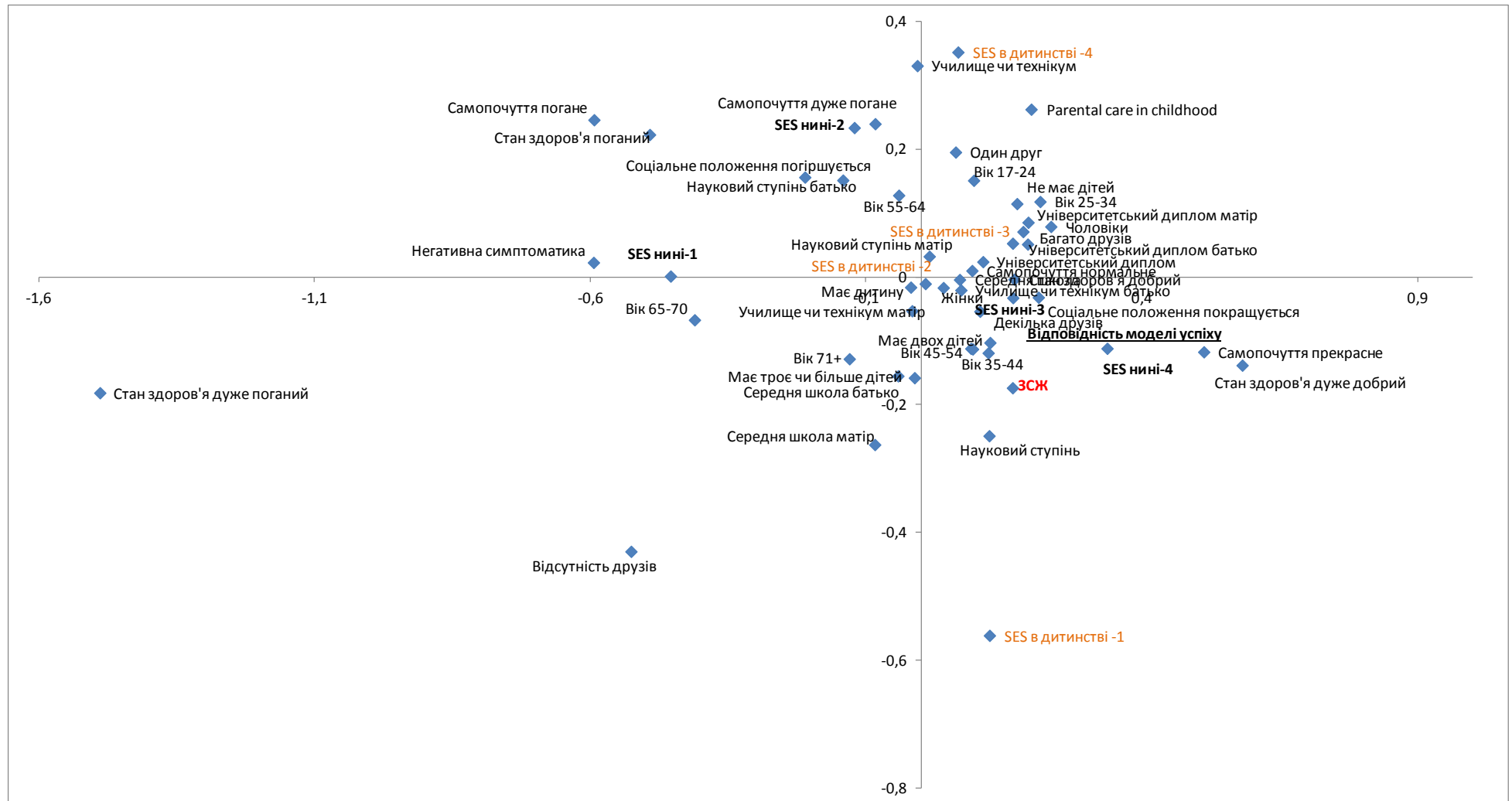


Рис. 3.15. Градієнт у самооцінці стану здоров'я у цілому (Мальцева, 2021b).

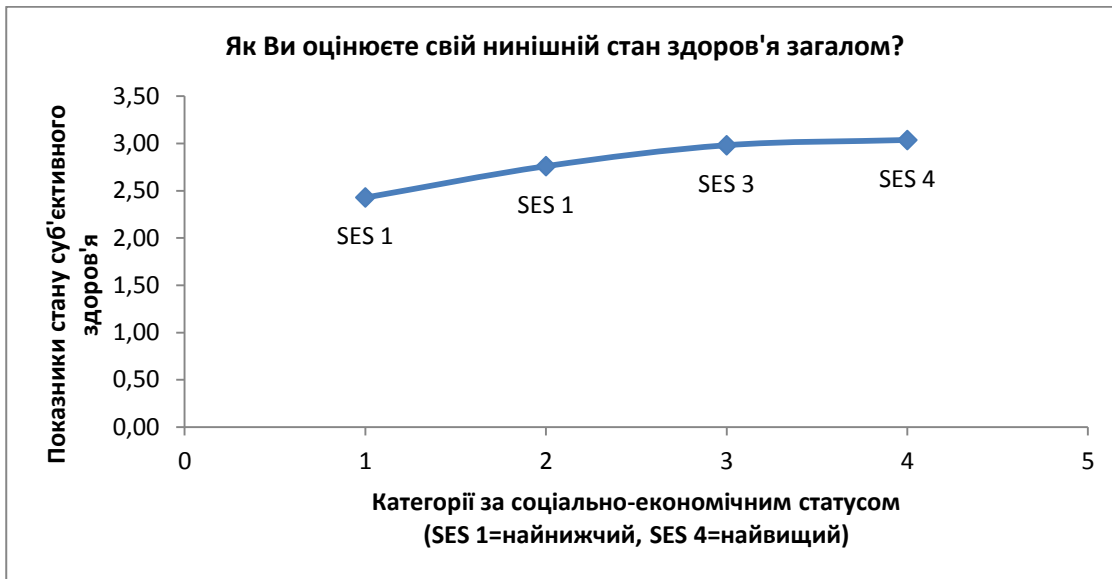


Рис. 3.16. Градієнт у самооцінці стану самопочуття (Мальцева, 2021b).

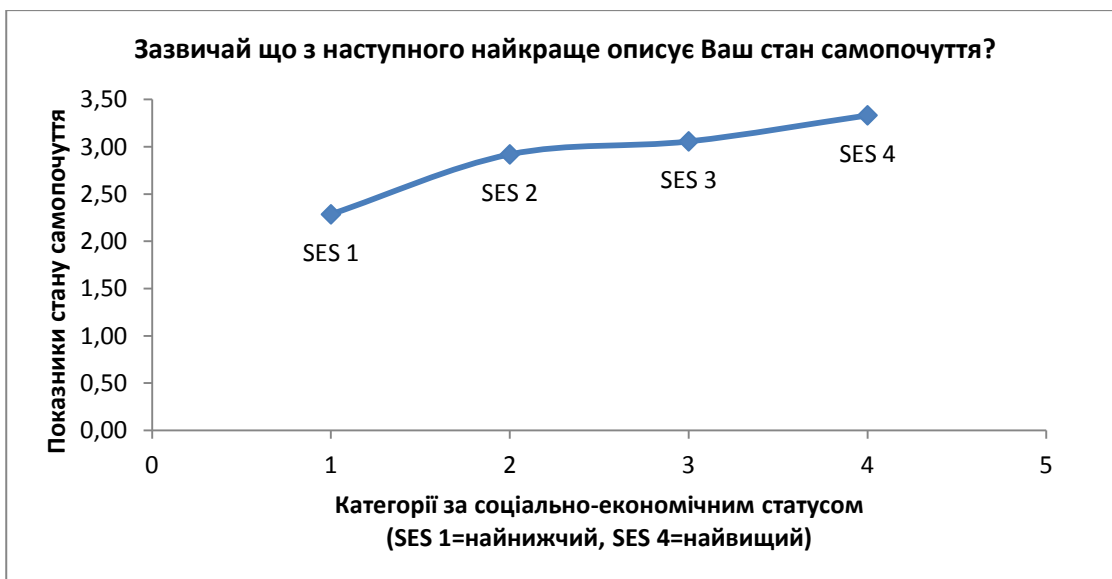
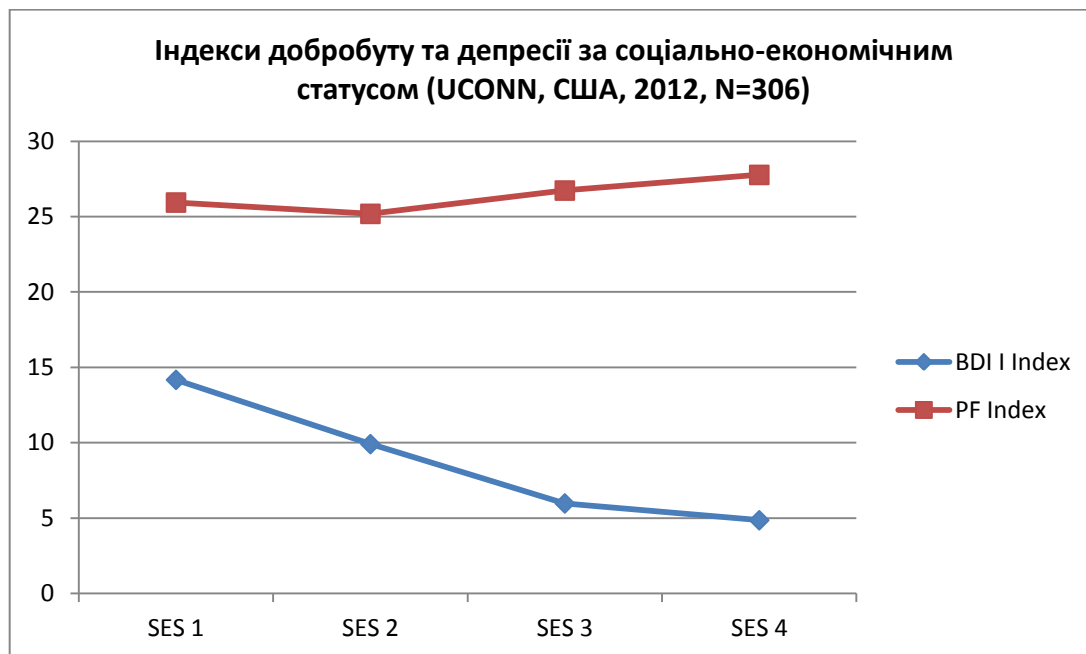


Рис. 3.17. Індекси добробуту та депресії за соціально-економічним статусом (N=306, США, 2012)



Як видно на графічному зображенні, усереднені індексовані показники негативного психічного здоров'я (індекс депресії, BDI-I Index) поступово покращуються з кожним наступним шаблоном нагору. Подібна закономірність спостерігається з індексом позитивного психічного здоров'я (індекс процвітання, PF Index), хоча тут залежність менш стрімка і не виглядає однозначно лінійною. Цей аспект впливу соціально-економічного статусу на позитивну та негативну сторони спектру психічного здоров'я надалі перевірятиметься в регресійному аналізі в наступному розділі, контролюючи впливи демографічних змінних (вік, гендер та освіта обох батьків) і розглядатиметься докладніше в межах обговорення результатів дослідження впливу соціально-економічних чинників на здоров'я (Табл. 4.1 та 4.2).

Здоровий спосіб життя та включеність в різні культурні практики

Для ілюстрації зв'язків способу життя, що мали наслідки для здоров'я, із загальними культурними практиками (об'єктивною культурою), було використано змінні з блоку культурної включеності, що містив інформацію про репертуар та регулярність поведінок культурного споживання, в які

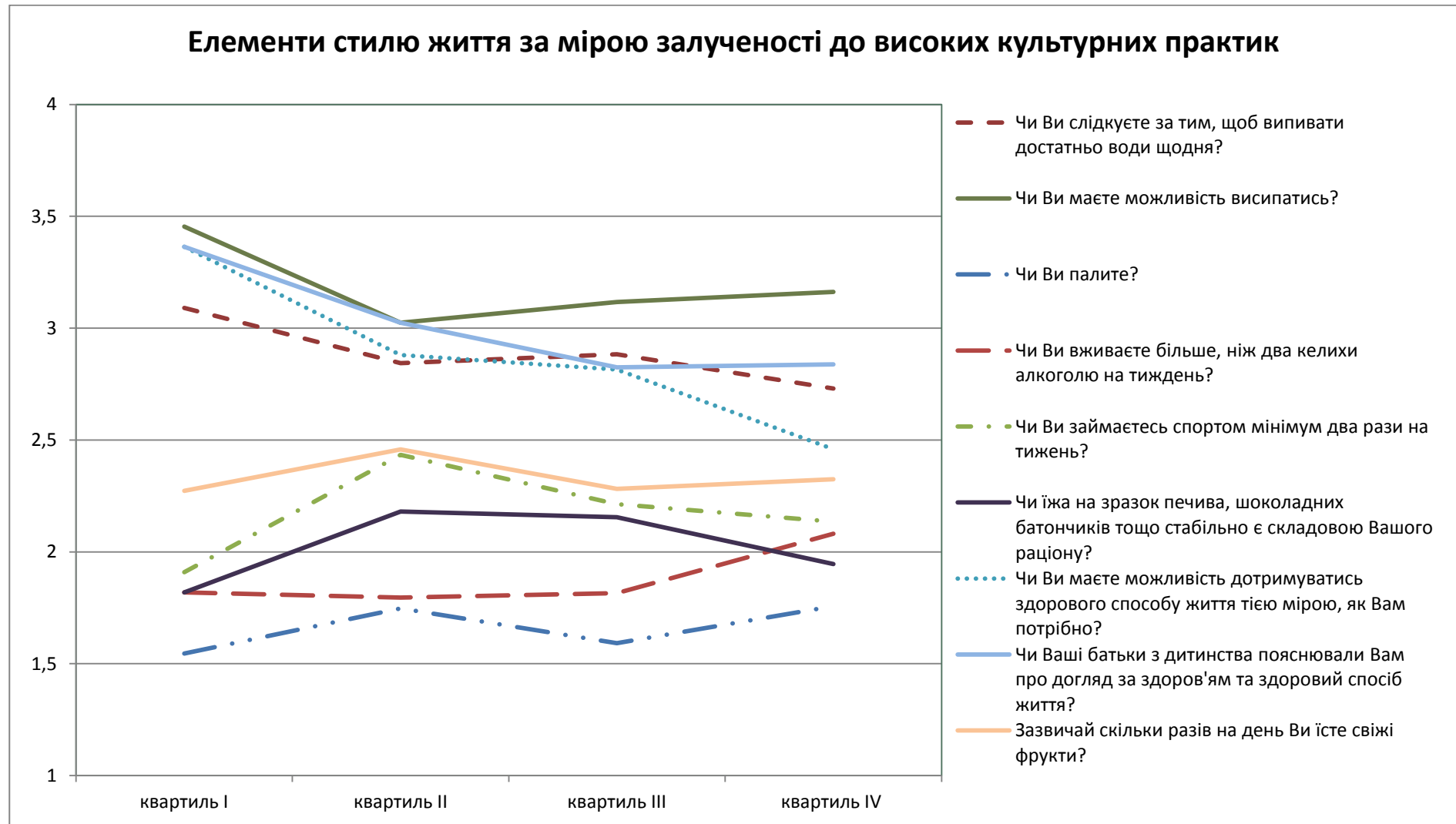
респонденти включалися до карантину (25 змінних). Результати аналізу середніх тенденцій для змінних цього блоку представлено у Табл. 3.19. Зокрема перевірялося припущення, що індивіди, які споживають зразки високої культури (опера, театр, виставки, музеї), також приділяють більше уваги моніторингу свого здоров'я і загалом ведуть більш здоровий спосіб життя (Oude Groeniger, Kamphuis, Mackenbach, Beenackers, & van Lenthe, 2019). Використовуючи алгоритм для шкалоутворення, описаний у ранішому дослідженні (Maltseva, 2016), набір змінних у батареї з різноманітних культурних практик було піддано факторному аналізу та кластерному аналізу для виявлення їхньої внутрішньої структури (Рис. 3.17).

За результатами було виділено декілька груп змінних, які разом характеризували різні групи індивідів за їхніми відповідними практиками культурного споживання. Набір змінних, які характеризували споживання зразків високої культури (відвідування театрів, оперних та балетних вистав, художніх та тематичних виставок, філармонії та концертів класичної музики), було виділено в окрему шкалу високої культури (з альфою Кронбаха на рівні 0,86) (Табл. 3.28). За аналогією з процедурами, вжитими у вищезгаданому дослідженні впливу культурного капіталу на спосіб життя (Oude Groeniger, Kamphuis, Mackenbach, Beenackers, & van Lenthe, 2019), для утвореної шкали було обчислено адитивний індекс, за яким індивідів було просортовано від найбільш до найменш виразних проявів споживання високої культури, і відповідно за цим розподілом надалі розділено на квартилі (перший – з найвищими показниками індексу, четвертий – з найнижчими). Слідом за цим для кожного квартилю було обчислено середнє значення по всім змінним, які стосувалися способу життя (поживного харчування, гідратації, сну, фізичних навантажень, вживання алкоголю та некорисної їжі, паління), а також інформації про те, чи батьки респондента привчали їх дбати про здоров'я з дитинства і чи самі батьки дбають про своє здоров'я (Мальцева, 2021b). Результати представлено на Рис. 3.18.

Рис. 3.18. Кластерна дендрограма виміру "Включеність в культурні практики" (Мальцева, 2021b)

alpha	clus. av.		
		театральні вистави	1 *****
0,83821	0,58606	художні виставки	2 ** * *
0,84244	0,72777	музеї та тематичні виставки	3 ** *
0,85702	0,48906	філармонію чи концерти класичної музики	4 ***** *
0,76378	0,61783	оперні та/чи балетні вистави	5 ***** *
0,85297	0,36507	бібліотеки, читання та презентації нових книжок	12 ***** *
0,5857	0,41413	кінопрем'єри та демонстрації фільмів англійською мовою	14 ***** *
0,88363	0,2661	спортивні змагання (наприклад, як учасник марафону чи матчу)	9 ***** *
0,68363	0,51933	фітнес-клуби чи спортзали	15 ***** *
0,71779	0,42858	спортивні події (як вболівальник)	10 ***** *
0,83542	0,34324	концерти відомих українських виконавців	17 ***** *
0,74904	0,59877	концерти відомих зарубіжних виконавців	18 ***** *
0,79344	0,38695	виставки крафтарів	22 ***** *
0,73055	0,43516	мюзикли	23 ***** *
0,71285	0,55382	джаз-клуби	25 ***** *
0,88422	0,23219	лунапарки	24 ***** **
0,88866	0,22694	нічні клуби та дискотеки	6 ***** **
0,57017	0,2963	ресторани, відомі своєю кухнею	11 ***** *
0,49306	0,32719	заклади фастфуду (наприклад, Макдональдз)	20 ***** *
0,89179	0,21862	майстер-класи та тренінги	7 ***** *
0,4535	0,29324	сеанси психоаналізу	8 ***** *
0,89656	0,19012	великі родинні вечірки та святкування з участю запрошених родичів	13 ***** *
0,67972	0,2106	пікніки та поїздки на природу	16 ***** *
0,708	0,54798	активний відпочинок на чистому повітрі (наприклад, велосипед)	19 ***** *
0,7368	0,45006	природні резерви та історичні парки	21 ***** *

Рис. 3.19. Елементи стилю життя за мірою залученості до високих культурних практик (Мальцева, 2021b)



У більшості випадків представники першого квартилю мали найменше поганих звичок, що додають найбільше до тягаря нездужань (Mackenbach, Valverde, Vopp, Brønnum-Hansen, Deboosere, Kalediene, ..., & Nusselder, 2019) і, за винятком споживання свіжих фруктів та фізичними навантаженнями, вони ж були лідерами у всіх аспектах поведінок, що характеризують здоровий спосіб життя. Цей останній момент відсутності вищих показників занять спортом відрізняє цей результат¹⁰⁷ з української вибірки від тенденцій, що фіксують європейські дослідження, де представники верств, що споживають зразки високої культури, також займаються спортом, відвідують тренажерні зали і мають більше фізичних навантажень на тиждень, ніж представники інших верств (Oude Groeniger, Kamphuis, Mackenbach, Beenackers, & van Lenthe, 2019). Щодо нестатнього рівня споживання фруктів на день, цей результат, передусім, віддзеркалює більш загальну тенденцію, зафіксовану в репрезентативному дослідженні українського населення, що свідчить про те, що більше половини українців нехтують регулярно включати свіжі овочі та фрукти в свій раціон (STEPS, 2019). Тим часом, харчування є надзвичайно важливим компонентом здоров'я. Так, недостатнє вживання фруктів та овочів прив'язують до близько 7,8 млн. передчасних смертей щороку (Aune et al., 2017). Крім того, одним з впливових додаткових чинників, що впливає на неправильне харчування і обмежує споживання фруктів та овочів, є стрес (Gardiner, Hagerty, & Bryan, 2021). Якщо гострий стрес робить харчування (тимчасово) несистематичним чи наражає людину в стані підвищеного стресу на ризик переїдання чи зловживання певними продуктами чи алкоголем як реакція на стрес та намагання його знизити, то хронічний стрес асоціюється з раціоном, в якому велике місце займають жирні продукти та продукти з великим вмістом цукру (Torres & Nowson, 2007). Це робить інтервенції з оздоровлення режиму харчування більш складними, з огляду на консервативність харчових звичок, преференцій та смаків. Крім того, індивіди, які перебувають в стані стресу,

¹⁰⁷ Наразі авторкою проаналізовано новий масив українських даних (студентська вибірка), де результати є співзвучними з результатами, опублікованими у європейських дослідженнях Й. Макенбаха та колег. Ці дані зараз готуються до публікації.

починають приділяти менше уваги якості свого харчування і менше дбають про те, як часто і що вони їдять (Gardiner, Hagerty & Bryan, 2021). Ситуація пандемії може бути саме таким контекстом, що ставить під удар правильне харчування та намагання його дотримуватись, особливо у представників соціальних категорій населення з невисокими доходами (Мальцева, 2021b).

Після отримання цих результатів в ході проведення цього дослідження, авторкою було проведене додаткове дослідження (у співавторстві) у 2020-2021 роках для підтвердження та уточнення цих знахідок у сфері взаємодії між різними соціальними ресурсами та здоров'ям в контексті теоретичної рамки взаємодії капіталів (зокрема, Bourdieu, 1979); деякі результати цього дослідження наразі вийшли друком (Середа & Мальцева, 2022). У ході двохфазового дослідження мішаним способом, із залученням напівструктурованого інтерв'ювання (n=10) для розробки етнографічно-насичених анкетних запитань для подальшого анкетування (n=156), було зібрано когнітивні дані-самозвіти, що дозволили перевірити серію гіпотез щодо механіки зв'язків між різними формами капіталу та станом суб'єктивного здоров'я. Відповідно, в рамках дослідження було розроблено інструментарій, до якого входили складові культурного капіталу у вигляді метрик сприйняття власного здоров'я, харчових звичок та сприйняття підтримки власних звичок щодо здоров'я; а також соціального капіталу у вигляді метрик соціальної підтримки, характеристик гомогенності або гетерогенності мережі та сприйняття наявності у мережі корисних контактів. Основною метою дослідження було дослідження зв'язків між різними формами капіталів та статусом здоров'я, що вимірювалися на рівні шкал, а не у формі окремих змінних, як це типово здійснюється в епідеміологічних дослідженнях. Дані було піддано аналізу кореляцій, факторному аналізу, регресійному аналізу та аналізу шляхом структурних рівнянь. В результаті аналізу було виявлено градієнт за культурним капіталом у аспекті сприйняття здоров'я як частини суб'єктивної оцінки здоров'я. Більш культурно компетентні у аспекті сприйняття власного здоров'я індивіди, які мали вищий культурний капітал у

сфері знання та практик, що пов'язані із здоров'ям, одночасно мали вищі показники по всіх формах капіталів. Це підтримує ідею про те, що здоров'я виступає як «частина» культурного смаку, що формує статусне розрізнення (Bourdieu, 1979). Щодо механізмів взаємодії капіталів, було 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 виступали пов'язаними між собою, а також з частиною соціального капіталу у вигляді соціальної підтримки та наявності корисних контактів. Соціальний капітал більшою мірою мав вплив на культурний капітал шляхом соціальної підтримки; аспекти соціального капіталу були скорельовані між собою (Середа & Мальцева, 2022).

Подальші перспективи розвитку моделі культурного консонансу

З огляду на отримані результати, можна зробити низку проміжних висновків. Передусім, важливо наголосити на тім, що міра інтерналізації дійсно відіграє певну роль у процесі культурного консонансу і для встановлення узагальнюючих закономірностей має досліджуватись із більшою увагою до своїх властивостей. Такі дослідження також мають розглядати інтерналізацію у комплексі з іншими психологічними змінними (наприклад, рисами характеру, адже було продемонстровано їхній зв'язок із реакцією на стрес) (Leger, Turiano, Bowling, Burriss, & Almeida, 2021), для різних культурних доменів та у різних суспільствах (порів. з Hanel, Wolfradt, Wolf, Coelho, & Maio, 2020; Zacharopoulos, Hanel, Wolfradt, Maio, & Linden, 2021). Також важливим аспектом у подальших дослідженнях культурного консонансу, зокрема, і більш широко, явищ наслідків (не)узгодженості індивіда з колективним профілем, виступає з'ясування значущості розрізнення між впливом інтерналізації (яка є елементом соціального навчання) та впливом міри інтерналізації того чи іншого конкретного культурного домена (успіх, освіта, шлюб, їжа, патріотизм тощо).

Висновки розділу

Багато властивостей соціального життя та понять, що описують соціальну взаємодію, є продуктом колективної діяльності групи; в цьому сенсі колективні соціальні об'єкти існують саме «для групи» (Tuomela, 2003, р. 123-124). Соціальність як властивість виникає у процесі колективного узгодження (англ. *collective acceptance*) та організації спільного цілепокладання, що, у свою чергу, є закріплене у мові¹⁰⁸, – фундаментальні складові смислоутворення в межах досліджень онтології соціального світу (Gilbert, 1987; Gilbert, 1994; Gilbert, 1996; Gilbert, 2015; Searle, 1995; Tuomela, 2003).

Наповнена колективними смислами поведінка людини знаходиться у центрі як антропологічного, так і соціологічного підходів до культури (Shore, 1991, р. 10). Хоча ці дві дисципліни мають різні тлумачення та визначення явища культури, вони сходяться у своєму критичному баченні концепту культури, зокрема, невизначеності того, що складає «культурну одиницю» на мікрорівні (англ. *unit of culture*), та невизначеності того, що складає культурну цілісність на інтегральному макрорівні (de Munck & Bennardo, 2019). Соціокогнітивний підхід до культури намагається розв'язати цю концептуальну складність, поєднавши та узгодивши обидва рівні у інтердисциплінарному теоретичному синтезі, що бере до уваги як ментальні репрезентації індивідів, так і колективні феномени. Такий підхід базується на ідеях та концепціях Джона Серля та Маргарет Гілберт (зокрема, множинний суб'єкт та спільне зобов'язання)¹⁰⁹ у галузі філософії (Gilbert, 1987; Searle, 1995); Маргарет Арчер (логічна послідовність)¹¹⁰, Девіда Елдер-Басса (нормативні кола, співвідносне виникнення)¹¹¹ та Ренделла Коллінза (ритуалізовані ланцюжки взаємодії у мікроконтекстах)¹¹² в соціології (Archer, 1982; Archer, 1988; Archer, 2010; Archer & Elder-Vass, 2010; Elder-Vass, 2010; Elder-Vass, 2012); Наомі Квінн (культура

¹⁰⁸ В першу чергу, в цьому контексті соціолінгвістами розглядаються перформативні акти та їх роль у створенні та підтримці соціального світу, составно якого члени групи «досягають згоди» (Searle, 1995; Tuomela, 2003).

¹⁰⁹ Plural subject, joint commitment (англ.)

¹¹⁰ Logical coherence (англ.)

¹¹¹ Norm circles, relational emergence (англ.).

¹¹² Interaction ritual chains in microcontexts (англ.).

як медіуюча структура) та Едвіна Хатчінса (культура як процес) в когнітивній антропології (Hutchins, 2001; Quinn, 2005); та Дагласа Хофстедтера («внутрішність»)¹¹³ у когнітивній науці (de Munck & Bennardo, 2019, p. 175-176). У свою чергу, цей підхід додає до дискусії стосовно інтеграції більш конструктивістськи-орієнтованих та соціологічних пояснень із соціально-психологічними моделями і надати більш збагачене та повне розуміння соціальної поведінки (Augoustinos, Walker, & Donaghue, 2014; Deaux & Philogène, 2001; Voelklein & Howarth, 2005).

Культурні моделі розуміються в межах соціокогнітивного підходу як базові одиниці культури. Ці спільні для членів групи ментальні конструкти є ключовими для побудови соціальних зв'язків та комунікації, оскільки без них було б важко встановити, чи наша поведінка відповідає очікуванням інших, чи наші поведінкові наміри правильно інтерпретуються іншими, а також чи ми розуміємо наміри, що стоять за поведінкою інших (de Munck & Bennardo, 2019, p. 175). Спільна культурна модель, виражена у подібності логічних пропозицій, що є її складовими, та наявності спільного зобов'язання їй слідувати, дозволяє взаєморозуміння, уможлиблює існування норм, виправдовує санкції за неправильне їхнє розуміння чи порушення та забезпечує доступ до «інтеріорності» (внутрішності) (внутрішнього інтерсуб'єктивного світу інших членів групи). В цьому сенсі культурні моделі є невіддільними від соціальності та соціального способу життя (Мальцева, 2021b).

В цьому полягає також каузальна спроможність культурних моделей. Завдяки інтерсуб'єктивній залученості до внутрішнього світу інших людей, що поділяють логічні посилки стосовно того, як працює соціальний світ та що є прийнятним для його різноманітних мікро-контекстів, культурні моделі мають владу спричиняти наслідки у сприйнятті, емоційних процесах та поведінці індивідів.

В основі культурних моделей є конфігурації цінностей, норм та соціальних аксіом, що легітимізують, спрямовують та наповнюють смислом

¹¹³ Interiority (англ.)

поведінку членів групи. Цінності групи, що їх індивід засвоює готовим «пакетом» у процесі соціалізації, відрізняється від особистих цінностей індивіда, здобутих в результаті прямого відрефлексованого досвіду та формування на його основі особистих преференцій. Ціннісні «масиви» групи передаються блоками, а не поодиночно, тим самим утворюючи міцні внутрішньо скоординовані ціннісні орієнтації, спільні та інтерсуб'єктивно зрозумілі – хоча необов'язково усвідомлені – для членів групи. Цінності групи складають велику частину культурних моделей, в яких, за закладеними в них логічними принципами, заковано спільні для членів групи досвіди та смисли (Мальцева, 2021b). Зрозумілі в такий спосіб, культурні моделі є інтерналізованим та неусвідомленим когнітивним матеріалом, що складають те, що П. Бурдьє називає габітусом (Bourdieu, 1979). Габітус можна розглядати як екстенсивну, мульти-контекстову організацію культурних моделей, що стоять за діями та мисленням та спрямовують їх (de Munck & Bennardo, 2019, p. 178). В цьому сенсі люди, що мають однакові соціальні позиції, ймовірно матимуть подібні культурні моделі (габітус) завдяки спільним пережитим повторюваним соціально-позиціонованим досвідам життя у світі, які вони отримували свідомо чи неусвідомлено через емоційні, сенсорні та інші реакції та навчилися оцінювати (цінувати, нехтувати, ігнорувати чи уникати) і за межами яких їм важче оперувати (Мальцева, 2021b). У такий спосіб, культурні моделі, як і габітус, є «нашим», а не лише «моїм» конструктором, оскільки для постання його соціальної реальності необхідний колективний «комітмент» групи (множинний суб'єкт) (de Munck & Bennardo, 2019).

На основі логіки моделі культурного консонансу В. Дресслера було розроблено авторську концептуальну модель, яка включає додаткові компоненти, що зумовлюють вплив соціокультурних стресорів на здоров'я, як-от інтерналізація культурного стандарту та культурна компетентність індивіда щодо конкретної культурної моделі. У відповідності до емпіричних результатів дослідження культурної моделі успіху в Україні (N=234) було встановлено, що за умов, коли індивід підтримує культурні стандарти (на прикладі української

культурної моделі успіху), які він чи вона об'єктивно не може досягнути, це сприяє розвитку депресивної симптоматики та знижує ймовірність психологічного процвітання індивіда, а також не сприяє здоровому способу життя і пов'язується із субстандартними показниками самооцінки стану власного здоров'я. Однак якщо індивід відповідає вимогам культурної моделі успіху і має матеріальні ознаки успіху, закладені в культурній моделі, тоді має місце зворотній ефект. Таким чином, у відповідності до раніше опублікованих результатів у літературі стосовно конформності щодо культурних стандартів, сприйняття себе індивідом як такого, що відповідає вимогам суспільства, має позитивний вплив на суб'єктивне здоров'я.

З іншого боку, сильні інтерналізатори, які не співпадають у своєму стилі життя із стандартом стилю життя, закладеним у культурну модель успіху, страждають більше в плані негативного психічного здоров'я, але за умов відповідності стилю життя культурній моделі сильні інтерналізатори отримують значний бонус у площині позитивного психічного здоров'я. Слабкі інтерналізатори, тим часом, завдяки своїй віддаленості від тиску культурної моделі успіху, мають кращу ситуацію із фізіологічним здоров'ям. Подібні емпіричні результати було отримано в американській вибірці (N=306) (Мальцева, 2021b).

Також з результатів можна зробити висновок, що інтерналізація культурних стандартів не має прямого впливу на рівень стресу сама по собі. Таким чином, подальші дослідження впливу культурних чинників та інтерналізації культурних ідей на здоров'я мають приділити більше уваги дослідженню більш опосередкованих каналів впливу.

Когнітивний вимір відповідності між індивідом та культурою потребує більш прискіпливої уваги з боку методологів соціальних наук, зокрема роль культурної компетентності та рівня інтерналізації у вивченні впливу соціокультурних стандартів на здоров'я (Maltseva, 2018a). Як показали результати дослідження в США (N=306), у контексті дослідження впливу (не)відповідності індивідуального профілю колективному на здоров'я важливо

не відкидати можливості дії опосередкованих зв'язків. Одним з перспективних напрямків роботи в цьому контексті є стосунки медіації у аналізі причинних зв'язків стресового механізму у випадку, коли індивідуальний профіль не відповідає стандарту соціально бажаного, а також виділення зовнішніх чинників, що впливають на результати такої невідповідності (Мальцева, 2021b). Так само, стосовно вимірювання відповідності/співзвучності, створення культурно-чутливих метрик стилю життя та стресу було б критично важливим для більш точного формулювання механізму взаємодії задіяних процесів. В такий спосіб етнографічне вивчення культурної нормативності і особливо атрибутів, що мають яскраво виражене негативне навантаження через асоціацію з низьким статусом у конкретному суспільстві видається практичним напрямком дослідження в контексті розуміння синергентичних взаємодій між індивідуальним та колективним рівнями культури (Maltseva, 2020; Мальцева, 2021b).

Проведення більшої кількості компаративних досліджень для уможливлення крос-культурного порівняння ефектів культурного консонансу та впливу соціально-економічних чинників у здоров'ї було б важливим методологічним кроком для кращого розуміння наслідків невідповідності культурному стандарту для рівня стресу та статусу здоров'я. Це важливо, оскільки суспільства можуть відрізнятись не лише в плані превалентних в них стресорів, але і доступних ресурсів для опору стресу та самої реакції на стрес (Chentsova-Dutton & Ryder, 2020). Крім того, компаративний крос-культурний дизайн був би помічним для оцінки ефектів невідповідності культурному профілю у для здоров'я, оскільки допоміг би уникнути спрощень та надмірних узагальнень (щодо методологічних рекомендацій див. D'Andrade, 2002). Ефекти несумірності між стилем життя індивіда та соціально-бажаним (схвалюваним) стандартом постають у кількісних дослідженнях як більш складні, ніж лінійні зв'язки, і відрізняються від ефектів нерівності на здоров'я. Хоча ефекти нерівності у здоров'ї утворюють однакоvu градієнтну структуру у порівняльних дослідженнях, тим не менш у динаміці нерівностей у здоров'ї є певні країно-

специфічні нюанси (в першу чергу, відтворення та останнім часом навіть збільшення нерівностей у здоров'ї у економічно розвинутих західноєвропейських демократіях, захищених державою загального добробуту (Mackenbach, 2016)). Так само, ці результати можуть різнитися залежно від того, який саме культурний домен є в центрі уваги в плані розробки метрик. Інтенсифікація емпіричної етнографічної роботи в різних суспільствах і для різних культурних доменів допоможе краще зрозуміти канали, що пов'язують колективну культуру із станом здоров'я індивідів.

РОЗДІЛ 4. Соціально-економічні стресори у наслідках для здоров'я

Соціально-економічні чинники накладаються на вимоги соціокультурної нормативності у процесі генерування соціального стресу. Таким чином вплив соціокультурних та соціально-економічних чинників на стан здоров'я може бути частиною одного механізму. Крім того, соціально-економічні параметри, передусім соціально-економічний статус індивідів, можуть виступати самостійними предикторами стану здоров'я та різних аспектів стилю життя, що сприяють чи погіршують здоров'я, а також виступати змінною-медіатором у зв'язках між поведінкою (приміром, регулярним поживним харчуванням) та результатами у сфері здоров'я. Цей розділ ілюструє різні форми впливу соціально-економічних чинників на здоров'я і наводить приклади медіуючої ролі соціально-економічного статусу, зокрема його впливу на рівні стресу, що позначається на об'єктивних (симптоматика фізичних захворювань та психологічних розладів, наявність хронічних хвороб тощо) й суб'єктивних (самопочуття, втома, сприйняття стресу тощо) показниках здоров'я. У розділі також розглянуто впливи суб'єктивного та об'єктивного соціального статусів, освіти респондентів, освіти батьків та стилю батьківства на кластери поведінок, дотичних до стилю життя у дорослому віці і відповідних наслідків у сфері здоров'я. Також для ілюстрації основних теоретичних положень та критичних концептуальних вузлів в біокультурних дослідженнях нерівностей у здоров'ї, в межах розділу розглянуто основні результати емпіричних досліджень соціальних детермінантів здоров'я, проведених авторкою в Україні, Швеції та США, і отримані результати зіставлено з опублікованими раніше даними репрезентативних національних досліджень на базі дослідження European Social Survey (ESS, 2012) (Мазай & Мальцева, 2019).

4.1.Ефекти соціально-економічного статусу у здоров'ї

Великий обсяг емпіричної літератури систематично підтверджує, що індивіди з нижчим соціальним статусом мають вищу ймовірність захворювання

та передчасної смерті. Різні маркери соціально-економічного статусу, включаючи професію, дохід та рівень освіти, виступають предикторами широкого діапазону наслідків у сфері здоров'я. Важливим аспектом цього зв'язку є його лінійний характер. В цьому контексті принциповим є те, що гірші показники здоров'я асоціюються не просто з категорією індивідів «внизу», а «вимивання» ресурсу здоров'я з кожною сходинкою ієрархії вниз, тобто, формування градієнта у здоров'ї (Cutler, Lleras-Muney, & Vogl, 2011; Matthews et al., 2000; Мальцева, 2021b; Симончук, 2018).

Хоча дослідження в соціальних та медичних науках переконливо продемонстрували градієнт у здоров'ї за соціально-економічним статусом в США, Європі та інших високо розвинутих країнах, доказова база для градієнта в країнах середнього та низького рівня економічного розвитку є менш однозначною та послідовною: іноді дані підтримують градієнтну структуру, а іноді ні (Nie et al., 2020). Наприклад, як видно з попереднього розділу, українські дані формують градієнтну структуру (Рис. 3.14 та 3.15).

Також додатковий аналіз даних американської вибірки 2012 р., використаних для ілюстрації ролі інтерналізації та культурної компетентності в моделі культурного консонансу раніше (Maltseva, 2018a) (Табл. 4.1), так само демонстрував градієнт за соціально-економічним статусом та освітою батьків у вираженості депресивної симптоматики та за соціально-економічним статусом родини та освітою батька (але не матері) у індексі процвітання (Табл. 4.1. та 4.2). Результати регресійного аналізу вказують на достатньо потужний статистично значущий зворотний зв'язок між поточним соціально-економічним становищем родини та проявами негативного та позитивного психічного здоров'я у респондентів з американської вибірки. Вплив освіти батьків мав меншу силу як у випадку з негативним, так і позитивним психічним здоров'ям. Тим часом у шведській вибірці (2009 р.) аналогічного ефекту градієнту за соціально-економічним статусом знайдено не було.

Табл. 4.1. Регресійний аналіз: Соціально економічний статус та депресія (N=306, США, 2012)

	BDI (Індекс депресії)		
	β	SE	скориг. R ²
SES родини	-0,337***	0,456	0,111
Освіта батька	-0,157**	0,380	0,021
Освіта матері	-0,154**	0,410	0,020

* $P \leq 0,05$, ** $P \leq 0,01$, *** $P \leq 0,001$

В таблиці наведено стандартизовані регресійні коефіцієнти.

Табл. 4.2. Регресійний аналіз: Соціально економічний статус та процвітання (N=306, США, 2012)

	Індекс процвітання		
	β	SE	скориг. R ²
SES родини	0,211***	0,269	0,041
Освіта батька	0,117*	0,217	0,010
Освіта матері	0,058		

* $P \leq 0,05$, ** $P \leq 0,01$, *** $P \leq 0,001$

В таблиці наведено стандартизовані регресійні коефіцієнти.

Окремою лінією досліджень ефектів соціально-економічного статусу у здоров'ї є корпус праць, що вивчають різницю у рівні задоволеності життям між різними категоріями населення. Так, більшість дослідників погоджуються, що високий соціально-економічний статус захищає від дрібних стресорів щоденного життя і в такий спосіб може долучатися до зниження напруги та дистресу, що інакше ведуть до акумуляції негативних емоційних досвідів, підвищення рівня перцептивного стресу та, зрештою, до зниження рівня задоволення життям серед індивідів з низьким соціально-економічним статусом (Jachimowicz, Frey, Matz, Jeronimus, & Galinsky, 2022). Таким чином, хоча високий соціально-економічний статус не може «купити щастя», він дозволяє уникнути накопичення дистресу та сприйняття щоденних складностей як високо стресогенних, що у кумулятивній перспективі також пов'язується із наслідками для психічного та фізичного здоров'я.

4.2. Вимірювання впливу соціально-економічного статусу на здоров'я

Одним з необхідних методологічних кроків для виконання завдань нинішнього дисертаційного дослідження було врахування в дослідницькому інструменті (анкеті) концептуальних нюансів поняття соціально-економічного статусу індивіда для ефективного вимірювання його впливу на здоров'я та побудови відповідного узагальнюючого механізму причинності. Як вже зазначалося, соціально-економічний статус складається з трьох компонент: дохід, освіта та професія. Всі вони мають важливі асоціації із наслідками для здоров'я; проте різні аспекти соціально-економічного статусу мають різні зв'язки з різними наслідками для здоров'я, як вже зазначалося (Glymour, Averdano, & Kawachi, 2014). Вимірювання соціально-економічного статусу також варіюється від використання одного аспекту соціально-економічного статусу (наприклад, доходу) як проксі-змінної і до конструювання комплексної латентної змінної шляхом багатовимірного аналізу (наприклад, факторного аналізу чи аналізу головних компонент), що втілює досвід багатьох різних складностей (чи можливостей), які асоціюються із різними аспектами низького чи високого соціально-економічного статусу (Pepper & Nettle, 2017). Виокремити одну фасетку соціально-економічного статусу для створення метрики з однієї змінної для вивчення впливу соціально-економічного статусу на конкретний аспект здоров'я доволі складно, оскільки кожний з аспектів соціально-економічного статусу є маніфестацією більш загального латентного виміру соціально-економічного статусу, який стоїть за ними, але не є доступним у спостереженні. Різні виміри соціально-економічного статусу є взаємопов'язаними і, відповідно, можуть впливати один на одного. Кожен з них має низку дотичних до здоров'я ресурсів, якими він керує, і їхні відповідні впливи на здоров'я можуть суттєво різнитися (Cutler, Lleras-Muney, & Vogl, 2011; Glymour, Averdano, & Kawachi, 2014, p. 23-24).

Як вже вказувалось, соціально-економічний статус є багатовимірним конструктом, який включає в себе об'єктивні (дохід, рівень освіти) та суб'єктивні (суб'єктивний соціальний статус) індикатори (Braveman et al., 2005;

Cutler, Lleras-Muney, & Vogl, 2011; Thoits, 2010; You et al., 2021; Мальцева, 2021b). Наприклад, освіта може виступати як показник когнітивних здібностей, здатностей розв'язувати проблеми та спроможності здійснювати контроль над життєвими ситуаціями (Mirowsky & Ross, 2003). Дохід типово концептуалізується як загальна наявність матеріальних ресурсів, більша доступність якісних медичних послуг та більша міра контролю над обставинами життя індивіда (Marmot, 2012). Суб'єктивний соціальний статус позначає перцептивну оцінку індивідом свого рангу в ієрархії відносно інших індивідів (Hoebel, Maske, Zeeb, & Lampert, 2017; You et al., 2021).

Раніші дослідження показали, що кожен з цих індикаторів соціально-економічного статусу відіграє свою окрему роль у прогнозуванні наслідків для здоров'я дорослого населення у популяції (Cutler, Lleras-Muney, & Vogl, 2011; You et al., 2021). Особливо це помітно для психологічної симптоматики та сфери емоційних досвідів. Так, було емпірично з'ясовано, що освіта має статистично значущий зв'язок з самооцінкою здоров'я, психологічною симптоматикою (як-от депресивним афектом, тривожністю, роздратованістю, гнівом), фізіологічними наслідками (як-от ожирінням, надмірною вагою, болями) та загальною тривалістю життя (Conti, Neckman, & Urzua, 2010; Meeks & Murrell, 2001; Ross & Van Willigen, 1997). Дохід виступав надійним предиктором рівня щастя, задоволення життям, очікуваної тривалості життя, наявності хронічних захворювань (зокрема захворювань серцево-судинної системи та діабету) та психологічних симптомів (депресії, тривожності) та суб'єктивного здоров'я (Cheung & Lucas, 2015; Chokshi, 2018; Kahneman & Deaton, 2001; Lucas & Schimmack, 2009; Luhmann, Schimmack, & Eid, 2011; You et al., 2021). Суб'єктивний соціальний статус виступає в емпіричних даних як систематичний і потужний предиктор самооцінки здоров'я та наслідків у здоров'ї (зокрема рівнів серцебиття та кров'яного тиску, наявності хронічних хвороб), причому за силою його вплив переважає вплив об'єктивного соціального статусу (Cutler, Lleras-Muney, & Vogl, 2011; Präg, 2020; Мальцева, 2021b).

4.3. Механізми акумуляції нерівностей у здоров'ї

На поточний момент достеменно відомо, що соціально-економічний статус має потужний лінійний зв'язок з показниками здоров'я упродовж усієї тривалості життя. Чим нижче соціально-економічний статус індивіда, тим гірше його чи її проблеми із здоров'ям. Цей зв'язок підтримується для груп чоловіків та жінок, різних етнічних груп та всіх вікових категорій. Як вже зазначалося, ця кореляція має характер градієнта, тобто на кожному наступному щаблі вниз ресурс здоров'я стає дедалі трохи меншим, ніж на попередньому щаблі. Наслідки бідності є особливо нищівними для здоров'я. Відповідальними за ефекти соціально-економічного статусу у здоров'ї можуть бути декілька чинників (найчастіше наводять такі причини, як відсутність медичного страхування, шкідливі для здоров'я звички, високий ризик травм, недостатньо поживне харчування, брак фізичної активності тощо). Однак найчастіше ці фактори працюють не поодиноці, а разом, оскільки вони мають тенденцію накопичуватись в довкіллі, що характеризується низьким соціальним статусом (Matthews, Gallo, & Taylor, 2020).

Виділяють декілька ймовірних каналів, які можуть служити як поєднувальні ланки між соціально-економічним статусом та наслідками для здоров'я. Найбільш значущим з таких каналів є зіткнення зі стресом та дотичні супроводжуючі емоційні реакції (Matthews, Gallo, & Taylor, 2010). Емпіричні дослідження вказують, що індивіди з нижчим соціально-економічним статусом стикаються з більшою кількістю негативних життєвих подій та хронічних стресорів, і також більш схильні інтерпретувати такі події як більш стресогенні, ніж індивіди з вищим соціально-економічним становищем (Matthews, Gallo, & Taylor, 2010).

Дослідження механізмів, що стоять за асоціацією між соціально-економічним статусом та здоров'ям типово концентруються на ефектах бідності (зокрема, відсутності доступу до адекватного медичного догляду) та впливі чинників стилю життя (поганої гігієни, паління, зловживання алкоголем). Ненсі Адлер у своїй відомій праці вказала на важливість зрозуміти

психологічний механізм, шляхом якого соціально-економічний статус може впливати на здоров'я (Adler et al., 1994). Одним з потенційних психологічних модераторів впливу соціально-економічного становища на здоров'я є диференційовані зустрічі зі стресом та досвід переживання стресу. Емпіричні дослідження виявили маленький, але послідовний зв'язок між соціально-економічним статусом та згадуваннями негативних життєвих подій. Дистрес був більш ймовірно пов'язаний зі звітами про негативні життєві події серед представників нижчого соціально-економічного статусу, і ці індивіди також були більш схильні інтерпретувати ці події як стресогенні (Matthews et al., 2000). Ця знахідка вказує на те, що афективні реакції на стрес можуть варіювати через пов'язану з соціально-економічним статусом варіативність у вразливості чи витривалості (Matthews et al., 2000).

З цього напряму досліджень постає питання: чому індивіди з нижчим соціально-економічним статусом є більш чутливими до стресу? Однією з теоретичних моделей, які дають відповідь на це питання, є модель резервної ємності (англ. *reserve capacity theory*).

Модель резервної ємності (Gallo & Matthews, 2003) використовується як теоретична рамка, за допомогою якої можна зрозуміти, як саме низький соціально-економічний статус з плином часу виливається у нерівності у здоров'ї. Ця концепція виходить з того, що індивіди з низьким соціально-економічним становищем мають більше буденних складнощів щодня і стикаються з більшою кількістю хронічних стресорів, порівняно з індивідами з середнім та вищим соціально-економічним статусом, і також мають менше «резервів», які вони могли б використати, щоб відновити витрачені ресурси і сили (Bennett, Buchanan, Jones & Spertus, 2015). Модель резервної ємності передбачає три форми «резервної ємності», до яких, за настання потреби, може звертатися індивід. По-перше, це матеріальні резерви – наприклад, такі ресурси, як гроші чи засоби транспорту. По-друге, виділяють інтра-особисті резерви, тобто, цінні внутрішньо-психологічні характеристики, які допомагають боротися із стресом – такі, як оптимізм та висока самооцінка. По-третє, йдеться

про міжособистісні резерви – ресурси на зразок соціальної підтримки та соціального капіталу. Модель резервної ємності припускає, що індивіди з низьким соціально-економічним статусом швидко вичерпують ці ресурси і не мають змоги швидко поповнювати їх. Своєю чергою, мала забезпеченість такими резервами може підвищувати рівні стресу та негативних емоцій (або знижувати рівні переживання позитивних емоцій). Цей момент є особливо важливим для аргументації в межах цього дисертаційного дослідження, адже, згідно припущення теорії резервної ємності, низький соціально-економічний статус через недостатність ресурсів боротьби зі стресом тягне за собою негативні емоції (гнів, депресивний афект, безнадійність) та дисфункціональне мислення (песимістичне прогнозування, високий перцептивний стрес), які підривають здоров'я та/або стимулюють ризикову поведінку, що шкодить здоров'ю (You et al., 2021). Дослідники також припускають можливість модеруючого ефекту (зокрема, що вплив стресу на емоційний стан сильніший для індивідів з нижчим соціально-економічним становищем). Тим часом негативні емоції мають наслідки для здоров'я напрямую чи посередництвом поведінкових чинників ризику (тобто, поведінок, в які включаються люди для менеджменту негативних емоцій чи викликання позитивних емоцій) та хронічної мобілізації організму (Рис. 4.1). Обидва аспекти цієї моделі найшли емпіричне підтвердження (Bennett, Buchanan, Jones & Spertus, 2015) (Рис. 4.2). Таким чином, негативні емоції та думки можуть складати сукупний корпус психологічних «вразливостей» та виступати психологічним каналом впливу соціально-економічного статусу на здоров'я індивідів.

Рис. 4.1. Концептуальні ланки у взаємодії між стресом та здоров'ям (адаптовано з Matthews & Gallo, 2011)

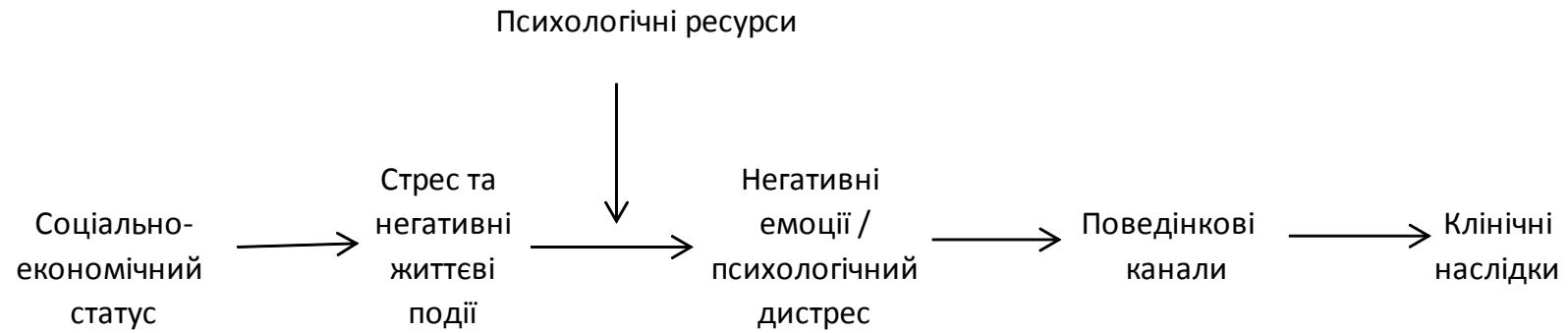
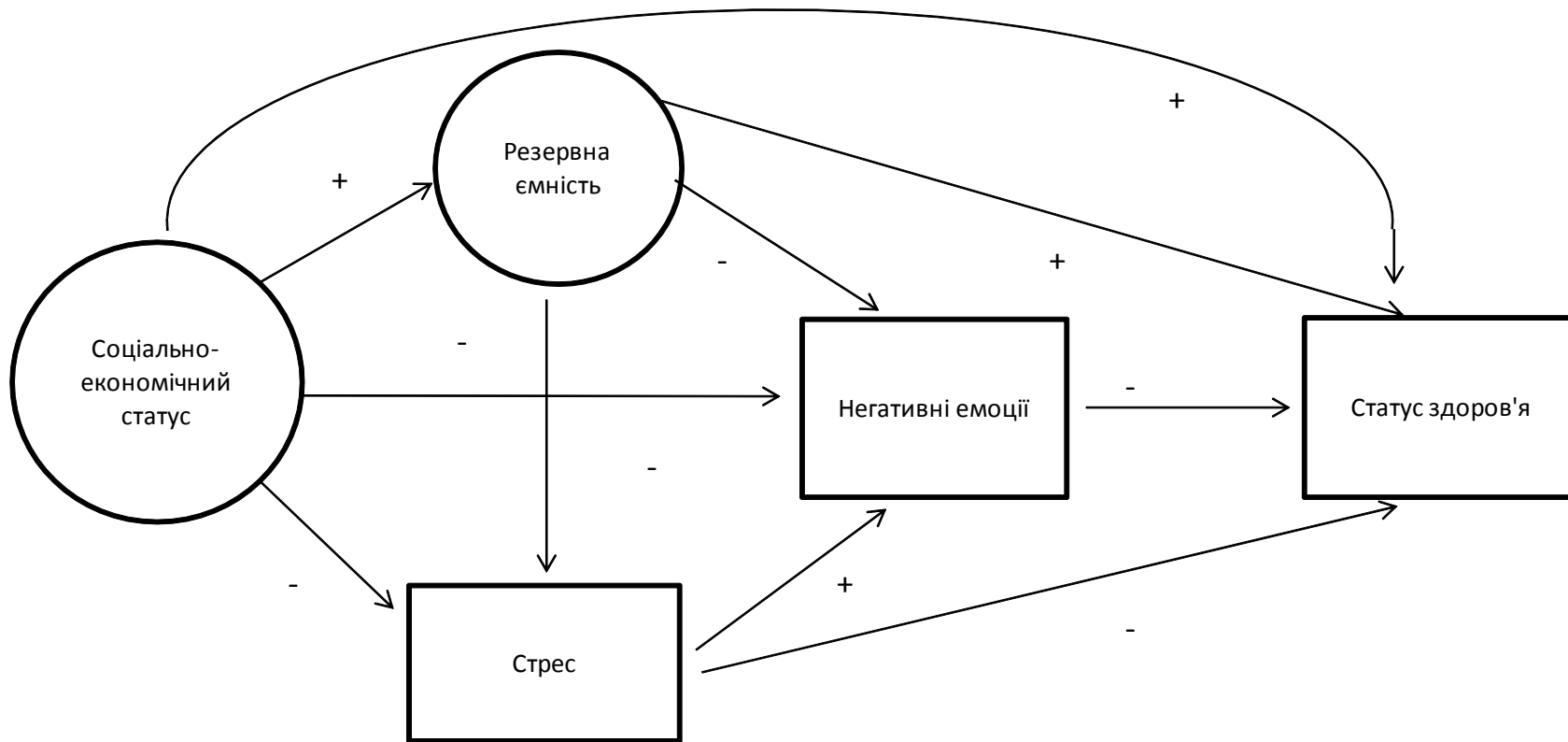


Рис. 4.2. Концептуальна схема моделі резервної ємності (адаптовано з Bennett, Buchanan, Jones & Spertus, 2015).



Таким чином, модель резервної ємності дає змогу додати ще один канал впливу, що пов'язує соціально-економічний статус із здоров'ям, і дослідити механізм його кумулятивної дії у нинішньому дослідженні.

Метааналітичні дослідження, зорієнтовані на поняття резервної ємності, виділяють три напрямки пояснень психологічного каналу від соціально-економічного статусу до здоров'я. Перший з них розглядає стрес як канал, що виступає медіатором зв'язку між соціально-економічним становищем і здоров'ям (Matthews, Gallo, & Taylor, 2010). Основним засновком цієї лінії аргументації є те, що чим нижчим є соціально-економічний статус, тим більше стресу переживає індивід на регулярній основі.

Другий підхід концентрується на емоційних чинниках як медіаторах цього зв'язку між соціально-економічним становищем та здоров'ям. Цей аргумент виходить з спостережень, що високий рівень негативних емоцій – гніву, тривожності, заздрості, депресивного афекту – часто є скорельованими з рівнем стресу і їх часто емпірично пов'язують із наслідками у сфері здоров'я. Індивіди з низьким соціально-економічним статусом мають більшу ймовірність переживати більше негативних емоцій. Хоча в емпіричній літературі немає консенсусу щодо того, чи високий соціально-економічний статус дозволяє отримувати більше позитивних емоцій, дослідники погоджуються, що він дає змогу уникнути негативних емоцій, що, своєю чергою, знижує рівень дистресу і в результаті позначається на більш високому рівні задоволення життям (Jachimowicz, Frey, Matz, Jeronimus, & Galinsky, 2022). При цьому слід зазначити, що як окрема лінія емпіричних доказів постулюється також те, що серед індивідів з низьким соціально-економічним статусом ризик емоційних розладів вищий, ніж у індивідів з високим соціально-економічним статусом (Jachimowicz, Frey, Matz, Jeronimus, & Galinsky, 2022; Matthews, Gallo, & Taylor, 2010).

Третій підхід розглядає психосоціальні ресурси як медіуючі або модеруючі змінні: наприклад, висока самоповага, оптимізм та відчуття

контролю над своїм життям мають позитивний вплив на показники здоров'я (Matthews, Gallo, & Taylor, 2010).

Ці додаткові аспекти збагачують концептуалізацію механізму впливу соціально-економічних чинників на здоров'я і дають змогу методологічно поєднати кумулятивні впливи соціокультурних та соціально-економічних стресорів на показники психічного та фізичного здоров'я (Рис. 4.2.).

4.3.1. Стрес, спосіб життя та здоров'я

Соціальний градієнт у здоров'ї (обернений зв'язок між соціальним статусом та наявністю захворюваності та скороченням тривалості життя) фіксується фактично у всіх спільнотах, в яких проводилися відповідні дослідження (Lea et al., 2021). Існує декілька моделей пояснення нерівностей у здоров'ї, кожна з яких зосереджується на конкретних окремих аспектах впливу соціально-економічного статусу на фізичне чи психологічне здоров'я і висвітлюють відповідні наслідки соціальної ієрархії для фізіології людини. У цьому підрозділі розглядаються результати емпіричних досліджень, проведених авторкою в Україні, та здійснюється зіставлення з результатами репрезентативних національних досліджень на базі дослідження European Social Survey (ESS, 2012) (Мазай & Мальцева, 2019).

В ході серії досліджень, проведених в Україні у 2019-2021 роках, було зібрано дані, щоб перевірити наступні гіпотези стосовно ролі соціально-економічних чинників у психічному та фізіологічному здоров'ї, а також механізмів впливу соціальних чинників на процес міжгенераційної передачі нерівностей у здоров'ї:

- 1) Поточний соціально-економічний статус індивіда впливає на статус його чи її суб'єктивного здоров'я та самопочуття.
- 2) Хронічні захворювання у дорослому віці більш поширені серед індивідів з низьким соціально-економічним статусом.

- 3) Хронічні захворювання є більш поширені серед респондентів, які повідомляють про недостатній емоційний захист з боку своїх батьків у дитинстві.
- 4) Стрес впливає на статус суб'єктивного здоров'я та самопочуття індивіда.
- 5) Індивіди з більш низьким соціально-економічним статусом зустрічаються із перцептивно більш високим поточним рівнем стресу.
- 6) Респонденти з більш низьким соціально-економічним статусом у дитинстві відрізняються від респондентів, чиї родини мали більш високий рівень соціально-економічний статус у дитинстві, більш високими рівнями стресу під час умов пандемії COVID-19.
- 7) Батьківський вплив на здоров'я індивіда у дорослому віці здійснюється безпосередньо у навчанні практикам догляду за здоров'ям (відтворення поведінки) та через наслідування батьківського прикладу. У індивідів, які дотримуються здорового способу життя, також є батьки, які дотримувалися здорового способу життя у формативні дитячі роки респондента.

Перевірялася також додаткова експлораторна гіпотеза: згідно існування двох альтернативних пояснень взаємин між соціально-економічним статусом та здоров'ям, було необхідно додатково протестувати напрямок причинності у контексті зв'язку між соціально-економічним статусом та здоров'ям для встановлення значущості гіпотези соціального спричинення (соціально-економічний статус визначає стан здоров'я) у порівнянні із гіпотезою селекції за критерієм здоров'я (стан здоров'я визначає соціальні вершини, доступні індивіду).

Збір даних для цього дослідження проводився з осені 2019 (претест N=106, студентська вибірка, паперове анкетування) до весни 2021 року (фінальне анкетування онлайн, N=902) (Мальцева, 2021b; Мальцева, 2021a; Maltseva, 2021a; Maltseva, 2022c). Дані збирались безконтактним шляхом за допомогою онлайн-форми, через посередництво гейткіперів з міркування забезпечення максимальної присутності різноманіття представлених вікових

категорій, рівнів освіти, фінансової забезпеченості, статусу у стосунках, композиції родини тощо, що здатні впливати на уявлення про здоров'я та джерела стресу серед населення України. В опитник входили описані у попередньому розділі блоки запитань для оцінки рівня стресу (11 запитань), депресивної симптоматики (BDI-I, 21 запитання), і процвітання (вісім запитань), які являють собою опубліковані валідизовані шкали. Демографічний блок складався з 30 запитань і включав стандартну демографічну інформацію про вік, гендер, освіту, дохід родини, а також питання, пов'язані з способом життя та об'єктивні й суб'єктивні оцінки здоров'я. Усі відповіді на запитання, за винятком шкали депресії та деяких демографічних запитань (гендер тощо) мали формат шкали Лікерта і шкалювались від 1 до 4. Деталі композиції вибірки та частотний аналіз представлено у Табл. А3 у Додатках. Аналіз середніх тенденцій для демографічних змінних подано у Табл. 4.3.

Рис. 4.3. та 4.4. ілюструють градієнт у здоров'ї за результатами розбиття на чотири категорії соціально-економічного статусу, де SES 1 на зображенні відповідає найнижчому рівню соціально-економічного статусу, а SES 4 – найвищому. Найбільш вираженими є розбіжності між різними категоріями респондентів за соціально-економічним статусом для суб'єктивної оцінки здоров'я (порівняно із оцінкою самопочуття). Для обох параметрів найбільшою є різниця між третім та четвертим рівнем соціально-економічного статусу, тобто найбільш фінансово забезпечені категорії населення помітно виділяються з-поміж решти категорій респондентів кращими показниками за обома змінними, що описують статус здоров'я.

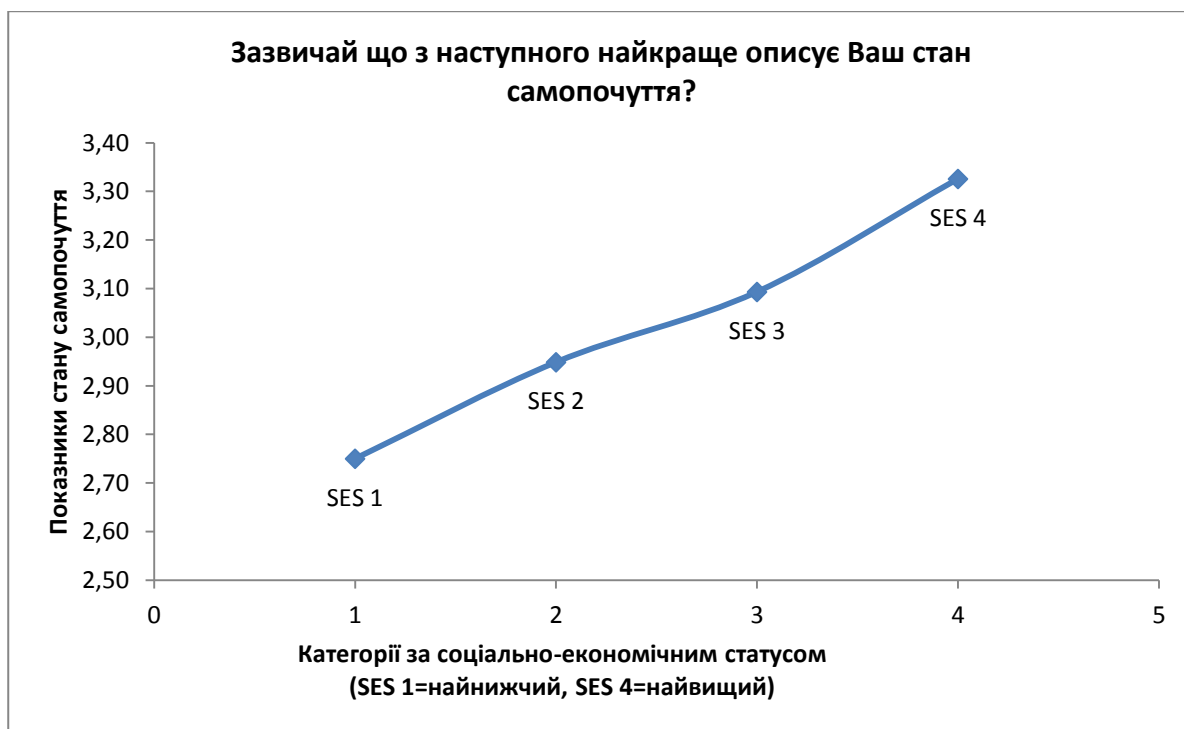
Табл. 4.3. Аналіз середніх тенденцій, демографічні змінні (n=902)

	Середнє	Медіана	Мода	Ст.відх.	Мін.	Макс.	N	
							Валідні	Пропущені
Вкажіть, будь ласка, Вашу стать? чоловіча=1 жіноча=2 інше=3	1,73	2,00	2	0,447	1	3	902	0
Вкажіть, будь ласка, скільки Вам повних років?	31,41	28,00	18	12,88	16	84	900	2
Що краще описує Вашу ситуацію з проживанням? 1=живу з родиною 2=живу в гуртожитку 3=винаймаю квартиру разом із сусідом/сусідкою чи сусідами 4=винаймаю квартиру лише для себе або живу у власній квартирі сам(а)	2,90	4,00	4	1,354	1	4	902	0
Чи у Вас є брати чи сестри? Ні=1 так=2	1,68	2,00	2	0,466	1	2	902	0
Чи Ви зараз працевлаштовані? Ні=1 так=2	1,64	2,00	2	0,479	1	2	902	0
Яке твердження найбільше відповідає фінансовому становищу Вашої родини нині? 1=Нам не вистачає грошей навіть на їжу, ми маємо борги 2= Нам вистачає грошей на їжу, але купувати одяг вже важко 3= Ми можемо дозволити собі купувати деякі коштовні речі (такі як телевізор або холодильник) 4= Ми можемо дозволити собі купити все, що захочемо	2,87	3,00	3	0,589	1	4	902	0
Яке твердження найбільше відповідало фінансовому становищу Вашої родини, коли Ви були маленькі? 1=Нам не вистачало грошей навіть на їжу, ми мали борги 2= Нам вистачає грошей на їжу, але купувати одяг вже важко 3= Ми могли дозволити собі купувати деякі коштовні речі (такі як телевізор або холодильник) 4= Ми могли дозволити собі купити все, що захочемо	2,59	3,00	3	0,682	1	4	902	0
Скільки Ви маєте друзів, до яких могли б звернутися, якщо втрапили у халепу? 1=жодного 2=один 3=два-чотири 4=п'ять і більше	3,04	3,00	3	0,673	1	4	902	0
Що з наступного найкраще описує Ваш статус у стосунках? 1=без пари 2=розлучений 3=у романтичних стосунках 4=одружений	2,78	3,00	1	1,486	1	4	901	1
Чи є у Вас діти? 1=немає дітей 2=є дитина 3=двоє дітей 4=троє та більше	1,71	1,00	1	0,910	1	4	753	149
Скільки часу на день Ви проводите на сайтах соціальних мереж? Менше години=1 годину-дві=2 кілька годин=3 більшу частину дня=4	2,46	2,50	3	0,913	1	4	902	0
Будь ласка, вкажіть Ваш рівень освіти: 1=середня школа 2=училище 3=університетський диплом/кілька років в університеті 4=науковий ступінь	2,93	3,00	3	0,542	1	4	902	0
Будь ласка, вкажіть рівень освіти Вашого батька: 1=середня школа 2=училище 3=університетський диплом/кілька років в університеті 4=науковий ступінь	2,66	3,00	3	0,717	1	4	882	20
Будь ласка, вкажіть рівень освіти Вашої матері: 1=середня школа 2=училище 3=університетський диплом/кілька років в університеті 4=науковий ступінь	2,69	3,00	3	0,682	1	4	898	4
Чи Ваші батьки дбали про Ваш емоційний комфорт та захист, коли Ви були маленькі? 1=ні 2=швидше ні, ніж так 3=швидше так, ніж ні 4=так	2,99	3,00	3	0,895	1	4	902	0
Чи Ви дбаєте про своє правильне харчування (харчуєтесь регулярно та поживно)? 1=ні 2=швидше ні, ніж так 3=швидше так, ніж ні 4=так	2,98	3,00	3	0,794	1	4	902	0
Чи Ви слідкуєте за тим, щоб випивати достатньо води щодня? 1=ні 2=швидше ні, ніж так 3=швидше так, ніж ні 4=так	2,86	3,00	3	0,981	1	4	902	0
Чи Ви маєте можливість висипатись? 1=ні 2=швидше ні, ніж так 3=швидше так, ніж ні 4=так	3,19	3,00	4	0,874	1	4	902	0
Чи Ви маєте хронічні захворювання? 1=ні 2=швидше ні, ніж так 3=швидше так, ніж ні 4=так	2,20	2,00	1	1,163	1	4	902	0
Чи Ви швидко втомлюєтесь? 1=ні 2=швидше ні, ніж так 3=швидше так, ніж ні 4=так	2,41	2,00	2	0,934	1	4	902	0
Чи Ви маєте можливість лишитись вдома, коли захворіли? 1=ні 2=швидше ні, ніж так 3=швидше так, ніж ні 4=так	3,55	4,00	4	0,740	1	4	902	0
Чи Ви маєте можливість отримувати медичні послуги, коли Вам потрібно? 1=ні 2=швидше ні, ніж так 3=швидше так, ніж ні 4=так	3,46	4,00	4	0,725	1	4	902	0
Чи Ви палите? 1=ні 2=швидше ні, ніж так 3=швидше так, ніж ні 4=так	1,67	1,00	1	1,132	1	4	902	0
Чи Ви вживаєте більше, ніж два келихи алкоголю на тиждень? 1=ні 2=швидше ні, ніж так 3=швидше так, ніж ні 4=так	1,81	1,00	1	1,092	1	4	902	0
Чи Ви займаєтесь спортом мінімум два рази на тиждень? 1=ні 2=швидше ні, ніж так 3=швидше так, ніж ні 4=так	2,48	2,00	1	1,226	1	4	902	0
Чи Ви маєте можливість дотримуватись здорового способу життя тією мірою, як Вам потрібно? 1=ні 2=швидше ні, ніж так 3=швидше так, ніж ні 4=так	2,99	3,00	3	0,868	1	4	902	0
Як Ви оцінюєте свій поточний стан здоров'я загалом? 1= дуже поганий 2=поганий 3=добрий 4=дуже добрий	2,98	3,00	3	0,477	1	4	902	0
Зазвичай що з наступного найкраще описує Ваш стан самопочуття? 1=не можу робити щоденні справи 2=часто нездужаю і подекуди це негативно впливає на мого початок роботи. 3=нормально більшість часу 4=сповнений енергії	3,08	3,00	3	0,627	1	4	902	0

Рис. 4.3. Градієнт у самооцінці стану здоров'я у цілому (Мальцева, 2021b).



Рис. 4.4. Градієнт у самооцінці стану самопочуття (Мальцева, 2021b).



Шляхом подібних до описаних у попередньому розділі аналітичних процедур було виділено аналогічні шкали для подальшого аналізу (шкала депресивної симптоматики BDI-I ($\alpha = 0,90$), шкала процвітання ($\alpha = 0,85$) та шкала, що вимірювала сприйняття рівнів стресу ($\alpha = 0,85$) (Beck et al., 1961; Cohen, Kamarck, & Mermelstein, 1983; Diener et al., 2009). Для утворених шкал було обчислено адитивні індекси, які надалі брали участь в регресійному аналізі для встановлення причинних зв'язків між соціальними чинниками та метриками психічного та фізичного здоров'я, взятими як об'єктивні метрики, так і як перцептивні метрики. Кореляцію індексів по шкалах наведено у Табл. 4.4.

Табл. 4.4. Кореляція індексів

	1	2	3
Індекс перцепції стресу	1		
Індекс депресії BDI-I	0,42	1	
Індекс процвітання	-0,14	-0,66	1

За результатами регресійного аналізу (лінійні регресії з однією змінною), поточне фінансове становище родини мало суттєвий статистично значущий вплив на показники депресії та процвітання (тобто на негативне та позитивне психічне здоров'я) і на обидва перцептивні показники здоров'я та рівень стресу респондентів (Табл. 4.5). Фінансове становище родини респондента у дитинстві респондента впливало на поточний дохід родини респондента ($\beta = 0.196$, $p \leq 0.000$). Фінансове становище у дитинстві мало прямий вплив лише на оцінку поточного рівня стресу (слабкий позитивний зв'язок). Однак погіршення фінансового становища впродовж життя (обчислене як різниця між змінними поточного фінансового становища родини та фінансового становища родини у дитинстві і втілена в окремій змінній) впливало на рівень стресу та самопочуття респондентів, причому в абсолютних термінах цей вплив був потужнішим за вплив поточного фінансового становища. Також показово, що вплив цих змінних на здоров'я був більш потужним, ніж вплив доступності медичних послуг.

Табл. 4.5. Прості лінійні регресії

	BDI-I		Процвітання		Перцепція стресу		Перцепція стану здоров'я		Оцінка самопочуття	
	β (станд.)	скориг. R2	β (станд.)	скориг. R2	β (станд.)	скориг. R2	β (станд.)	скориг. R2	β (станд.)	скориг. R2
SES поточний	-0,183***	0,033	0,141***	0,019	-0,150***	0,021	0,176***	0,03	0,167***	0,027
SES ретроспективний (у дитинстві)	0,019		-0,057		0,077*	0,005	0,032		-0,059	
SES (зміна упродовж життя)	-0,115***	0,021	0,104**	0,010	-0,174***	0,029	0,101**	0,009	0,172***	0,028
Перцепція стресу	0,423***	0,178	-0,137***	0,018			-0,156***	0,023	-0,211***	0,044
Процвітання	-0,566***	0,429			-0,137***	0,018	0,327***	0,106	0,333***	0,11
BDI			-0,656***	0,429	0,423***	0,178	-0,415***	0,171	-0,399***	0,158
Гендер	0,189***	0,035	-0,085*	0,006	0,092**	0,007	-0,063 (p=0,059)		-0,027*	0,004
Вік	-0,216***	0,046	0,170***	0,028	-0,173***	0,029	-0,105**	0,01	-0,046	
Освіта	-0,206***	0,041	0,176***	0,030	-0,053				0,053	
Що краще описує Вашу ситуацію з проживанням?	0,101**	0,009	-0,083*	0,006	-0,008		-0,031		-0,060	
Скільки Ви маєте друзів, до яких могли б звернутися, якщо втрапили у халепу?	-0,097**	0,008	0,159***	0,024	0,039		0,127***	0,015	0,079*	0,005
Статус у стосунках	-0,225***	0,050	0,215***	0,045	-0,141***	0,019	-0,024		0,041	
Діти	-0,163***	0,025	0,142***	0,019	-0,094*	0,008	-0,069 (p=0,060)		-0,009	
Соціальні медіа	0,223***	0,049	-0,125***	0,015	0,196***	0,037	-0,046		0,100**	0,009
Освіта	-0,091**	0,007	0,074*	0,004	-0,038		-0,027		-0,012	
Освіта батька	0,027		-0,001		0,014		0,035		-0,002	
Освіта матері	0,120***	0,013	-0,041		0,116**	0,012	0,019		0,027	
Чи Ваші батьки дбали про Ваш емоційний комфорт та захист, коли Ви були маленькі?	-0,174***	0,029	0,174***	0,029	-0,089*	0,007	0,156***	0,023	0,126***	0,015
Чи Ви дбаєте про своє правильне харчування (харчуєтесь регулярно та поживно)?	-0,337***	0,113	0,327***	0,106	-0,184***	0,033	0,275***	0,074	0,201***	0,04
Чи Ви слідуєте за тим, щоб випивати достатньо води щодня?	-0,148***	0,021	0,239***	0,056	-0,029		0,181***	0,032	0,134***	0,017
Чи Ви маєте можливість висипатись?	-0,227***	0,051	0,174***	0,029	-0,137***	0,018	0,233***	0,053	0,238***	0,055
Чи Ви маєте хронічні захворювання?	0,128***	0,015	-0,078*	0,005	0,044		-0,299***	0,088	-0,289***	0,082
Чи Ви швидко втомлюєтесь?	0,529***	0,279	-0,422***	0,177	0,231***	0,052	-0,372***	0,138	-0,455***	0,206
Чи Ви маєте можливість лишитись вдома, коли захворіли?	-0,164***	0,026	0,128***	0,015	-0,093*	0,008	0,164***	0,02	0,126***	0,015
Чи Ви маєте можливість отримувати медичні послуги, коли Вам потрібно?	-0,122***	0,014	0,109**	0,011	-0,039		0,182***	0,032	0,122***	0,014
Чи Ви палите?	0,203***	0,04	-0,109**	0,011	0,102**	0,010	-0,142***	0,019	-0,106**	0,01
Чи Ви вживаєте більше, ніж два келихи алкоголю на тиждень?	0,045		-0,082*	0,006	-0,007		-0,046		0,000	
Чи Ви займаєтесь спортом мінімум два рази на тиждень?	-0,148***	0,021	0,157***	0,024	-0,051		0,285***	0,08	0,273***	0,073
Чи Ви маєте можливість дотримуватись здорового способу життя тією мірою, як Вам потрібно?	-0,247***	0,06	0,220***	0,047	-0,176***	0,030	0,300***	0,089	0,323***	0,104
Як Ви оцінюєте свій нинішній стан здоров'я загалом?	-0,415***	0,171	0,327***	0,106	-0,156***	0,023			0,507***	0,257
Зазвичай що з наступного найкраще описує Ваш стан самопочуття?	-0,399***	0,158	0,333***	0,110	-0,211**	0,044	0,507***	0,257		

Загалом у вибірці респонденти жіночої статі мали вищі показники депресії, ніж респонденти чоловічої статі; жіночий гендер також виступав статистично значущим предиктором більш високого рівня стресу, нижчих показників процвітання та гіршого самопочуття, хоча причинний зв'язок був слабкої сили (Табл. 4.5).

Респонденти старшого віку мали нижчі показники депресії та стресу, але вищі показники процвітання порівняно з молодшими індивідами у вибірці. Однак самооцінка стану здоров'я респондентів ставала менш позитивною з віком.

Працевлаштованість у вибірці впливала лише на рівні депресії, знижуючи її; асоціації безробіття із депресією та особистісними розладами є широко задокументованими (для огляду див. Lennon & Limonic, 2010), тому цей результат є очікуваним.

Індивіди, які проживали самотньо, порівняно з тими, хто на момент збору даних жив разом з іншими у помешканні, мали вищу ймовірність мати депресію, але також демонстрували дещо нижчі показники процвітання (зв'язок із депресією був сильніший за зв'язок з процвітанням). Однак не можна виключати, що цей конкретний результат може бути пов'язаний із умовами карантину і має розглядатись в їхньому контексті, адже вони ускладнюють як співіснування людей у помешканні, так і взаємини тих, хто не живе разом.

Наявність надійних друзів виступала предиктором зниження депресивних тенденцій, покращення процвітання та самооцінки здоров'я у вибірці. Також індивіди, які мали партнера на момент збору даних, мали нижчі рівні депресії та стресу, а також вищі рівні позитивного психічного здоров'я, ніж респонденти без партнера. Такий саме патерн мали респонденти з дітьми (хоча сила причинного зв'язку була слабшою).

У вибірці приділення багато годин соціальним медіа спричиняло підвищення рівнів депресії та стресу, а також знижувало показники психічного здоров'я.

Високий рівень освіти респондентів знижував рівні депресії у вибірці, однак причинний зв'язок був слабкої сили. Впливу рівня освіти на інші метрики здоров'я не було зареєстровано. Рівень освіти батька респондента впливу на наслідки для здоров'я респондента не здійснював, утім високий рівень освіти матері мав наслідки для більш вираженої поточної депресивної симптоматики та більш інтенсивного рівня стресу у респондента на момент збору даних. Далі, наявність у респондента батьків, які, у сприйнятті респондента, у дитинстві респондента надавали йому чи їй емоційну підтримку та захист, мала патерн причинних зв'язків із змінними-наслідками для здоров'я, подібний до впливу високого соціально-економічного статусу на здоров'я (хоча менш потужним за силою зв'язку). Це важливий результат, який вказує на важливість ролі батьків у формуванні ресурсу здоров'я індивіда з дитинства. Це результат також перегукується із ранішими результатами та висновками попереднього дослідження про культурну модель успіху, де практики догляду за здоров'ям та здоровий спосіб життя залежали від зразків, що демонстрували батьки, а також від інвестування батьками часу у виховання у своїх дітей відповідних звичок догляду за здоров'ям та виховання в них розуміння важливості профілактичного зміцнення здоров'я.

Важливими для показників психічного та фізичного здоров'я виявилася група змінних, що характеризують практики профілактики, контролю та догляду за здоров'ям (особливо поживне харчування, регулярна гідратація та достатній сон).

У вибірці наявність у респондентів хронічних захворювань впливала на всі прояви здоров'я, але не на стрес. Найбільш негативний вплив на всі показники здоров'я здійснювала змінна, що вимірювала, наскільки швидко респондент втомлюється. Ця змінна додавала найбільше до тягаря, що несуть із собою нездужання та фінансова нестабільність.

Погані звички здійснювали свій деструктивний вплив на змінні-результати у сфері здоров'я. Найбільш потужним з них виявився чинник нерухливого способу життя. Паління впливало на стрес та зменшувало

показники процвітання, утім неможна виключити, що цьому також сприяла ситуація з пандемією, в умовах якої ця категорія населення (курці) була особливо вразливою через респіраторний шлях передачі патогена. Навпаки, найбільш зміцнюючим здоров'я чинником виявилася здатність підтримувати необхідний людині здоровий спосіб життя, що демонструвала систематичні причинні зв'язки великої та середньої сили з змінними-наслідками у сфері здоров'я.

Своєю чергою, виступаючи залежною змінною у множинних регресіях у моделях з контрольованими віком та статтю, наявність хронічних захворювань демонструвала зворотну залежність від поточного соціально-економічного становища родини та здатності батьків респондента надавати їй чи йому емоційний захист у дитинстві, але не вказувала на залежність від соціально-економічного становища родини респондента у дитинстві респондента, а також від зміни соціально-економічного становища респондента упродовж життя (Табл. 4.6.-4.8). Недостатня фінансова забезпеченість мала більш потужний негативний вплив, ніж байдужі батьки, але жіночий гендер мав вищі значення регресійних коефіцієнтів порівняно із доходом родини та стилем виховання у всіх моделях.

Табл. 4.6. Множинні лінійних регресій для хронічних хвороб (N=902): Модель 1

Зведена модель ^b					
Модель 1	R	R-квадрат	Скоригований R-квадрат	Стандартна помилка оцінки	Дарбін-Ватсон
1	,283 ^a	0,080	0,076	1,118	2,019

a. Предиктори: (константа), Яке твердження найбільше відповідає фінансовому становищу Вашої родини нині?, Вкажіть, будь ласка, скільки Вам повних років?, Чи Ваші батьки дбали про Ваш емоційний комфорт та захист, коли Ви були маленькі? 1=ні 2=швидше ні, ніж так 3=швидше так, ніж ні 4=так, Вкажіть, будь ласка, Вашу стать? 1=чол 2=жін

b. Залежна змінна: Чи Ви маєте хронічні захворювання? 1=ні 2=швидше ні, ніж так 3=швидше так, ніж ні 4=так

Коефіцієнти ^a								
Модель 1	Нестандартизовані коефіцієнти		Стандартизовані коефіцієнти	t	Значимість	Статистика колінеарності		
	B	Стандартна помилка	Бета			Допуск	VIF	
1	(Константа)	1,923	0,297		6,475	0,000		
	Вкажіть, будь ласка, скільки Вам повних років?	0,020	0,003	0,224	6,892	0,000	0,976	1,025
	Вкажіть, будь ласка, Вашу стать? 1=чол 2=жін	0,282	0,084	0,108	3,350	0,001	0,980	1,021
	Чи Ваші батьки дбали про Ваш емоційний комфорт та захист, коли Ви були маленькі? 1=ні 2=швидше ні, ніж так 3=швидше так, ніж ні 4=так	-0,109	0,042	-0,083	-2,588	0,010	0,987	1,013
	Яке твердження найбільше відповідає фінансовому становищу Вашої родини нині?	-0,183	0,064	-0,093	-2,877	0,004	0,984	1,017

a. Залежна змінна: Чи Ви маєте хронічні захворювання? 1=ні 2=швидше ні, ніж так 3=швидше так, ніж ні 4=так

Табл. 4.7. Множинні лінійних регресій для хронічних хвороб (N=902): Модель 2

Зведена модель ^b					
Модель 2	R	R-квадрат	Скоригований R-квадрат	Стандартна помилка оцінки	Дарбін-Ватсон
1	,283 ^a	0,080	0,075	1,119	2,019

а. Предиктори: (константа), Чи Ваші батьки дбали про Ваш емоційний комфорт та захист, коли Ви були маленькі? 1=ні 2=швидше ні, ніж так 3=швидше так, ніж ні 4=так, Вкажіть, будь ласка, Вашу стать? 1=чол. 2=жін, Яке твердження найбільше відповідає фінансовому становищу Вашої родини нині?, Вкажіть, будь ласка, скільки Вам повних років?, Яке твердження найбільше відповідало фінансовому становищу Вашої родини, коли Ви були маленькі?

б. Залежна змінна: Чи Ви маєте хронічні захворювання? 1=ні 2=швидше ні, ніж так 3=швидше так, ніж ні 4=так

Коефіцієнти ^a								
Модель 2	Нестандартизовані коефіцієнти		Стандартизовані коефіцієнти	t	Значимість	Статистика колінеарності		
	B	Стандартна помилка	Бета			Допуск	VIF	
1	(Константа)	1,907	0,312		6,108	0,000		
	Вкажіть, будь ласка, скільки Вам повних років?	0,020	0,003	0,224	6,879	0,000	0,969	1,032
	Вкажіть, будь ласка, Вашу стать? 1=чол 2=жін	0,282	0,084	0,108	3,342	0,001	0,979	1,021
	Яке твердження найбільше відповідає фінансовому становищу Вашої родини нині?	-0,185	0,065	-0,094	-2,859	0,004	0,952	1,050
	Яке твердження найбільше відповідало фінансовому становищу Вашої родини, коли Ви були маленькі?	0,010	0,057	0,006	0,170	0,865	0,922	1,084
	Чи Ваші батьки дбали про Ваш емоційний комфорт та захист, коли Ви були маленькі? 1=ні 2=швидше ні, ніж так 3=швидше так, ніж ні 4=так	-0,110	0,043	-0,084	-2,576	0,010	0,957	1,045

а. Залежна змінна: Чи Ви маєте хронічні захворювання? 1=ні 2=швидше ні, ніж так 3=швидше так, ніж ні 4=так

Табл. 4.8. Множинні лінійних регресій для хронічних хвороб (N=902): Модель 3

Зведена модель ^b					
Модель 3	R	R-квадрат	Скоригований R-квадрат	Стандартна помилка оцінки	Дарбін-Ватсон
1	,273 ^a	0,075	0,071	1,121	2,026

а. Предиктори: (константа), Чи Ваші батьки дбали про Ваш емоційний комфорт та захист, коли Ви були маленькі? 1=ні 2=швидше ні, ніж так 3=швидше так, ніж ні 4=так, Вкажіть, будь ласка, Вашу стать? 1=чол. 2=жін, SES change, Вкажіть, будь ласка, скільки Вам повних років?

б. Залежна змінна: Чи Ви маєте хронічні захворювання? 1=ні 2=швидше ні, ніж так 3=швидше так, ніж ні 4=так

Коефіцієнти ^a								
Модель 3		Нестандартизовані коефіцієнти		Стандартизовані коефіцієнти	t	Значимість	Статистика колінеарності	
		B	Стандартна помилка	Бета			Допуск	VIF
1	(Константа)	1,436	0,232		6,193	0,000		
	Вкажіть, будь ласка, скільки Вам повних років?	0,021	0,003	0,232	7,132	0,000	0,979	1,021
	Вкажіть, будь ласка, Вашу стать? 1=чол 2=жін	0,290	0,084	0,111	3,436	0,001	0,981	1,019
	SES change	-0,084	0,047	-0,058	-1,797	0,073	0,985	1,015
	Чи Ваші батьки дбали про Ваш емоційний комфорт та захист, коли Ви були маленькі? 1=ні 2=швидше ні, ніж так 3=швидше так, ніж ні 4=так	-0,126	0,042	-0,097	-2,991	0,003	0,985	1,016

а. Залежна змінна: Чи Ви маєте хронічні захворювання? 1=ні 2=швидше ні, ніж так 3=швидше так, ніж ні 4=так

Окремою частиною підтримання здоров'я є звички та практики, які зміцнюють здоров'я та здійснюють профілактику захворювань. Дуже важливими в цьому аспекті виступають такі практики, як раціон, а також такі чинники ризику, як куріння та алкоголь. Соціально-економічний статус відіграє свою роль в їхній поширеності. Зокрема, за результатами регресійного аналізу соціально-економічний статус впливав на ймовірність залученості індивіда у ті чи інші практики та звички за такими закономірностями (Табл. 4.9). Вищий соціально-економічний статус підвищував ймовірність того, що індивід має достатню кількість фізичних навантажень на тиждень, має можливість виспатися та дбає про вчасне та поживне харчування. Соціально-економічний статус, тим часом, не виступав статистично значущим предиктором того, що індивід утримується від надмірного вживання алкоголю та не курить. Цей результат віддзеркалює ситуацію з високим рівнем куріння та зловживання алкоголю в Україні за даними, отриманими в репрезентативному дослідженні КМІС та STEPS (2019), де високий рівень забезпеченості виступав предиктором вживання алкоголю у великій кількості (звіт про результати Дослідження здоров'я – КМІС є доступний на сайті Київського міжнародного інституту соціології: https://www.kiis.com.ua/materials/articles/health_survey.pdf, с. 3-4; STEPS, 2019). Загалом ці результати у комплексі не суперечать знахідкам, отриманим в ході вітчизняних моніторингових досліджень здоров'я (STEPS, 2019).

Табл. 4.9. Соціально-економічний статус та спосіб життя

	харчування			ЗСЖ			сон			спорт			куріння			алкоголь		
	β	SE	скориг. R ²	β	SE	скориг. R ²	β	SE	скориг. R ²	β	SE	скориг. R ²	β	SE	скориг. R ²	β	SE	скориг. R ²
Соціально-економічний статус	0,097**	0,04475	0,008	0,180***	0,048	0,031	0,077*	0,049	0,004	0,126***	0,068	0,014	-	-	-	-	-	-

* $P \leq 0,05$; ** $P \leq 0,01$; *** $P \leq 0,001$

В таблиці наведено стандартизовані регресійні коефіцієнти.

Табл. 4.10. Лінійні регресії демографічні змінні та практики і звички

	режим харчування		гідратація		сон		куріння		алкоголь		фізичні навантаження		ЗСЖ	
	β	скориг. R2	β	скориг. R2	β	скориг. R2	β	скориг. R2	β	скориг. R2	β	скориг. R2	β	скориг. R2
Вік	0,175***	0,030	0,09**	0,070	-0,007	0,000	-0,079*	0,005	0,02	0,000	-0,109**	0,011	-0,039	0,000
Гендер	0,042	0,001	0,012	0,000	0,007	0,000	-0,086**	0,006	-0,162***	0,025	-0,042	0,001	-0,022	0,000
Сіблінги	-0,022	0,000	0,027	0,000	0,031	0,000	-0,006	0,000	-0,040	0,000	0,064	0,033	-0,003	0,000
Працевлаштованість	0,055	0,002	0,027	0,000	-0,088**	0,007	0,053	0,002	0,122***	0,014	-0,32	0,000	-0,049	0,002
СЕС родини (поточний)	0,097**	0,008	0,038	0,000	0,077*	0,005	-0,016	0,000	-0,014	0,000	0,126***	0,015	0,180***	0,031
СЕС родини (ретросп.)	0,075	0,001	0,045	0,001	0,032	0,000	0,040	0,001	-0,023	0,000	0,038	0,000	0,051	0,001
Статус у стосунках	0,051	0,001	0,062	0,003	-0,114***	0,012	-0,014	0,000	0,051	0,001	-0,108**	0,010	0,002	0,000
Діти	0,100**	0,009	0,007	0,000	-0,091*	0,007	-0,117**	0,012	-0,042	0,000	-0,059	0,000	0,035	0,000
Соціальні мережі	-0,141***	0,019	-0,065*	0,003	0,075*	0,004	0,095*	0,007	0,020	0,000	-0,039	0,000	-0,029	0,000
Рівень освіти	0,082*	0,006	0,063	0,003	-0,098*	0,009	-0,044	0,001	0,022	0,000	0,012	0,000	-0,001	0,000
Рівень освіти батька	0,030	0,000	0,019	0,000	-0,001	0,000	0,029	0,000	0,075*	0,004	0,100**	0,009	0,095*	0,008
Рівень освіти матері	-0,008	0,000	-0,008	0,000	-0,029	0,000	0,037	0,000	0,042	0,001	0,093**	0,007	0,077*	0,005

* $P \leq 0,05$; ** $P \leq 0,01$; *** $P \leq 0,001$

В таблиці наведено стандартизовані регресійні коефіцієнти.

Соціально-економічний статус індивіда також виступав потужним медіатором негативного впливу стресу на різні виміри здоров'я. Зокрема, в аналізі медіацій соціально-економічний статус підсилював дію стресу на самооцінку здоров'я, тим часом як СЕС у дитинстві виступав змінною-супресором. Однак щодо ролі соціально-економічного статусу у розвитку депресії та втрати психологічного добробуту тест Собеля не показав статистично значущих результатів (Рис. 4.5.-4.8).

Рис. 4.5. Аналіз медіацій: Стрес, соціально-економічний статус і самооцінка здоров'я

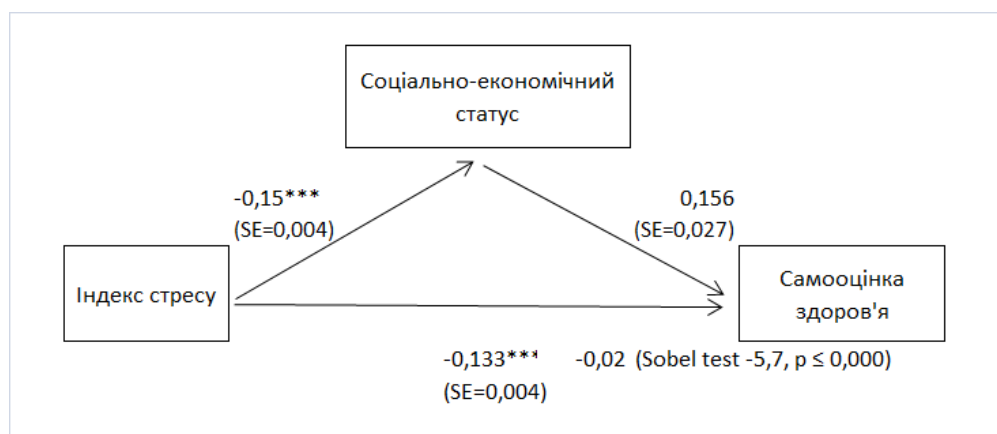


Рис. 4.6. Аналіз медіацій: Стрес, соціально-економічний статус в дитинстві і самооцінка здоров'я

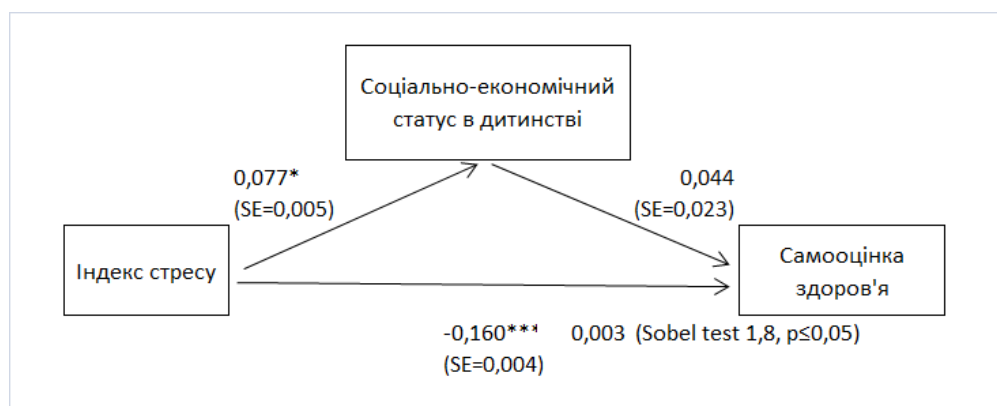


Рис. 4.7. Аналіз медіацій: Стрес, соціально-економічний статус і депресія

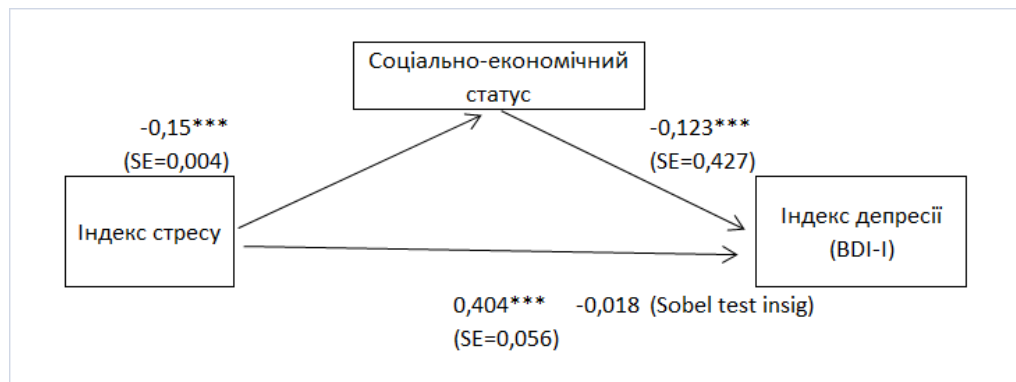
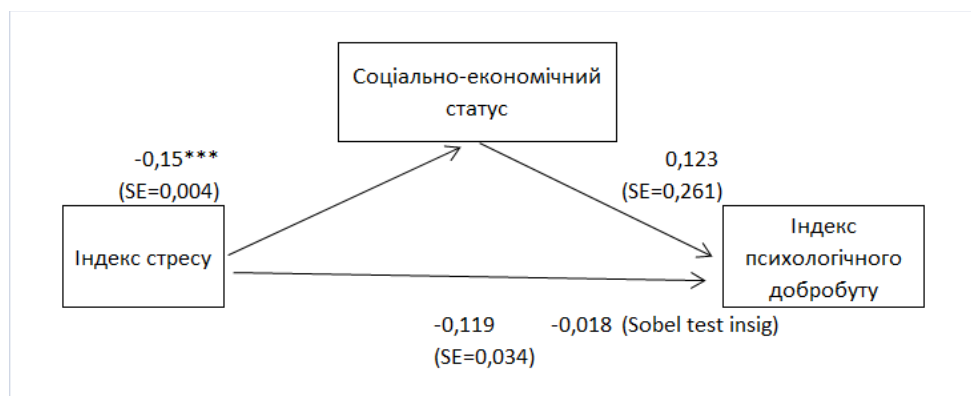


Рис. 4.8. Аналіз медіацій: Стрес, соціально-економічний статус і психологічний добробут



Більш розширена картина результатів регресійного аналізу (Табл. 4.10) дозволяє констатувати певні закономірності у причинних зв'язках, що поєднують практики/звички у сфері здоров'я з їхніми соціально-демографічними чинниками. За даними вибірки, опитані індивіди з віком стають більш схильними більше дбати про правильне харчування, гідратацію (достатнє споживання води упродовж дня), а також відмовлятися від куріння. Однак зворотній зв'язок між віком та фізичними навантаженнями та регулярними заняттями спортом вказує на те, що індивіди у вибірці з віком мали тенденцію відходити від систематичних фізичних вправ, стаючи менш рухливими в більш старших категоріях і залишаючи фізичні навантаження з метою підтримки свого здоров'я прерогативою більш молодих респондентів. Цей результат узгоджується з відомостями національних досліджень і також із

новим дослідженням авторки, яке наразі перебуває на стадії аналізу даних. У новому дослідженні з молодшою за віком українською вибіркою заняття спортом є більш превалентними і мають свої яскраво виражені тенденції у зв'язках з культурним та економічним капіталом, що відповідають патернам, що знаходять в аналогічних європейських дослідженнях ¹¹⁴ (Мальцева, неопублікований масив).

У межах вибірки чоловічий гендер виступав надійним статистично значущим предиктором більшої ймовірності того, що індивід вживає надмірну кількість алкоголю і (меншою мірою) має звичку куріння.

Наявність братів та сестер не впливала на жодну релевантну для здоров'я практику/звичку у статистично значущій мірі, однак у респондентів, які повідомляли про наявність у них сиблінгів, вплив цієї змінної на показники фізичних навантажень наближалися до статистично значущого рубіжа ($p = 0,055$) (прямий позитивний зв'язок).

Статус працевлаштованого підвищував ймовірність того, що індивід не має можливості виспатися, і виступав потужним предиктором того, що індивід вживає більше, ніж дві дози алкоголю на тиждень. Ці результати також співзвучні з результатами моніторингу (STEPS, 2019).

Поточний дохід родини виступав надійним статистично значущим предиктором таких форм поведінки, як правильне харчування та достатня кількість сну, однак обидва ці ефекти були невеликі за розміром. Тим часом, важливою знахідкою є те, що дохід родини у теперішньому часі виступав одним з небагатьох соціально-демографічних змінних, які були предикторами включеності індивіда в спортивну діяльність (більш рухливий спосіб життя) та ведення здорового способу життя тією мірою, якою сам індивід вважав за потрібне, причому поточний дохід виступав найбільш потужним предиктором в абсолютному значенні. Прямого (неопосередкованого) впливу на дотичні до здоров'я практики та звички з боку доходу родини респондента у дитинстві

¹¹⁴ Зокрема, знахідки про те, що ті індивіди, хто споживає зразки високої культури, також дбають про своє здоров'я найкраще (відвідувачі оперного театру це ті самі люди, які ходять в тренажерний зал для підтримання власного здоров'я).

(ретроспективна метрика), тим часом, як вже згадувалося раніше, знайдено не було.

Наявність романтичного партнера зменшувала ймовірність того, що індивід займається спортом та має достатньо часу, щоб виспатися. Поруч з цим, наявність у респондента дітей підвищувала ймовірність того, що респондент повідомляє про недостатню кількість сну, але водночас також зменшувала ймовірність того, що респондент курить, і збільшувала ймовірність того, що респондент докладє зусилля, спрямовані на правильне харчування. Цей результат є зрозумілим у світлі необхідності дбати про дітей та вимог до власної поведінки, що накладає таке піклування.

Увага до сайтів соціальних мереж та проведення на них багатьох годин на день у вибірці мала негативний вплив на увагу, яку індивіди приділяють правильному харчуванню та споживанню денної норми води, а також підвищувала ймовірність того, що індивід був курцем. Водночас індивіди, що повідомляли про велику кількість годин, проведених в соціальних мережах, також повідомляли, що мають достатнього годин сну. Можливо, цей результат вказує на їхню навігацію в соціальних мережах в денні, а не нічні години.

Рівень освіти респондентів впливав на міру того, як респондент дбає про своє правильне харчування (позитивний зв'язок) та на кількість годин сну (зворотний зв'язок), але крім цього жодного іншого неопосередкованого впливу на змінні, пов'язані із дотичними до здоров'я практиками, не було знайдено. Водночас, високий рівень освіти батьків (особливо високий рівень освіти батька респондента) підвищував ймовірність того, що респондент систематично займався спортом та вів здоровий спосіб життя тією мірою, якою йому чи їй вистачає, щоб добре почуватися. Більш високий рівень освіти батька (але не матері чи самого респондента) також підвищували ймовірність того, що респондент споживав більше, ніж дві дози алкоголю на тиждень.

Таким чином, можна розглядати ці регулярності асоціацій між змінними як демографічні профілі кожної звички, дотичної до здоров'я. Так, режиму харчування дотримуються більш старші за віком, освічені та забезпечені

респонденти, які мають дітей та не проводять багато часу на сайтах соціальних мереж. Дзеркальним відображенням цього профілю є ситуація з достатнім сном та фізичними навантаженнями – ці обидві практики є переважно прерогативою більш молодих людей, не працевлаштованих, але забезпечених фінансово, які мають освічених батьків, але ще не стали батьками самі.

Водночас, куріння та надмірне вживання алкоголю являють собою змішаний профіль – хоча обидві звички у вибірці тяжіють до чоловічого гендеру, інші їхні характеристики є більш різномірні. Так, куріння властиве більш молодим людям, які не мають дітей та проводять велику кількість годин на сайтах соціальних мереж, а зловживання алкоголем пов'язана з наявністю у індивіда роботи та більш високим рівнем освіти батька¹¹⁵.

Здоровий спосіб життя найкраще прогнозують високий поточний дохід родини та високий рівень освіти батьків респондента.

Наостанок, перевірка експлораторної гіпотеза показала, що українські дані підтримують обидві моделі причинності, які вийшли приблизно однаковими по своїй значущості (Табл. 4.11-4.12). Модель гіпотези соціального спричинення, що відповідає аргументації щодо визначальної ролі соціально-економічного статусу щодо статусу здоров'я індивіда, була дещо кращою за модель гіпотези селекції за критерієм здоров'я (яка, своєю чергою, стверджує, що стан здоров'я визначає соціальні вершини, яких може досягнути індивід). Цей результат є типовим для досліджень, що використовують метрики доходу для аналізу впливу соціально-економічного статусу на здоров'я, і співпадає з результатами подібних досліджень в західній соціології здоров'я (Lea et al., 2021).

¹¹⁵ Рівень освіти батька не впливав на шанси того, що респондент працевлаштований.

Табл. 4.11. Перевірка гіпотези щодо впливу соціально-економічного статусу на стан здоров'я (самозвіти)

Зведена модель ^b										
Модель	R	R-квадрат	Скоригований R-квадрат	Стандартна помилка оцінки	Статистика змін					Дарбін-Ватсон
					Зміна R квадрат	Зміна F	ст.св.1	ст.св.2	Знач. зміна F	
1	,176 ^a	0,031	0,030	0,469	0,031	28,779	1	900	0,000	1,948

а. Предиктори: (константа), Яке твердження найбільше відповідає фінансовому становищу Вашої родини нині?

б. Залежна змінна: Як Ви оцінюєте свій нинішній стан здоров'я загалом? 1= дуже поганий 2=поганий 3=добрий 4=дуже добрий

Коефіцієнти ^a								
Модель		Нестандартизовані коефіцієнти		Стандартизовані коефіцієнти	t	Значимість	Статистика колінеарності	
		B	Стандартна помилка	Бета			Допуск	VIF
1	(Константа)	2,570	0,078		33,056	0,000		
	Яке твердження найбільше відповідає фінансовому становищу Вашої родини нині?	0,142	0,027	0,176	5,365	0,000	1,000	1,000

а. Залежна змінна: Як Ви оцінюєте свій нинішній стан здоров'я загалом? 1= дуже поганий 2=поганий 3=добрий 4=дуже добрий

Табл. 4.12. Перевірка гіпотези щодо впливу стану здоров'я (самозвіти) на соціально-економічний статус.

Зведена модель ^b										
Модель	R	R-квадрат	Скоригований R-квадрат	Стандартна помилка оцінки	Статистика змін					Дарбін-Ватсон
					Зміна R квадрат	Зміна F	ст.св.1	ст.св.2	Знач. зміна F	
1	,176 ^a	0,031	0,030	0,580	0,031	28,779	1	900	0,000	1,935

а. Предиктори: (константа), Як Ви оцінюєте свій нинішній стан здоров'я загалом? 1= дуже поганий 2=поганий 3=добрий 4=дуже добрий

б. Залежна змінна: Яке твердження найбільше відповідає фінансовому становищу Вашої родини нині?

Коефіцієнти ^a								
Модель		Нестандартизовані коефіцієнти		Стандартизовані коефіцієнти	t	Значимість	Статистика колінеарності	
		B	Стандартна помилка	Бета			Допуск	VIF
1	(Константа)	2,221	0,122		18,153	0,000		
	Як Ви оцінюєте свій нинішній стан здоров'я загалом? 1= дуже поганий 2=поганий 3=добрий 4=дуже добрий	0,218	0,041	0,176	5,365	0,000	1,000	1,000

а. Залежна змінна: Яке твердження найбільше відповідає фінансовому становищу Вашої родини нині?

4.3.2. Соціально-економічний статус та самооцінки здоров'я

У ранішій роботі (Мазай & Мальцева, 2019) було розглянуто зв'язки між нерівністю та здоров'ям в Україні на основі репрезентативних даних масиву European Social Survey (N=2178) (European Social Survey, 2012). В ході дослідження ставились наступні запитання: *Як саме соціальна нерівність впливає на здоров'я українського населення? Які чинники мають найтісніший зв'язок зі здоров'ям в Україні?* Для відповіді на них на основі наявних висновків попередніх досліджень соціальних детермінантів здоров'я було сформульовано серію очікувань, що перевірялися на даних European Social Survey. Зокрема, в роботі було протестовано такі гіпотези:

Гіпотеза 1. Оскільки вищий рівень освіти типово асоціюється з кращими показниками здоров'я (Cockerham, 2013), очікувалось, що у людей з повною базовою освітою (рівень освіти: бакалавр) суб'єктивний стан здоров'я буде кращим, ніж у людей з повною середньою освітою.

Гіпотеза 2. Зважаючи на продемонстрований раніше зв'язок між характером працевлаштованості та оцінкою контролю над своїм життям та здоров'ям у різних країнах, ми очікували, що *наймані працівники матимуть гірший суб'єктивний стан здоров'я, ніж ті, хто має власний бізнес.*

Гіпотеза 3. Згідно з логікою моделі культурного консонансу (Dressler, 2005; Dressler, 2007; Reyes-Garcia et al., 2010) очікувалось, що *індивіди, задоволені власними доходами, матимуть кращий стан здоров'я, ніж незадоволені власними доходами.*

Гіпотеза 4. За логікою механізму соціального стресу (Pearlin, Menaghan, Lieberman, & Mullan, 1981; McLeod, 2012) перцепція дискримінації, як і перцепція відповідності соціальному стандарту (Lee & Turney, 2012) створюватиме стрес (див. гіпотезу 3); отже, ми очікували *зв'язок між відчуттям дискримінації (за віком, статтю тощо) та станом здоров'я.*

Гіпотеза 5. Зважаючи на невисокий показник стратифікації, коефіцієнт Джині (GINI index) 2, поруч із доволі високим рівнем Індексу людського

розвитку (Human Development Index) 3, очікувалось, що *найвпливовішим предиктором суб'єктивного стану здоров'я в українській вибірці буде вік.*

Дослідження було проведено на основі наявного масиву шостої хвилі European Social Survey. Генеральну сукупність у дослідженні становили 2178 респондентів з України від 18 до 65 років. Вибірка складалася з 53,8% жінок та 46,2% чоловіків. Середній вік респондентів складав 41 рік, мода – 24 роки. Найвищими рівнями освіти, представленими у вибірці, були неповна базова освіта (молодший спеціаліст) (25,4%), повна базова освіта (спеціаліст) (19,3%) та повна середня освіта (18,3 %). Рівень бакалавра мали 4,5%, диплом магістра – 5,2%. В площині працевлаштування, 92,9% опитаних українців були найманими працівниками, 5,4% були самозайняті та 1,7% працювали у власному бізнесі (Мазай & Мальцева, 2019).

Табл. 4.13. Описові статистики (адаптовано з Мазай & Мальцева, 2019)

	Мінімум	Максимум	Середнє	Мода	SD
Суб'єктивний стан здоров'я	1	5	2,60	3	0,748

Табл. 4.14. Розподіл самооцінок стану здоров'я респондентів за віком (адаптовано з Мазай & Мальцева, 2019)

Самооцінка стану здоров'я	18 років	35 років	50 років	65 років
Дуже добрий	7,7 %			
Добрий	50 %	50 %	31,3 %	18,5 %
Нормальний	42,3 %	43,8 %	53,1 %	51,9 %
Поганий	7,4 %	3,1 %	15,6 %	22,2 %
Дуже поганий		3,1 %		7,4 %
Загалом	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %

Табл. 4.15. Розподіл самооцінок стану здоров'я респондентів за типом зайнятості (адаптовано з Мазай & Мальцева, 2019)

Самооцінка стану здоров'я	Найманий працівник	Самозайняті	Працює на власний (сімейний бізнес)
Дуже добрий	3,0 %	7,1 %	3,6 %
Добрий	40,4 %	50,6 %	50,0 %
Нормальний	47,6 %	34,1 %	39,3 %
Поганий	7,4 %	8,2 %	7,1 %
Дуже поганий	1,7 %		
Загалом	100,0 %	100,0 %	100,0 %

За результатами аналізу середніх тенденцій, середнє значення показника суб'єктивного здоров'я становило 2,60 (Табл. 4.13). Серед українських жінок 51% опитаних визначили своє здоров'я як «нормальне», тоді як 50 % опитаних українських чоловіків визначили своє здоров'я в категорії «добре». З іншого боку, на іншій стороні спектру суб'єктивного здоров'я, серед тих, хто визначив своє суб'єктивне здоров'я в категорії «дуже погане» респонденти обох статей представлені майже однаковою мірою (1,7 % та 1,5 %, відповідно) (Табл. 4.14) (Мазай & Мальцева, 2019).

Якщо порівнювати стан здоров'я респондентів різного віку, то можна побачити очікувану тенденцію погіршення суб'єктивного стану здоров'я зі збільшенням віку. Респонденти 18- та 35-річного віку частіше обирали відповідь «добрий», тоді як 50- та 65-річного віку частіше обирали категорію відповіді «нормальний». В українській вибірці лише 18-річні респонденти визначали своє здоров'я в категорії «дуже добре» (7,1 %) (Табл. 4.14) (Мазай & Мальцева, 2019).

Більшість опитаних, які були найманими працівниками, визначали своє здоров'я як нормальне, а більшість респондентів, які були самозайнятими (51

%) та мають власний бізнес (50 %), визначали своє здоров'я як добре. Лише категорія респондентів, які були найманими працівниками, визначала своє здоров'я як дуже погане (1,7%) (Табл. 4.15) (Мазай & Мальцева, 2019).

Ті респонденти, які були задоволені власним доходом, майже однаково обирали альтернативи відповіді «добрий» та «нормальний», 39,6 % та 43,8 %, відповідно (Табл. 4.16.). Це єдина категорія респондентів, яка не визначала стан свого здоров'я як дуже поганий. Ті респонденти, кому вдається жити за власним доходом, майже порівну обирали альтернативи відповіді «добрий» та «нормальний», 45,9 % та 44,2 %, відповідно (Табл. 4.16). Щодо тих респондентів, яким дуже важко жити на власний дохід, то 45 % опитаних визначали своє здоров'я як нормальне. Це та категорія респондентів, яка частіше (3,4 %) за інші обирала альтернативу відповіді «дуже погане здоров'я» (Табл. 4.16) (Мазай & Мальцева, 2019).

Щодо впливу рівня освіти, то більшість респондентів, які мали повну базову освіту (бакалавр), визначали своє здоров'я на рівні «добре» та 12,3 % респондентів вважали своє здоров'я дуже добрим, тоді як більшість респондентів (57,4 %), які мали неповну середню освіту, визначали своє здоров'я як «нормальне» та 4,4 % цих респондентів вважали, що мають дуже погане здоров'я. Цікаво, що 58,3% дипломованих респондентів (включаючи науковий ступінь), визначають своє здоров'я як нормальне, тобто майже на такому самому рівні, як і респонденти, які мають неповну середню освіту (Табл. 4.17) (Мазай & Мальцева, 2019).

Більшість респондентів (66,7 %), які на момент опитування мали оплачувану роботу протягом останнього тижня, визначали своє здоров'я як нормальне, тоді як 7,4% респондентів цієї категорії визначали своє здоров'я в категорії «дуже погане». Ті респонденти, які не працювали протягом останнього тижня, майже однаково визначали своє здоров'я як добре (36,8 %) та нормальне (44,8%). На відміну від респондентів, які не мали оплачуваної роботи протягом останнього тижня на момент збору даних, ця категорія респондентів визначала своє здоров'я як дуже добре (5 %) (Табл. 4.18) (Мазай

& Мальцева, 2019). Такі результати можна пояснити в такому ключі: наявність оплачуваної роботи передбачає певний дохід, який забезпечує людині доступ до якісної їжі та інших ресурсів, які допомагають поліпшувати рівень життя, в тому числі, здоров'я. Проте робота також потенційно веде до стресу, а стрес на робочому місці збільшує ризик захворювань та погіршує здоров'я загалом (Marmot, 2006).

Такі дискримінаційні чинники, як «дискримінація за віком», «дискримінація за статтю», «дискримінація за расою або кольором шкіри», не показали значних відмінностей у тому, як українські респонденти оцінювали своє здоров'я (Табл. 4.19 – 4.21). Серед тих респондентів, які вказали, що зазнають дискримінації через вік, більшість (54,5 %) визначали своє здоров'я як нормальне, а 45,0 % респондентів, що не зазнавали цієї дискримінації, майже на такому самому рівні визначали своє здоров'я як нормальне, проте 42,3 % з них – як добре (Табл. 4.19) (Мазай & Мальцева, 2019).

Щодо тих респондентів, які вказали, що зазнають статевої дискримінації, результати були майже подібні: більшість респондентів (88,9 %) визначали своє здоров'я як нормальне, а ті респонденти, які не зазнавали цієї дискримінації, майже однаково визначали своє здоров'я як нормальне (45 %) та добре (42,3 %) (Табл. 4.20) (Мазай & Мальцева, 2019).

Серед тих респондентів, які зазнавали дискримінації через расу або колір шкіри, більшість (66,7 %) визначали своє здоров'я як нормальне. Ті респонденти, які не зазнавали цієї дискримінації, майже однаково визначали своє здоров'я як нормальне (44,9 %) та добре (42,3 %) (Табл. 4.21) (Мазай & Мальцева, 2019).

Знахідки проведеного дослідження узгоджуються з тенденціями, що реєструються в попередніх дослідженнях нерівності у здоров'ї, і свідчать про наявність соціально-демографічних та економічних нерівностей у здоров'ї українського населення. Підсумовуючи результати регресійного аналізу та аналізу середніх тенденцій, можна зробити такі висновки: в українській вибірці жінки оцінювали свій стан здоров'я як гірший порівняно з респондентами-

чоловіками; у людей з повною базовою освітою (бакалавр) суб'єктивний стан здоров'я є кращим, ніж у людей з повною середньою освітою; наймані працівники повідомляли про гірший суб'єктивний стан здоров'я, ніж ті, хто мали власний бізнес; люди, які були задоволені власними доходами під час опитування, мали кращий стан суб'єктивного здоров'я, ніж ті, хто зовсім незадоволений власними доходами. Ми не знайшли доказів зв'язку між відчуттям дискримінації через вік, стать, расу, національність та сексуальну орієнтацію, з одного боку, та суб'єктивним станом здоров'я, з іншого (Мазай & Мальцева, 2019).

Табл. 4.16. Самооцінки стану здоров'я респондентів залежно від задоволеності доходом (адаптовано з Мазай & Мальцева, 2019)

Самооцінка стану здоров'я	Задоволені власним доходом	Вдається жити за власним доходом	Важко жити за власним доходом	Дуже важко жити за власним доходом
Дуже добрий	8,3 %	5,4 %	3,3 %	3,0 %
Добрий	39,6 %	45,9 %	43,8 %	36,7 %
Нормальний	43,8 %	44,2 %	45,3 %	44,6 %
Поганий	8,3 %	3,0 %	6,8 %	12,3 %
Дуже поганий		1,5 %	0,7 %	3,4 %
Загалом	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %

Табл. 4.17. Самооцінки стану здоров'я респондентів відповідно до рівня їхньої освіти (адаптовано з Мазай & Мальцева, 2019)

Самооцінка стан здоров'я	Неповна середня освіта (атестат за 8-9 класів)	Повна базова освіта (бакалавр)	Аспірантура, вчений ступінь
Дуже добрий		12,3 %	
Добрий	26,5 %	46,9 %	

Нормальний	57,4 %	37 %	58,3 %
Поганий	11,8 %	3,7 %	41,7 %
Дуже поганий	4,4 %		
Загалом	100,0 %	100,0 %	100,0 %

Табл. 4.18. Розподіл самооцінок стану здоров'я респондентів залежно від наявності оплачуваної праці (адаптовано з Мазай & Мальцева, 2019)

Самооцінка стану здоров'я	Мали оплачувану роботу	Не мали оплачуваної роботи
Дуже добрий		5,0 %
Добрий	16,7 %	36,8 %
Нормальний	66,7 %	44,8 %
Поганий	9,3 %	11,2 %
Дуже поганий	7,4 %	2,2 %
Загалом	100,0 %	100,0 %

Табл. 4.19. Розподіл самооцінок стану здоров'я серед респондентів, які зазнають вікової дискримінації (адаптовано з Мазай & Мальцева, 2019)

Самооцінка стану здоров'я	Не відчувають дискримінації	Відчувають себе дискримінованими
Дуже добрий	4,2 %	
Добрий	42,3 %	36,4 %
Нормальний	45,0 %	54,5 %
Поганий	7 %	9,1 %
Дуже поганий	1,6 %	
Загалом	100,0 %	100,0 %

Табл. 4.20. Розподіл самооцінок стану здоров'я серед респондентів, які зазнають статевої дискримінації (адаптовано з Мазай & Мальцева, 2019)

Самооцінка стану здоров'я	Не відчують дискримінації	Відчують себе дискримінованими
Дуже добрий	4,2 %	
Добрий	42,5 %	
Нормальний	44,8 %	88,9 %
Поганий	7 %	11,1 %
Дуже поганий	1,6 %	
Загалом	100,0 %	100,0 %

Табл. 4.21. Розподіл самооцінок стану здоров'я серед респондентів, які зазнають дискримінації через расу або колір шкіри (адаптовано з Мазай & Мальцева, 2019)

Самооцінка стану здоров'я	Не відчують дискримінації	Відчують себе дискримінованими
Дуже добрий	4,2 %	
Добрий	42,3 %	33,6 %
Нормальний	44,9 %	66,7 %
Поганий	7,1 %	
Дуже поганий	1,6 %	
Загалом	100,0 %	100,0 %

4.3.3. Соціально-економічний статус та орієнтація стратегії життєвої історії

Як вже згадувалося, важливим для різнобічної презентації впливу соціальної нерівності на здоров'я є врахування не лише різних аспектів соціально-економічного статусу, як він існує і вимірюється у сучасних

суспільствах, але і адаптація елементів еволюційного підходу як складової теоретичної аргументації. Для поєднання чинників соціально-економічної нерівності із еволюційним контекстом, авторкою було здійснено спробу проаналізувати самозвіти про нормативну поведінку та реакції на порушення карантинних вимог серед різних категорій респондентів за соціально-економічним критерієм під час пандемії в Україні і в такий спосіб спробувати з'ясувати, чи існує зв'язок між соціально-економічним статусом та дотриманням пов'язаних з карантином обмежень, використовуючи теорію орієнтації стратегії життєвої історії (Mishra, Templeton, & Meadows, 2017).

«Життєві історії» організмів умовно можна розмістити на континуумі від повільних до швидких. За логікою цієї теорії, швидка життєва історія характеризується наголосом на швидкому розмноженні порівняно з розвитком та зростанням, і пріоритизує кількість нащадків над довготривалою турботою про них; тим часом повільна життєва історія робить наголос на інвестиціях в малу кількість нащадків, які народжуються після того, як організм досягнув оптимальної зрілості і ресурсів. Згідно теорії орієнтації стратегії життєвої історії (Figueredo et al., 2017), індивіди, що живуть «повільно», є більш відкритими до відтермінування нагороди заради її збільшення, у плеканні соціальних стосунків упродовж тривалого часу та інвестуванні в добробут інших людей у довготривалій перспективі, тим часом, як «швидка» життєва стратегія налаштовує індивідів до більш «прискореного» досягнення результатів, в тому числі через опортуністичне зрізання кутів, та менший інтерес у довготривалих соціальних зв'язках. Життєві стратегії в людських групах стають предметом дедалі більшої уваги завдяки тому, що хоча першопочатково ця теорія була покликана пояснювати лише часові горизонти аспектів народження, росту та батьківства різних видів, її принципи наразі було прив'язано до досліджень соціально-економічної нерівності та антисоціальних психологічних рис, та деякі її нюанси можуть застосовуватись для дослідження таких рис, як імпульсивність, коротко-часова орієнтація у стосунках, ризикова поведінка, низький самоконтроль та агресія у широкому діапазоні доменів.

Повільна орієнтація стратегії життєвої історії та поведінка під час карантину

У пілотному дослідженні, що здійснювало спробу реплікації результатів дослідження зв'язків між орієнтацією стратегії життєвої історії та поведінкою під час пандемії (Corpuz, D'Alessandro, Adeyemo, Jankowski, & Kandalaf, 2020) у пристосуванні до українського контексту, авторка залучала еволюційні концепти до вивчення нерівностей у здоров'ї, в тому числі для ілюстрації консервативності впливу соціально-економічного статусу у дитинстві на ставлення та життєві орієнтації в сфері безпеки та здоров'я. У цьому дослідженні, проведеному онлайн в Києві восени 2021 р. (N=304, 60% жінок, 40% чоловіків, 19-71 років, середній вік 24 роки), авторка використала переклад шкали орієнтації стратегії життєвої історії, що вимірює рівень вираженості у індивіда тенденцій повільної життєвої стратегії (42 запитання, Figueredo et al., 2017). Усі запитання в цій шкалі використовували для відповідей шкалу Лікерта від 1 до 4. Внутрішню організацію шкали представлено в Табл. 4.22.

На початку анкети було розміщено 17 запитань про оцінку ризиків та поведінку респондента в контексті коронавірусу (дотримання карантинних правил, щеплення тощо). Для дослідження було використано валідизовані психологічні шкали процвітання (Flourishing scale, 9 запитань (Diener et al., 2010)), депресії (Beck Depression Inventory I, 21 запитання (BDI-I (Beck et al., 1961)) та блок запитань для оцінки рівня стресу (11 запитань) на основі шкали сприйняття стресу (Cohen, Kamarck, & Mermelstein, 1983). Анкетні запитання включали 19 демографічних змінних, що збирали стандартну демографічну інформацію.

На основі анкетних запитань було створено шкали орієнтації стратегії життєвої історії (α Кронбаха = 0,88), стресу (α Кронбаха = 0,82), депресії (α Кронбаха = 0,92) та процвітання (α Кронбаха = 0,85). Кореляція індексів усіх шкал надано у Табл. 4.23.

Табл. 4.22. Шкала орієнтації стратегії життєвої історії (42 змінні, адаптовано з Figueredo et al., 2017)

1. Коли я опиняюся в поганій ситуації, я роблю, що можу, щоб зробити її кращою.
2. Коли я зустрічаюся із труднощами, я не здаюся аж поки не вирішу їх.
3. Зазвичай, можна сказати, що я навчаюся чомусь важливого при зіткненні з складними ситуаціями.
4. Коли я в поганій ситуації, мені допомагає подивитися на неї з іншого боку.
5. Коли здається, що все іде шкереберть, зазвичай я можу знайти хорошу сторону в поганій ситуації.
6. Я вмію знаходити щось хороше навіть в найгірших ситуаціях.
7. Я регулярно віддаю багато часу для надання емоційної підтримки моїм родичам.
8. Зараз я значним чином допомагаю моїм родичам в плані їх добробуту та комфорту.
9. Я регулярно віддаю багато часу для надання емоційної підтримки моїм знайомим (сусідам, колегам).
10. Зараз я суттєво допомагаю моїм друзям в плані їх добробуту та комфорту.
11. Я регулярно віддаю багато часу для волонтерської роботи в школі, університеті чи моїй організації.
12. Я часто роблю внески для різних організацій чи добродійних справ.
13. Я дуже релігійна людина.
14. Релігія є важливою частиною мого життя.
15. В моєму житті духовність є важливою.
16. Я ідентифікуюся з членами моєї релігійної групи.
17. Я часто відвідую релігійні відправи.
18. Коли мені потрібно прийняти рішення, я часто консультуюся з своїми релігійними настановами, щоб зробити вибір.
19. Я переживаю, що романтичний партнер не буде піклуватися про мене так, як я про нього/неї.
20. Мені незручно говорити про речі відверто з романтичним партнером.
21. Я хочу бути близьким(ою) з романтичними партнерами, але постійно "стримую" себе.
22. Часто я настільки прагну злиття з романтичними партнерами, що це їх відлякує.
23. Я починаю нервувати, якщо романтичний партнер стає мені дуже близьким(ою).
24. Я відчуваю, що мої партнери не бажають бути зі мною настільки близькими, як мені того хотілося б.
25. Скільки часу та уваги Ваша матір надавала Вам, коли Ви цього потребували?
26. Скільки часу та уваги Ваша матір надавала Вашому вихованню та догляду?
27. Наскільки багато Ваша матір пояснювала Вам про життя?
28. Скільки часу та уваги Ваш батько надавав Вам, коли Ви цього потребували?
29. Скільки часу та уваги Ваш батько надавав Вашому вихованню та догляду?
30. Наскільки багато Ваш батько пояснював Вам про життя?
31. Наскільки Ваші родичі допомагали Вам позбутися тривоги?
32. Наскільки Ваші родичі говорили Вам, що Ви щось добре зробили?
33. Наскільки Ваші родичі говорили Вам, що вони люблять Вас таким(ою), як Ви є?
34. Наскільки Ваші родичі проявляли любов до Вас?
35. Наскільки Ваші родичі слухали Вас, коли Ви говорили про свої емоції?
36. Наскільки Ваші родичі демонстрували турботу про Ваш добробут?
37. Наскільки Ваші друзі допомагали Вам позбутися тривоги?
38. Наскільки Ваші друзі говорили Вам, що Ви щось добре зробили?
39. Наскільки Ваші друзі говорили Вам, що вони люблять Вас таким(ою), як Ви є?
40. Наскільки Ваші друзі проявляли любов до Вас?
41. Наскільки Ваші друзі слухали Вас, коли Ви говорили про свої емоції?
42. Наскільки Ваші друзі демонстрували турботу про Ваш добробут?

Табл. 4.23. Кореляція індексів метрик

	1	2	3	4
1. Індекс орієнтації стратегії життєвої історії	1			
2. Індекс сприйняття рівня стресу	0,239**	1		
3. Індекс BDI-I	-0,219**	0,227**	1	
4. Індекс процвітання	0,523**	-0,054	-0,536**	1

** Кореляція значима на рівні 0,01 (двостороння).

В результаті було отримано статистичні аргументи на користь того, що соціально-економічний статус у дитинстві закладає характеристики швидкості життєвої стратегії для подальшого життя, зокрема уповільнюючи її. В контексті пандемії було з'ясовано, що у вибірці індивіди, які мали більш високе соціально-економічне становище в дитинстві, ставилися до загрози зіткнення з патогеном більш серйозно (що може вказувати на те, що у таких індивідів більш виражене відчуття відрази до патогена, що має наслідки для виживання) (Rozin, Markwith, & Stoess, 1997). Зокрема, зв'язки між соціально-економічним статусом та дотриманням карантинних обмежень вказують на те, що індивіди у вибірці, які мали більш високий соціально-економічний статус у дитинстві, мали вищі показники індексу повільної життєвої стратегії ($\beta = 0,143$, $p \leq 0,001$)¹¹⁶ і, відповідно, більш схильні думати про добробут своїх близьких, берегти їх під час небезпек, пов'язаних з пандемією, і турбуватися про наслідки своєї власної поведінки та більш інтенсивно реагувати на порушення карантинних правил іншими (Табл. 4.24).

Табл. 4.24. Вплив орієнтації стратегії життєвої історії на виконання карантинних вимог: Прості лінійні регресії

	Наскільки серйозно Ви ставитесь до правил та відповідних обмежень у громадських місцях, введених у зв'язку з пандемією COVID-19?		Наскільки сильно Ви боїтеся, що захворіє хтось з Ваших близьких?		стурбованість через недотримання іншими правил гігієни під час контакту з оточуючими людьми (наприклад, при чханні)		Чи Ви дотримуетесь рекомендованих правил поведінки в громадських місцях?	
	β	SE	β	SE	β	SE	β	SE
Індекс орієнтації стратегії життєвої історії	0,132*	0,003	0,199**	0,003	0,149**	0,003	0,114*	0,002

В таблиці наведено стандартизовані регресійні коефіцієнти.

¹¹⁶ Наведено стандартизований регресійний коефіцієнт.

Таким чином, у ході серії досліджень, проведених в Україні у 2019-2021 роках для перевірки зазначених на початку розділу гіпотез, було отримано такі результати.

- 1) Поточний соціально-економічний статус впливає на статус суб'єктивного здоров'я та самопочуття індивіда. Ретроспективний соціально-економічний статус (самооцінка соціально-економічного статусу родини у дитинстві респондента) статистично значущих результатів не показав; утім індивіди, чиє соціально-економічне становище погіршилося порівняно з дитинством, мали гірші показники психічного здоров'я (більше виражену депресивну симптоматику).
- 2) Хронічні захворювання у дорослому віці більш поширені серед індивідів з низьким соціально-економічним статусом,
- 3) Хронічні захворювання також більше поширені серед індивідів, які повідомляють про відчуття беззахисності та занедбаність їхніх емоційних потреб батьками у дитинстві (частіше серед таких респондентів є індивіди жіночої статі), що вказує на можливість співіснування цих двох чинників у анамнезі.
- 4) Рівень стресу негативно впливає на статус суб'єктивного здоров'я та самооцінку самопочуття індивіда.
- 5) Індивіди з більш низьким соціально-економічним статусом зіткаються з перцептивно більш високим поточним рівнем стресу.
- 6) Не було отримано підтвердження припущення, що індивіди з більш низьким соціально-економічним статусом у дитинстві відрізнялися від респондентів, які дітьми мали більш високий соціально-економічний статус, більш високими рівнями стресу під час умов пандемії COVID-19. Однак індивіди з більш високим соціально-економічним статусом у дитинстві мали більш виражену орієнтацію дотримуватись карантинних вимог, тривожитись за добробут рідних, уникати ризикової поведінки в контексті маскового режиму та соціального дистанціювання, що

вписується в характеристики повільної орієнтації стратегії життєвої історії.

- 7) В плані здорового способу життя, батьківський вплив на здоров'я індивіда у дорослому віці здійснюється безпосередньо у навчанні практикам догляду за здоров'ям та через наслідування батьківського прикладу. У індивідів, які дотримуються здорового способу життя, також є батьки, які дотримувалися здорового способу життя. Також українці, які дотримуються здорового способу життя, також споживають зразки високої культури (відвідують театри, оперу, музеї, тощо), і ця тенденція є більш помітною серед молодого покоління.

Щодо напрямку причинного зв'язку між соціально-економічним статусом та здоров'ям, то, як і у більшості емпіричних досліджень, які вживають індикатори доходу для вимірювання соціально-економічного статусу, українські дані підтримали обидві моделі причинності, які вийшли подібними у своїй значущості. Однак модель гіпотези соціального спричинення (соціально-економічний статус визначає статус здоров'я індивіда) була трохи кращою за модель гіпотези селекції за критерієм здоров'я (стан здоров'я визначає соціальні вершини, яких може досягнути індивід).

Повільна орієнтація життєвої історії та стресостійкість під час повномасштабного вторгнення

Результати досліджень стресу, викладені в дисертації до цього моменту, було виконано до лютого 2022 р., коли почалося повномасштабне вторгнення, і таким чином покривали тільки умови мирного часу. Війна значно змінює соціальну екологію спільноти, а також характер щоденних стресорів, їхній розподіл та сприйняття. Збройний конфлікт привносить набір найінтенсивніших стресорів, які можна зустріти у суспільстві. Умови війни наражають індивідів на об'єктивно підвищену загрозу життю і здійснюють свій вплив через специфічний для цих умов досвід (страх, дистрес, біль,

виснаженість, недоступність звичайних побутових послуг, недостатнє харчування, брак сну, особисті та майнові втрати), включаючи психологічну травму та постравматичний розлад (Johnson & Thompson, 2008; Hoppen et al., 2021; Karam & Bou Ghosn, 2003; Lim et al., 2022; Miller & Rasmussen, 2010; Murthy & Lakshminarayana, 2006; Sidel, 2008). Можна припускати, що в умовах війни спостерігатимуться зміни у механізмі дії різних стресорів чи їхньої інтенсивності впливу на показники здоров'я. В цьому контексті інтерес викликає питання, чи буде зберігатися в умовах війни більш потужна сила впливу суб'єктивного стресу на показники здоров'я порівняно із об'єктивним стресом, що систематично реєструється в мирний час (Shields et al., 2023)? Також особливого значення набувають психологічні та соціальні чинники, що можуть виступати ресурсами стресостійкості (тобто, сприяти опору стресу і допомагати мінімізувати деструктивний вплив стресу на здоров'я та добробут індивідів) в кризових ситуаціях, зумовлених обставинами війни. Зокрема в цьому контексті викликають інтерес захисна функція високого соціально-економічного статусу і оговорювана раніше (приміром, підрозділ 3.4) роль таких психологічних характеристик, як оптимізм, а також повільна орієнтація стратегії життєвої історії, що має зв'язки з сприятливим економічними умовами дитинства і характеризується, крім усього іншого, сприйняттям складних життєвих ситуацій як більш «підконтрольних» (в тому числі їхнім розумінням швидше як викликів, ніж загроз) та більш оптимістичним баченням майбутнього, і таким чином може бути дотичною до процесу стресу. Відповідно було проведено декілька пілотних досліджень для перевірки цих припущень та збору емпіричних даних про стрес та здоров'я українців під час повномасштабного вторгнення.

У листопаді 2022 р. в Києві за допомогою онлайн гугл-форми було проведено пілотне дослідження (N=213), що стосувалося стресу, показників здоров'я та пережитого досвіду війни в Україні. Збір даних спирався на кількісну інформацію у форматі самозвітів і переслідував три цілі. По-перше, проект мав на меті дослідити зв'язки між стресом та станом здоров'я, зокрема

концентруючись на відокремленні ефектів об'єктивного та суб'єктивного стресу у самооцінці здоров'я. По-друге, дослідження мало на меті з'ясувати основні чинники ризику та, навпаки, чинники стресостійкості, що впливають на асоціації між пережитим досвідом стресових ситуацій, сприйняттям суворості стресу та результатами у сфері здоров'я під час активної фази війни в Україні. Вибірка складалася з 139 жінок, 70 чоловіків і 4 учасника ідентифікували себе як «інше», у віці 16-75 років. На момент опитування 23,9% учасників були одружені, 40% були без пари, 31,5 % були неодружені, але мали пару, 3,3% були розлучені і 2 індивідів не надали відповіді. Близько 71,4% учасників були бездітні і 27,6% мали дітей. Приблизно 72,3% опитаних мали братів чи сестер. Більшість опитаних мали кілька років університетської освіти і звітували про так само освічених батьків. Більшість учасників (70%) були мешканцями великих українських міст, але варіювалися щодо рівня матеріальної забезпеченості (Maltseva, на рецензуванні у *Journal of Health Psychology*).

Дослідження було розроблено для оцінки впливу на здоров'я з боку різних типів стресорів. Для вимірювання використовувалося дві метрики стресу. Валідизована шкала суб'єктивного стресу Коена (Cohen, Kamarck, & Mermelstein, 1983, скорочена версія з 11 запитань) використовувалась для оцінки сприйняття інтенсивності пережитого стресу (суб'єктивний стрес). Для оцінки фактичних стресорів, з якими зіштовхувався учасник (об'єктивний стрес), було створено батарею з 10 запитань, кожне з яких являло собою окремий зовнішній фактор, зумовлений обставинами війни (приміром, відсутність електрики, недоступність питної води, недостатність чи важкодоступність продуктів харчування тощо). Для оцінки інтегрального впливу стресу на показники здоров'я та добробуту, з цих 10 змінних було створено індекс, який вимірював сумарний досвід війни.

Для вимірювання чинників, здатних компрометувати стресостійкість, інструмент включав серію психологічних шкал, в тому числі валідизовану метрику депресії (BDI-I, Beck et al., 1961, 21 запитання). Загалом анкета включала 148 запитань, що вимірювали аверсивні особистісні характеристики.

Для оцінки чинників, що будують ресурс стресостійкості, в інструмент було включено два запитання, що вимірювали позитивний погляд на життя: одне запитання, що вимірювало оптимізм («Загалом, я вважаю себе оптимістом»), і одне запитання, що вимірювало суб'єктивний добробут («Цей світ – хороше місце»). Обидва стимули мали віяло відповідей від 1 до 4, де 1 означало «зовсім не відповідає дійсності» і 4 – «повністю відповідає дійсності». Також в анкеті було присутнє питання щодо якості життя, яке являло собою оцінку індивідом його чи її поточного життя від 1 (найгірше життя, що можна собі уявити) до 10 (ідеальний сценарій).

Крім клінічної шкали депресії, всі шкали використовували шкалу Лікерта від 1 до 4. Соціально-економічне становище респондента вимірювалося за тим самим принципом, що і в попередніх дослідженнях, з огляду на потребу (1) включити соціальну та економічну складові і (2) максимально врахувати впливи на самооцінку здоров'я різних аспектів багатовимірного конструкту соціально-економічного статусу (Graham & Ciciurkaite, 2023; Xu et al., 2023; Moss et al., 2023; Galvan et al., in print). Сумарно анкета містила 198 запитань. Наприкінці анкета включала стандартну демографічну інформацію про життя та дитинство респондентів, а також самооцінку здоров'я. Для всіх шкал було обчислено індекси. Кореляцію всіх метрик, використаних у аналізі даних в цьому дослідженні, наведено у Табл. 4.25 разом із відповідними показниками альфи Кронбаха.

Табл. 4.25. Кореляція метрик

	Об'єктивний стрес (індекс)	Суб'єктивний стрес (індекс)	BDI-I (індекс)	Якість життя (змінна)	Суб'єктивний добробут (змінна)	Оптимізм (змінна)
Об'єктивний стрес (індекс) ($\alpha=0,589$)	1,00					
Суб'єктивний стрес (індекс) ($\alpha=0,850$)	,188**	1,00				
BDI-I (індекс) ($\alpha=0,899$)	0,12	,611**	1,00			
Якість життя (змінна)	-0,06	-,299**	-,358**	1,00		
Суб'єктивний добробут (змінна)	-,196**	-,399**	-,413**	,149*	1,00	
Оптимізм (змінна)	-0,11	-,444**	-,403**	,180**	,624**	1,00

* Кореляція значуща на рівні 0,05 (двостороння).

** Кореляція значуща на рівні 0,01 (двостороння).

Таблиця 4.26 ілюструє ефекти, що різні типи стресу (об'єктивний та суб'єктивний) спричиняють у різних аспектах життя та вимірах здоров'я. Отримані результати не суперечать попередньо опублікованим спостереженням щодо потужніших прогностичних ефектів суб'єктивного стресу порівняно з об'єктивним, що виражається як у більшій широті впливу (більшій кількості ефектів серед наслідків у здоров'ї), так і в більшій потужності ефектів суб'єктивного стресу на здоров'я. Тим часом, як об'єктивний стрес не мав зв'язків з показниками депресії у вибірці, суб'єктивний стрес мав з нею потужний прямий позитивний зв'язок, погіршуючи депресивну симптоматику (Табл. 4.26). Цей результат додає підтримки аргументації щодо важливості когнітивного компоненту стресу і важливості дослідження його каузальних механізмів.

Серед психологічних ресурсів, що захищають індивіда від деструктивних впливів суб'єктивного стресу та проявів депресії, можна перелічити оптимізм, сприйняття світу як справедливого і наявність друзів та родичів, які готові надати соціальну підтримку (Табл. 4.26). Оптимізм у вибірці знижував рівні суб'єктивного стресу та зменшував ймовірність розвитку депресії (Табл. 4.26). Оптимізм також посилював симптоми позитивного психічного здоров'я, що відображено у вищій якості життя та добробуті у опитаних (Табл. 4.26).

Соціально-економічний статус є принциповою детермінантою здоров'я, відповідно, перевірка його захисної ролі під час війни також пріоритизувалася. Хоча соціально-економічне становище виступало предиктором самооцінки здоров'я (Табл. 4.26), спроможність високого соціально-економічного становища діяти як буфер проти суб'єктивного стресу та настання депресії під час війни у вибірці не була зареєстрована. Однак було знайдено, що ретроспективно соціально-економічне становище в дитинстві респондента відіграло більше значення щодо показників самооцінки здоров'я та самопочуття під час війни, ніж його поточне соціально-економічне становище. Впливовість соціально-економічного положення родини в дитинстві в цьому контексті настановує на думку щодо ролі соціально-економічних показників в

дитинстві у формуванні у індивіда повільної орієнтації життєвої історії, яка сприяє створенню ресурсів стресостійкості (підтримка довготривалих стосунків, впевненість у майбутньому, вміння приймати рішення щодо відтермінування нагороди з метою максимізації винагороди у майбутньому тощо) та допомагає протистояти складним поточним умовам. Цю знахідку підтверджують результати двох інших проєктів, що фокусувалися на вивченні властивостей повільної орієнтації життєвої траєкторії, проведених восени 2022 р. (N=346) та восени 2023 р. (N=408) (Табл. 4.27). З наведеної таблиці також можна зробити висновок про те, що цей ресурс виснажується по мірі просування збройного конфлікту.

Збір даних необхідно продовжувати, щоб забезпечити представленість у даних показників здоров'я та стресу на різних етапах війни, а також для збільшення проміжку часу, на якому можливий розвиток різних симптомів для демонстрації їх динаміки. Також з огляду на неможливість валідних номотетичних узагальнень до завершення активної фази збройного конфлікту, для побудови аргументації щодо результатів впливу на здоров'я з боку стресорів, пов'язаних з війною, необхідно зібрати дані після закінчення війни в Україні.

Табл. 4.26. Прості лінійні регресії

Незалежні змінні	Залежні змінні										
	BDI-I Індекс	Індекс суб'єктив ного стресу	Якість життя	SWB (var) Цей світ - хороше місце.	Як часто Ви хворієте зараз?	запалення	головні болі	болі	нові симптоми	самооцінка здоров'я	самопочуття
BDI-I Індекс		0,611***	-0,358***	-0,413***	0,291***	0,199**	0,347***	0,323***	0,297***	-0,437***	-0,496***
Індекс суб'єктивного стресу	0,661***		-0,299***	-0,399***	0,271***	0,193**	0,274***	0,295***	0,299***	-0,331***	-0,342***
Індекс травматичних подій		0,188**		-0,196**		0,171*		0,135*	0,162*		
Оптимізм	-0,403***	-0,444***	0,180**	0,624***						0,229**	0,198**
SWB (var) Цей світ - хороше місце.	-0,411***	-0,399***	0,149**							0,224**	0,189**
Якість життя	-0,358***	-0,299***		0,149*					-0,129*	0,145*	0,241***
Недоступність чи нестача продуктів харчування											
Недоступність чи нестача питної води		0,137*	-0,137*								
Недоступність інтернету чи телефонного зв'язку	0,184*										
Перебування на окупованих територіях											
Вимушено переїхав після лютого 2022						0,129 (p=0,061)			0,125 (p=0,069)		
Переміщення всередині України											
Евакуація закордон				-0,141*		0,223**					
Декілька переїздів				-0,189*							
Переїзд без супроводу	0,286*										
Адаптація за кордоном								-0,432***		0,257*	
Плани повернутися в Україну											
SES поточний								-0,135*		0,165*	
SES дитинство										0,246***	0,182**

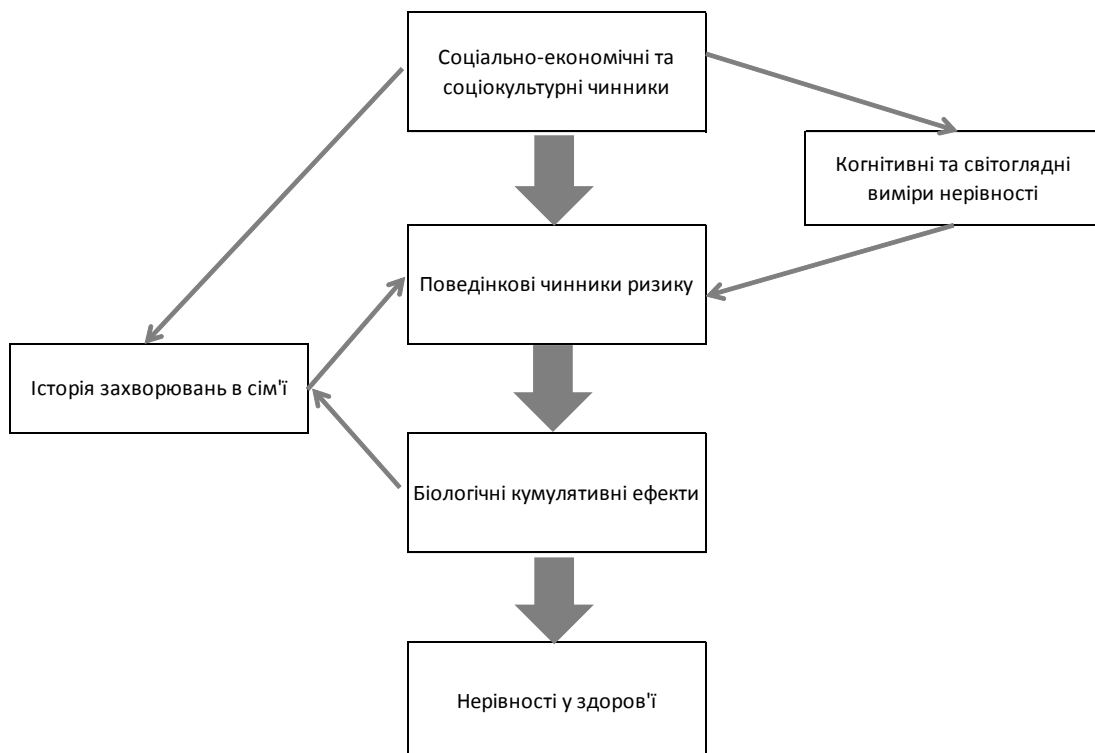
Табл. 4.27. Порівняльна таблиця регресій (2022 та 2023 рр.).

	Індекс повільності орієнтації життєвої історії	Індекс суб'єктивного стресу	BDI Індекс	Індекс процвітання	Хороші друзі	Зазвичай що з наступного найкраще описує Ваш стан самопочуття?	Як Ви оцінюєте свій нинішній стан здоров'я загалом?
<i>осінь 2021 (N=294)</i>							
SES поточний						0,121*	0,141**
SES дитинство	0,143**		-0,210***	0,183**		0,119*	
Сприйняття батьківської турботи у дитинстві	0,347***						
Індекс повільності орієнтації життєвої історії		0,239***	-0,219***	0,523***	0,233***		
<i>осінь 2022 (N=346)</i>							
SES поточний		-0,213***	-0,216***	0,134*			
SES дитинство	0,207***	-0,113*	-0,102 (p=0,057)	0,128*			
Сприйняття батьківської турботи у дитинстві	0,488***						
Індекс повільності орієнтації життєвої історії		-0,241***	-0,301***	0,530***	0,339***		
<i>осінь 2023 (N=408)</i>							
SES поточний			-0,175***	0,142**			
SES дитинство	0,212**		-0,120*	0,137**			
Сприйняття батьківської турботи у дитинстві	0,423**						
Індекс повільності орієнтації життєвої історії		-0,106**	-0,170**	0,468***	0,293***	0,088 (p=0,075)	0,098*

Отримані результати є цікавим доповненням до досліджень еволюційного виміру нерівності в контексті стресогенних умов, створених пандемією COVID-19 та обставинами війни. Зміни, що відбуваються у зв'язку з економічними трансформаціями, що потенційно можуть впливати на форму зв'язку між соціально-економічними чинниками та показниками здоров'я, мають досліджуватися більш глибоко і з залученням вибірок з різних за рівнем економічного розвитку суспільств для того, щоб сформулювати вичерпні пояснення.

Діаграма внизу візуалізує основні зв'язки, важливі для розуміння інтегрального впливу матеріальних та когнітивних (в тому числі спричинених культурним світоглядом) чинників на рівні стресу та показники здоров'я на основі розглянутих у розділах 3 та 4 властивостей соціокультурних та соціально-економічних стресорів (Рис. 4.9).

Рис. 4.9. Схема впливу матеріальних та когнітивних чинників на здоров'я



Висновки розділу

Відмінності у здоров'ї за соціально-економічною ознакою, зареєстровані зарубіжними та вітчизняними дослідниками, є всепроникними і наразі добре задокументованими, однак їхні причини не отримали вичерпного пояснення. На основі емпіричних досліджень науковці відзначають поведінкові та психологічні схильності, що асоціюються із низьким соціально-економічним статусом і, взяті разом, утворюють так звані «констеляції бідності», які відтворюють вже існуючі умови низького соціально-економічного статусу і не дають індивідові вирватись з порочного кола бідності (Pepper & Nettle, 2017). Опубліковані дослідження вказують на те, що ці психологічні та поведінкові відмінності суттєво додають до соціально-економічних нерівностей у здоров'ї та смертності, і є частиною механізму, що є відповідальним за відтворення нерівностей у здоров'ї (Haushofer & Fehr, 2014; Pampel, Krueger, & Denney, 2010).

Сучасні дослідження нерівностей у здоров'ї виділяють такі основні закономірності (Institute of Medicine, 2012). Передусім йдеться про стійкість нерівностей у здоров'ї та їхній масштаб. Попри науковий прогрес в медицині, прірва між заможними та бідними індивідами не зникає незалежно від моделі системи охорони здоров'я, наявній у державі. Нерівності також лишаються незмінними не лише у часі, але і у всіх часових точках упродовж усієї життєвої траєкторії індивіда, що вказує на їхню всепроникність на додачу до їхньої витривалості.

По-друге, стан економіки має серйозний вплив на здоров'я, оскільки кризові ситуації, пандемії, війни, нестабільність, інфляція та зростання цін мають свої негативні наслідки для здоров'я у коротко- та далекосяжній перспективах.

По-третє, наголошується важливість обізнаності щодо наявності нерівностей у здоров'ї у сучасних суспільствах і включення цієї проблеми у всі політики, які можуть бути дотичними до наслідків для здоров'я.

Різні дослідники також вказують на те, що різні форми нерівності впливають на різні аспекти здоров'я і виливаються в різні захворювання (Institute of Medicine, 2012).

Для ілюстрації впливу соціально-економічних та соціокультурних чинників на здоров'я, а також кумулятивну дію соціального стресу на здоров'я було перевірено низку гіпотез у серії кількісних досліджень ролі культурних чинників, соціального стресу та кумулятивних ефектів нерівності у здоров'ї, проведених у Києві у період 2019-2021 років, і їхні результати порівняно із результатами дослідження, проведених на даних масиву European Social Survey (2012) (Мазай & Мальцева, 2019).

У дослідженні кумулятивних ефектів стресу на постання нерівностей у здоров'ї (N=902) в результаті регресійного аналізу було встановлено, що поточний соціально-економічний статус та зміна соціально-економічного статусу (але не ретроспективний соціально-економічний статус родини респондента у дитинстві сам по собі) впливали на всі аспекти суб'єктивного здоров'я, виражені через психологічні та фізіологічні симптоми, а також на здоровий стиль життя. Ці результати співпадають із загальними висновками західноєвропейських та американських соціально-епідеміологічних досліджень стосовно впливу соціально-економічного статусу на здоров'я.

Результати цього дослідження також виявили вплив консервативних, усталених звичок та рутинних поведінок, релевантних для підтримання здоров'я та профілактики захворювань, здобутих у дитинстві, на суб'єктивне здоров'я та самопочуття у дорослому віці, тим самим підтверджуючи кумулятивні ефекти хабітуса, теоретизовані в працях П. Бурдьє. Важливою знахідкою також є демонстрація впливу батьків та навчання дітей практикам здорового способу життя, які закладаються у дитинстві і лишаються на все життя. Одним з цікавих напрямків для подальших досліджень було б більш заглиблене вивчення чинників, які підсилюють та обмежують вплив фігур батьків на формування поведінки, пов'язаної з здоровим способом життя та доглядом за здоров'ям.

Окремою і практично важливою знахідкою є результат стосовно всепроникного впливу відчуття втомленості на самозвіти щодо показників здоров'я; цей параметр має бути досліджений надалі, оскільки втома постає як не тільки найпотужніший негативний чинник у регресійному аналізі із задіянням змінних-індикаторів здоров'я, але потенційний медіатор у механізмі впливу стресу на здоров'я (Мальцева, 2021b).

Дослідження нерівності у здоров'ї виявили об'єктивний вплив соціально-економічного статусу індивіда на його фізіологічне та психічне здоров'я; зокрема, як вже вказувалось раніше, присутність градієнта у здоров'ї (обернений зв'язок між соціальним статусом та наявністю захворюваності та скороченням тривалості життя) є широко задокументованою у сучасній соціології здоров'я. Як вже також говорилося раніше, існує декілька моделей пояснення нерівності у здоров'ї, які зосереджуються на різних аспектах впливу соціально-економічного статусу та висвітлюють відповідні наслідки. У відповідності до теоретизованих причинних зв'язків, вищеописані знахідки підпадають під очікувані закономірності.

За результатами емпіричних досліджень, проведених авторкою у 2021 р. під час пандемії (N=304) та у 2022-2023 рр. під час повномасштабного вторгнення (N=213, N=346, N=408), було перевірено припущення, які базуються на концепції орієнтації стратегії життєвої історії та інтегрують перспективу на соціально-економічний статус та адаптаціоністський підхід. Результати демонструють, що соціально-економічний статус у дитинстві закладає характеристики швидкості орієнтації стратегії життєвої історії для подальшого життя, зокрема «уповільнюючи» чи «пришвидшуючи» її. Згідно теорії орієнтації стратегії життєвої історії, індивіди, що живуть «повільно», є більш відкритими до відтермінування нагороди заради її збільшення, у плеканні соціальних стосунків упродовж тривалого часу та інвестуванні в добробут інших людей у довготривалій перспективі, тим часом, як «швидка» орієнтація стратегії життєвої історії налаштовує індивідів до більш

«прискореного» досягнення результатів, в тому числі через опортуністичне зрізання кутів, та менший інтерес у довготривалих соціальних зв'язках.

У контексті пандемії було з'ясовано, що респонденти, які мали більш високе соціально-економічне становище в дитинстві, ставилися до загрози зіткнення з патогеном більш серйозно (що може вказувати на те, що у таких індивідів більш виражене відчуття відрази до патогена, що має наслідки для виживання). Зокрема, зв'язки між соціально-економічним статусом та дотриманням карантинних обмежень вказують на те, що індивіди у вибірці, які мали більш високий соціально-економічний статус у дитинстві, мали вищі показники індексу повільної орієнтації стратегії життєвої історії і, відповідно, більш схильні думати про добробут своїх близьких, берегти їх під час небезпек, пов'язаних з пандемією, і турбуватися про наслідки своєї власної поведінки та більш інтенсивно реагувати на порушення карантинних правил іншими.

Під час війни індивіди, які мали високий соціально-економічний статус в дитинстві і звітували про те, що їхні батьки дбали про їхні емоційні потреби, коли вони були маленькі, мали нижчі рівні суб'єктивного стресу і кращі перспективи соціальної підтримки під час війни. Вони також мали трохи кращі результати щодо впливу стресу на наслідки у здоров'ї. Такі саме результати показували люди, які характеризувалися оптимізмом. Це вказує на те, що категорії індивідів, що розвинули ознаки повільної життєвої історії (інвестування в довготривалі стосунки, наполегливість у переслідуванні цілей, здатність до відтермінування нагороди, витривалість, терплячість тощо) також культивують певні соціально-психологічні ресурси, які працюють схоже на рису оптимізму (зменшуючи дію стресу і її вплив на розвиток депресії) і дозволяють їм «винести» важкі обставини війни, ймовірно, через специфіку їхнього бачення майбутнього. Однак з зведеного аналізу результатів кількох проектів видно, що за два роки повномасштабного вторгнення цей ресурс серед опитаних українців поступово виснажується і його буферуючий вплив, що захищає від стресу, поступово втрачає силу.

Висновки

У сучасній літературі з соціології здоров'я докази безпосереднього впливу стресу на здоров'я є чисельними та систематичними. Упродовж кількох останніх десятиліть наше розуміння стресу як процесу та самих механізмів впливу психосоціального стресу на здоров'я суттєво змінилося завдяки низці відкриттів у галузі біомедичних наук. Різні форми соціальної організації тепер сприймаються в новому світлі в плані їхньої здатності впливати на патерни захворюваності, старіння та смертності у суспільстві. Водночас, хоча причинні зв'язки між стресом та здоров'ям є добре розробленими і багато їхніх аспектів є поясненими, досі недостатньо уваги приділяється ролі соціокультурних чинників у процесі стресу, а також механізму їхньої співучасті із соціально-економічними чинниками у системі причинних зв'язків, які вони мають із фізичним та психічним здоров'ям, в тому числі когнітивному виміру стресу. Для розв'язання цього протиріччя, на основі серії емпіричних досліджень дисертанткою було сформульовано та перевірено на українських даних механізм спільної дії соціокультурних та соціально-економічних стресорів у здоров'ї, що, з одного боку, враховує когнітивні чинники, а з іншого, дозволяє розводити соціокультурні чинники, що існують на індивідуальному та колективному рівні, що уможлиблює оцінку їхнього диференційованого впливу на здоров'я.

1. З метою розбудови понятійно-категоріального апарату, що відображає специфіку дії соціокультурних та соціально-економічних чинників у процесі соціального стресу, в дисертації здійснено інтеграцію результатів зарубіжних біокультурних досліджень та досліджень нерівностей у здоров'ї у вітчизняні соціологічні пояснення механізмів, які забезпечують трансмісію соціальних детермінантів здоров'я в межах груп. Підбиваючи підсумки систематизації, одержано наступні висновки.

Передусім, за останні десятиліття змінилося саме розуміння здоров'я та його критерії; зокрема, концептуалізація здоров'я Всесвітньою Організацією

Охорони Здоров'я (ВООЗ) змістилася від своєї ранішої дефініції здоров'я як стану відсутності хвороб до наявності стану збалансованості та здатності ефективно пристосовуватись до поточних вимог довкілля для здійснення необхідних індивідуальних видів діяльності щодня. Така зміна у визначенні здоров'я призводить до відповідної зміни концептуалізації та підходу до вивчення діапазону причин здоров'я та захворювань, а також відповідно модифікованого розуміння чинників зміцнення здоров'я в межах соціології здоров'я та соціальної епідеміології.

Також зміна у розумінні континууму психічного здоров'я наразі передбачає необхідність вимірювання як негативних, так і позитивних симптомів психічного здоров'я, оскільки стан психічного здоров'я, згідно поточної дефініції, передбачає не лише відсутність негативної клінічної симптоматики, але і присутність позитивної.

Розвиток біологічної та генетичної наук дозволив по-новому подивитися на процеси взаємодії соціального та біологічного у фізіології та здоров'ї людини і по-іншому побачити канали впливу соціального життя на здоров'я, що спричинило виокремлення психосоціальних стресорів як найпотужніших драйверів здоров'я та тривалості життя людини. Змінилося розуміння механізму стресу та тлумачення ролі психосоціального стресу у балансі між здоров'ям та захворюваністю, процесах старіння організму та сучасному епідеміологічному профілі захворюваності. Стрес являє собою порушення гомеостазу в результаті дії якоїсь зовнішньої (соціальної, екологічної) чи внутрішньої (когнітивної, психологічної) причини. Дія стресора запускає складний каскадний механізм викиду гормонів, який припиняється, коли ситуація балансу (гомеостаз) відновлюється. Систематичний стрес накладає на задіяні фізіологічні системи тягар алоstaticного навантаження. В умовах постійного чи систематичного стресу регулярне розбалансування системи призводить до частих вимушених «коливань» організму від стресу до гомеостазу, і таким чином до збільшення алоstaticного навантаження, що,

своєю чергою, підвищує ймовірність системних запалень, виснаження організму та розвитку патологій.

Результати систематизованих у дисертації емпіричних досліджень зарубіжних та вітчизняних соціологів вказують на важливість когнітивного виміру стресу і дозволяють зробити висновок про зв'язок когнітивних чинників стресу з матеріальними наслідками для добробуту і здоров'я, а також про роль таких складних когнітивних утворень, як культурні моделі, у передачі несприятливих соціально-економічних умов між поколіннями. Зокрема, різні за соціально-економічним статусом категорії населення передають у спадок нащадкам не просто соціально-стратифіковані матеріальні ресурси, які виступають як соціальні детермінанти здоров'я, але і відмінні «пакети» відповідних зразків поведінки, установок, знання та навичок, які у сукупності впливатимуть на здоров'я індивіда у дорослому житті.

2. З метою вивчення специфічних закономірностей, тенденцій що виражають роль соціокультурних та соціально-економічних стресорів у здоров'ї, було розроблено спеціальну технологію досліджень, на основі якої було операціоналізовано та виміряно культурну компетентність, міру інтерналізації та відповідність індивідуального способу життя культурному стандарту для різних культурних доменів (зокрема, уявлень про успіх та уявлення про хороше, гідне життя – адже саме це типово вивчають дослідники культурного консонансу) і було з'ясовано, що всі ці параметри впливають на рівень стресу і через нього – на психічне здоров'я.

Інтерналізація виявилася найпотужнішим когнітивним чинником, який додавався до дії матеріальних складових способу життя у здоров'ї (у регресійному аналізі). Найгірші результати щодо розвитку симптомів негативного психічного здоров'я (депресії) демонстрували учасники, які були сильними інтерналізаторами, але при цьому вважали, що в своєму житті не досягають реалізації інтерналізованого ними культурного стандарту порівняно з іншими.

Щодо взаємодії позитивного психічного здоров'я та інтерналізації результати не є однозначними, але виявлено, що в різних культурах в залежності від змісту досліджуваної культурної моделі та рівня індивідуалізму суспільства інтерналізація культурних ідей веде до різних наслідків. Це не суперечить результатам щодо зв'язків між мотивацією, цінностями та оцінкою суб'єктивного благополуччя (англ. subjective well-being, SWB), а також диференційованого впливу індивідуалізму/колективізму на SWB.

3. Спеціальна генералізація та інтерпретація ролі соціокультурних стресорів у здоров'ї уможливила такі висновки:

- a) Здійснене в дисертації дослідження впливу на здоров'я таких параметрів, як культурна компетентність (знання культурної моделі певного культурного домену), міра інтерналізації культурних стандартів, міра відповідності культурному стандарту у стилі життя тощо вказують на значну роль, яку ці виміри відіграють у взаємодії між суспільством та здоров'ям та доводить важливість включення в концептуальну сітку не лише прямих, але і опосередкованих зв'язків (зокрема медіації) між вищезначеними соціокультурними чинниками та суб'єктивними і об'єктивними показниками здоров'я.
- b) Важливим елементом дослідження впливу суспільства на здоров'я виявляються колективні цінності та світоглядні утворення, що складають превалентні культурні моделі. Підтримка культурної моделі впливає на здоров'я за умови сильної інтерналізації культурної моделі, як було продемонстровано в дослідженнях дисертантки.
- c) Зважаючи на роль інтерналізації у процесах впливу когнітивного виміру (як-от соціальних стандартів, соціального порівняння тощо) на здоров'я, індивідуальна міра інтерналізації має бути розглянута як складова моделі культурного консонансу.
- d) До вивчення впливу стресу на здоров'я необхідно включити вплив чинників особистості, що підтверджується попередніми висновками досліджень впливу стресу на здоров'я під час повномасштабного

вторгнення, проведених дисертанткою у 2022-2023 роках. На поточний момент авторкою створено три масиви даних, що включають змінні щодо структури особистості на основі анкети NEO-PI.

4. Виокремлення поведінкових практик та елементів стилю життя, що можуть нести позитивні та негативні наслідки для здоров'я, підтвердило їхню передачу різними каналами, зокрема через поведінкові зразки, отримані від батьків (про своє здоров'я дбають ті індивіди, чиї батьки піклуються про своє здоров'я), та рутини догляду за здоров'ям та відповідні знання, набуті у дитинстві. Таким чином, батьки відіграють важливу роль як агенти соціалізації поведінки, знання та ментальних звичок, що ведуть до дотримання здорового способу життя та підтримання необхідної профілактики захворювань у дорослому віці. Підтверджено, що здоровий спосіб життя в Україні, як і в західноєвропейських країнах, пов'язаний із вживанням зразків високої культури; в українській вибірці ця тенденція виглядає як така, що посилюється із зниженням віку респондентів. З іншого боку, виявлено, що здоровий спосіб життя не є експліцитним чи нормативним елементом української культурної моделі успіху і не залежить від міри її інтерналізації для втілення в поведінці, що має бути враховано у розробці політик, ініціатив та інформаційних кампаній, спрямованих на покращення здоров'я українського населення та «оздоровлення» способу життя наступного покоління українців після війни.

5. Дослідження закономірностей впливу соціально-економічних стресорів у здоров'ї дозволяють сформулювати такі висновки, які узгоджуються з результатами попередніх епідеміологічних досліджень.

- а) У проведених дисертанткою дослідженнях підтверджується, що стрес та соціально-економічне становище, зокрема економічно складні умови дитинства впливають на ментальне та фізіологічне здоров'я у дорослому віці. Зокрема виявлено, що поточний соціально-економічний статус виступав найбільш потужним предиктором усіх аспектів суб'єктивного здоров'я (ментального та фізіологічного), включаючи відчуття втоми, а також опосередковував дію стресу на самооцінку здоров'я. Вплив

нерівності на здоров'я наразі уявляється як більш всепроникний в фізіологічній площині та «спадковий» в плані нашого розуміння впливу умов вагітності та перших двох років життя (стресорів пренатального та перинатального періоду) на здоров'я дитини, що наголошує на важливості дослідження нерівності як характеристики людських суспільств для більш повного розуміння ролі соціальних чинників у патернах поширеності захворюваності та рівня тривалості життя серед індивідів та груп. Хоча несприятливі умови у дитинстві можуть мати різні форми (жорстоке ставлення до дитини з боку дорослих; недостатнє харчування; інфекції; психологічна травма; сексуальне насильство; стрес через стихійні лиха; розлучення з батьками чи з одним з батьків, в тому числі через їхнє ув'язнення чи госпіталізацію; поміщення дитини в дитячий будинок; економічна скрута тощо), вони всі підвищують дію стресорів на організм і запускають біологічні процеси, що мають негативні наслідки у здоров'ї індивіда у дорослому житті. Зокрема деструктивними є широко задокументовані наслідки несприятливих умов дитинства у вигляді ураження імунологічного компоненту здоров'я, що призводить до підвищення рівня системних запальних процесів в організмі упродовж життєвої траєкторії та пришвидшення біологічного старіння (імуностаріння) організму.

- b) Знайдено зв'язок між низьким соціально-економічним статусом та вищою ймовірністю розвинути хронічні захворювання у дорослому віці. Хоча ймовірність мати хронічну хворобу збільшується з віком, в українських даних низький соціально-економічний статус виступав потужним предиктором наявності у респондента принаймні одного хронічного захворювання.
- c) Результати проведених на різних вибірках досліджень підтверджують, що соціально-економічний статус формує градієнт у суб'єктивній оцінці здоров'я та самопочуття. Теоретично це пояснюється двома конкуруючими в літературі гіпотезами – «соціальним спричиненням»

(англ. social causation) та («селекцією за критерієм здоров'я» (англ. health selection). Проведені дисертанткою дослідження підтримують обидві гіпотези, вказуючи на більшу важливість зв'язків соціальної причинності. Соціальний градієнт у здоров'ї виступає однією з найбільш стабільних знахідок у соціально-епідеміологічних дослідженнях. Сама по собі концепція градієнту передбачає, що низький соціально-економічний статус систематично асоціюється з хронічним стресом, гіршим здоров'ям та меншою тривалістю життя у всіх досліджених суспільствах. Наведені в дисертації дані також підтверджують цю закономірність на прикладі даних з України. Однак міра універсальності градієнта у здоров'ї за межами індустріалізованих суспільств лишається мало вивченим і не є остаточно поясненим питанням. Хоча градієнт у здоров'ї присутній універсально у більшості досліджених суспільств, суспільства також різняться за формою градієнта, в такий спосіб, що стрес, захворювання, виживання нащадків та нерівність розподілені не скрізь за однаковою монотонною функцією, як у сучасних західних суспільствах з високим рівнем нерівності. Більшість даних про градієнт у здоров'ї походить з досліджень, які охоплюють багаті індустріалізовані суспільства. Такий обмежений горизонт не дозволяє нам повноцінно зрозуміти зв'язки між соціально-економічним статусом та здоров'ям, і, зрештою, оцінити, що саме стоїть за процесом «погіршення» градієнта (зростання його різкості) у сучасних західних суспільствах Європи та Північної Америки, про яке зараз говорять провідні зарубіжні соціальні епідеміологи. Градієнти у здоров'ї існують у всіх вивчених суспільствах та серед приматів, і принаймні частково ці субоптимальні результати у здоров'ї серед індивідів з нижчим соціальним статусом можуть бути пояснені прямими впливами хронічного стресу та більшим алостатичним тягарем (тобто незалежно від доступу до сучасних медичних послуг, різноманітних соціально-стратифікованих ресурсів та звичок у профілактиці захворювань). Як показують нові дослідження за межами розвинених

західних країн, інтенсивні соціальні трансформації (вестернізація, урбанізація, перехід до ринкових відносин тощо) міняють типову для соціального градієнта закономірність на зворотну ситуацію (у контекстах соціальних трансформацій більш заможні індивіди мають більше проблем із здоров'ям та гірші показники виживання нащадків порівняно із менш економічно забезпеченими членами спільноти). Одним з висновків цього напрямку досліджень є те, що перехід до стилю життя, властивого сучасним західним суспільствам, погіршує вплив соціально-економічного становища на здоров'я, і, ймовірно, модифікує характер зв'язку між статусом та здоров'ям. Таким чином, як саме і чому інкорпорація в ринкову систему міняє взаємини між соціально-економічним статусом, стресом та здоров'ям, поки що не до кінця зрозуміло і потребує надходження більшої кількості емпіричних даних з маленьких, до-індустріальних суспільств.

- d) Виявлено, що під час епідемії високий поточний соціально-економічний статус індивіда може виступати як буфер проти депресії, але не стресу. Особливо це стосується розподілу на онтологічно давні та сучасні стресори, які по-різному впливають на довго- (депресія) та короткотривалі (підвищений рівень стресу) наслідки у психічному здоров'ї, і поширюють свій вплив переважно на негативну сторону спектру психічного здоров'я, тим часом як наслідків для позитивної сторони спектру (психологічний добробут) не було зареєстровано.
- e) Отримано емпіричне підтвердження того, що вищий соціально-економічний статус в дитинстві сприяє формуванню повільної орієнтації стратегії життєвої історії, яка у дорослому віці характеризується докладанням систематичних зусиль для забезпечення більш сприятливих умов у майбутньому, плеканням довготривалих стосунків, наполегливістю у переслідуванні далекосяжних цілей, здатністю відтермінувати винагороду, утримуватись від ризикових кроків тощо). З'ясовано, що в важких кризових обставинах (як-от війна чи пандемія)

повільність орієнтації стратегії життєвої історії призводить до більш сприятливих результатів у площині здоров'я (зокрема, через зниження у індивіда рівня суб'єктивного стресу, пов'язаного з досвідом війни, зменшення ймовірності розвинути депресію та покращення показників процвітання в умовах активної фази збройного конфлікту та через більш чітке дотримання індивідом карантинних вимог з метою уберегти своїх близьких від зараження під час пандемії).

6. У дисертаційному дослідженні було продемонстровано, що показник інтерналізації демонстрував властивості змінної-модератора, які варто дослідити більш глибоко. Соціально-економічний статус також опосередковував дію стресу на самооцінку здоров'я.

Сучасні дослідники стресу у наслідках для здоров'я визнають, що чинники несприятливих обставин дитинства та ефекти кумулятивного впливу життєвого стресу досі важко диференціювати в ході емпіричних досліджень здоров'я. Для більш ефективного підходу до цього завдання необхідні нові дані, що інтегрують результати спостережень із експериментальними даними. Крім того, для повноцінного розуміння задіяних механізмів та процесів дії стресу на фізіологію людини медичні показання (біомаркери, дані медичних спостережень) мають бути залучені в аналіз разом із багатовимірними масивами даних, створеними у міждисциплінарній співпраці між медиками, генетиками, біологами, психологами, соціологами та іншими спеціалістами з соціальних наук та обчислювальних методів.

В цьому контексті слід також додати, що вірус SARS-CoV-2 та пандемія COVID-19, а також війна в Україні вплинули на життя великої кількості людей, в тому числі вагітних жінок та немовлят, і можуть виступити стресорами раннього періоду дитинства, глибину впливу яких ще тільки починають досліджувати. Оскільки вже виділено вразливі до цього нового патогену імунофенотипи, взаємодія між соціальним стресом та імунітетом в ранні роки життя продовжує бути важливим напрямком майбутніх досліджень.

Нерівності у здоров'ї (англ. health disparities) є глибоко укоріненими в соціальній організації людських суспільств. Розбіжності у рівнях смертності та захворюваності між різними соціально-економічними та соціокультурними групами виявились надзвичайно витривалим явищем, незважаючи на те, що усунення нерівностей у здоров'ї були точкою докладання чималих зусиль у сфері політики охорони здоров'я чималий час. Епідеміологічні дослідження надають цінну інформацію про поширеність та дію детермінантів статусу здоров'я серед різних груп населення. Протягом останнього століття було здійснено чимало реформ, які додавали до технологічних інновацій в медицині та фармацевтиці і були покликані привести до покращення ситуації з нерівномірними показниками здоров'я серед різних категорій населення. Однак, всупереч прогнозам, наразі ми спостерігаємо стабільне відтворення, а останнім часом навіть зростання нерівностей у здоров'ї у багатьох країнах світу, включаючи США, Канаду та європейські держави загального добробуту. Ці факти змушують задумуватись над тим, наскільки вичерпними є здобуті науковцями відповіді, і інвестувати у більш глибоке розуміння того, як суспільства є організованими в такий спосіб, щоб підтримувати чи гальмувати розвиток та підтримування міцного здоров'я для всіх його членів.

Список використаних джерел

- Бучельнікова, М., Оленченко, С., & Мальцева, К. (2016). Сучасна українська культурна модель романтичних стосунків серед київської молоді. *Наукові записки НАУКМА: Соціологія*, 187, 58–66.
- Ворона, В. М., & Шульга, М. О. (Гол. ред.). (2015). *Українське суспільство: моніторинг соціальних змін* (Вип. 2 (16)). Київ: Інститут соціології НАН України.
- Ворона, В. М., & Шульга, М. О. (Гол. ред.). (2016). *Українське суспільство: моніторинг соціальних змін* (Вип. 3 (17)). Київ: Інститут соціології НАН України.
- Ворона, В. М., & Шульга, М. О. (Гол. ред.). (2017). *Українське суспільство: моніторинг соціальних змін* (Вип. 4 (17)). Київ: Інститут соціології НАН України.
- Ворона, В. М., & Шульга, М. О. (Гол. ред.). (2019). *Українське суспільство: моніторинг соціальних змін* (Вип. 6 (20)). Київ: Інститут соціології НАН України.
- Ворона, В. М., & Шульга, М. О. (Ред.). (2009). *Українське суспільство 1992–2009. Динаміка соціальних змін*. Київ: ІС НАНУ.
- Ворона, В. М., & Шульга, М. О. (Ред.). (2010). *Українське суспільство 1992–2010. Соціологічний моніторинг*. Київ: ІС НАНУ.
- Ворона, В. М., & Шульга, М. О. (Ред.). (2011). *Українське суспільство. Двадцять років незалежності. Соціологічний моніторинг* (Т. 1. Аналітичні матеріали). Київ: Інститут соціології НАН України, Азбука.
- Ворона, В. М., & Шульга, М. О. (Ред.). (2012). *Українське суспільство 1992–2012. Стан та динаміка змін. Соціологічний моніторинг*. Київ: Інститут соціології НАН України.
- Ворона, В. М., & Шульга, М. О. (Ред.). (2013). *Українське суспільство 1992–2013. Стан та динаміка змін. Соціологічний моніторинг*. Київ: Інститут соціології НАН України.
- Головаха, Є. (2004). Інтегральний індекс соціального самопочуття населення України у 1995—2004 роках. *Українське суспільство 1994—2004. Моніторинг соціальних змін*. С. 378—386. К.: Інст соціології НАН України.
- Головаха, Є. (2007). *Наталія Вікторівна Паніна: Життя, наукова діяльність, шлях у майбутнє*. К.: Факт.
- Головаха, Є., & Паніна, Н. (2005). Соціальне самопочуття населення України до і після помаранчевої революції. *Українське суспільство: Динаміка соціальних змін, 1994-2005*. С.95-107. К.: Інст соціології НАН України.
- Дембіцький, С. (2017). Інтегральний індекс соціального самопочуття: Альтернативний підхід. *Соціологія: теорія, методи, маркетинг*, 4, 109–129.
- Дембіцький, С. (2019). *Розробка соціологічних тестів: Методологія і практики її застосування*. Київ: Інститут соціології НАН України.

- Дембіцький, С., & Злобіна, О. (2020). Стан психологічного дистресу серед різних соціальних груп в Україні під час пандемії COVID-19. *Український соціум*, 2(73), 74-92.
- Єфременко Т. (2005). Зміни в економічній культурі населення за часи капіталізації України. *Українське суспільство 1994–2005. Динаміка соціальних змін* / За ред. В.Ворони, М.Шульги. К.: Інститут соціології НАН України, С. 212–222.
- Єфременко Т. (2006). Зміни ціннісних орієнтацій населення в економічній сфері за роки інституційних трансформацій: внутрішньогенераційна динаміка. *Українське суспільство 1992–2006. Соціологічний моніторинг* / За ред. В.Ворони, М.Шульги. К.: Інститут соціології НАН України, С. 129–138.
- Загороднюк, Т. (2016). Зміни у соціально-психологічному стані населення України в період становлення нового соціального порядку. В В. М. Ворона, М. О. Шульга (Гол. ред.), *Українське суспільство: моніторинг соціальних змін* (Вип. 3 (17), с. 167–174). Київ: Інститут соціології НАН України.
- Загороднюк, Т. (2017). Ціннісно-нормативні вподобання населення регіонів України. В В. М. Ворона, М. О. Шульга (Гол. ред.), *Українське суспільство: моніторинг соціальних змін* (Вип. 4 (17), с. 55–61). Київ: Інститут соціології НАН України.
- Злобіна О.Г.(2013). Образ бажаного життя в уявленнях випускників. *Українська наукова школа психології та педагогіки життєтворчості: досягнення, проблеми, перспективи: ювілейний наук.-методич. зб.* / За ред. д.ф.н. Л. В. Сохань, канд.іст.н. І. Г. Єрмакова та ін. – Запоріжжя: Вид-во Комунального закладу «Хортицький націонал. навчально-реабілітаційний центр» Запорізької обласної ради, С. 192–198.
- Злобіна, О. Г. (2016). Вектори ціннісних трансформацій у контексті цивілізаційного вибору. В В. М. Ворона, М. О. Шульга (Гол. ред.), *Українське суспільство: моніторинг соціальних змін* (Вип. 3 (17), с. 68–77). Київ: Інститут соціології НАН України.
- Злобіна, О. Г. (2018). На шляху до досягнення населенням повного потенціалу здоров'я. В В. М. Ворона, М. О. Шульга (Гол. ред.), *Українське суспільство: моніторинг соціальних змін* (Вип. 6 (20), с. 309–315). Київ: Інститут соціології НАН України.
- Злобіна, О.Г., Мартинюк, І.О., Соболева, Н.І., & Тихонович, В.О. (2004). Соціальний простір життя як суб'єктивна символічна реальність. К.: ІС НАНУ.
- Клименко, О. (2023). Взаємозв'язок динаміки поширення соціально-небезпечних хвороб із соціальними нерівностями та умовами воєнного часу в Україні. *Соціологія: теорія, методи, маркетинг*, 2, 143–161, <https://doi.org/10.15407/sociology2023.02.143>.
- Кон, М. Л., Наої, А., Шоенбах, К., Скулер, К., & Сломчинський, К. (2013). Позиція у класовій структурі та психічна діяльність у Сполучених Штатах, Японії та Польщі. *Соціальні структури і особистість:*

дослідження Мелвіна Л. Кона і його співпрацівників. Переклад з англійської під науковою редакцією В. Є. Хмелька і С. М. Оксамитної. Видання друге, виправлене, електронне, відкритого доступу. Київ: КМІС, С.261-94.

- Корнацький, В. М., Михальчук, В. М., & Дяченко, Л. О. (2018). Дослідження рівня здоров'я населення України на прикладі Київської області. *ScienceRise: Medical Sciences*, 2 (22), 35–42.
- Крупа, В., & Мальцева, К. (2019). Соціальні стресори серед студентів бакалаврату НаУКМА. *Наукові записки НАУКМА: Соціологія*, 2, 62–73.
- Левчук, Н. М. (2007). Соціальна диференціація стану здоров'я і смертності в Україні. *Демографія і соціальна економіка*, 5 (1), 12–27.
- Любенко, Р., & Мальцева, К. (2019). Користування сайтами соціальних мереж та рівень стресу: дослідження студентів НаУКМА. *Соціологія: теорія, методи, маркетинг*, 3, 152–178.
- Любенко, Р., & Мальцева, К. (2018). Ієрархії персональних цінностей представників різних поколінь українців (на базі масиву ESS 2012 року). *Наукові записки НаУКМА: Соціологія*, 1, 10–24.
- Мазай, Д., & Мальцева, К. (2019). Вплив соціальної нерівності на здоров'я українського населення (за даними масиву European Social Survey, 2012). *Наукові записки НАУКМА: Соціологія*, 2, 23–34.
- Малиновська, О. & Мальцева, К. (2021). Соціально-економічний статус батьків у дитинстві індивіда та установки індивіда в дорослому віці. *Соціологія: теорія, методи, маркетинг*, 1, 106–126.
- Малиновська, О., & Мальцева, К. (2018). Чинники стресу першого року перебування мігрантів в Канаді: на прикладі п'яти кейс-стадіс. *Наукові записки НАУКМА: Соціологія*, 1, 25–42.
- Мальцева, К. (2021a). «Ефекти соціально-економічного статусу у здоров'ї українців під час COVID-19». Тези науково-практичної конференції «Соціальні наслідки пандемії COVID-19: соціологічні аспекти». Інститут соціології НАН України, Київ (12 листопада 2021 р.). С.97-102.
- Мальцева, К. (2021b). *Кумулятивні ефекти нерівності та вплив соціальних стресорів на здоров'я людини*. К.: НаУКМА.
- Мальцева, К. (2023). «Вимірювання культурного консенсусу та оцінка якості даних у дослідженнях спільного колективного знання». Тези круглого столу «Достовірність соціологічного знання: теоретико-методологічний, емпіричний та дискурсивний аспекти», організованого відділом методології та методів Інституту соціології Національної академії наук України (Київ, 21 жовтня 2022 р.). С.199-201.
- Оленченко, С., & Мальцева, К. (n.d.). *Колективні уявлення про успіх: Кількісний дослідницький дизайн для вимірювання спільного культурного знання* (рукопис).
- Петрушина, Т., & Саєнко, Ю. (2013). Якість життя – головний критерій стану суспільства. *Соціологія: теорія, методи, маркетинг*, 2, 117-141.

- Ручка, О. (2018). Динаміка ціннісних пріоритетів громадян України. В В. М. Ворона, М. О. Шульга (Гол. ред.), *Українське суспільство: моніторинг соціальних змін* (Вип. 6 (20), с. 210–215). Київ: Інститут соціології НАН України.
- Середа П., & Мальцева, К. (2022). Роль культурного та соціального капіталів у суб'єктивній оцінці здоров'я. *Соціологія: теорія, методи, маркетинг*, 1, 82–104.
- Середа, П., & Мальцева, К. (2023). Використання багатовимірних технік аналізу у вивченні чинників вибору академічної кар'єри студентством. *Соціологія: теорія, методи, маркетинг*, 3, 5–23.
- Симончук, О. (2018). *Соціальні класи в сучасних суспільствах: евристичний потенціал класового аналізу*. Київ: Інститут соціології НАН України.
- Симончук, О. (2020). Суб'єктивні оцінки здоров'я та медичних послуг у доковідний та ковідний періоди. В В. М. Ворона, М. О. Шульга (Гол. ред.), *Українське суспільство: моніторинг соціальних змін* (Вип. 7 (21), с. 385–399). Київ: Інститут соціології НАН України.
- Скокова, Л. (2018). *Культурні практики в сучасному суспільстві: теоретичні підходи та емпіричні виміри*. Київ: Інститут соціології НАН України.
- Соболева, Н. (2018). Чого сьогодні бояться українці? В В. М. Ворона, М. О. Шульга (Гол. ред.), *Українське суспільство: моніторинг соціальних змін* (Вип. 6 (20), с. 278–291). Київ, Інститут соціології НАН України.
- Соціальні наслідки пандемії COVID-19: соціологічні аспекти (2021). Науково-практична конференція (онлайн). Інститут соціології НАН України, 12 листопада 2021 р. Тези конференції. Онлайн доступ: https://i-soc.com.ua/assets/files/book/reznik.v.s/2reznikv_trust_covid19_in_2021.pdf
- Степаненко, В. (2020). COVID-19 як нова соціальна реальність. *Соціологія: теорія, методи, маркетинг*, 4, 5–22.
- Степурко, Т., Семігіна, Т., Барська, Ю., Захожа, В., & Харченко, Н. (2018). *Індекс здоров'я. Україна – 2018: Результати національного дослідження*. Київ.
- Суїменко Є., & Петрушина Т. (2007). Споживання як віддзеркалення реального рівня життя. *Українське суспільство 1992–2007. Динаміка соціальних змін* / За ред. В.Ворони, М.Шульги (С.220–233). К.: Інститут соціології НАН України.
- Чепурко, Г. (2021). Пандемія COVID-19: виклики та загрози у соціальній сфері. *Соціологія: теорія, методи, маркетинг*, 2, 94–104.
- Чепурко, Г. (2022). Ринок праці України: сучасні виклики та ризики. *Соціологія: теорія, методи, маркетинг*, 3, 121–148, <https://doi.org/10.15407/sociology2022.03.121>.
- Чепурко, Г. (2023). Чинники, що зумовлюють поведінкові моделі уразливих груп населення за умов поширення соціально небезпечних хвороб (за результатами експертного опитування). *Соціологія: теорія, методи, маркетинг*, 1, 140–168, <https://doi.org/10.15407/sociology2023.01.140>.

- Чепурко, Г., & Піддубний, В. (2017). Модернізація українського суспільства в контексті цивілізаційного вибору. В В. М. Ворона, М. О. Шульга (Гол. ред.), *Українське суспільство: моніторинг соціальних змін* (Вип. 4 (17), с. 62–75). Київ: Інститут соціології НАН України.
- Чепурко, Г., & Соболева, Н. (2017). Самооцінка стану здоров'я населення України. *Соціальні виміри суспільства*, 9 (20), 382–399.
- Abel, T., & Frohlich, K. L. (2008). Cultural capital and social inequality in health. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 62 (7), 1–5. <http://dx.doi.org/10.1136/jech.2007.066159>
- Adams, R. E., Bromet, E. J., Panina, N., Golovakha, E., Goldgaber, D., & Gluzman, S. (2002). Stress and well-being in mothers of young children 11 years after the Chernobyl nuclear power plant accident. *Psychological Medicine*, 32 (1), 143–156. <https://doi.org/10.1017/s0033291701004676>
- Adler N. E. (2009). Health disparities through a psychological lens. *The American psychologist*, 64(8), 663–673. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.64.8.663>
- Adler, N., Boyce, T., Chesney, M., Cohen, S., et al. (1994). Socioeconomic status and health: The challenge of the gradient. *American Psychologist*, 49 (1), 15–24. <https://doi.org/10.1037//0003-066x.49.1.15>
- Adler, N. E., Boyce, T., Chesney, M. A., Folkney, S., & Syme, S. L. (1993). Socioeconomic inequalities in health: No easy solution. *Journal of the American Medical Association*, 269, 3140–3145. Retrieved from <http://jama.jamanetwork.com/issues.aspx>.
- Adler, N. E., Epel, E. S., Castellazzo, G., & Ickovics, J. R. (2000). Relationship of subjective and objective social status with psychological and physiological functioning: Preliminary data in healthy, White women. *Health Psychology*, 19 (6), 586–592. <https://doi.org/10.1037/0278-6133.19.6.586>
- American Psychological Association (2017). Stress and health disparities: Contexts, mechanisms, and interventions among racial/ethnic minority and low socioeconomic status populations. *American Psychological Association*. <https://doi.org/10.1037/e500202018-001>.
- Anda, R. F., Felitti, V. J., Bremner, J. D., Walker, J. D., Whitfield, C., Perry, B. D., ... Giles, W. H. (2006). The enduring effects of abuse and related adverse experiences in childhood. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 256 (3), 174–186. <https://doi.org/10.1007/s00406-005-0624-4>
- Anda, R., Tietjen, G., Schulman, E., Felitti, V., & Croft, J. (2010). Adverse childhood experiences and frequent headaches in adults. *Headache*, 50(9), 1473–1481. <https://doi.org/10.1111/j.1526-4610.2010.01756.x>
- Anderson, C., & Kilduff, G. J. (2009). The pursuit of status in social groups. *Current Directions in Psychological Science*, 18 (5), 295–298. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8721.2009.01655.x>
- Anderson, C., Hildreth, J. A. D., & Howland, L. (2015). Is the desire for status a fundamental human motive? A review of the empirical literature. *Psychological Bulletin*, 141 (3), 574–601. <https://doi.org/10.1037/a0038781>

- Andrews, P. (2020). Why do people have painful feelings? An evolutionary tale of misery and woe. In L. A. Schmidt & K. L. Poole (Eds.), *Adaptive Shyness* (pp. 301–317). Springer Nature Switzerland AG.
- Andrews, P. W., Maslej, M. M., Thomson, J. A., Jr, & Hollon, S. D. (2020). Disordered doctors or rational rats? Testing adaptationist and disorder hypotheses for melancholic depression and their relevance for clinical psychology. *Clinical Psychology Review*, 82, 101927. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2020.101927>
- Appleton, A. A., Holdsworth, E., Ryan, M., & Tracy, M. (2017). Measuring childhood adversity in life course cardiovascular research: A systematic review. *Psychosomatic Medicine*, 79 (4), 434–440. <https://doi.org/10.1097/psy.0000000000000430>
- Archer, M. (1982). Morphogenesis versus structuration: on combining structure and action. *British Journal of Sociology*, 33 (4), 455–483.
- Archer, M. (1988). *Culture and agency: The place of culture in social theory*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Archer, M. (2010). Routine, reflexivity, and realism. *Sociological Theory*, 28 (3), 272–303.
- Archer, M., & Elder-Vass, D. (2010). Cultural system or norm circles? *European Journal of Social Theory*, 15 (1), 93–115.
- Aristizabal, M. J., Anreiter, I., Halldorsdottir, T., Odgers, C. L., McDade, T. W., Goldenberg, A., ... O'Donnell, K. J. (2020). Biological embedding of experience: A primer on epigenetics. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 117 (38), 23261–23269. <https://doi.org/10.1073/pnas.1820838116>
- Armstrong-Carter, E., Trejo, S., Hill, L. J. B., Crossley, K. L., Mason, D., & Domingue, B. W. (2020). The earliest origins of genetic nurture: The prenatal environment mediates the association between maternal genetics and child development. *Psychological Science*, 095679762091720, 1–11. <https://doi.org/10.1177/0956797620917209>
- Augoustinos, M., Walker, I., & Donaghue, N. (2014). *Social cognition: An integrated introduction*. London, England: Sage.
- Aune, D., Giovannucci, E., Boffetta, P., Fadnes, L. T., Keum, N., ... , & Tonstad, S. (2017). Fruit and vegetable intake and the risk of cardiovascular disease, total cancer and all-cause mortality-a systematic review and dose-response metaanalysis of prospective studies. *International journal of epidemiology*, 46 (3), 1029–1056. <https://doi.org/10.1093/ije/dyw319>
- Bandura, A. (1963). *Social learning and personality development*. New York: Holt, Rinehart, and Winston.
- Bang, M., Medin, D. L., & Atran, S. (2007). Cultural mosaics and mental models of nature. *Proceedings of the New York Academy of Sciences, USA*, 104 (35), 13868. <https://doi.org/10.1073/pnas.0706627104>
- Barker, D., Eriksson, J., Forsén, T., & Osmond, C. (2002). Fetal origins of adult disease: Strength of effects and biological basis. *International Journal of Epidemiology*, 31 (6), 1235–1239. <https://doi.org/10.1093/ije/31.6.1235>

- Baron, R. M., & Kenny, D. A. (1986). The moderator–mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, *51* (6), 1173–1182. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.51.6.1173>
- Barton, G. M. (2008). A calculated response: control of inflammation by the innate immune system. *The Journal of clinical investigation*, *118* (2), 413–420. <https://doi.org/10.1172/JCI34431>
- Basto-Abreu, A., Barrientos-Gutiérrez, T., Zepeda-Tello, R., Camacho, V., Gimeno Ruiz de Porras, D., & Hernández-Ávila, M. (2017). The relationship of socioeconomic status with body mass index depends on the socioeconomic measure used. *Obesity*, *26* (1), 176–184. <https://doi.org/10.1002/oby.22042>
- Bautista, L., Bajwa, P., Shafer, M., Malecki, K., McWilliams, C., & Palloni, A. (2019). The relationship between chronic stress, hair cortisol and hypertension. *International Journal of Cardiology Hypertension*, *2*, 1–6. <https://doi.org/10.1016/j.ijchy.2019.100012>
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, *4*, 561–571.
- Bell, M., Fosse, N., Lamont, M., & Rosen, E. (2015). Beyond the culture of poverty. *The Wiley Blackwell Encyclopedia of Race, Ethnicity, and Nationalism*, 1–16. <https://doi.org/10.1002/9781118663202.wberen108>
- Bennardo, G. (2011). A foundational cultural model in Polynesia: Monarchy, democracy, and the architecture of the mind. In D. B. Kronenfeld, G. Bennardo, V. C. de Munck, & M. Fischer (Eds.), *A companion to cognitive anthropology* (pp. 489–512). Oxford, England: Blackwell.
- Bennardo, G., & de Munck, V. (2013). *Cultural models: Genesis, methods, and experiences*. Oxford University Press.
- Bennett, J. M., Reeves, G., Billman, G. E., & Sturmberg, J. P. (2018). Inflammation – nature’s way to efficiently respond to all types of challenges: Implications for understanding and managing “the epidemic” of chronic diseases. *Frontiers in Medicine*, *5*. <https://doi.org/10.3389/fmed.2018.00316>
- Bennett, K. K., Buchanan, D. M., Jones, P. G., & Spertus, J. A. (2015). Socioeconomic status, cognitive-emotional factors, and health status following myocardial infarction: Testing the Reserve Capacity Model. *Journal of Behavioral Medicine*, *38*(1), 110–121. <https://doi.org/10.1007/s10865-014-9583-4>
- Ben-Shlomo, Y., & Kuh, D. (2002). A life course approach to chronic disease epidemiology: Conceptual models, empirical challenges and interdisciplinary perspectives. *International Journal of Epidemiology*, *31* (2), 285–293. <https://doi.org/10.1093/ije/31.2.285>
- Berger, P. L., & Luckmann, T. (1966). *The social construction of reality: A treatise in the sociology of knowledge*. New York, NY: Anchor Books.

- Bergkvist, L., & Rossiter, J. R. (2007). The predictive validity of multiple-item versus single-item measures of the same constructs. *Journal of Marketing Research*, 44 (2), 175–184. <https://doi.org/10.1509/jmkr.44.2.175>
- Berkman, L. (1995). The role of social relations in health promotion. *Psychosomatic Medicine*, 57 (3), 245–254.
- Berkman, L. F., & Kawachi, I. (2014). A historical framework for social epidemiology: Social determinants of population health. In L. F. Berkman, M. M. Glymour, & I. Kawachi (Eds.), *Social epidemiology* (Ch. 1, pp. 1–16). Oxford, UK: Oxford University Press.
- Berkman, L. F., Glymour, M. M., & Kawachi, I. (Eds.). (2014). *Social epidemiology*. Oxford, UK: Oxford University Press.
- Bernard, M., Gebauer, J., & Maio, G. (2006). Cultural estrangement: The role of personal and societal value discrepancies. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 32 (1), 78–92. <https://doi.org/10.1177/0146167205279908>
- Bernstein, D. P., Fink, L., Handelsman, L., Foote, J., Lovejoy, M., Wenzel, K., Sapareto, E., & Ruggiero, J. (1994). Initial reliability and validity of a new retrospective measure of child abuse and neglect. *The American journal of psychiatry*, 151(8), 1132–1136. <https://doi.org/10.1176/ajp.151.8.1132>
- Besser, A., Zeigler-Hill, V., Weinberg, M., Pincus, A. L., & Neria, Y. (2015). Intrapersonal resilience moderates the association between exposure-severity and PTSD symptoms among civilians exposed to the 2014 Israel–Gaza conflict. *Self and Identity*, 14(1), 1–15. <https://doi.org/10.1080/15298868.2014.966143>
- Beurel, E., Toups, M., & Nemeroff, C. B. (2020). The bidirectional relationship of depression and inflammation: Double trouble. *Neuron*, XX, 1–23. <https://doi.org/10.1016/j.neuron.2020.06.002>
- Blackmore, H. L., & Ozanne, S. E. (2015). Programming of cardiovascular disease across the life-course. *Journal of Molecular and Cellular Cardiology*, 83, 122–130. <https://doi.org/10.1016/j.yjmcc.2014.12.006>
- Blanden, J., Haveman, R., Smeeding, T., & Wilson, K. (2014). Intergenerational mobility in the United States and Great Britain: a comparative study of parent-child pathways. *Review of Income and Wealth*, 60, 425–449.
- Blount, B. (2011). A history of cognitive anthropology. In D. B. Kronenfeld, G. Bennardo, V. C. de Munck, & M. Fischer (Eds.), *A companion to cognitive anthropology* (pp. 11–29). Oxford, England: Blackwell.
- Boardman, J. D., & Fletcher, J. M. (2021). Evaluating the continued integration of genetics into medical sociology. *Journal of Health and Social Behavior*. <https://doi.org/10.1177/00221465211032581> (ahead of print)
- Borde, E., & Hernández, M. (2018). Revisiting the social determinants of health agenda from the global South. *Global Public Health*, 14 (6–7), 847–862. <https://doi.org/10.1080/17441692.2018.1551913>
- Borg, I. (2021). Age and the subjective importance of personal values. *Personality and Individual Differences*, 173, 110605. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2020.110605>

- Borgatti, S. (1996). *ANTHROPAC 4.0*. Columbia, SC: University of South Carolina Press.
- Bosch, N. M., Riese, H., Reijneveld, S. A., Bakker, M. P., Verhulst, F. C., Ormel, J., & Oldehinkel, A. J. (2012). Timing matters: Long term effects of adversities from prenatal period up to adolescence on adolescents' cortisol stress response. The TRAILS study. *Psychoneuroendocrinology*, *37* (9), 1439–1447. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2012.01.013>
- Boster, J. (1991). The information economy model applied to biological similarity judgment. Ch. 10. In L. B. Resnick, J. M. Levine, & S. D. Teasley (Eds.), *Perspectives on socially shared cognition* (pp. 203–225). Washington, DC: American Psychological Association.
- Boster, J. S., & Johnson, J. C. (1989). Form or function: A comparison of expert and novice judgments of similarity among fish. *American Anthropologist*, *91* (4), 866–889.
- Bou Malham, P., & Saucier, G. (2016). The conceptual link between social desirability and cultural normativity. *International Journal of Psychology*, *51* (6), 474–480. <https://doi.org/10.1002/ijop.12261>
- Bourdieu, P. (1979). *La distinction. Critique sociale du jugement*. Paris: Les Éditions de Minuit.
- Boutyline, A., & Soter, L. K. (2021). Cultural schemas: What they are, how to find them, and what to do once you've caught one. *American Sociological Review*, *86* (4), 728–758. <https://doi.org/10.1177/00031224211024525>
- Bowen, M. E. (2010). Coronary heart disease from a life-course approach: Findings from the health and retirement study, 1998–2004. *Journal of Aging and Health*, *22* (2), 219–241. <https://doi.org/10.1177/0898264309355981>
- Boyce, W. T. (2015). Differential susceptibility of the developing brain to contextual adversity and stress. *Neuropsychopharmacology*, *41* (1), 142–162. <https://doi.org/10.1038/npp.2015.294>
- Braveman, P., Egerter, S., & Williams, D. R. (2011). The social determinants of health: Coming of age. *Annual Review of Public Health*, *32*, 381–398.
- Brenner, S. L., Jones, J. P., Rutanen-Whaley, R. H., Parker, W., Flinn, M. V., & Muehlenbein, M. P. (2015). Evolutionary mismatch and chronic psychological stress. *Journal of Evolutionary Medicine*, *3*, 1–11. <https://doi.org/10.4303/jem/235885>
- Brown, G. W., & Harris, T. (1978). *Social origins of depression: A study of psychiatric disorder in women*. London: Tavistock. ISBN 978-0-422-76310-3.
- Brown, K. M., Diez-Roux, A. V., Smith, J. A., Needham, B. L., Mukherjee, B., Ware, E. B., et al. (2019). Expression of socially sensitive genes: The multiethnic study of atherosclerosis. *PloS ONE*, *14* (4), 15. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0214061>
- Brown, T. A. (2006). *Confirmatory factor analysis for applied research*. NY: The Guilford Press.
- Bull, E. R., McCleary, N., Li, X., Dombrowski, S. U., Dusseldorp, E., & Johnston, M. (2018). Interventions to promote healthy eating, physical activity and

- smoking in low-income groups: a systematic review with meta-analysis of behavior change techniques and delivery/context. *International Journal of Behavioral Medicine*, 25 (6), 605–616.
- Bunderson, J. S., van der Vegt, G. S., Cantimur, Y., & Rink, F. (2016). Different views of hierarchy and why they matter: Hierarchy as inequality or as cascading influence. *Academy of Management Journal*, 59 (4), 1265–1289. <https://doi.org/10.5465/amj.2014.0601>
- Buunk, A. P., & Gibbons, F. X. (2006). Social comparison orientation: A new perspective on those who do and those who don't compare with others. In S. Guimond (Ed.), *Social comparison and social psychology: Understanding cognition, intergroup relations, and culture* (pp. 15–32). Cambridge University Press.
- Byrne, C. D., & Phillips, D. I. (2000). Fetal origins of adult disease: Epidemiology and mechanisms. *Journal of Clinical Pathology*, 53 (11), 822–828. <https://doi.org/10.1136/jcp.53.11.822>
- Caldwell-Harris, C. L., & Ayçiçeği, A. (2006). When personality and culture clash: The psychological distress of allocentrics in an individualist culture and idiocentrics in a collectivist culture. *Transcultural Psychiatry*, 43 (3), 331–361. <https://doi.org/10.1177/1363461506066982>
- Cao-Lei, L., De Rooij, S.R., King, S., Matthews, S.G., Metz, G.A.S., Roseboom, T. J., Szyf, M. (2020). Prenatal stress and epigenetics. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*. <http://dx.doi.org/10.1016/j.neubiorev.2017.05.016>
- Carmines, E. G., & Zeller, R. A. (1979). *Reliability and validity assessment*. Newbury Park, CA: Sage.
- Cassel, J. C. (1976). The contribution of the social environment to host resistance. *American Journal of Epidemiology*, 104 (2), 107–123.
- Cattell, R. B. (1966). The scree plot test for the number of factors. *Multivariate Behavioral Research*, 1, 140–161. http://dx.doi.org/10.1207/s15327906mbr0102_10
- Caulkins, D. D. (2004). Identifying culture as a threshold of shared knowledge: A Consensus analysis method. *International Journal of Cross Cultural Management*, 4 (3), 317–333. <https://doi.org/10.1177/1470595804047813>
- Cerulo, K. (2014). Continuing the story: Maximizing the intersections of cognitive science and sociology. *Sociological Forum*, 29 (4), 1012–1019. <https://doi.org/10.1111/socf.12135>
- Chan, D. (1998). Functional relations among constructs in the same content domain at different levels of analysis: A typology of compositional models. *Journal of Applied Psychology*, 83, 234–246.
- Chao, R. K. (1995). Chinese and European American cultural models of the self reflected in mothers' childrearing beliefs. *Ethos*, 23 (3), 328–354. <https://doi.org/10.1525/eth.1995.23.3.02a00030>
- Chapman, D. P., Whitfield, C. L., Felitti, V. J., Dube, S. R., Edwards, V. J., & Anda, R. F. (2004). Adverse childhood experiences and the risk of depressive

- disorders in adulthood. *Journal of Affective Disorders*, 82, 217–225. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2003.12.013>
- Charles, M. (2008). Culture and inequality: Identity, ideology and difference in ‘postscriptive society’. *Annals of the American Academy of Political and Social Science*, 619 (1), 41–58.
- Chavez, L. R., Hubbell, F. A., McMullen, J. M., Martinez, R. G., & Mishra, S. I. (1995). Structure and meaning in models of breast and cervical cancer risk factors: A comparison of perceptions among Latinas, Anglo women, and physicians. *Medical Anthropology Quarterly*, 9 (1), 40–74.
- Chen, A., Panter-Brick, C., Hadfield, K., Dajani, R., Hamoudi, A., & Sheridan, M. (2019). Minds under siege: Cognitive signatures of poverty and trauma in refugee and non-refugee adolescents. *Child Development*, 90 (6), 1856–1865. <https://doi.org/10.1111/cdev.13320>
- Chen, E., & Miller, G. E. (2012). “Shift-and-persist” strategies: Why low socioeconomic status isn’t always bad for health. *Perspectives in Psychological Science*, 7 (2), 135–158.
- Chen, E., Langer, D. A., Raphaelson, Y. E., & Matthews, K. A. (2004). Socioeconomic status and health in adolescents: The role of stress interpretations. *Child Development*, 75 (4), 1039–1052. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2004.00724.x>
- Chen, E., Matthews, K. A., & Boyce, W. T. (2002). Socioeconomic differences in children’s health: How and why do these relationships change with age? *Psychological Bulletin*, 128 (2), 295–329. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.128.2.295>
- Chen, E., Miller, G., Kobor, M., & Cole, S. (2010). Maternal warmth buffers the effects of low early-life socioeconomic status on pro-inflammatory signaling in adulthood. *Molecular Psychiatry*, 16 (7), 729–737. <https://doi.org/10.1038/mp.2010.53>
- Chen, S., Miller, G., Walker, H., Arevalo, J., Sung, C., & Cole, S. (2009). Genomewide transcriptional profiling linked to social class in asthma. *Thorax*, 64 (1), 38–43. <https://doi.org/10.1136/thx.2007.095091>
- Cheng, J. T., Kornienko, O., & Granger, D. A. (2018). Prestige in a large-scale social group predicts longitudinal changes in testosterone. *Journal of Personality and Social Psychology*, 114 (6), 924–944. <https://doi.org/10.1037/pspi0000126>
- Cheng, J. T., Tracy, J. L., & Henrich, J. (2010). Pride, personality, and the evolutionary foundations of human social status. *Evolution and Human Behavior*, 31 (5), 334–347. <https://doi.org/10.1016/j.evolhumbehav.2010.02.004>
- Chentsova-Dutton, Y. E., Chu, J. P., Tsai, J. L., Rottenberg, J., Gross, J. J., & Gotlib, I. H. (2007). Depression and emotional reactivity: Variation among Asian Americans of East Asian descent and European Americans. *Journal of Abnormal Psychology*, 116 (4), 776–785. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.116.4.776>

- Chentsova-Dutton, Y. E., & Ryder, A. G. (2020). Cultural models of normalcy and deviancy. *Asian Journal of Social Psychology*, 23 (2), 187–204.
- Chentsova-Dutton, Y. E., & Tsai, J. L. (2010). Self-focused attention and emotional reactivity: The role of culture. *Journal of Personality and Social Psychology*, 98 (3), 507–519. <https://doi.org/10.1037/a0018534>
- Chentsova-Dutton, Y. E., Tsai, J. L., & Gotlib, I. H. (2010). Further evidence for the cultural norm hypothesis: positive emotion in depressed and control European American and Asian American women. *Cultural Diversity & Ethnic Minority Psychology*, 16 (2), 284–295. <https://doi.org/10.1037/a0017562>
- Cheung, F., & Lucas, R. E. (2015). When does money matter most? Examining the association between income and life satisfaction over the life course. *Psychology and Aging*, 30(1), 120–135. <https://doi.org/10.1037/a0038682>
- Chirkov, V. (2020). An introduction to the theory of sociocultural models. *Asian Journal of Social Psychology*, 23 (2), 143–162. <https://doi.org/10.1111/ajsp.12381>
- Chiu, C. Y., Gelfand, M. J., Yamagishi, T., Shteynberg, G., & Wan, C. (2010). Intersubjective culture: The role of intersubjective perceptions in cross-cultural research. *Perspectives on Psychological Science*, 5 (4), 482–493. <https://doi.org/10.1177/1745691610375562>
- Chiu, C.-Y., Leung, K.-Y., & Hong, Y.-Y. (2011). Cultural processes: An overview. In A. K.-Y. Leung, C.-Y. Chiu, & Y.-Y. Hong (Eds.), *Cultural processes: A social psychological perspective* (pp. 3–24). New York: Cambridge University Press.
- Chokshi D. A. (2018). Income, poverty, and health inequality. *JAMA*, 319(13), 1312–1313. <https://doi.org/10.1001/jama.2018.2521>
- Christensen, D., Dich, N., Flensburg-Madsen, T., Garde, E., Hansen, Å., & Mortensen, E. (2019). Objective and subjective stress, personality, and allostatic load. *Brain and Behavior*, 9 (9), 1–11. <https://doi.org/10.1002/brb3.1386>
- Chung, R. Y., Chung, G. K., Marmot, M., Allen, J., Chan, D., Goldblatt, P., ... & Wong, S. (2021). COVID-19 related health inequality exists even in a city where disease incidence is relatively low: a telephone survey in Hong Kong. *Journal of epidemiology and community health*, jech-2020-215392. <https://doi.org/10.1136/jech-2020-215392>
- Cialdini, R., & Goldstein, N. J. (2004). Social influence: Compliance and conformity. *Annual Review of Psychology*, 55, 591–622. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.55.090902.142015>
- Cockerham, W. C. (2013). *Social causes of health and disease*. London: Polity.
- Cockerham, W. C. (2015). *Medical sociology*, 13th Edition. London: Routledge.
- Cohen, A., Patel, V., Thara, R., & Gureje, O. (2008). Questioning an axiom: Better prognosis for schizophrenia in the developing world? *Schizophrenia Bulletin*, 34 (2), 229–244. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbm105>
- Cohen, S. (2020). Psychosocial vulnerabilities to upper respiratory infectious illness: Implications for susceptibility to Coronavirus Disease 2019 (COVID-19).

- Perspectives on Psychological Science*, 16 (1), 161–174.
<https://doi.org/10.1177/1745691620942516>
- Cohen, S., Doyle, W. J., Turner, R. B., et al. (2003). Emotional style and susceptibility to the common cold. *Psychosomatic Medicine*, 65 (4), 652–657.
<https://doi.org/10.1097/01.PSY.0000077508.57784.DA>
- Cohen, S., Doyle, W. J., Turner, R. B., Alper, C. M., & Skoner, D. P. (2004). Childhood socioeconomic status and host resistance to infectious illness in adulthood. *Psychosomatic Medicine*, 66 (4), 553–558.
<https://doi.org/10.1097/01.psy.0000126200.05189.d3>
- Cohen, S., Janicki-Deverts, D., & Miller, G. E. (2007). Psychological stress and disease. *Journal of the American Medical Association*, 298 (14), 1685–1687.
<https://doi.org/10.1001/jama.298.14.1685>
- Cohen, S., Janicki-Deverts, D., Chen, E., & Matthews, K. A. (2010). Childhood socioeconomic status and adult health. *Annals of New York Academy of Science*, 1186, 37–55.
- Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 24 (4), 385–396.
<https://doi.org/10.2307/2136404>
- Cohen, S., Murphy, M. L. M., & Prather, A. A. (2018). Ten surprising facts about stressful life events and disease risk. *Annual Review of Psychology*, 70 (1), 1–21. <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-010418-102857>
- Cohen, S., & Pressman, S. D. (2006). Positive affect and health. *Current Directions in Psychological Science*, 15 (3), 122–125. <https://doi.org/10.1111/j.0963-7214.2006.00420.x>
- Colby, B. N. (1975). Cultural grammars. *Science*, 187, 913–919.
- Cole, S. (2010). Elevating the perspective on human stress genomics. *Psychoneuroendocrinology*, 35 (7), 955–962.
<https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2010.06.008>
- Cole, S. (2013). Social regulation of human gene expression: Mechanisms and implications for public health. *American Journal of Public Health*, 103 (S1), S84–S92. <https://doi.org/10.2105/ajph.2012.301183>
- Cole, S. (2014). Human social genomics. *Plos Genetics*, 10 (8), e1004601.
<https://doi.org/10.1371/journal.pgen.1004601>
- Cole, S. (2019). The conserved transcriptional response to adversity. *Current Opinion in Behavioral Sciences*, 28, 31–37.
<https://doi.org/10.1016/j.cobeha.2019.01.008>
- Cole, S. W., Shanahan, M. J., Gaydos, L., & Harris, K. M. (2020). Population based RNA profiling in Add Health finds social disparities in inflammatory and antiviral gene regulation to emerge by young adulthood. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 117 (9), 4601–4608.
<https://doi.org/10.1073/pnas.1821367117>
- Cole, S., Hawkey, L., Arevalo, J., Sung, C., Rose, R., & Cacioppo, J. (2007). Social regulation of gene expression in human leukocytes. *Genome Biology*, 8 (9), R189. <https://doi.org/10.1186/gb-2007-8-9-r189>

- Collins, N. L., Guichard, A. C., Ford, M. B., & Feeney, B. C. (2004). Working models of attachment: New developments and emerging themes. In W. S. Rholes & J. A. Simpson (Eds.), *Adult attachment: Theory, research, and clinical implications* (pp. 196–239). Guilford Publications.
- Comrey, A. L., & Lee, H. B. (1992). *A first course in factor analysis* (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Conley, D., Domingue, B. W., Cesarini, D., Dawes, C., Rietveld, C. A., & Boardman, J. D. (2015). Is the effect of parental education on offspring biased or moderated by genotype? *Sociological Science*, *2*, 82–105.
- Conti, G., Heckman, J. & Urzua, S. (2010). The education-health gradient. *American Economic Review*, *100* (2), 234–38. DOI: 10.1257/aer.100.2.234
- Corpuz, R., D'Alessandro, S., Adeyemo, J., Jankowski, N., & Kandalaft, K. (2020). Life history orientation predicts COVID-19 precautions and projected behaviors. *Frontiers in Psychology*, *11*, 1857. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.01857>
- Costa, N. M., & Weems, C. F. (2005). Maternal and child anxiety: Do attachment beliefs or children's perceptions of maternal control mediate their association? *Social Development*, *14* (4), 574–590. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9507.2005.00318.x>
- Costa, P. T., & McCrae, R. R. (1985). *The NEO Personality Inventory Manual*. Psychological Assessment Resources, Odessa, FL.
- Costa, P. T., & McCrae, R. R. (1992). The five-factor model of personality and its relevance to personality disorders. *Journal of Personality Disorders*, *6* (4), 343–359. <https://doi.org/10.1521/pedi.1992.6.4.343>
- Costa-Lopes, R., Dovidio, J. F., Pereira, C. R., & Jost, J. T. (2013). Social psychological perspectives on the legitimation of social inequality: Past, present and future. *European Journal of Social Psychology*, *43* (4), 229–237. <https://doi.org/10.1002/ejsp.1966>
- Cozzarelli, C., & Karafa, J. (1998). Cultural estrangement and Terror Management Theory. *Personality and Social Psychology Bulletin*, *24* (3), 253–267. <https://doi.org/10.1177/0146167298243003>
- Creswell, J., Welch, W., Taylor, S., Sherman, D., Gruenewald, T., & Mann, T. (2005). Affirmation of personal values buffers neuroendocrine and psychological stress responses. *Psychological Science*, *16* (11), 846–851. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9280.2005.01624.x>
- Crosswell, A. D., & Lockwood, K. G. (2020). Best practices for stress measurement: How to measure psychological stress in health research. *Health Psychology Open*, *7* (2), 2055102920933072. <https://doi.org/10.1177/2055102920933072>.
- Cullum, J., & Harton, H. C. (2007). Cultural evolution: Interpersonal influence, issue importance, and the development of shared attitudes in college residence halls. *Personality and Social Psychology Bulletin*, *33* (10), 1327–1339. <https://doi.org/10.1177/0146167207303949>

- Cummins, D. D. (1998). Social norms and other minds: The evolutionary roots of higher cognition. In D. D. Cummins & C. Allen (Eds.), *The evolution of mind* (pp. 163–228). New York: Oxford University Press.
- Cundiff, J. M., & Matthews, K. A. (2017). Is subjective social status a unique correlate of physical health? A meta-analysis. *Health Psychology, 36*, 1109–1125. <https://doi.org/10.1037/hea0000534>
- Cundiff, J. M., Boylan, J. M., & Muscatell, K. A. (2020). The pathway from social status to physical health: Taking a closer look at stress as a mediator. *Current Directions in Psychological Science, 29* (2), 147–153. <https://doi.org/10.1177/0963721420901596>
- Cutler, D. M., Lleras-Muney, A., & Vogl, T. (2011). *Socioeconomic status and health: Dimensions and mechanisms*. Oxford Handbooks Online. doi:10.1093/oxfordhb/9780199238828.013.0007
- D’Andrade, R. (1987). A folk model of the mind. In D. Holland, & N. Quinn (Eds.), *Cultural models in language and thought* (pp. 112–148). Cambridge, United Kingdom: Cambridge University Press.
- D’Andrade, R. G. (1989). Cultural cognition. In M. I. Posner (Ed.), *Foundations of cognitive science* (pp. 795–830). The MIT Press.
- D’Andrade, R. (1995). *The development of cognitive anthropology*. Cambridge: Cambridge University Press.
- D’Andrade, R. (2002). Violence without honor in the American South. In T. Aase (Ed.), *Tournaments of power: Honor and revenge in the contemporary world* (pp. 61–75). Burlington, England: Ashgate.
- D’Andrade, R. (2008). *Study of personal and cultural values: American, Japanese and Vietnamese*. New York, NY: Palgrave Macmillan.
- D’Andrade, R., & Strauss, C. (1992). *Human motives and cultural models*. New York, NY: Cambridge University Press.
- Dahlgren, G., & Whitehead, M. (1991). *Policies and strategies to promote social equity in health*. Stockholm, Sweden: Institute for Futures Studies.
- Daly, M. C., Duncan, G. J., McDonough, P., & Williams, D. R. (2002). Optimal indicators of socioeconomic status for health research. *American Journal of Public Health, 92* (7), 1151–1157. <https://doi.org/10.2105/ajph.92.7.1151>
- Daniel, C. (2020). Is healthy eating too expensive?: How low-income parents evaluate the cost of food. *Social Science & Medicine, 248*, 112823. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.112823>
- Daniel, J. (2012). Choosing the size of the sample. In *Sampling essentials: Practical guidelines for making sampling choices* (Ch. 7, pp. 236–253). Thousand Oaks, CA: Sage Publications, Inc.
- Dannefer, D. (2003). Cumulative advantage/disadvantage and the life course: Cross-fertilizing age and social science theory. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences, 58* (6), S327–S337. <https://doi.org/10.1093/geronb/58.6.s327>
- Davidson, R. J., Kabat-Zinn, J., Schumacher, J., Rosenkranz, M., Muller, D., Santorelli, S. F., ... , & Sheridan, J. F. (2003). Alterations in brain and immune

- function produced by mindfulness meditation. *Psychosomatic medicine*, 65 (4), 564–570. <https://doi.org/10.1097/01.psy.0000077505.67574.e3>
- Davis, C. R., Dearing, E., Usher, N., Trifi letti, S., Zaichenko, L., Ollen, E., ... & Crowell, J. A. (2014). Detailed assessments of childhood adversity enhance prediction of central obesity independent of gender, race, adult psychosocial risk and health behaviors. *Metabolism*, 63 (2), 199–206. <https://doi.org/10.1016/j.metabol.2013.08.013>
- de Munck, V. (2011). Cognitive approaches to the study of romantic love: Semantic, cross-cultural, and as a process. In D. B. Kronenfeld, G. Bennardo, V. C. De Munck, & M. Fischer (Eds.), *A Companion to Cognitive Anthropology* (pp. 513–530). Oxford, England: Blackwell.
- de Munck, V., & Bennardo, G. (2019). Disciplining culture: A sociocognitive approach. *Current Anthropology*, 60 (2), 174–193. <https://doi.org/10.1086/702470>
- de Munck, V., & Kronenfeld, D. B. (2016). Romantic love in the United States. *SAGE Open*, 6 (1), 1–17. <https://doi.org/10.1177/2158244015622797>
- Deaton, A. (2001). *Relative deprivation, inequality, and mortality*. Retrieved from https://www.princeton.edu/~deaton/downloads/deaton_relative_deprivation.pdf.
- Deaux, K. E., & Philogène, G. E. (2001). *Representations of the social: Bridging theoretical traditions*. Oxford, UK: Blackwell.
- Dembitskyi, S. (2016). The level of psychological distress in different groups of Ukraine's populations. В В. М. Ворона, М. О. Шульга (Гол. ред.), *Українське суспільство: моніторинг соціальних змін* (Вип. 3 (17), с. 184–190). Київ: Інститут соціології НАН України.
- DeVellis, R. T. (2003). *Scale development. Theory and applications*. Second Edition. Applied Social Science Research Methods Series (Vol. 26). Thousand Oaks: SAGE Publications.
- Diener, E. (2000). Subjective well-being: The science of happiness and a proposal for a national index. *American Psychologist*, 55 (1), 34–43.
- Diener, E., & Fujita, F. (1997). Social comparisons and subjective well-being. In B. P. Buunk & F. X. Gibbons (Eds.), *Health, coping, and well-being: Perspectives from social comparison theory* (pp. 329–357). Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Diener, E., Wirtz, D., Tov, W., Kim-Prieto, C., Choi, D., Oishi, S., & Biswas-Diener, R. (2009). New measures of well-being: Flourishing and positive and negative feelings. *Social Indicators Research*, 39, 247–266.
- Dietze, P., & Knowles, E. D. (2021). Social class predicts emotion perception and perspective-taking performance in adults. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 47 (1), 42–56. <https://doi.org/10.1177/0146167220914116>
- DiMaggio, P. (1997). Culture and cognition. *Annual Review of Sociology*, 23 (1), 263–87.
- DiPrete, T. A., & Eirich, G. M. (2006). Cumulative advantage as a mechanism for inequality: A review of theoretical and empirical developments. *Annual Review*

- Doyal, L., & Pennell, I. (1979). *The political economy of health*. London: Pluto Press.
- Drapalski, A. L., Lucksted, A., Perrin, P. B., Aakre, J. M., Brown, C. H., DeForge, B. R., & Boyd, J. E. (2013). A model of internalized stigma and its effects on people with mental illness. *Psychiatric Services*, 64, 264–269. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.001322012>
- Dressler, W. W. (1991). Social support, lifestyle incongruity, and arterial blood pressure in a southern black community. *Psychosomatic Medicine*, 53, 608–620.
- Dressler, W. (1995). Modeling biocultural interactions: Examples from studies of stress and cardiovascular disease. *Yearbook of Physical Anthropology*, 38, 127–156. <https://doi.org/10.1525/aa.2000.102.2.244>
- Dressler, W. (2005). What's cultural about biocultural research? *Ethos*, 33 (1), 20–45. <https://doi.org/10.1525/eth.2005.33.1.020>
- Dressler, W. W. (2004a). Culture and the risk of disease. *British Medical Bulletin*, 69, 21–31. <https://doi.org/10.1093/bmb/ldh020>
- Dressler, W. W. (2004b). Culture, stress, and cardiovascular disease. In C. Ember & M. Ember (Eds.), *Encyclopedia of medical anthropology: Health and illness in the world's cultures* (pp. 328–334). New York, NY: Kluwer.
- Dressler, W. W. (2007a). Cultural consonance. In D. Bhugra & K. Bhui (Eds.), *Textbook of cultural psychiatry* (pp. 179–190). Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Dressler, W. W. (2007b). Cultural dimensions of the stress process: Measurement issues in fieldwork. In G. Ice & C. D. James (Eds.), *Measuring stress in humans: A practical guide for the field* (pp. 27–59). Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Dressler, W. W., & Bindon, J. (2000). The health consequences of cultural consonance: Cultural dimensions of lifestyle, social support, and arterial blood pressure in an African American community. *American Anthropologist*, 102, 244–260.
- Dressler, W. W., Balieiro, M. C., & dos Santos, J. E. (1997). The cultural construction of social support in Brazil: Associations with health outcomes. *Culture, Medicine, and Psychology*, 21 (3), 303–335.
- Dressler, W. W., Balieiro, M. C., Ribeiro, R. P., & Santos, J. E. (2005). Cultural consonance and arterial blood pressure in urban Brazil. *Social Science & Medicine*, 61, 527–540. <https://doi.org/10.1016/j.socs-cimed.2004.12.013>
- Dressler, W. W., Balieiro, M. C., Ribeiro, R. P., & Santos, J. E. (2007a). Cultural consonance and psychological distress: Examining the associations in multiple cultural domains. *Culture, Medicine, and Psychiatry*, 31, 195–224. <https://doi.org/10.1007/s11013-007-9046-2>
- Dressler, W. W., Balieiro, M. C., Ribeiro, R. P., & Santos, J. E. (2007b). A prospective study of cultural consonance and depressive symptoms in urban

- Brazil. *Social Science & Medicine*, 65, 2058–2069.
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2007.06.020>
- Dressler, W. W., Balieiro, M. C., Ribeiro, R. P., & Santos, J. E. (2008, February). *A longitudinal study of genes, culture, and depression in urban Brazil*. Presentation to Annual Meeting of the Society for Anthropological Sciences, New Orleans, LA.
- Dressler, W. W., Balieiro, M. C., Ribeiro, R. P., & Santos, J. (2009). Cultural consonance, a 5HT2A receptor polymorphism, and depressive symptoms: a longitudinal study of gene x culture interaction in urban Brazil. *American Journal of Human Biology*, 21, 91–97.
- Dressler, W. W., Balieiro, M. C., & Santos, J. E. (2012). Cultural consonance, consciousness, and depression: Genetic moderating effects on the psychological mediators of culture. In D. N. Lende & G. Downey, *The encultured brain: An introduction to neuroanthropology* (pp. 328–334). Cambridge, MA: MIT Press.
- Dressler, W. W., Balieiro, M., & dos Santos, J. (2014). Finding culture change in the second factor: Stability and change in cultural consensus and residual agreement. *Field Methods*, 27 (1), 22–38.
<https://doi.org/10.1177/1525822x14542755>
- Dressler, W., Oths, K., & Gravlee, C. (2005). Race and ethnicity in public health research: Models to explain health disparities. *Annual Review of Anthropology*, 34, 231–252.
- Drolet, A. L., & Morrison, D. G. (2001). Do we really need multiple-item measures in service research? *Journal of Service Research*, 3 (3), 196–204.
<https://doi.org/10.1177/109467050133001>
- Dunbar, R. I. M. (2004). *The human story: A new history of human evolution*. London: Faber and Faber.
- Dunbar, R., & Barrett, L. (Eds.). (2007). *The Oxford handbook of evolutionary psychology*. Oxford, UK: Oxford University Press.
- Duncan, O. D. (1984). *Notes on social measurement: Historical and critical*. New York, NY: Russel Sage.
- Dunn, C. D. (2004). Cultural models and metaphors for marriage: An analysis of discourse at Japanese wedding receptions. *Ethos*, 32 (3), 348–373.
<https://doi.org/10.1525/eth.2004.32.3.348>
- Dupre, M. E. (2007). Educational differences in age-related patterns of disease: Reconsidering the cumulative disadvantage and age-as-leveler hypotheses. *Journal of Health and Social Behavior*, 48 (1), 1–15.
<https://doi.org/10.1177/002214650704800101>
- Durkheim, É. (1895 [1982]). *Les Règles de la méthode sociologique*, Paris. Translated as *The Rules of Sociological Method*, W. D. Hall (Transl.), Glencoe, IL: The Free Press.
- Durkheim, É. (1912 [2008]). *The elementary forms of the religious life*. Mineola, NY: Dover.
- Durkheim, É. (1951). *Suicide: A study in sociology*. Glencoe, IL: Free Press.

- Easterbrook, M. J., Wright, M. L., Dittmar, H., & Banerjee, R. (2014). Consumer culture ideals, extrinsic motivations, and well-being in children. *European Journal of Social Psychology*, 44 (4), 349–359. <https://doi.org/10.1002/ejsp.2020>
- Edwards, J. R., & Bagozzi, R. P. (2000). On the nature and direction of relationships between constructs and measures. *Psychological Methods*, 5 (2), 155–174. <https://doi.org/10.1037/1082-989x.5.2.155>
- Elder, G. H., Johnson, M. K., & Crosnoe, R. (2003). The emergence and development of life course theory. In J. T. Mortimer & M. J. Shanahan (Eds.), *Handbook of the Life Course* (pp. 3–19). New York: Kluwer Academic. https://doi.org/10.1007/978-0-306-48247-2_1
- Elder-Vass, D. (2010). *The causal power of social structures*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Elder-Vass, D. (2012). *The reality of social construction*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Elliot, A. J., & Thrash, T. M. (2004). The intergenerational transmission of fear of failure. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 30 (8), 957–971. <https://doi.org/10.1177/0146167203262024>
- Elliot, G. R., & Eisdorfer, C. (1982). *Stress and human health: An analysis and implications of research*. A study by the Institute of Medicine, National Academy of Sciences New York: Springer Publishing.
- Elman, C., & O’Rand, A. M. (2004). The race is to the swift: Socioeconomic origins, adult education, and wage attainment. *American Journal of Sociology*, 110 (1), 123–160. <https://doi.org/10.1086/386273>
- Endress A. D. (2022). Socio-cultural values are risk factors for COVID-19-related mortality. *Cross-Cultural Research*, 56(2-3), 150–184. <https://doi.org/10.1177/106939712111067050>
- Epel, E. S., Crosswell, A. D., Mayer, S. E., Prather, A. A., Slavich, G. M., Puterman, E., & Mendes, W. B. (2018). More than a feeling: A unified view of stress measurement for population science. *Frontiers in Neuroendocrinology*, 49, 146–169. <https://doi.org/10.1016/j.yfrne.2018.03.001>
- Epel, E. S., Lin, J., Dhabhar, F. S., Wolkowitz, O. M., Puterman, E., Karan, L., & Blackburn, E. H. (2010). Dynamics of telomerase activity in response to acute psychological stress. *Brain, Behavior, and Immunity*, 24 (4), 531–539. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2009.11.018>.
- Epper, T., Fehr, E., Fehr-Duda, H., Kreiner, C. T., Lassen, D. D., Leth-Petersen, S., & Rasmussen, G. N. (2020). Time discounting and wealth inequality. *American Economic Review*, 110 (4), 1177–1205. <https://doi.org/10.1257/aer.20181096>
- European Social Survey. (2012). <https://www.europeansocialsurvey.org/data/download.html?r=6>
- Fahey, T. (2010). Poverty and the two concepts of relative deprivation. UCD School of Applied Social Science. Working Paper Series (pp. 2–28). Retrieved from www.ucd.ie/t4cms/wp15%20fahey.pdf.

- Feldman, M., Bell, J., Berger, M. T. (2003). *Gaining access: A practical and theoretical guide for qualitative researchers*. NY: Alta Mira Press.
- Felitti, V. J. (2002). The relation between adverse childhood experiences and adult health: Turning gold into lead. *The Permanente journal*, 6 (1), 44–47.
- Felitti, V. J. (2009). Adverse childhood experiences and adult health. *Academic Pediatrics*, 9 (3), 131–132. <https://doi.org/10.1016/j.acap.2009.03.001>
- Ferraro, K. F., & Morton, P. M. (2018). What do we mean by accumulation? Advancing conceptual precision for a core idea in gerontology. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 73 (2), 269–278. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbv094>
- Ferraro, K. F., & Shippee, T. P. (2009). Aging and cumulative inequality: How does inequality get under the skin? *The Gerontologist*, 49 (3), 333–343. <https://doi.org/10.1093/geront/gnp034>
- Ferraro, K. F., Shippee, T. P., & Schafer, M. H. A. (2009). Cumulative inequality theory for research on aging and the life course. In V. L. Bengtson, D. Gans, N. M. Pulney, & M. Silverstein (Eds.), *Handbook of theories of aging* (pp. 413–433). Springer Publishing Co.
- Figueredo, A. J., Garcia, R. A., Menke, J. M., Jacobs, W. J., Gladden, P. R., Bianchi, J., Patch, E. A., Beck, C. J. A., Kavanagh, P. S., Sotomayor-Peterson, M., Jiang, Y., & Li, N. P. (2017). The K-SF-42: A new short form of the Arizona Life History Battery. *Evolutionary Psychology*. <https://doi.org/10.1177/1474704916676276>
- Finch, C. E. (2010). Evolution of the human lifespan and diseases of aging: Roles of infection, inflammation, and nutrition. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 107 (suppl_1), 1718–1724. <https://doi.org/10.1073/pnas.0909606106>
- Fink, G. (2016). Stress, definitions, mechanisms, and effects outlined: Lessons from anxiety. In G. Fink (Ed.). *Stress concepts, cognition, emotion, and behavior*. Handbook of Stress Series, Vol. 1, Ch. 1 (pp. 3-12). New York, NY: Academic Press.
- Fink, G. (2017). *Stress: Neuroendocrinology and neurobiology*. Amsterdam: Academic Press/Elsevier.
- Fischer, R. (2009). Where is culture in cross-cultural research? An outline of a multilevel research process for measuring culture as a shared meaning system. *International Journal of Cross-Cultural Management*, 9 (1), 25–49.
- Fischer, R. (2017). *Personality, values, culture: An evolutionary approach*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Fischer, R., & Boer, D. (2015). Motivational basis of personality traits: A metaanalysis of value-personality correlations. *Journal of Personality*, 83 (5), 491–510. <https://doi.org/10.1111/jopy.12125>
- Fischer, R., & Boer, D. (2016). Values: the dynamic nexus between biology, ecology and culture. *Current Opinion in Psychology*, 8, 155–160. <https://doi.org/10.1016/j.copsy.2015.12.009>

- Fiske, S. T., & Taylor, S. E. (2013). *Social cognition: From brains to culture*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Fitzgerald, K. N., Hodges, R., Hanes, D., Stack, E., Cheishvili, D., Szyf, M., ... & Bradley, R. (2021). Potential reversal of epigenetic age using a diet and lifestyle intervention: a pilot randomized clinical trial. *Aging, 13* (7), 9419–9432. <https://doi.org/10.18632/aging.202913>
- Fleming, T. P., Watkins, A. J., Velazquez, M. A., Mathers, J. C., Prentice, A. M., Stephenson, J., Barker, M., ..., & Godfrey, K. M. (2018). Origins of lifetime health around the time of conception: causes and consequences. *Lancet, 391* (10132), 1842–1852. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)30312-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)30312-X)
- Flett, G. L., Hewitt, P. L., Oliver, J. M., & Macdonald, S. (2002). Perfectionism in children and their parents: A developmental analysis. In G. L. Flett & P. L. Hewitt (Eds.), *Perfectionism: Theory, research, and treatment* (pp. 89–132). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10458-004>
- Fogelman, N., & Canli, T. (2019). Early life stress, physiology, and genetics: A review. *Frontiers in Psychology, 10* (1668), 1–7. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.01668>. eCollection 2019
- Fragaszy, D. M., & Perry, S. (Eds.) (2003). *The biology of traditions: Models and evidence*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Frake, C. (1977). Plying frames can be dangerous: Some reflections on methodology in cognitive anthropology. *Quarterly Newsletter of the Institute for Comparative Human Development, 1* (3), 1–7.
- Frank, J., Abel, T., Campostrini, S., Cook, S., Lin, V. K., & McQueen, D. V. (2020). The Social Determinants of Health: Time to Re-Think?. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 17*(16), 5856. <https://doi.org/10.3390/ijerph17165856>
- Frankenhuis, W. E., & Nettle, D. (2020). The strengths of people in poverty. *Current Directions in Psychological Science, 29* (1), 1–6. <https://doi.org/10.1177/0963721419881154>
- Friedman, E. M., Karlamangla, A. S., Gruenewald, T. L., Koretz, B., & Seeman, T. E. (2015). Early life adversity and adult biological risk profiles. *Psychosomatic Medicine, 77* (2), 176–185. <https://doi.org/10.1097/psy.0000000000000147>
- Friedman, E. M., Montez, J. K., Sheehan, C. M., Gruenewald, T. L., & Seeman, T. E. (2015). Childhood adversities and adult cardiometabolic health. *Journal of Aging and Health, 27* (8), 1311–1338. <https://doi.org/10.1177/0898264315580122>
- Fryberg, S. A., & Markus, H. R. (2007). Cultural models of education in American Indian, Asian American and European American contexts. *Social Psychology of Education, 10*, 213–246. <https://doi.org/10.1007/s11218-007-9017-z>
- Fulmer, C. A., Gelfand, M. J., Kruglanski, A. W., Kim-Prieto, C., Diener, E., Pierro, A., & Higgins, E. T. (2010). On “feeling right” in cultural contexts: How person culture match affects self-esteem and subjective well-being.

- Psychological Science*, 21, 1563–1569.
<https://doi.org/10.1177/0956797610384742>
- Furman, D., Campisi, J., Verdin, E., Carrera-Bastos, P., Targ, S., Franceschi, C., ... Slavich, G. M. (2019). Chronic inflammation in the etiology of disease across the life span. *Nature Medicine*, 25 (12), 1822–1832.
<https://doi.org/10.1038/s41591-019-0675-0>
- Gallo, L. C., & Matthews, K. A. (2003). Understanding the association between socio-economic status and physical health: Do negative emotions play a role? *Psychological Bulletin*, 129, 10–51. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.129.1.10>
- Galvan, M. J., Payne, B. K., Hannay, J., Georgeson, A. R., & Muscatell, K. A. (2023). What does the MacArthur Scale of Subjective Social Status measure? Separating economic circumstances and social status to predict health. *Annals of behavioral medicine: A publication of the Society of Behavioral Medicine*, 57(11), 929–941. <https://doi.org/10.1093/abm/kaad054>
- Gardiner, C. K., Hagerty, S. L., & Bryan, A. D. (2021). Stress and number of servings of fruit and vegetables consumed: Buffering effects of monetary incentives. *Journal of Health Psychology*, 26 (10), 1757–1763.
<https://doi.org/10.1177/1359105319884620>
- Garro, L. C. (1986). Intracultural variation in folk medical knowledge: A comparison between curers and non-curers. *American Anthropologist*, 88, 351–370.
- Garro, L. C. (2000). Remembering what one knows and the construction of the past: A comparison of cultural consensus theory and cultural schema theory. *Ethos*, 28, 275–319.
- Gatewood, J. B. (2012). Cultural models, consensus analysis, and the social organization of knowledge. *Topics in Cognitive Science*, 4 (3), 362–371.
<https://doi.org/10.1111/j.1756-8765.2012.0>
- Gatewood, J. B., & Cameron, C. M. (2008). *Conjoining cultural models and consensus analysis: Variations in residents understandings of tourism in the Turks and Caicos Islands*. 4th Meeting, Society for Anthropological Sciences, New Orleans, LA.
- Gebauer, J. E., Eck, J., Entringer, T. M., Bleidorn, W., Rentfrow, P. J., Potter, J., & Gosling, S. D. (2020). The well-being benefits of person-culture match are contingent on basic personality traits. *Psychological Science*, 31 (10), 1283–1293. <https://doi.org/10.1177/0956797620951115>
- Gebauer, J. E., Sedikides, S., & Neberich, W. (2012). Religiosity, social self-esteem, and psychological adjustment. *Psychological Science*, 23, 158–160.
<https://doi.org/10.1177/0956797611427045>
- Gee, J. P. (2012). *Social linguistics and literacies: Ideology in discourses*. London, United Kingdom: Routledge.
- Geertz, C. (1973). Religion as a cultural system. In C. Geertz (Ed.), *Interpretation of cultures* (pp. 87–125). New York, NY: Basic Books.

- Ghaed, S. G., & Gallo, L. C. (2007). Subjective social status, objective socioeconomic status, and cardiovascular risk in women. *Health Psychology, 26* (6), 668–674. <https://doi.org/10.1037/0278-6133.26.6.668>
- Ghaziani, A. (2009). An “amorphous mist”? The problem of measurement in the study of culture. *Theory and Society, 38* (6), 581–612. <https://doi.org/10.1007/s11186-009-9096-2>
- Gibson, G. (2008). The environmental contribution to gene expression profiles. *Nature Reviews Genetics, 9* (8), 575–581. <https://doi.org/10.1038/nrg2383>
- Gilbert, M. (1987). Modeling collective belief. *Synthese, 73*, 185–204.
- Gilbert, M. (1994). Durkheim and social facts. In W. S. F. Pickering & H. Martins, *Debating Durkheim* (Ch. 4, pp. 86–109). London: Routledge.
- Gilbert, M. (1996). *Living together: Rationality, sociality, and obligation*. London: Rowman & Littlefield.
- Gilbert, M. (2015). Joint commitment: What it is and why it matters. *Phenomenology and Mind, 9*, 18–26. https://doi.org/10.13128/Phe_Mi-18148
- Gilbert, P., Price, J., & Allan, S. (1995). Social comparison, social attractiveness and evolution: How might they be related? *New Ideas in Psychology, 13* (2), 149–165. [https://doi.org/10.1016/0732-118X\(95\)00002-X](https://doi.org/10.1016/0732-118X(95)00002-X)
- Gintis, H. (2003). Hitchhiker’s guide to altruism: Gene-culture co-evolution and the internalization of norms. *Journal of Theoretical Biology, 220*, 407–418.
- Gintis, H. (2011). Gene-culture coevolution and the nature of human sociality. *Philosophical Transactions of the Royal Society, 366*, 878–888. <https://doi.org/10.1098/rstb.2010.0310>
- Glymour, M., Averdano, M., & Kawachi, I. (2014). Socioeconomic status and health. In L. F. Berkman, M. M. Glymour, & I. Kawachi (Eds.), *Social epidemiology* (Ch. 2, pp. 17–62). Oxford, UK: Oxford University Press.
- Goldstein, D. S., & McEwen, B. (2002). Allostasis, homeostats, and the nature of stress. *Stress: The International Journal on the Biology of Stress, 5* (1), 55–58. doi.org/10.1080/102538902900012345
- Goodenough, W. (1971). *Culture, language and society*. MA: Addison-Wesley.
- Graham, C., & Ciciurkaite, G. (2023). Subjective social status as a predictor of physical and mental health among early midlife adults in the United States: Appraising the role of gender. *Society and Mental Health, 0*(0), XX-XX. <https://doi.org/10.1177/21568693231213094>
- Greenacre, M. J. (1984). *Theory and application of correspondence analysis*. London, England: Academic Press.
- Greenacre, M. J., & Blasius, J. (1994). *Correspondence analysis in the social sciences: Recent developments and applications*. London, England: Academic Press.
- Greene, T., Itzhaky, L., Bronstein, I., & Solomon, Z. (2018). Psychopathology, risk, and resilience under exposure to continuous traumatic stress: A systematic review of studies among adults living in southern Israel. *Traumatology, 24*(2), 83–103. <https://doi.org/10.1037/trm0000136>

- Grossman, I., & Kross, E. (2010). The impact of culture on adaptive versus maladaptive self-reflection. *Psychological Science, 21* (8), 1150–1157. <https://doi.org/10.1177/0956797610376655>
- Grossmann, I., & Varnum, M. E. W. (2010). Social class, culture, and cognition. *Social Psychological and Personality Science, 2* (1), 81–89. <https://doi.org/10.1177/1948550610377119>
- Grouzet, F. M., Kasser, T., Ahuvia, A., Dols, J. M., Kim, Y., Lau, S., Ryan, R. M., ..., & Sheldon, K. M. (2005). The structure of goal contents across 15 cultures. *Journal of personality and social psychology, 89* (5), 800–816. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.89.5.800>
- Habermas, J. (1987). *The theory of communicative action. Lifeworld and system: A critique of functionalist reason* (Vol. 2). Beacon Press Boston, MA.
- Hagenaars J., & Moor, A. (2003). Exploring Europe's basic value map. In W. Arts, J. Hagenaars, & L. Halman (Eds.), *The cultural diversity of European Unity: Findings, explanations and reflections from the European Values Study* (Ch. 2, pp. 23–58). Leiden: Koninklijke Brill.
- Handwerker, W. P. (2002). The construct validity of cultures: Cultural diversity, culture theory, and a method for ethnography. *American Anthropologist, 104*, 106–122.
- Hanel, P., Wolfradt, U., Wolf, L. J., Coelho, G., & Maio, G. R. (2020). Well-being as a function of person-country fit in human values. *Nature communications, 11* (1), 5150. <https://doi.org/10.1038/s41467-020-18831-9>
- Harkness, S., C. M. Super, C. H. Keefer, C. S. Raghavan, & Kipp, E. H. (1995). Ask the doctor: The negotiation of cultural models in American parent-pediatrician discourse. In S. Harkness & C. Super (Eds.), *Parents' cultural beliefs systems* (pp. 289–310). New York, NY: Guilford Press.
- Hart, J. T. (1971). The inverse care law. *The Lancet, 297* (7696), 405–412.
- Hatch, S. L. (2005). Conceptualizing and identifying cumulative adversity and protective resources: Implications for understanding health inequalities. *The Journals of Gerontology: Series B, 60* (Special Issue 2), S130–S134. https://doi.org/10.1093/geronb/60.special_issue_2.s130
- Haushofer, J., & Fehr, E. (2014). On the psychology of poverty. *Science, 344* (6186), 862–867. <https://doi.org/10.1126/science.1232491>
- Hechter, M., & Opp, K.-D. (Eds.). (2001). *Social norms*. New York, NY: Russell Sage Foundation.
- Helpman, L., Besser, A., & Neria, Y. (2015). Acute posttraumatic stress symptoms but not generalized anxiety symptoms are associated with severity of exposure to war trauma: A study of civilians under fire. *Journal of Anxiety Disorders, 35*, 27–34. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2015.08.001>
- Herrmann, M., Pusceddu, I., Marz, W., & Herrmann, W. (2018). Telomere biology and age-related diseases. *Clinical Chemical and Laboratory Medicine, 56* (8), 1210–1222. <https://doi.org/10.1515/cclm-2017-0870>

- Hickman, J. R. (2007). "Is it the spirit or the body?" Syncretism of health beliefs among Hmong immigrants to Alaska. *NAPA Bulletin*, 27, 176–195. <https://doi.org/10.1525/napa.2007.27.1.176>
- Hill, K., Barton, M., & Hurtado, A. M. (2009). The emergence of human uniqueness: Characters underlying behavioral modernity. *Evolutionary Anthropology*, 18(5), 187-200. DOI 10.1002/evan.20224
- Hiscock, R., Bauld, L., Amos, A., Fidler, J. A., & Munafo, M. (2012). Socio-economic status and smoking: A review. *Annals of New York Academy of Science*, 1248, 107–123.
- Hitlin, S. (2006). Parental influences on children's values and aspirations: Bridging two theories of social class and socialization. *Sociological Perspectives*, 49 (1), 25–46. <https://doi.org/10.1525/sop.2006.49.1.25>
- Hoebel, J., Maske, U. E., Zeeb, H., & Lampert, T. (2017). Social inequalities and depressive symptoms in adults: The role of objective and subjective socioeconomic status. *PLoS ONE*, 12(1), Article e0169764. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0169764>
- Hofstede, G. (1980). *Culture's consequences: International differences in work-related values*. Thousand Oaks, CA: SAGE.
- Hofstede, G. (2001). *Culture's consequences: Comparing values, behaviors, institutions, and organizations across nations*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Holmes, T. H., & Rahe, R. H. (1967). The Social Readjustment Rating Scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 11(2), 213–218. [https://doi.org/10.1016/0022-3999\(67\)90010-4](https://doi.org/10.1016/0022-3999(67)90010-4)
- Holt-Lunstad, J., Smith, T., & Layton, J. (2010). Social relationships and mortality risk: A meta-analytic review. *Plos Medicine*, 7 (7), e1000316. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000316>
- Hood, J. (2019). Cultural models of democracy among Burmese residents in the United States. *Journal of Cultural Cognitive Science*. <https://doi.org/10.1007/s41809-019-00033-5>
- Hoppen, T.H., Priebe, S., Vetter, I., et al. (2021). Global burden of post-traumatic stress disorder and major depression in countries affected by war between 1989 and 2019: A systematic review and meta-analysis. *BMJ Global Health*, 6:e006303. doi:10.1136/bmjgh-2021-006303
- Hopper, K. (2008). Outcomes elsewhere: Course of psychosis in 'other cultures'. In C. Morgan, K. McKenzie, & P. Fearon (Eds.), *Society and psychosis* (pp. 198–217). Cambridge: Cambridge University Press.
- Horowitz, L. (2008). Destroying God's creation or using what he provided?: Cultural models of a mining project in New Caledonia. *Human Organization*, 67 (3), 292–307.
- Horvath, S., & Raj, K. (2018). DNA methylation-based bio markers and the epigenetic clock theory of ageing. *Nature Reviews Genetics*, 19 (6), 371–384.

- House, R., Hanges, P. J., Javidan, M., Dorfman, P. W., & Gupta, V. (2004). *Culture, leadership, and organizations. The GLOBE study of 62 societies*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Howell, R. T., Kern, M. L., & Lyubomirsky, S. (2007). Health benefits: Meta-analytically determining the impact of well-being on objective health outcomes. *Health Psychology Review*, *1* (1), 83–136. <https://doi.org/10.1080/17437190701492486>
- Hruschka D. J. (2009). Culture as an explanation in population health. *Annals of human biology*, *36*(3), 235–247. <https://doi.org/10.1080/03014460902852593>
- Huang, S., Hou, J., Sun, L., Dou, D., Liu, S., & Zhang, H. (2017). The effects of objective and subjective socioeconomic status on subjective well-being among rural-to-urban migrants in china: The moderating role of subjective social mobility. *Frontiers in Psychology*, *8*, 819. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.00819>.
- Hughes, K., Bellis, M. A., Hardcastle, K. A., Sethi, D., Butchart, A., Mikton, C., ... & Dunne, M. P. (2017). The effect of multiple adverse childhood experiences on health: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Public Health*, *2* (8), e356–e366. [https://doi.org/10.1016/s2468-2667\(17\)30118-4](https://doi.org/10.1016/s2468-2667(17)30118-4)
- Hunt, J., Hosken, D. J., & Wedell, N. (Eds.). (2019). *Genes and behaviour: Beyond nature-nurture*. John Wiley & Sons Ltd.
- Hunzaker, M. B. F., & Valentino, L. (2019). Mapping cultural schemas: From theory to method. *American Sociological Review*, *84* (5), 1–32. <https://doi.org/10.1177/0003122419875638>
- Hutchins, E. (2001). Distributed cognition. In N. Smelser & P. B. Baltes (Eds.), *The international encyclopedia of the social and behavioral sciences* (pp. 2068–2072). New York: Elsevier.
- Ice, G. H. & James, G. D. (2012) Stress and human biology. In S. Stinson, B. Bogin, & D. O'Rourke (Eds.), *Human biology: An evolutionary and biocultural perspective* (Ch. 10, pp. 459–512). Hoboken, New Jersey: Wiley-Blackwell a John Wiley & Sons, Ltd., Publication.
- Ignatow, G. (2006). Cultural models of nature and society: Reconsidering environmental attitudes and concern. *Environment and Behavior*, *38* (4), 441–461. <https://doi.org/10.1177/0013916505280791>
- Iida, M., Watanabe, K., Yasuma, N., Nishi, D., & Kawakami, N. (2021). *Association between personal values in adolescence and subjective well-being and subjective health status in adulthood: A cross-sectional study with retrospective recall* (preprint). <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-22887/v1>
- Illouz, E. (2019). Is self-worth crucial for the reproduction of inequality? A response to Michele Lamont's Lecture. *The British Journal of Sociology*, *70* (3), 739–746. <https://doi.org/10.1111/1468-4446.12664>
- Inglehart, R. (1985). Aggregate stability and individual-level flux. Mass belief systems: The level of analysis paradox. *American Political Science Review*, *79*, 97–116.

- Inglehart, R. (2003). *Human values and social change. Findings from the values surveys*. Leiden: Koninklijke Brill.
- Institute of Medicine (2012). Committee on Public Health Strategies to Improve Health, & Institute of Medicine. (2012). *For the Public's Health: Investing in a Healthier Future*. National Academies Press (US). doi: 10.17226/13268
- Irwin, M., & Cole, S. (2011). Reciprocal regulation of the neural and innate immune systems. *Nature Reviews Immunology*, 11 (9), 625–632. <https://doi.org/10.1038/nri3042>
- Isaac, M., Chand, P., & Murthy, P. (2007). Schizophrenia outcome measures in the wider International community. *British Journal of Psychiatry*, 191 (50), 71–77. <https://doi.org/10.1192/bjp.191.50.s71>
- Ishaq, S. L., Rapp, M., Byerly, R., McClellan, L. S., O'Boyle, M. R., Nykanen, A., et al. (2019). Framing the discussion of microorganisms as a facet of social equity in human health. *PloS Biology* 17 (11), 1–11. <https://doi.org/10.1371/journal.pbio.3000536>
- Jachimowicz, J. M., Frey, E. L., Matz, S. C., Jeronimus, B. F., & Galinsky, A. D. (2022). The sharp spikes of poverty: Financial scarcity is related to higher levels of distress intensity in daily life. *Social Psychological and Personality Science*. <https://doi.org/10.1177/19485506211060115>
- Jacobs, J., Agho, K., Stevens, G., & Raphael, B. (2012). Do childhood adversities cluster in predictable ways? A systematic review. *Vulnerable Children and Youth Studies*, 7 (2), 103–115. <https://doi.org/10.1080/17450128.2012.658886>
- Jaeggi, A. V., Blackwell, A. D., von Rueden, C., Trumble, B. C., Stieglitz, J., Garcia, ... , & Gurven, M. (2021). Do wealth and inequality associate with health in a small-scale subsistence society? *eLife*, 10, e59437. <https://doi.org/10.7554/eLife.59437>
- James, C. R. (1990). *Migration, social change, and health: a Samoan community in urban California*. Stanford, CA: Stanford University Press.
- Jaskyte, K., & Dressler, W. (2004). Studying culture as an integral aggregate variable: Organizational culture and innovation in a group of nonprofit organizations. *Field Methods*, 16 (3), 265–284.
- Jehn, K. A., & Doucet, L. (1996). Developing categories from interview data: Text analysis and multidimensional scaling. Part 1. *CAM Journal*, 8 (2), 15–16. <https://doi.org/10.1177/1525822X960080020401>
- Johnson, H., & Thompson, A. (2008). The development and maintenance of post-traumatic stress disorder (PTSD) in civilian adult survivors of war trauma and torture: A review. *Clinical Psychology Review*, 28(1), 36–47. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2007.01.017>
- Jost, J., Banaji, M., & Nosek, B. (2004). A decade of system justification theory: Accumulated evidence of conscious and unconscious bolstering of the status quo. *Political Psychology*, 25 (6), 881–919.
- Jovchelovitch, S., & Gervais, M.-C. (1999). Social representations of health and illness: The case of the Chinese community in England. *Community and*

- Kaasa, A., & Welzel, C. (2023). Elements of Schwartz's Model in the WVS: How Do They Relate to Other Cultural Models? *Cross-Cultural Research*, 57(5), 431–471. <https://doi.org/10.1177/10693971231179792>
- Kagawa Singer, M., Dressler, W., George, S., & NIH Expert Panel (2016). Culture: The missing link in health research. *Social Science & Medicine* (1982), 170, 237–246. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2016.07.015>
- Kahneman, D., & Deaton, A. (2010). High income improves evaluation of life but not emotional well-being. *PNAS*, 107(38), 16489–16492.
- Kahneman, D., & Miller, D. T. (1986). Norm theory: Comparing reality to its alternatives. *Psychological Review*, 93, 136–153.
- Kalmjin, M., & Uunk, W. (2007). Regional value differences in Europe and the social consequences of divorce: A test of the stigmatization hypothesis. *Social Science Research*, 36, 447–468. <https://doi.org/10.1016/j.ssresearch.2006.06.001>
- Kamphuis, C. B. M., 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. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0130695>
- Kamphuis, C. B. M., Oude Groeniger, J., Poelman, M. P., Beenackers, M. A., & van Lenthe, F. J. (2019). How does bridging social capital relate to health-behavior, overweight and obesity among low and high educated groups? A cross-sectional analysis of GLOBE-2014 BMC. *Public Health*, 19 (1635), 1–11. <https://doi.org/10.1186/s12889-019-8007-3>
- Karam, E., & Bou Ghosn, M. (2003). Psychosocial consequences of war among civilian populations. *Current Opinion in Psychiatry*, 16(4), 413–419. <https://doi.org/10.1097/00001504-200307000-00007>
- Karatzias, T., Shevlin, M., Ben-Ezra, M., McElroy, E., Redican, E., Vang, M. L., Cloitre, M., Ho, G. W. K., Lorberg, B., Martsenkovskiy, D., & Hyland, P. (2023). War exposure, posttraumatic stress disorder, and complex posttraumatic stress disorder among parents living in Ukraine during the Russian war. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 147(3), 276–285. <https://doi.org/10.1111/acps.13529>
- Karvonen, S., Kestilä, L., & Mäki-Opas, T. (2018). Who needs the sociology of health and illness? A new agenda for responsive and interdisciplinary sociology of health and medicine. *Frontiers in Sociology*, 3, 1–6. <https://doi.org/10.3389/fsoc.2018.00004>
- Kashima, Y. (2016). Culture and psychology in the 21st century: Conceptions of culture and person for psychology revisited. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 47 (1), 4–20. <https://doi.org/10.1177/0022022115599445>
- Kashima, Y., Yamaguchi, S., Kim, U., Choi, S., Gelfand, M., & Yuki, M. (1995). Culture, gender, and self: A perspective from individualism-collectivism

- research. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69 (5), 925–937.
<https://doi.org/10.1037/0022-3514.69.5.925>
- Kasser, T., & Ryan, R. M. (1996). Further examining the American dream: Differential correlates of intrinsic and extrinsic goals. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 22 (3), 280–287.
<https://doi.org/10.1177/0146167296223006>
- Kasser, T., Koestner, R., & Lekes, N. (2002). Early family experiences and adult values: A 26-year, prospective longitudinal study. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 28 (6), 826–835.
<https://doi.org/10.1177/0146167202289011>
- Katsampouris, E., Turner-Cobb, J.-M., Barnett, J. C., & Arnold, R.S. (2020). Can ancient and modern stressors be distinguished? A mixed-methods exploration of psychosocial characteristics and health symptoms in young and older adults. *Journal of Health Psychology*, 27(3), 623–636.
<https://doi.org/10.1177/1359105320965654>
- Kaveladze, B., Diamond Altman, A., Niederhausen, M., Loftis, J. M., & Teo, A. R. (2020). Social relationship quality, depression and inflammation: A crosscultural longitudinal study in the United States and Tokyo, Japan. *International Journal of Social Psychiatry*, 20764020981604.
<https://doi.org/10.1177/0020764020981604>
- Kawachi, I., & Berkman, L. (2014). Social capital, social cohesion, and health. In L. F. Berkman, M. M. Glymour, & I. Kawachi (Eds.), *Social epidemiology* (Ch. 8, pp. 290–319). Oxford, UK: Oxford University Press.
- Kawachi, I., & Subramanian, S. V. (2014). Income inequality. In L. F. Berkman, M. M. Glymour, & I. Kawachi (Eds.), *Social epidemiology* (Ch. 4, pp. 126–152). Oxford, UK: Oxford University Press.
- Kawachi, K. & Kennedy, B. P. (1999). Income inequality and health: pathways and mechanisms. *Health Services Research*, 34 (1), 215–227.
- Keller, H. (2007). *Cultures of infancy*. Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Keller, H., Lamm, B., Abels, M., Yovsi, R., Borke, J., Jensen, H., & Chaudhary, N. (2006). Cultural model, socialization goals, and parenting ethnotheories: A multicultural analysis. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 37 (2), 155–172.
<https://doi.org/10.1177/0022022105284494>
- Kelly-Irving, M., & Delpierre, C. (2019). A critique of the adverse childhood experiences framework in epidemiology and public health: Uses and misuses. *Social Policy and Society*, 18 (3), 1–12.
<https://doi.org/10.1017/s1474746419000101>
- Kessler, R. (1983). Methodological issues in the study of psychosocial stress. In H. B. Kaplan (Ed.), *Psychosocial stress: Trends in theory and research* (pp. 267–341). Academic Press.
- Keyes, C. L. M., Dhingra, S. S., & Simoes, E. J. (2010). Change in level of positive mental health as a predictor of future risk of mental illness. *American Journal of Public Health*, 100 (12), 2366–2371.
<https://doi.org/10.2105/AJPH.2010.192245>

- Keyes, C. L. M. (2002). The mental health continuum: From languishing to flourishing in life. *Journal of Health and Social Research*, 43 (2), 207–222. <https://doi.org/10.2307/3090197>
- Keyes, C. L. M. (2005). Mental illness and/or mental health: Investigating axioms of the complete state model of health. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73 (3), 539–548. <https://doi.org/10.1037/0022-006x.73.3.539>
- Kiecolt-Glaser, J. K. (1999). Stress, personal relationships, and immune function: Health implications. *Brain, Behavior and Immunity*, 13, 61–72.
- Kiecolt-Glaser, J. K., Marucha, P. T., Malarkey, W. B., Mercado, A. M., & Glaser, R. (1995). Slowing of wound healing by psychological stress. *Lancet*, 346, 1194–1196.
- Kiecolt-Glaser, J. K., Preacher, K. J., MacCallum, R. C., Atkinson, C., Malarkey, W. B., & Glaser, R. (2003). Chronic stress and age-related increases in the proinflammatory cytokine IL-6. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 100 (15), 9090–9095. <https://doi.org/10.1073/pnas.1531903100>
- Kiecolt-Glaser, J. K., Renna, M. E., Shrout, M. R., & Madison, A. A. (2020). Stress reactivity: What pushes us higher, faster, and longer – and why it matters. *Current Directions in Psychological Science*, 096372142094952. <https://doi.org/10.1177/0963721420949521>
- Kirmayer, L. J., & Sartorius, N. (2007). Cultural models and somatic syndromes. *Psychosomatic Medicine*, 69 (9), 832–840. <https://doi.org/10.1097/PSY.0b013e31815b002c>
- Kirmayer, L. J., Worthman, C., & Kitayama, S. (2020). Epilogue: Interdisciplinarity in the study of culture, mind and brain. In L. J. Kirmayer, C. Worthman, S. Kitayama, R. Lemelson, & C. A. Cummings (Eds.), *Culture, mind and brain: Emerging concepts, models, applications* (pp. 494–512). New York: Cambridge University Press.
- Kleinman, A. (1978). Concepts and model for the comparison of medical systems as cultural systems. *Social Science & Medicine*, 12, 85–93. [https://doi.org/10.1016/0160-7987\(78\)90014-5](https://doi.org/10.1016/0160-7987(78)90014-5)
- Kleinman, A. (1980). *Patients and healers in the context of culture: An exploration of the borderland between anthropology, medicine, and psychiatry*. Berkeley, CA: University of California Press.
- Kluckhohn, C. (1951). Values and value orientations in the theory of action. In T. Parsons & E. A. Shils (Eds.), *Toward a general theory of action*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Knafo, A., & Plomin, R. (2006). Parental discipline and affection and children's prosocial behavior: Genetic and environmental links. *Journal of Personality and Social Psychology*, 90 (1), 147–164. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.90.1.147>
- Knafo-Noam, A., Uzefovsky, F., Israel, S., Davidov, M., & Zahn-Waxler, C. (2015). The prosocial personality and its facets: genetic and environmental architecture of mother-reported behavior of 7-year-old twins. *Frontiers in Psychology*, 6, 112. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.00112>

- Knight, J. M., Rizzo, J. D., Wang, T., He, N., Logan, B. R., Spellman, S. R., ... Cole, S. W. (2019). Molecular correlates of socioeconomic status and clinical outcomes following hematopoietic cell transplantation for leukemia. *JNCI Cancer Spectrum*, 3 (4), 1–9. <https://doi.org/10.1093/jncics/pkz073>
- Koban, K., Biehl, J., Bornemeier, J., & Ohler, P. (2021). Compensatory video gaming. Gaming behaviours and adverse outcomes and the moderating role of stress, social interaction anxiety, and loneliness. *Behaviour & Information Technology*. <https://doi.org/10.1080/0144929X.2021.1946154>
- Kral, M. (1998). Suicide and the internalization of culture. *Transcultural Psychiatry*, 35, 221–233. <https://doi.org/10.1177/136346159803500203>
- Kraus, M. W., Park, J. W., & Tan, J. J. X. (2017). Signs of social class: The experience of economic inequality in everyday life. *Perspectives on Psychological Science*, 12 (3), 422–435. <https://doi.org/10.1177/1745691616673192>
- Kraus, M. W., Piff, P. K., & Keltner, D. (2009). Social class, sense of control, and social explanation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 97, 992–1004. <https://doi.org/10.1037/a0016357>
- Kraus, M. W., Piff, P. K., & Keltner, D. (2011). Social class as culture. *Current Directions in Psychological Science*, 20 (4), 246–250. <https://doi.org/10.1177/0963721411414654>
- Kraus, M. W., Piff, P. K., Mendoza-Denton, R., Rheinschmidt, M. L., & Keltner, D. (2012). Social class, solipsism, and contextualism: How the rich are different from the poor. *Psychological Review*, 119, 546–572. <https://doi.org/10.1037/a0028756>
- Krause, N., Shaw, B. A., & Cairney, J. (2004). A descriptive epidemiology of lifetime trauma and the physical health status of older adults. *Psychology and Aging*, 19 (4), 637–648. <https://doi.org/10.1037/0882-7974.19.4.637>
- Kröger, H., Pakpahan, E., & Hoffmann, R. (2015). What causes health inequality? A systematic review on the relative importance of social causation and health selection. *European journal of public health*, 25 (6), 951–960. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckv111>
- Kubzansky, L. D., Winning, A., & Kawachi, I. (2014). Affective states and health. In L. F. Berkman, M. M. Glymour, & I. Kawachi (Eds.), *Social epidemiology* (Ch. 9, pp. 320–364). Oxford, UK: Oxford University Press.
- Kurapov, A., Pavlenko, V., Drozdov, A., Bezliudna, V., Reznik, A., & Isralowitz, R. (2023). Toward an understanding of the Russian-Ukrainian war impact on university students and personnel. *Journal of Loss and Trauma*, 28(2), 167–174. DOI: 10.1080/15325024.2022.2084838
- Kuzawa, C. W. (2020). Pregnancy as an intergenerational conduit of adversity: How nutritional and psychosocial stressors reflect different historical timescales of maternal experience. *Current Opinion in Behavioral Sciences*, 36, 42–47. doi:10.1016/j.cobeha.2020.07.001
- Lamont, M. (1992). *Money, morals, and manners: The culture of the French and the American upper-middle class*. Chicago, IL: University of Chicago Press.

- Lamont, M. (2000). *The dignity of working men: Morality and the boundaries of race, class, and immigration*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Lamont, M. (2009). *How professors think: Inside the curious world of academic judgment*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Lamont, M., & Pierson, P. (2019). Inequality generation and persistence as multidimensional processes: An interdisciplinary agenda. *Daedalus*, 148 (3), 5–18. https://doi.org/10.1162/daed_a_01748
- Lamont, M., & Small, M. L. (2008). How culture matters: Enriching our understandings of poverty”. In David Harris & Ann Lin (Eds.), *The Colors of Poverty: Why Racial and Ethnic Disparities Persist* (pp. 76-102). Russell Sage Foundation.
- Lamont, M., Adler, L., Park, B. Y., & Xiang, X. (2017). Bridging cultural sociology and cognitive psychology in three contemporary research programmes. *Nature Human Behaviour*, 1 (12), 866–872. <https://doi.org/10.1038/s41562-017-0242-y>
- Lamont, M., Beljean, S., & Clair, M. (2014). What is missing? Cultural processes and causal pathways to inequality. *Socio-Economic Review*, 12 (3), 573–608. <https://doi.org/10.1093/ser/mwu011>
- Langgartner, D., Lowry, C. A., & Reber, S. O. (2018). Old Friends, immunoregulation, and stress resilience. *European Journal of Physiology*, 471 (2), 237–269. <https://doi.org/10.1007/s00424-018-2228-7>
- Lareau, A. (2003). *Unequal childhoods: Class, race, and family life*. University of California Press.
- Lareau, A. (2015). Cultural knowledge and social inequality. *American Sociological Review*, 80 (1), 1–27. <https://doi.org/10.1177/0003122414565814>
- Lasselin, J., Karshikoff, B., Axelsson, J., Åkerstedt, T., Benson, S., Engler, H., Schedlowski, ... , & Andreasson, A. (2020). Fatigue and sleepiness responses to experimental inflammation and exploratory analysis of the effect of baseline inflammation in healthy humans. *Brain, Behavior, and Immunity*, 83, 309–314. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2019.10.020>
- Lazarus, R. S. (1999). *Stress and emotion: A new synthesis*. London: Free Association Books.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. NY: Springer.
- Lea, A. J., Waigwa, C., Muhoya, B., et al. (nd). *Social gradients in health vary between rural and urban Turkana* (preprint). Retrieved from <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.07.23.21260771v1>.
- Lee, H., & Turney, K. (2012). Investigating the relationship between perceived discrimination, social status, and mental health. *Society and Mental Health*, 2 (1), 1–20. doi.org/10.1177/2156869311433067
- Leger, K. A., Turiano, N. A., Bowling, W., Burriss, J. L., & Almeida, D. M. (2021). Personality traits predict long-term physical health via affect reactivity to daily stressors. *Psychological science*, 32 (5), 755–765. Advance online publication. <https://doi.org/10.1177/0956797620980738>

- Legros, S., & Cislighi, B. (2020). Mapping the social-norms literature: An overview of reviews. *Perspectives on Psychological Science*, *15* (1), 62–80. <https://doi.org/10.1177/1745691619866455>
- Leighton, H., & Leighton, D. C. (1967). Mental health and social factors. In A. M. Freedman & H. I. Kaplan, *Comprehensive textbook in psychiatry* (pp. 1520–1533). Baltimore: Williams and Wilkins.
- LeMoult, J. (2020). From stress to depression: Bringing together cognitive and biological science. *Current Directions in Psychological Science*, *29* (6), 592–598. <https://doi.org/10.1177/0963721420964039>
- Lennon, M. C., & Limonic, L. (2010). Work and unemployment as stressors. In Teresa L. Scheid & Tony Brown (Eds.), *A Handbook for the Study of Mental Health: Social Contexts, Theories, and Systems* (Second Edition, pp. 213–225). Cambridge University Press.
- Leyland, A. H., & Dundas, R. (2020). Declining cardiovascular mortality masks unpalatable inequalities. *Heart*, *106* (1), 6–7. <https://doi.org/10.1136/heartjnl-2019-315708>
- Li, J. (2012). *Cultural foundations of learning: East and West*. Cambridge, United Kingdom: Cambridge University Press.
- Lim, I. C. Z. Y., Tam, W. W. S., Chudzicka-Czupala, A., McIntyre, R. S., Teopiz, K. M., Ho, R. C., & Ho, C. S. H. (2022). Prevalence of depression, anxiety and post-traumatic stress in war- and conflict-afflicted areas: A meta-analysis. *Frontiers in Psychiatry*, *13*, 978703. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.978703>
- Lim, N. (2016). Cultural differences in emotion: Differences in emotional arousal level between the East and the West. *Integrative Medicine Research*, *5* (2), 105–109. <https://doi.org/10.1016/j.imr.2016.03.004>
- Link, B. G., & Phelan, J. (1995). Social conditions as fundamental causes of disease. *Journal of Health and Social Behavior*, *35*, 80–94. <https://doi.org/10.2307/2626958>
- Link, B. G., & Phelan, J. C. (2000). Evaluating the fundamental cause explanation for social disparities in health. In C. E. Bird, P. Conrad, and A. M. Freemont (Eds.), *The Handbook of Medical Sociology* (5th ed., pp. 33–46). Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.
- Liu, H. (2018). Social and genetic pathways in multigenerational transmission of educational attainment. *American Sociological Review*, *83* (2), 278–304. <https://doi.org/10.1177/0003122418759651>
- Liu, H., & Guo, G. (2015). Lifetime socioeconomic status, historical context, and genetic inheritance in shaping body mass in middle and late adulthood. *American Sociological Review*, *80* (4), 705–737. <https://doi.org/10.1177/0003122415590627>
- Liu, Y., Zhao, Y., Tian, Y., & Xu, L. (2020). Does the duration of childhood starvation affect life at age 45 or older in China? The mediating role of socioeconomic and health statuses. *Journal of Health Psychology*, *26* (13), 2520–2537. <https://doi.org/10.1177/1359105320914364>

- Lizardo, O. (2016). Improving cultural analysis. *American Sociological Review*, 82 (1), 88–115. <https://doi.org/10.1177/0003122416675175>
- Lopez, A. D., Collishaw, N. E., & Piha, T. (1994). A descriptive model of the cigarette epidemic in developed countries. *Tobacco Control*, 3 (3), 242–247.
- López-Roldán, S., & Fachelli, P. (Eds.). (2021). *Towards a comparative analysis of social inequalities between Europe and Latin America*. New York: Springer.
- Lu, L. (2006). “Cultural fit”: Individual and societal discrepancies in values, beliefs, and subjective well-being. *The Journal of Social Psychology*, 146 (2), 203–221. <https://doi.org/10.3200/socp.146.2.203-221>
- Lucas, R. E., & Schimmack, U. (2009). Income and well-being: How big is the gap between the rich and the poor? *Journal of Research in Personality*, 43(1), 75–78. <https://doi.org/10.1016/j.jrp.2008.09.004>
- Lucas, T., Manning, M., Strelan, P., Kopetz, C., Agostini, M., Bélanger, J. J., Gützkow, B., Kreienkamp, J., Leander, N. P., & PsyCorona Collaboration (2022). Justice beliefs and cultural values predict support for COVID-19 vaccination and quarantine behavioral mandates: a multilevel cross-national study. *Translational behavioral medicine*, ibab153. Advance online publication. <https://doi.org/10.1093/tbm/ibab153>
- Lukash, I.-G., & Maltseva, K. (2020). Using ethnographic approach and cultural models framework in research on recreational drug use. *Соціологія: теорія, методи, маркетинг*, 3, 178–193.
- Lund, C. (2019). Reflections on the next ten years of research, policy and implementation in global mental health. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 1–3. <https://doi.org/10.1017/S204579601900074X>
- Lundberg, O. (2020). Next steps in the development of the social determinants of health approach: the need for a new narrative. *Scandinavian Journal of Public Health*, 48 (5), 473–479. <https://doi.org/10.1177/1403494819894789>
- Luyt, R. (2012). A framework for mixing methods in quantitative measurement development, validation, and revision: A case study. *Journal of Mixed Methods Research*, 6 (4), 294–316.
- Lynch, J. W., Kaplan, G. A., & Salonen, J. T. (1997). Why do poor people behave poorly? Variation in adult health behaviours and psychosocial characteristics by stages of the socioeconomic lifecourse. *Social Science & Medicine*, 44 (6), 809–819. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(96\)00191-8](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(96)00191-8)
- Lynch, J., & Smith, G. D. (2005). A life course approach to chronic disease epidemiology. *Annual Review of Public Health*, 26 (1), 1–35. <https://doi.org/10.1146/annurev.publhealth.26.021304.144505>
- Lyubomirsky, S., Sheldon, K. M., & Schkade, D. (2005). Pursuing happiness: The architecture of sustainable change. *Review of General Psychology*, 9 (2), 111–131. <https://doi.org/10.1037/1089-2680.9.2.111>
- 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. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2012.02.031>

- Mackenbach, J. P., Kulhánová, I., Artnik, B., Bopp, M., Borrell, C., Clemens, T., ... de Gelder, R. (2016). *Changes in mortality inequalities over two decades: register based study of European countries*. *BMJ*, *i1732*, 1-8. doi:10.1136/bmj.i1732
- Mackenbach, J. P. (2017). Persistence of social inequalities in modern welfare states: Explanation of a paradox. *Scandinavian Journal of Public Health*, *45* (2), 113–120. <https://doi.org/10.1177/1403494816683878>
- Mackenbach, J. P. (2019). *Health inequalities: Persistence and change in European welfare states*. Oxford: Oxford University Press.
- Mackenbach, J. P., Bopp, M., Deboosere, P., Kovacs, K., Leinsalu, M., & Martikainen, P., et al. (2017). Determinants of the magnitude of socioeconomic inequalities in mortality: A study of 17 European countries. *Health & Place*, *47*, 44–53. <https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2017.07.005>
- Mackenbach, J. P., Valverde, J. R., Artnik, B., Bopp, M., Brønnum-Hansen, H., Deboosere, P., ... , & Nusselder, W. J. (2018). Trends in health inequalities in 27 European countries. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, *115* (25), 6440–6445. <https://doi.org/10.1073/pnas.1800028115>
- Mackenbach, J. P., Valverde, J. R., Bopp, M., Brønnum-Hansen, H., Deboosere, P., Kalediene, ... , & Nusselder, W. J. (2019). Determinants of inequalities in life expectancy: An international comparative study of eight risk factors. *The Lancet Public Health*, *4* (10), e529–e537. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(19\)30147-1](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(19)30147-1)
- Magana, J. R., Burton, M. & Ferreira-Pinto, J. (1995). Occupational cognition in three nations. *Journal of Quantitative Anthropology*, *5* (2), 149–158.
- Mahadevan, N., Gregg, A. P., & Sedikides, C. (2020). The ups and downs of social life: Within-person variations in daily status and inclusion differentially predict self-regard and interpersonal behavior. *Journal of Personality*, *88*, 1111–1128. <https://doi.org/10.1111/jopy.12559>
- Maltseva, K. (2010). *Values and norms of prosocial behavior in modern Sweden*. Doctoral dissertation, University of Connecticut, Storrs.
- Maltseva, K. (2012a). Social support available predicts perceived cultural salience of prosocial ideas but not perceived normativeness of prosocial behaviour. *Journal of Cognition and Culture*, *12*, 223–264.
- Maltseva, K. (2012b). *Deviation from internalized social norms predicts poorer mental health*. Тези міжнародної наукової конференції 24th Annual Meeting of the Human Behavior and Evolution Society, Albuquerque, NM. C. 95.
- Maltseva, K. (2013). Distinguishing between individual and collective representations in values transmission. *Scientific Papers of NaUKMA: Sociological Sciences*, *168*, 53–62.
- Maltseva, K. (2014a). Cognitive organization of cultural values: Cross-cultural analysis of data from Sweden and the U.S. *Journal of Cognition and Culture*, *14*, 235–262. <https://doi.org/10.1163/15685373-12342123>

- Maltseva, K. (2014b). Normative culture, cultural competence, and mental health in Sweden. *International Journal of Culture and Mental Health*, 7, 179–198. <https://doi.org/10.1080/17542863.2013.765496>
- Maltseva, K. (2014c). Theoretical assumptions of cultural consonance. *Наукові записки НАУКМА: Соціологічні науки*, 161, 16–21.
- Maltseva, K. (2015a). Norm internalization and cognitive mechanism of cultural consonance. *International Journal of Culture and Mental Health*, 8, 255–273. <https://doi.org/10.1080/17542863.2014.988278>
- Maltseva, K. (2015b). Health disparities research: A perspective on cultural consonance. *Наукові записки НАУКМА: Соціологічні науки*, 74, 27–33.
- Maltseva, K. (2016). Using correspondence analysis of scales as part of mixed methods design to access cultural models in ethnographic fieldwork: Prosocial cooperation in Sweden. *Journal of Mixed Methods Research*, 10 (1), 82–111. <https://doi.org/10.1177/155868981452526>
- Maltseva, K. (2017). Cultural models and belief systems: Detection and quantitative assessment of the threshold of shared collective knowledge. *Наукові записки НАУКМА: Соціологія*, 196, 38–45.
- Maltseva, K. (2018a). Internalized cultural models, congruence with cultural standards, and mental health. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 49 (8), 1302–1319. <https://doi.org/10.1177/0022022118789262>
- Maltseva, K. (2018b). Values, norms and social cognition. *Наукові записки НАУКМА: Соціологія*, 1, 3–9.
- Maltseva, K. (2018c). Theoretical assumptions of cultural consonance model. В *Українська соціологія у XXI столітті. Теорія, методи, результати досліджень (Ukrainian Sociology in the 21st Century: Theory, Methods, Research Results)* (с. 167–177). Харків: Харківський Національний університет ім. В. Н. Каразіна.
- Maltseva, K. (2020). Bridging sociology with anthropology and cognitive science perspectives to assess shared cultural knowledge. *Соціологія: теорія, методи, маркетинг*, 1, 108–118. <https://doi.org/10.15407/sociology2020.01.108>
- Maltseva, K. (2021a). “Culture, socioeconomic disadvantage and causal pathways to mental health disparities“. Тези міжнародної наукової конференції European Annual Meeting of the Network for Psychological Anthropology (ENPA), University of Helsinki, Фінляндія, 1-3 червня 2021 р. С.18.
- Maltseva, K. (2021b). Health disparities, stress and sociocognitive approach to culture. *Current Anthropology*, 62 (6), 789-790.
- Maltseva, K. (2022a). Cognitive dimension of culture and social axioms: Using methods of multidimensional analysis to research Ukrainian cultural beliefs about success and inequality. *Journal of Cultural Cognitive Science*, 6, 305–323. DOI:10.1007/s41809-022-00096-x
- Maltseva, K. (2022b). Linking social stress, health and social behavior through the lens of evolution. *Наукові записки НАУКМА: Соціологія*, 5, 14-25.

- Maltseva, K. (2022c). “Socioeconomic status and causal pathways to health disparities”. Тези міжнародної наукової конференції “Old Discipline, New Trajectories: Methods, Theories and Practices in Anthropology”. Вільнюський Університет, Вільнюс, Литва (16-18 червня 2022). С.93.
- Maltseva, K. (2022d). Stress perception: The pathway from social status to health. *Соціологія: теорія, методи, маркетинг*, 2, 132-146.
- Maltseva, K. (на рецензуванні). Stress, adaptation and causal pathways to mental health disparities: Differential effects of ontologically ancient and modern stressors on measures of positive and negative mental health (на рецензуванні в *Journal of Culture and Cognition* з вересня 2021).
- Maltseva, K., & D’Andrade, R. (2011). Multi-item scales and cognitive ethnography. In D. B. Kronenfeld, G. Bennardo, V. C. de Munck, & M. Fischer (Eds.), *A companion to cognitive anthropology* (pp. 153–170). Oxford, England: Blackwell.
- Mamelund, S.-E., & Dimka, J. (2021). Social inequalities in infectious diseases. *Scandinavian Journal of Public Health*, 49 (7), 675–680. <https://doi.org/10.1177/1403494821997228>
- Manstead, A. S. R. (2018). The psychology of social class: How socioeconomic status impacts thought, feelings, and behaviour. *British Journal of Social Psychology*, 57, 267–291. <https://doi.org/10.1111/bjso.12251>
- Markus, H. R., Kitayama, S., & Heiman, R. J. (1996). Culture and basic psychological principles. In E. T. Higgins & A. W. Kruglanski (Eds.), *Social psychology: Handbook of basic principles* (pp. 857–913). New York, NY: Guilford Press.
- Marmot, M. (2005). *The status syndrome. How social standing affects our health and longevity*. London: Owl Books.
- Marmot, M. (2012). Foreword. In P. O’Campo & J. R. Dunn (Eds.), *Rethinking social epidemiology. Towards a science of change* (pp. V–VIII). New York, NY: Springer.
- Marmot, M. (2018). Health equity, cancer, and social determinants of health. *The Lancet Global Health*, 6, S29. [https://doi.org/10.1016/s2214-109x\(18\)30098-6](https://doi.org/10.1016/s2214-109x(18)30098-6)
- Marmot, M., & Bell, R. (2019). Social determinants and non-communicable diseases: Time for integrated action. *BMJ*, 1251, 1–4. <https://doi.org/10.1136/bmj.1251>
- Marmot, M., & Wilkinson, R. (2006). *Social determinants of health*. New York, NY: Oxford University Press.
- Martela, F., & Ryan, R. M. (2021). In selecting measures for a comprehensive assessment of well-being, it is essential to include indicators of psychological need satisfaction. *Preventive Medicine Reports*, 23 (101474), 1–3.
- Matthews, K. A., Gallo, L. C., & Taylor, S. E. (2010). Are psychosocial factors mediators of socioeconomic status and health connections? A progress report and blueprint for the future. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1186, 146–173. <https://doi.org/10.1111>
- Matthews, K. A., Räikkönen, K., Everson, S. A., Flory, J. D., Marco, C. A., Owens, J. F., & Lloyd, C. E. (2000). Do the daily experiences of healthy men and

- women vary according to occupational prestige and work strain?. *Psychosomatic medicine*, 62(3), 346–353. <https://doi.org/10.1097>
- Matsumoto, D. (2003). The discrepancy between consensual-level culture and individual-level cultur. *Culture and Psychology*, 9 (1), 89–95.
- Matsumoto, D. (2007). Culture, context, and behavior. *Journal of Personality*, 75 (6), 1285–1319.
- Matsumoto, D., & F. Van de Vijver. (2010). *Cross-cultural research methods in psychology*. NY: Cambridge University Press.
- Mattos dos Santos, R. (2020). Isolation, social stress, low socioeconomic status and its relationship to immune response in Covid-19 pandemic context. *Brain, Behavior, & Immunity – Health*, 7, 100103. <https://doi.org/10.1016/j.bbih.2020.100103>
- McCartney, G., Popham, F., McMaster, R., & Cumbers, A. (2019). Defining health and health inequalities. *Public Health*, 172, 22–30. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2019.03.023>
- McCrae, R. R., & John, O. P. (1992). An introduction to the five-factor model and its applications. *Journal of Personality*, 60 (2), 175–215. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.1992.tb00970.x>
- McDade, T., Kuzawa, C., Borja, J., Arevalo, J., Miller, G., & Cole, S. (2019). Profiles of gene expression in maternal blood predict off spring birth weight in normal pregnancy. *Journal of Developmental Origins of Health and Disease*, 1–7. <https://doi.org/10.1017/s2040174419000175>
- McEwen B. S. (1998). Stress, adaptation, and disease. Allostasis and allostatic load. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 840, 33–44. <https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.1998.tb09546.x>
- McEwen, B. S. (2007). Physiology and neurobiology of stress and adaptation: Central role of the brain. *Physiological Reviews*, 87 (3), 873–904. <https://doi.org/10.1152/physrev.00041.2006>
- McEwen, B. S. (2019). The good side of “stress.” *Stress*, 1–2. <https://doi.org/10.1080/10253890.2019.1631794>
- McEwen, B. S., & Akil, H. (2020). Revisiting the stress concept: Implications for affective disorders. *Journal of Neuroscience*, 40 (1), 12–21. <https://doi.org/10.1523/JNEUROSCI.0733-19.2019>
- McEwen, B. S., & Stellar, E. (1993). Stress and the individual. Mechanisms leading to disease. *Archives of Internal Medicine*, 153 (18), 2093–2101. <https://doi.org/10.1001/archinte.153.18.2093>
- McLeod, J. (2012). The meanings of stress. *Society and Mental Health*, 2 (3), 172–186. <https://doi.org/10.1177/2156869312452877>
- McMullin, S. D., Shields, G. S., Slavich, G. M., & Buchanan, T. W. (2021). Cumulative lifetime stress exposure predicts greater impulsivity and addictive behaviors. *Journal of Health Psychology*, 26 (14), 2921–2936. <https://doi.org/10.1177/1359105320937055>

- Meeks, S., & Murrell, S. A. (2001). Contribution of education to health and life satisfaction in older adults mediated by negative affect. *Journal of Aging and Health, 13*(1), 92–119. <https://doi.org/10.1177/089826430101300105>
- Merrick, M. T., Ford, D. C., Ports, K. A., & Guinn, A. S. (2018). Prevalence of adverse childhood experiences from the 2011–2014 behavioral risk factor surveillance system in 23 states. *JAMA Pediatrics*. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2018.2537>
- Merz, M. P., & Turner, J. D. (2021). Is early life adversity a trigger towards inflammaging? *Experimental Gerontology, 150*, 111377. <https://doi.org/10.1016/j.exger.2021.111377>
- Messick, S. (1995). Validity of psychological assessment. *American Psychologist, 50*, 741–749.
- Middlebrooks, J. S., & Audage, N. C. (2008). “The effects of childhood stress on health across the lifespan” in National center for injury prevention and control of the centers for disease control and prevention. National Center for Injury Prevention and Control (U.S.). Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention.
- Milbrath, C., B. Ohlson, & Eyre, S. L. (2009). Analyzing cultural models in adolescent accounts of romantic relationships. *Journal of Research on Adolescence, 19*, 313–351.
- Miller, D. T., & Prentice, D. A. (1994). Collective errors and errors about the collective. *Personality and Social Psychology Bulletin, 20* (5), 541–550.
- Miller, G. E., Chen, E., & Parker, K. J. (2011). Psychological stress in childhood and susceptibility to the chronic diseases of aging: Moving toward a model of behavioral and biological mechanisms. *Psychological Bulletin, 137* (6), 959–997. <https://doi.org/10.1037/a0024768>
- Miller, G. E., Chen, E., Sze, J., Marin, T., Arevalo, J. M. G., Doll, R., ... & Cole, S. W. (2008). A functional genomic fingerprint of chronic stress in humans: Blunted glucocorticoid and increased NF-κB signaling. *Biological Psychiatry, 64* (4), 266–272. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2008.03.017>
- Miller, G., Chen, E., Fok, A., Walker, H., Lim, A., & Nicholls, E., et al. (2009). Low early-life social class leaves a biological residue manifested by decreased glucocorticoid and increased proinflammatory signaling. *Proceedings of the National Academy of Sciences, 106* (34), 14716–14721. <https://doi.org/10.1073/pnas.0902971106>
- Miller, K. E., & Rasmussen, A. (2010). War exposure, daily stressors, and mental health in conflict and post-conflict settings: Bridging the divide between trauma-focused and psychosocial frameworks. *Social Science & Medicine, 70*(1), 7–16. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.09.029>
- Miller, K. E., & Rasmussen, A. (2017). The mental health of civilians displaced by armed conflict: an ecological model of refugee distress. *Epidemiology and psychiatric sciences, 26*(2), 129–138. <https://doi.org/10.1017/S2045796016000172>

- Miller, P. K., & Weller, B. E. (2019). Uncovering profiles of economic, social, and cultural capital to explore depression across racial groups. *Journal of Racial and Ethnic Health Disparities*, 6 (6), 1167–1181. <https://doi.org/10.1007/s40615-019-00618-4>
- Mirowsky, J., & Ross, C. E. (2003). *Education, social status, and health*. Aldine de Gruyter.
- Mishra, S., Templeton, A. J., & Meadows, T. J. S. (2017). Living, fast and slow: Is life history orientation associated with risk-related personality traits, risk attitudes, criminal outcomes, and gambling? *Personality and Individual Differences*, 117, 242–248. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2017.06.009>
- Mitchell, C. U., & LaGory, M. (2002). Social capital and mental distress in an impoverished community. *City and Community*, 1 (2), 199–222. <https://doi.org/10.1111/1540-6040.00017>
- Modersitzki, N., Phan, L. V., Kuper, N., & Rauthmann, J. F. (2021). Who is impacted? Personality predicts individual differences in psychological consequences of the COVID-19 pandemic in Germany. *Social Psychological and Personality Science*, 12 (6), 1110–1130. <https://doi.org/10.1177/1948550620952576>
- Morgeson, F. (1999). The structure and function of collective constructs: Implications for multilevel research and theory development. *Academy of Management Review*, 24 (2), 249–265.
- Morina, N., Stam, K., Pollet, T. V., & Priebe, S. (2018). Prevalence of depression and posttraumatic stress disorder in adult civilian survivors of war who stay in war-afflicted regions. A systematic review and meta-analysis of epidemiological studies. *Journal of affective disorders*, 239, 328–338. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.07.027>
- Morling, B., & Lamoreaux, M. (2008). Measuring culture outside the head: A meta-analysis of cultural products. *Personality and Social Psychology Review*, 12, 199–221. <https://doi.org/10.1177/1088868308318260>
- Morton, P. M., & Ferraro, K. F. (2020). Early social origins of biological risks for men and women in later life. *Journal of Health and Social Behavior*, 61 (4), 503–522. <https://doi.org/10.1177/0022146520966364>
- Moss, R. H., Kelly, B., Bird, P. K., & Pickett, K. E. (2023). Examining individual social status using the MacArthur Scale of Subjective Social Status: Findings from the Born in Bradford study. *SSM - population health*, 23, 101463. <https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2023.101463>
- Mullainathan, S., & Shafir, E. (2013). *Scarcity: Why having too little means so much*. NY: Times Books.
- Murray, D. R., Haselton, M.G., Fales, M., & Cole, S. (2019). Subjective social status and inflammatory gene expression. *Health Psychology*, 38 (2), 182–186. <https://doi.org/10.1037/hea0000705>
- Murray, M., Pullman, D., & Rodgers, T. H. (2003). Social representations of health and illness among ‘baby-boomers’ in Eastern Canada. *Journal of Health Psychology*, 8 (5), 485–499. <https://doi.org/10.1177/13591053030085002>

- Murthy, R. S., & Lakshminarayana, R. (2006). Mental health consequences of war: A brief review of research findings. *World Psychiatry: Official Journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 5(1), 25–30.
- Mustillo, S., Miao, L., & Ferraro, K. F. (2021). Evaluating the cumulative impact of childhood misfortune: A structural equation modeling approach. *Sociological Methods & Research*, 50 (3), 1073–1109. <https://doi.org/10.1177/0049124119875957>
- Myers, N. L. (2010). Culture, stress and recovery from schizophrenia: Lessons from the field for global mental health. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 34, 500–528. <https://doi.org/10.1007/s11013-010-9186-7>
- Navarro, V., & Shi, L. (2001). The political context of social inequalities and health. *Social Science and Medicine*, 52 (3), 481–491.
- Navarro, V., Muntaner, C., Borrell, C., et al. (2006). Politics and health outcomes. *The Lancet*, 368 (9540), 1033–1037.
- Nesse, R. M. (2000). Is depression an adaptation? *Archives of General Psychiatry*, 57 (1), 14–20. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.57.1.14>
- Nesse, R. M. (2015). Evolutionary psychology and mental health. In D. M. Buss (Ed.), *The Handbook of Evolutionary Psychology* (pp. 903–927) Hoboken, NJ, USA: John Wiley & Sons, Inc. <https://doi.org/10.1002/9780470939376.ch32>
- Nesse, R. M., & Williams, G. C. (1998). Evolution and the origins of disease. *Scientific American*, 279 (5), 86–93. <https://doi.org/10.1038/scientificamerican1198-86>
- Nettleton, S. (2013). *The sociology of health and illness*. Cambridge: Polity Press.
- Neuman, W. L. (2011). *Social research methods. Qualitative and quantitative approaches* (7th ed.). Boston, MA: Allyn and Bacon.
- Ng, W., & Diener, E. (2021). Stress's association with subjective well-being around the globe, and buffering by affluence and prosocial behavior. *The Journal of Positive Psychology*, 1–12. <https://doi.org/10.1080/17439760.2021.1940250>
- Nie, P., Ding, L., Sousa-Poza, A., Alfonso Leon, A., Xue, H., Jia, P., Wang, L., Díaz Sánchez, M. E., & Wang, Y. (2020). Socioeconomic position and the health gradient in Cuba: dimensions and mechanisms. *BMC public health*, 20(1), 866. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-08980-3>
- Niccoli, T., & Partridge, L. (2012). Ageing as a risk factor for disease. *Current Biology*, 22 (17), R741–R752. <https://doi.org/10.1016/j.cub.2012.07.024>
- Nielsen, F., & Roos, J. M. (2015). Genetics of educational attainment and the persistence of privilege at the turn of the 21st century. *Social Forces*, 94 (2), 535–561. <https://doi.org/10.1093/sf/sov080>
- Non, A. L., Román, J. C., Clausen, E. S., et al. (2020). Optimism and social support predict healthier adult behaviors despite socially disadvantaged childhoods. *International Journal of Behavioral Medicine*, 27, 200–212. <https://doi.org/10.1007/s12529-020-09849-w>
- Non, A. L., Román, J. C., Gross, C. L., et al. (2016). Early childhood social disadvantage is associated with poor health behaviours in adulthood. *Annals of Human Biology*, 43 (2), 144–153.

- Nunnally, J. C. (1978). *Psychometric theory*. New York, NY: McGraw-Hill.
- Nunnally, J. C., & Bernstein, I. H. (1994). *Psychometric theory*. Third Edition. McGraw Hill Series in Psychology. New York, NY: McGraw Hill Inc.
- O’Gorman, R., Sloan Wilson, D., & Miller, R. R. (2008). An evolved cognitive bias for social norms. *Evolution and Human Behavior*, 29, 71–78.
- Olivos, F., Olivos-Jara, P., & Browne, M. (2020). Asymmetric social comparison and life satisfaction in social networks. *Journal of Happiness Studies*. <https://doi.org/10.1007/s10902-020-00234-8>
- Olvera Alvarez, H. A., Provencio-Vasquez, E., Slavich, G. M., Laurent, J. G. C., Browning, M., McKee-Lopez, G., ... Spengler, J. D. (2019). Stress and health in nursing students. *Nursing Research*, 68 (6), 453–463. <https://doi.org/10.1097/nnr.0000000000000383>
- Oppenheim-Weller, S., Roccas, S., & Kurman, J. (2018). Subjective value fulfillment: A new way to study personal values and their consequences. *Journal of Research in Personality*, 76, 38–49. <https://doi.org/10.1016/j.jrp.2018.07.006>
- Oude Groeniger, J., Kamphuis, C., Mackenbach, J., Beenackers, M., & van Lenthe, F. (2019). Are socio-economic inequalities in diet and physical activity a matter of social distinction? A cross-sectional study. *International Journal of Public Health*, 64 (7), 10371047. <https://doi.org/10.1007/s00038-019-01268-3>
- Packard, J. M., Weeks, P., Paolisson, M., & Srinivasan, M. (2010). *Use of principal components analysis to assess cultural models of land conservation*. Poster presented at 24th International Congress for Conservation Biology meeting. Retrieved from www.cdn.f1000.com/posters/docs/293.
- Pampel, F. C., Krueger, P. M., & Denney, J. T. (2010). Socioeconomic disparities in health behaviors. *Annual Review of Sociology*, 36 (1), 349–370. <https://doi.org/10.1146/annurev.soc.012809.102529>
- Pancheva, M. G., Ryff, C. D., & Lucchini, M. (2021). An integrated look at well-being: Topological clustering of combinations and correlates of hedonia and eudaimonia. *Journal of Happiness Studies*, 22 (5), 2275–2297. <https://doi.org/10.1007/s10902-020-00325-6>
- Paolisso, M., Weeks, P., & Packard, J. (2013). A cultural model of farmer land conservation. *Human Organization*, 72 (1), 12–22. <https://doi.org/10.17730/humo.72.1.767486q2633j8247>
- Patterson, O. (2014). Making sense of culture. *Annual Review of Sociology*, 40, 1–30. <https://doi.org/10.1146/annurev-soc-071913-043123>
- Pavlova, I., Graf-Vlachy, L., Petrytsa, P., Wang, S., & Zhang, S. X. (2022). Early evidence on the mental health of Ukrainian civilian and professional combatants during the Russian invasion. *European psychiatry : the journal of the Association of European Psychiatrists*, 65(1), e79. <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2022.2335>
- Pearlin, L. I. (1989). The sociological study of stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 30 (3), 241–256. <https://doi.org/10.2307/2136956>
- Pearlin, L. I., Lieberman, M. A., Menaghan, E. G., & Mullan, J. T. (1981). The stress process. *Journal of Health and Social Behavior*, 22 (4), 337–356.

- Pegg, S., Ethridge, P., Shields, G. S., Slavich, G. M., Weinberg, A., & Kujawa, A. (2019). Blunted social reward responsiveness moderates the effect of lifetime social stress exposure on depressive symptoms. *Frontiers in Behavioral Neuroscience, 13*, 1–12. <https://doi.org/10.3389/fnbeh.2019.00178>
- Pepper, G., & Nettle, D. (2017). The behavioural constellation of deprivation: Causes and consequences. *Behavioral and Brain Sciences, 40*, 1–66. <https://doi.org/10.1017/s0140525x1600234x>
- Phelan, J. C., Link, B. G., & Tehranifar, P. (2010). Social conditions as fundamental causes of health inequalities: Theory, evidence, and policy implications. *Journal of Health and Social Behavior, 51* (1), S28–S40. <https://doi.org/10.1177/0022146510383498>
- Phelan, J. C., Link, B. G., Diez-Roux, A., Kawachi, I., & Levin, B. (2004). “Fundamental causes” of social inequalities in mortality: a test of the theory. *Journal of Health and Social Behavior, 45* (3), 265–285. <https://doi.org/10.1177/002214650404500303>
- Pietromonaco, P., & Barrett, L. (2000). The internal working models concept: What do we really know about the self in relation to others? *Review of General Psychology, 4* (2), 155–175. <https://doi.org/10.1037/1089-2680.4.2.155>
- Polavieja, J. G. (2015). Capturing culture: A new method to estimate exogenous cultural effects using migrant populations. *American Sociological Review, 80* (1), 166–191. <https://doi.org/10.1177/0003122414562600>
- Ponizovskiy, V., Arant, R., Larsen, M., & Boehnke, K. (2020). Sticking to common values: Neighbourhood social cohesion moderates the effect of value congruence on life satisfaction. *Journal of Community and Applied Social Psychology, 3*, 530–546. <https://doi.org/10.1002/casp.2457>
- Portes, A. (1998). Social capital: Its origins and applications in modern sociology. *Annual Review of Sociology, 24*, 1–24. <https://doi.org/10.1146/annurev.soc.24.1.1>
- Prasadarao, P. S. D. V. (2009). International perspectives on culture and mental health. In S. Eshun & R. A. R. Gurung (Eds.), *Culture and mental health: Sociocultural influences, theory, and practice* (pp. 149-178). Oxford: Blackwell.
- Präg, P. (2020). Subjective socio-economic status predicts self-rated health irrespective of objective family socio-economic background. *Scandinavian Journal of Public Health, 48* (7), 707–714. <https://doi.org/10.1177/1403494820926053>
- Prentice, D. A., & Miller, D. T. (1993). Pluralistic ignorance and alcohol use on campus: Some consequences of misperceiving the social norm. *Journal of Personality and Social Psychology, 64* (2), 243–256.
- Puterman, E., Gemmill, A., Karasek, D., Weir, D., Adler, N. E., Prather, A. A., & Epel, E. S. (2016). Lifespan adversity and later adulthood telomere length in the nationally representative US Health and Retirement Study. *Proceedings of the National Academy of Sciences, 113* (42), E6335–E6342. <https://doi.org/10.1073/pnas.1525602113>

- Quinlan, M. B. (2018). The freelisting method. In P. Liamputtong (Ed.), *Handbook of research methods in health social sciences*. Springer, Singapore. https://doi.org/10.1007/978-981-10-2779-6_12-2
- Quinn, N. (1996). Culture and contradiction: The case of Americans reasoning about marriage. *Ethos*, *24*, 391–425.
- Quinn, N. (2005). *Finding culture in talk: A collection of methods*. Basingstoke, England: Palgrave Macmillan.
- Quinn, N. (2011). The history of the cultural models school reconsidered. In D. B. Kronenfeld, G. Bennardo, V. C. de Munck, & M. Fischer (Eds.), *A companion to cognitive anthropology* (pp. 30–46). Oxford, England: Blackwell.
- Quinn, N. (2018). An anthropologist's view of American marriage: Limitations of the tool kit theory of culture. In N. Quinn (Ed.), *Advances in culture theory from psychological anthropology* edited by (pp. 139–184). NY: Palgrave.
- Quinn, N. (2019). American marriage revisited in the light of human evolution. *Ethos*, *47* (3), 263–280. <https://doi.org/10.1111/etho.12246>
- Quinn, N., & Holland, D. (1987). Culture and cognition. In D. Holland & N. Quinn (Eds.), *Cultural models in language and thought* (pp. 3–42). London, England: Cambridge University Press.
- Reader, S. M. (2003). Relative brain size and the distribution of innovation and social learning across the nonhuman primates. In D. M. Fragaszy & S. Perry (Eds.), *The Biology of traditions: Models and evidence* (pp. 56–93). Cambridge: Cambridge University Press.
- Reader, S. M., Hager, Y., & Laland, K. N. (2011). The evolution of primate general and cultural intelligence. *Philosophical Transaction of Royal Society B: Biological Sciences*, *366*, 1017–1027. <https://doi.org/10.1098/rstb.2010.0342>
- Redhead, D., Cheng, J. T., Driver, C., Foulsham, T., & O’Gorman, R. (2019). On the dynamics of social hierarchy: A longitudinal investigation of the rise and fall of prestige, dominance, and social rank in naturalistic task groups. *Evolution and Human Behavior*, *40* (2), 222–234. <https://doi.org/10.1016/j.evolhumbehav.2018.12.001>
- Redhead, D., Cheng, J. T., & O’Gorman, R. (2019). Higher status in groups. In T. Shackelford, & V. Weekes-Shackelford, *Encyclopedia of evolutionary psychological science* (pp. 1–6). Springer Nature Switzerland AG.
- Rej, P. H., Bellamy, J., Boston, Q., Holifield, E., Mitchell, M., Seaborn, C., Gravlee, C. C., & Mulligan, C. J. (2019). Shortened telomere length is associated with unfair treatment attributed to race in African Americans living in Tallahassee, Florida. *American Journal of Human Biology*, *e23375*, 1–13. <https://doi.org/10.1002/ajhb.23375>
- Reyes-Garcia, V., Gravlee, C. C., McDade, T. W., Huanca, T., Leonard, W. R., & Tanner, S. (2010). Cultural consonance and psychological well-being: Estimates using longitudinal data from an Amazonian society. *Culture, Medicine, and Psychiatry*, *34*, 186–203. <https://doi.org/10.1007/s11013-009-9165-z>

- Reynolds, J. R., & Turner, R. J. (2008). Major life events: Their personal meaning, resolution, and mental health significance. *Journal of Health and Social Behavior*, 49 (2), 223–237. <https://doi.org/10.1177/002214650804900208>
- Richerson, P. J., & Boyd, R. (2005). Not by genes alone: How culture transformed human evolution. University of Chicago Press.
- Ridout, K. K., Levandowski, M., Ridout, S. J., Gantz, L., Goonan, K., Palermo, D., Price, L. H., Tyrka, A. R. (2017). Early life adversity and telomere length: A meta-analysis. *Molecular Psychiatry*, 23 (4), 858–871. <https://doi.org/10.1038/mp.2017.26>
- Riem, M. M. E., & Karreman, A. (2018). Childhood adversity and adult health: The role of developmental timing and associations with accelerated aging. *Child Maltreatment*, 24 (1), 17–25. <https://doi.org/10.1177/1077559518795058>
- Rinne, T., & Fairweather, J. (2012). A mixed methods approach: Using cultural modeling and consensus analysis to better understand New Zealand's international innovation performance. *Journal of Mixed Methods Research*, 6 (3), 166–183.
- Roberts, J. (1964). The self-management of cultures. In W. H. Goodenough (Ed.), *Explorations in cultural anthropology* (pp. 433–454). New York: McGraw Hill.
- Robinson, G., Fernald, R., & Clayton, D. (2008). Genes and social behavior. *Science*, 322 (5903), 896–900. <https://doi.org/10.1126/science.1159277>
- Rogers, E. M. (1962). *Diffusion of innovations*. New York: Free Press.
- Rokeach, M. (1973). *The nature of human values*. New York: Free Press.
- Romney, A. K. (1999). Culture consensus as a statistical model. *Current Anthropology*, 40, S103–S115.
- Romney, A. K., Batchelder, W. H., & Weller, S. C. (1987). Recent applications of cultural consensus. *American Behavioral Scientist*, 31 (2), 163–177.
- Romney, A. K., Moore, C. C., & Rusch, C. D. (1997). Cultural universals: Measuring the semantic structure of emotion terms in English and Japanese. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America* 94, 5489–5494.
- Romney, A. K., Weller, S. C., & Batchelder, W. H. (1986). Culture as consensus: A theory of cultural and informant accuracy. *American Anthropologist*, 88, 313–338.
- Rose, D., & Harrison, E. (2012). *Social class in Europe*. London: Routledge.
- Rosich, K. J. & Hankin, J. R. (2010). Executive summary: What do we know? Key findings from 50 years of medical sociology. *Journal of Health and Social Behavior*, 51 (1_suppl), S1–S9. <https://doi.org/10.1177/0022146510383496>
- Ross, C. E., & Van Willigen, M. (1997). Education and the subjective quality of life. *Journal of health and social behavior*, 38(3), 275–297.
- Ross, N. (2004). *Culture and cognition: Implications for theory and method*. Thousand Oaks, CA: Sage.

- Rotolo, M. (2022). Culture beneath discourse: a conceptual model for analyzing nondeclarative cultural knowledge. *American Journal of Cultural Sociology*, *10*, 432–460. <https://doi.org/10.1057/s41290-021-00135-0>
- Rozin, P., Markwith, M., & Stoess, C. (1997). Moralization and becoming a vegetarian: The transformation of preferences into values and the recruitment of disgust. *Psychological Science*, *8* (2), 67–73. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9280.1997.tb00685.x>
- Rubenstein, D., Ågren, J., Carbone, L., Elde, N., Hoekstra, H., & Kapheim, K., et al. (2019). Coevolution of genome architecture and social behavior. *Trends in Ecology and Evolution*, *34* (9), 844–855. <https://doi.org/10.1016/j.tree.2019.04.011>
- Rueness, J., Myhre MD, M. C., Strøm, I. F., Wentzel-Larsen, T., Dyb, G., & Thoresen, S. (2020). Child abuse and physical health: A population-based study on physical health complaints among adolescents and young adults. *Scandinavian Journal of Public Health*, *48* (5), 511–518. <https://doi.org/10.1177/1403494819848581>
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American Psychologist*, *55* (1), 68–78. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.1.68>
- Sanz, J., Maurizio, P. L., Snyder-Mackler, N., Simons, N. D., Voyles, T., Kohn, J., ... & Barreiro, L. B. (2020). Social history and exposure to pathogen signals modulate social status effects on gene regulation in rhesus macaques. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, *117* (38), 23317–23322. <https://doi.org/10.1073/pnas.1820846116>
- Sapolsky, R. M. (2004). Social status and health in humans and other animals. *Annual Review of Anthropology*, *33* (1), 393–418. <https://doi.org/10.1146/annurev.anthro.33.070203.144000>
- Sapolsky, R. M. (2005). The influence of social hierarchy on primate health. *Science*, *308* (5722), 648–652. <https://doi.org/10.1126/science.1106477>
- Sasaki, J. Y., LeClair, J., West, A. L., & Kim, H. S. (2016). The gene-culture interaction framework and implications for health. In J. Y. Chiao, S.-C. Li, R. Seligman, & R. Turner (Eds.), *The Oxford handbook of cultural neuroscience* (pp. 279–297). Oxford University Press.
- Saucier, G., Kenner, J., Iurino, K., Bou Malham, P., Chen, Z., et al. (2015). Cross-cultural differences in a global “Survey of World Views”. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, *46* (1), 53–70. <https://doi.org/10.1177/0022022114551791>
- Schafer, M. H., Ferraro, K. F., & Mustillo, S. A. (2011). Children of misfortune: Early adversity and cumulative inequality in perceived life trajectories. *American Journal of Sociology*, *116* (4), 1053–1091. <https://doi.org/10.1086/655760>
- Schieman, S. (2019). Ordinary lives and the sociological character of stress: How work, family, and status contribute to emotional inequality. *Society and Mental Health*, *9* (2), 127–142. <https://doi.org/10.1177/2156869319844805>

- Schilling, E. A., Aseltine, R. H., & Gore, S. (2008). The impact of cumulative childhood adversity on young adult mental health: Measures, models, and interpretations. *Social Science & Medicine*, *66* (5), 1140–1151. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2007.11.023>
- Schmalor, A., & Heine, S. (2022). The construct of subjective economic inequality. *Social Psychological and Personality Science*, *13*(1), 210–219. <https://doi.org/10.1177/1948550621996867>
- Schönpflug, U. (2001). Intergenerational transmission of values: The role of transmission belts. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, *32* (2), 174–185. <https://doi.org/10.1177/0022022101032002005>
- Schrauf, R. W., & Iris, M. (2011). Using consensus analysis to investigate cultural models of Alzheimer's disease. In D. B. Kronenfeld, G. Bennardo, V. C. de Munck, & M. Fischer (Eds.), *A companion to cognitive anthropology* (pp. 548–569). Oxford, England: Blackwell.
- Schreier, A., & Evans, G. W. (2003). Adrenal cortical response of young children to modern and ancient stressors. *Current Anthropology*, *44* (2), 306–309. <https://doi.org/10.1086/367974>
- Schutz, A. (1972). *Collected Papers I: The Problem of Social Reality*. Edited by I. Schutz. The Hague: Martinus Nijhoff.
- Schwartz, S. (1992). Universals in the content and structure of values: Theoretical advances and empirical tests in 20 countries. In M. P. Zanna (Ed.), *Advances in experimental social psychology* (Vol. 25, pp. 1–66). San Diego: Academic Press.
- Schwartz, S., & Bardi, A. (2001). Value hierarchies across cultures. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, *32* (3), 268–290.
- Schwartz, S., & Bilsky, W. (1987). Toward a universal psychological structure of human values. *Journal of Personality and Social Psychology*, *53* (3), 550–562.
- Schwartz, S., Sagiv, L., & Boehnke, K. (2000). Worries and values. *Journal of Personality*, *68* (2), 309–346.
- Schwartz, T. (1978). Where is culture? Personality as the distributive locus of culture. In G. Spindler & J. Whiting (Eds.), *The making of psychological anthropology* (pp. 419–441). Berkeley: University of California Press.
- Scoglio, A. A. J., & Salhi, C. (2021). Violence Exposure and Mental Health Among Resettled Refugees: A Systematic Review. *Trauma, violence & abuse*, *22*(5), 1192–1208. <https://doi.org/10.1177/1524838020915584>
- Searle, J. R. (1984). *Intentionality: An essay in the philosophy of mind*. Cambridge, United Kingdom: Cambridge University Press.
- Searle, J. R. (1995). *The construction of social reality*. New York, NY: Free Press.
- Searle, J. R. (2006). Social ontology: Some basic principles. *Anthropological Theory*, *6* (1), 12–29. <https://doi.org/10.1177/1463499606061731>
- Segerstrom, S. C., & Miller, G. E. (2004). Psychological stress and the human immune system: A meta-analytic study of 30 years of inquiry. *Psychological Bulletin*, *130* (4), 601–630. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.130.4.601>

- Segerstrom, S. C., & O'Connor, D. B. (2012). Stress, health and illness: Four challenges for the future. *Psychology & Health, 27* (2), 128–140. <https://doi.org/10.1080/08870446.2012.659516>
- Sevcikova, M., Maslej, M. M., Stipl, J., Andrews, P. W., Pastrnak, M., Vechetova, G., ... Preiss, M. (2020). Testing the analytical rumination hypothesis: Exploring the longitudinal effects of problem solving analysis on depression. *Frontiers in Psychology, 11* (1344), 1–13. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.01344>
- Shahidi, F. V., Parnia, A., & Siddiqi, A. (2020). Trends in socioeconomic inequalities in premature and avoidable mortality in Canada, 1991–2016. *Canadian Medical Association Journal, 192* (39), E1114–E1128. <https://doi.org/10.1503/cmaj.191723>
- Shankar, A., McMunn, A., & Steptoe, A. (2010). Health-related behaviors in older adults: Relationships with socioeconomic status. *American Journal of Preventive Medicine, 38*, 39–46.
- Sheldon, K. M., Elliot, A. J., Ryan, R. M., Chirkov, V., Kim, Y., Wu, C., ... Sun, Z. (2004). Self-concordance and subjective well-being in four cultures. *Journal of Cross-Cultural Psychology, 35*, 209–233. <https://doi.org/10.1177/0022022103262245>
- Sheldon, K. M., Ryan, R., Deci, E., & Kasser, T. (2004). The independent effects of goal contents and motives on well-being: It's both what you pursue and why you pursue it. *Personality and Social Psychology Bulletin, 30*, 475–486. <https://doi.org/10.1177/0146167203261883>
- Shields, G. S., Fassett-Carman, A., Gray, Z. J., Gonzales, J. E., Snyder, H. R., & Slavich, G. M. (2023). Why is subjective stress severity a stronger predictor of health than stressor exposure? A preregistered two-study test of two hypotheses. *Stress and Health, 39*(1), 87–102. <https://doi.org/10.1002/smi.3165>
- Shimizu, H. (2011). Cognitive approaches and education: Foundational models of self and cultural models of teaching and learning in Japan and the United States. In D. B. Kronenfeld, G. Bennardo, V. C. de Munck, & M. Fischer (Eds.), *A companion to cognitive anthropology* (pp. 430–449). Oxford, England: Blackwell.
- Shore, B. (1991). Twice-born, once conceived: Meaning construction and cultural cognition. *American Anthropologist, 93*, 9–27.
- Shore, B. (1996). *Culture in mind: Cognition, culture, and the problem of meaning*. New York, NY: Oxford University Press.
- Shteynberg, G., Gelfand, M. J., & Kim, K. (2009). Peering into the magnum mysterium of culture: The explanatory power of descriptive norms. *Journal of Cross-Cultural Psychology, 40* (1), 46–69.
- Shweder, R. A. (1991). Cultural psychology: What is it? In R. A. Shweder (Ed.), *Thinking through cultures: Expeditions in cultural psychology* (pp. 73–111). Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Sidel, V. W. (2008). War, terrorism and the public's health. *Medicine, Conflict and Survival, 24*(S1), S13–S25. <https://www.jstor.org/stable/27017459>

- Simon, H. A. (1991). A mechanism for social selection and successful altruism. *Science*, *250*, 1665–1668.
- Slavich, G. M. (2015). Understanding inflammation, its regulation, and relevance for health: A top scientific and public priority. *Brain, Behavior, and Immunity*, *45*, 13–14. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2014.10.012>
- Slavich, G. M. (2016). Life stress and health: A review of conceptual issues and recent findings. *Teaching of Psychology (Columbia, Mo.)*, *43*(4), 346–355. <https://doi.org/10.1177/0098628316662768>
- Slavich, G. M. (2019). Stressnology: The primitive (and problematic) study of life stress exposure and pressing need for better measurement. *Brain, Behavior, and Immunity*, *75*, 3–5.
- Slavich, G. M. (2020). Social Safety Theory: A biologically based evolutionary perspective on life stress, health and behavior. *Annual Review of Clinical Psychology*, *16* (1), 265-295. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032816-045159>
- Slavich, G., & Cole, S. (2013). The emerging field of human social genomics. *Clinical Psychological Science*, *1* (3), 331–348. <https://doi.org/10.1177/2167702613478594>
- Slavich, G. M., & Irwin, M. R. (2014). From stress to inflammation and major depressive disorder: A social signal transduction theory of depression. *Psychological Bulletin*, *140* (3), 774–815. <https://doi.org/10.1037/a0035302>
- Slavich, G. M., & Shields, G. S. (2018). Assessing Lifetime Stress Exposure Using the Stress and Adversity Inventory for Adults (Adult STRAIN): An Overview and Initial Validation. *Psychosomatic medicine*, *80*(1), 17–27. <https://doi.org/10.1097/PSY.0000000000000534>
- Slopen, N., Koenen, K. C., & Kubzansky, L. D. (2012). Childhood adversity and immune and inflammatory biomarkers associated with cardiovascular risk in youth: A systematic review. *Brain, Behavior, and Immunity*, *26* (2), 239–250. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2011.11.003>
- Small, M., Harding, D., & Lamont, M. (2010). Reconsidering culture and poverty. *The Annals of The American Academy of Political and Social Science*, *629* (1), 6–27. <https://doi.org/10.1177/0002716210362077>
- Smith, K. E., & Pollak, S. D. (2021). Rethinking concepts and categories for understanding the neurodevelopmental effects of childhood adversity. *Perspectives on Psychological Science*, *16* (1), 67–93. <https://doi.org/10.1177/1745691620920725>
- Snodgrass, J. G., Dengah II, H. J. F., Lacy, M. G., Else, R. J., Polzer, E. R., Arevalo, J. M. G., & Cole, S. W. (2018). Social genomics of healthy and disordered internet gaming. *American Journal of Human Biology*, *e23146*. <https://doi.org/10.1002/ajhb.23146>
- Snodgrass, J. G., Lacy, M. G., Dengah, F. H. J., Polzer, E. R., Else, R. J., Arevalo, J. M. G., & Cole, S. W. (2019). Positive mental well-being and immune transcriptional profiles in highly involved videogame players. *Brain, Behavior, and Immunity*, *82*, 84–92. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2019.07.035>

- Snodgrass, J., Dengah II, H. J. F., Upadhyay, C., Else, R. J., & Polzer, E. (2021). Indian gaming zones as oppositional subculture: A norm incongruity ‘cultural dissonance’ approach to internet gaming pleasure and distress. *Current Anthropology*, 62 (6), 771–797.
- Snyder-Mackler, N., Burger, J. R., Gaydosh, L., Belsky, D. W., Noppert, G. A., Campos, F. A., Bartolomucci, A., ... , & Tung, J. (2020). Social determinants of health and survival in humans and other animals. *Science (New York, N. Y.)*, 368 (6493), eaax9553. <https://doi.org/10.1126/science.aax9553>
- Soares, S., López-Cheda, A., Santos, A. C., Barros, H., & Fraga, S. (2020). How do early socioeconomic circumstances impact inflammatory trajectories? Findings from Generation XXI. *Psychoneuroendocrinology*, 119, 104755. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2020.104755>
- Soenens, B., Duriez, B., Vansteenkiste, M., & Goossens, L. (2007). The intergenerational transmission of empathy-related responding in adolescence: the role of maternal support. *Personality & Social Psychology Bulletin*, 33(3), 299–311. <https://doi.org/10.1177/0146167206296300>
- Song, K.-H., Song, J.-H., & Malti, T. (2024). In the face of adversity: Refugee children’s traumatic stressors, trust, and prosocial behavior. *International Journal of Behavioral Development*, 48(1), 49-58. <https://doi.org/10.1177/01650254231202438>
- Song, L. (2013). Social capital and health. In W. C. Cockerham (Ed.), *Medical sociology on the move: New directions in theory* (pp. 233–257). London: Springer Science.
- Spearman, C. (1904). General intelligence, objectively determined and measured. *American Journal of Psychology*, 15, 201–293.
- Spiro, M. E. (1987). Collective representations and mental representations in religious symbol systems. In B. Kilborne & L. L. Langness (Eds.), *Culture and human nature. Theoretical papers of Melford E. Spiro* (pp. 161–186). Chicago, IL: University of Chicago Press.
- Sripada, C. S., & Stich, S. (2006). A framework for the psychology of norms. In P. Carruthers, S. Laurence, & S. Stich (Eds.), *Evolution and cognition. The innate mind* (Vol. 2. Culture and cognition, pp. 280–301). Oxford University Press.
- Stavrova, O., Fetchenhauer, D., & Schlösser, T. (2013). Why are religious people happy? The effect of the social norm of religiosity across countries. *Social Science Research*, 42, 90–105. <https://doi.org/10.1016/j.ssresearch.2012.07.002>
- STEPS (2019). STEPwise approach to noncommunicable disease risk factor surveillance. WHO. Retrieved from <https://www.phc.org.ua/kontrol-zakhvoryuvan/neinfekciyni-zakhvoryuvannya/nacionalne-doslidzhennya-steps-vukraini>.
- Steptoe, A., Dockray, S., & Wardle, J. (2009). Positive affect and psychobiological processes relevant to health. *Journal of personality*, 77 (6), 1747–1776. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.2009.00599.x>

- Stinson, D., Logel, C., Shepherd, S., & Zanna, M. (2011). Rewriting the self-fulfilling prophecy of social rejection. *Psychological Science*, 22 (9), 1145–1149. <https://doi.org/10.1177/0956797611417725>
- Stinson, S., Bogin, B., O'Rourke, D., Huss-Ashmore, R. (Eds.). (2017). *Human biology: An evolutionary and biocultural perspective*, Second Edition. Hoboken, NJ: Wiley-Blackwell.
- Strauss, C. (2000). The culture concept and the individualism/collectivism debate: Dominant and alternative attributions for class in the United States. In L. Nucci, G. Saxe, & E. Turiel (Eds.), *Culture, thought, and development* (pp. 85–114). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Strauss, C. (2005). Analyzing discourse for cultural complexity. In N. Quinn (Ed.), *Finding culture in talk: A collection of methods* (pp. 203–242). New York, NY: Palgrave Macmillan.
- Strauss, C. (2012). *Making sense of public opinion: American discourses on immigration and social programs*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Straus, M. A., & Gelles, R. J. (1990). Physical violence in American families: Risk factors and adaptations to violence in 8,145 families. New Brunswick, NJ: Transaction.
- Streiner, D. L., & Norman, G. R. (2008). *Health measurement scales: A practical guide to their development and use* (4th Edition). Oxford University Press, Oxford.
- Stromberg, C., & Boehnke, K. (2001). Person/society value congruence and wellbeing: The role of acculturating strategies. In P. Schmuck & K. M. Sheldon (Eds.), *Life goals and well-being: Toward a positive psychology of human striving* (pp. 37–57). Göttingen: Hogrefe & Huber Publishers.
- Strong, A. E., & White, T. L. (2019). Using paired cultural modeling and cultural consensus analysis to maximize programme suitability in local contexts. *Health Policy and Planning*, 1–7.
- Suizzo, M.-A. (2002). French parents' cultural models and childrearing beliefs. *International Journal for Behavioral Development*, 26 (4), 297–307. <https://doi.org/10.1080/01650250143000175>
- Suls, J., & Wheeler, L. (Eds.). (2000). *Handbook of social comparison: Theory and research*. Kluwer Academic Publishers.
- Surtees, P. G., & Wainwright, N. W. J. (2007). The shackles of misfortune: Social adversity assessment and representation in a chronic-disease epidemiological setting. *Social Science & Medicine*, 64 (1), 95–111. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2006.08.013>
- Syme, L. (2005). Foreword. In J. A. Trostle (Ed.), *Epidemiology and culture* (pp. XI–XIV). Cambridge: Cambridge University Press.
- Szyf, M., & Bick, J. (2012). DNA methylation: A mechanism for embedding early life experiences in the genome. *Child Development*, 84 (1), 49–57. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2012.01793.x>

- Tam, K. (2015). Understanding intergenerational cultural transmission through the role of perceived norms. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 46 (10), 1260–1266. <https://doi.org/10.1177/0022022115600074>
- Tawakol, A., Osborne, M. T., Wang, Y., Hammed, B., Tung, B., Patrich, T., ... Armstrong, K. A. (2019). Stress-associated neurobiological pathway linking socioeconomic disparities to cardiovascular disease. *Journal of the American College of Cardiology*, 73 (25), 3243–3255. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2019.04.042>
- Thames, A. D., Irwin, M. R., Breen, E. C., & Cole, S. W. (2019). Experienced discrimination and racial differences in leukocyte gene expression. *Psychoneuroendocrinology*, 106, 277–283. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2019.04.016>
- Thoits, P. A. (2006). Personal agency in the stress process. *Journal of Health and Social Behavior*, 47 (4), 309–323. <https://doi.org/10.1177/002214650604700401>
- Thoits, P. A. (2010). Stress and health: Major findings and policy implications. *Journal of Health and Social Behavior*, 51(1_suppl), S41–S53. <https://doi.org/10.1177/0022146510383499>
- Tomasello, M. (1999). *The cultural origins of human cognition*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Tomasello, M. (2001). Cultural transmission: A view from chimpanzees and human infants. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 32, 135–146. <https://doi.org/10.1177/0022022101032002002>
- Tomasello, M. (2008). *Origins of human communication*. Cambridge, MA: The MIT Press.
- Tomasello, M. (2014). *A natural history of human thinking*. Cambridge, MA: Harvard University.
- Tomasello, M. (2018). *Becoming human: A theory of ontogeny*. Cambridge, MA: Belknap Press.
- Tomasello, M. (2019). The moral psychology of obligation. *Behavioral and Brain Sciences*, 43, 1–33. <https://doi.org/10.1017/s0140525x19001742>
- Torres, S. J., & Nowson, C. A. (2007). Relationship between stress, eating behavior, and obesity. *Nutrition*, 23 (11–12), 887–894. <https://doi.org/10.1016/j.nut.2007.08.008>
- Tung, J., Barreiro, L., Johnson, Z., Hansen, K., Michopoulos, V., & Toufexis, D., et al. (2012). Social environment is associated with gene regulatory variation in the rhesus macaque immune system. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 109 (17), 6490–6495. <https://doi.org/10.1073/pnas.1202734109>
- Tuomela, R. (2003). Collective acceptance, social institutions, and social reality. *American Journal of Economics and Sociology*, 62 (1), 123–165. <https://doi.org/10.1111/1536-7150.t01-1-00005>
- Tuomela, R. (2007). *The philosophy of sociality: The shared point of view*. Oxford, United Kingdom: Oxford University Press.

- Tuomela, R. (2013). *Social ontology: Collective intentionality and group agents*. New York, NY: Oxford University Press.
- Turner, A. I., Smyth, N., Hall, S. J., Torres, S. J., Hussein, M., Jayasinghe, S. U., ... Clow, A. J. (2020). Psychological stress reactivity and future health and disease outcomes: A systematic review of prospective evidence. *Psychoneuroendocrinology*, *104599*.
<https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2020.104599>
- Twito, L., Israel, S., Simonson, I., & Knafo-Noam, A. (2019). The motivational aspect of children's delayed gratification: Values and decision making in middle childhood. *Frontiers in Psychology*, *10*, 1649–1659.
- Undurraga, E. A., Nyberg, C., Eisenberg, D. T. A., Magvanjav, O., Reyes-García, V., ... Huanca, T. (2010). Individual wealth rank, community wealth inequality, and self-reported adult poor health: A test of hypotheses with panel data (2002–2006) from Native Amazonians, Bolivia. *Medical Anthropology Quarterly*, *24*(4), 522–548. doi:10.1111/j.1548-1387.2010.01121.x
- Vaisey, S. (2009). Motivation and justification: A dual-process model of culture in action. *American Journal of Sociology*, *114*, 1675–1715.
- Vaisey, S. (2010). What people want: Rethinking poverty, culture, and educational attainment. *Annals of the American Academy of Political and Social Science*, *629*, 75–101.
- Vaisey, S. (2014). The “attitudinal fallacy” is a fallacy: Why we need many methods to study culture. *Sociological Methods and Research*, *43* (2), 227–231.
<https://doi.org/10.1177/0049124114523395>
- Vaisey, S., & Lizardo, O. (2010). Can cultural worldviews influence network composition? *Social Forces*, *88*, 1595–1618.
- Van de Vijver, F. J. R., van Hemert, D. A., & Poortinga, Y. H. (2008). *Multilevel analysis of individuals and cultures*. New York, NY: Laurence Erlbaum.
- Verplanken, B., Friborg, O., Wang, C. E., Trafimow, D., & Woolf, K. (2007). Mental habits: Metacognitive reflection on negative self-thinking. *Journal of Personality and Social Psychology*, *92* (3), 526–541.
<https://doi.org/10.1037/0022-3514.92.3.526>
- Vertsberger, D., Abramson, L., & Knafo-Noam, A. (2019). The Longitudinal Israeli Study of Twins (LIST) reaches adolescence: Genetic and environmental pathways to social, personality and moral development. *Twin Research and Human Genetics*, *22* (6), 567–571. <https://doi.org/10.1017/thg.2019.94>
- Victoria, C. G., Vaughan, J. P., Barros, F. C., Silva, A. C., & Tomasi, E. (2000). Explaining trends in inequities: Evidence from Brazilian child health studies. *The Lancet*, *356* (9235), 1093–1098.
- Vittersø, J. (2001). Personality trait and subjective wellbeing: Emotional stability, not extraversion is probably the important factor. *Personality and Individual Differences*, *31*, 903–914. [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(00\)00192-6](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(00)00192-6)
- Voelklein, C., & Howarth, C. (2005). A review of controversies about social representations theory: A British debate. *Culture & Psychology*, *11*, 431–454.

- Waldron, I., Nowotarski, M., Freimer, M., et al. (1982). Cross-cultural variation in blood pressure. *Social Science and Medicine*, *16*, 419–430.
- Walker, F. R., Pflingst, K., Carnevali, L., Sgoifo, A., & Nalivaiko, E. (2017). In the search for integrative biomarker of resilience to psychological stress. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, *74*, 310–320. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2016.05.003>
- Wan, C., Chiu, C. Y., Tam, K. P., Lee, S. L., L, I. Y., & Peng, S. (2007). Perceived cultural importance and actual self-importance of values in cultural identification. *Journal of Personality and Social Psychology*, *92* (2), 337–354. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.92.2.337>
- Wan, C., Torelli, C. J., & Chiu, C. (2010). Intersubjective consensus and the maintenance of normative shared reality. *Social Cognition*, *28*, 422–446. <https://doi.org/10.1521/soco.2010.28.3.422>
- Wang, Q. (2016). Why should we all be cultural psychologists? Lessons from the study of social cognition. *Perspectives on Psychological Science*, *11* (5), 583–596. <https://doi.org/10.1177/1745691616645552>
- Wang, X., Chen, Z., Poon, K.-T., & Jiang, T. (2020). Perceiving a lack of social justice: Lower class individuals apply higher moral standards to others. *Social Psychological and Personality Science*. <https://doi.org/10.1177/1948550619898558>
- Wanous, J. P., Reichers, A. E., & Hudy, M. J. (1997). Overall job satisfaction: How good are single-item measures? *Journal of Applied Psychology*, *82* (2), 247–252. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.82.2.247>
- Watanabe, K., Kawakami, N., & Nishi, D. (2020). Association between personal values in adolescence and mental health and well-being in adulthood: A cross-cultural study of working populations in Japan and the United States. *Annals of General Psychiatry*, *19*, 7. <https://doi.org/10.1186/s12991-020-0260-4>
- Weitz, R. (2006). *The sociology of health, illness, and health care: A critical approach*. 7th Edition. Boston, MA: Cengage Learning.
- Weller, S. C. (2007). Frequently asked questions about consensus analysis. *Field Methods*, *19*, 339–368. <https://doi.org/10.1177/1525822X07303502>
- Weller, S. C., & Romney, A. K. (1990). *Metric scaling. Correspondence analysis*. Newbury Park, CA: Sage.
- West, P. (1991). Rethinking the health selection explanation for health inequalities. *Social Science and Medicine*, *32* (4), 373–384.
- Wheaton, B., Young, M., Montazer, S., & Stuart-Lahman, K. (2013). Social stress in the twenty-first century. In C. S. Aneshensel, J. C. Phelan, & A. Bierman (Eds.), *Handbook of the sociology of mental health* (2nd ed., pp. 299–323). Springer Science + Business Media. https://doi.org/10.1007/978-94-007-4276-5_15
- Whiten, A., & van Schaik, C. (2007). The evolution of animal ‘cultures’ and social intelligence. *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*, *362* (1480), 603–620. <https://doi.org/10.1098/rstb.2006.1998>

- Wilkinson, R., & Pickett, K. (2011). *The spirit level: Why greater equality makes societies stronger*. London: Bloomsbury Publishing.
- Williams, K., & Finch, B. K. (2019). Adverse childhood experiences, early and nonmarital fertility, and women's health at midlife. *Journal of Health and Social Behavior*, *60* (3), 309–325. <https://doi.org/10.1177/0022146519868842>
- Williams, N. A., & Leaper, D. J. (1998). Infection. In D. J. Leaper & K. G. Harding (Eds.), *Wounds: Biology and management* (pp. 71–87). New York: Oxford University Press.
- Willson, A. E., Shuey, K. M., & Elder, Jr., G. H. (2007). Cumulative advantage processes as mechanisms of inequality in life course health. *American Journal of Sociology*, *112* (6), 1886–1924. <https://doi.org/10.1086/512712>
- Wilson, E. O. (1999). *Consilience. The unity of knowledge*. New York: Vintage Books.
- Windle, M., Haardorfer, R., Getachew, B., et al. (2018). A multivariate analysis of adverse childhood experiences and health behaviors and outcomes among college students. *Journal of American College Health*, *66* (4), 246–251. <https://doi.org/10.1080/07448481.2018.1431892>
- Wolf, E. (1982). *Europe and the people without history*. Berkeley: University of California Press.
- Xu, T., Evans, M. B., & Benson, A. J. (2023). The nature of status: Navigating the varied approaches to conceptualizing and measuring status. *Organizational Psychology Review*, *0*(0). <https://doi.org/10.1177/20413866231220505>
- Xu, W., Pavlova, I., Chen, X., Petrytsa, P., Graf-Vlachy, L., & Zhang, S. X. (2023). Mental health symptoms and coping strategies among Ukrainians during the Russia-Ukraine war in March 2022. *The International journal of social psychiatry*, *69*(4), 957–966. <https://doi.org/10.1177/00207640221143919>
- Yang, Y. C., Gerken, K., Schorpp, K., Boen, C., & Harris, K. M. (2017). Early-life socioeconomic status and adult physiological functioning: A life course examination of biosocial mechanisms. *Biodemography and Social Biology*, *63* (2), 87–103. <https://doi.org/10.1080/19485565.2017.1279536>
- You J., Zhu Y., Liu S., Wang C., Wang P., Du H. (2021). Socioeconomic disparities in psychological health: Testing the Reserve Capacity Model in a population-based sample of Chinese migrants. *Journal of Health Psychology*, *26*(10), 1538–1548. [10.1177/1359105319882763](https://doi.org/10.1177/1359105319882763)
- Young, H. P. (2003). The power of norms. In Peter Hammerstein (Ed.), *Genetic and cultural evolution of cooperation* (pp. 389–399). Cambridge, MA: MIT Press.
- Youngblut, J. M., & Casper, G. R. (1993). Focus on psychometrics: Single-item indicators in nursing research. *Research in Nursing & Health*, *16* (6), 459–465. <https://doi.org/10.1002/nur.4770160610>
- Yukse, D.A., Dumais, S.A., & Kamo, Y. (2019). Trends in the relative influence of education and income on highbrow taste, 1982–2012. *Sociological Inquiry*, *98*(3), 508–531. doi:10.1111/soin.12293
- Zacharopoulos, G., Hanel, P. H. P., Wolfradt, U., Maio, G. R., & Linden, D. E. J. (2021). The relations between pathological personality traits and human values.

- Personality and Individual Differences*, 179, 110766. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2021.110766>.
- Zannas, A. S. (2019). Epigenetics as a key link between psychosocial stress and aging: concepts, evidence, mechanisms. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 21 (4), 389–396. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2019.21.4/azannas>
- Zeller, R. A., & Carmines, E. G. (1980). *Measurement in the social sciences: The link between theory and data*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Zerubavel, E. (1999). *Social mindscapes: An invitation to cognitive sociology*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Zhu, X., Han, W., Xue, W., Xie, C., Du, J., & Jin, G. (2016). The association between telomere length and cancer risk in population studies. *Scientific Reports*, 6, 1–10. <https://doi.org/10.1038/srep22243>
- Zimet, G. D., Dahlem, N. W., Zimet, S. G., & Farley, G. K. (1988). The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *Journal of Personality Assessment*, 52(1), 30–41. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa5201_2
- Zou, X., Tam, K. P., Morris, M. W., Lee, S. L., Lau, I. Y., & Chiu, C. Y. (2009). Culture as common sense: Perceived consensus versus personal beliefs as mechanisms of cultural influence. *Journal of Personality and Social Psychology*, 97 (4), 579–597. <https://doi.org/10.1037/a0016399>

Додатки

Табл. А1. Композиція вибірки (N=208)

		Частота	Відсотки	Валідний відсоток	Нокопичений відсоток
Гендер	1 чоловічий	92	44,2	44,2	44,2
	2 жіночий	116	55,8	55,8	100,0
	Усього	208	100,0	100,0	
Вік	18	1	0,5	0,5	0,5
	20	1	0,5	0,5	1,0
	21	1	0,5	0,5	1,4
	22	1	0,5	0,5	1,9
	23	2	1,0	1,0	2,9
	24	5	2,4	2,4	5,3
	25	16	7,7	7,7	13,0
	26	15	7,2	7,2	20,3
	27	13	6,3	6,3	26,6
	28	9	4,3	4,3	30,9
	29	5	2,4	2,4	33,3
	30	6	2,9	2,9	36,2
	31	1	0,5	0,5	36,7
	32	4	1,9	1,9	38,6
	33	7	3,4	3,4	42,0
	34	5	2,4	2,4	44,4
	35	6	2,9	2,9	47,3
	36	3	1,4	1,4	48,8
	37	3	1,4	1,4	50,2
	38	3	1,4	1,4	51,7
	39	7	3,4	3,4	55,1
	40	5	2,4	2,4	57,5
	41	7	3,4	3,4	60,9
	42	1	0,5	0,5	61,4
	43	10	4,8	4,8	66,2
	44	7	3,4	3,4	69,6
	45	8	3,8	3,9	73,4
	46	7	3,4	3,4	76,8
	47	5	2,4	2,4	79,2
	48	8	3,8	3,9	83,1
	49	7	3,4	3,4	86,5
	50	3	1,4	1,4	87,9
	51	2	1,0	1,0	88,9
	52	1	0,5	0,5	89,4
	53	6	2,9	2,9	92,3
54	4	1,9	1,9	94,2	
55	1	0,5	0,5	94,7	
56	3	1,4	1,4	96,1	
58	2	1,0	1,0	97,1	
59	1	0,5	0,5	97,6	
62	1	0,5	0,5	98,1	
66	2	1,0	1,0	99,0	
69	1	0,5	0,5	99,5	
70	1	0,5	0,5	100,0	
	Усього	207	99,5	100,0	
	Без відповіді	1	0,5		
	Усього	208	100,0		

Табл. 1. Композиція вибірки (N=208) (продовження)

Звідки Ви?	1 село	19	9,1	9,1	9,1
	2 СМТ	13	6,3	6,3	15,4
	3 маленьке містечко	53	25,5	25,5	40,9
	4 велике місто	123	59,1	59,1	100,0
	Усього	208	100,0	100,0	
Чи у Вас є брати та сестри	1 ні	67	32,2	32,2	32,2
	2 так	141	67,8	67,8	100,0
	Усього	208	100,0	100,0	
Чи Ви працевлаштовані?	1 ні	37	17,8	17,8	17,8
	2 так	171	82,2	82,2	100,0
	Усього	208	100,0	100,0	
Дохід родини	1 Нам не вистачає грошей навіть на їжу, ми маємо борги	4	1,9	1,9	1,9
	2 Нам вистачає грошей на їжу, але купувати одяг вже важко	40	19,2	19,2	21,2
	3 Ми можемо дозволити собі купувати деякі коштовні речі (такі як телевізор або холодильник)	143	68,8	68,8	89,9
	4 Ми можемо дозволити собі купити все, що захочемо	21	10,1	10,1	100,0
	Усього	208	100,0	100,0	
Дохід родини у динтинстві	1 Нам не вистачало грошей навіть на їжу, ми мали борги	7	3,4	3,4	3,4
	2 Нам вистачає грошей на їжу, але купувати одяг вже важко	105	50,5	50,5	53,8
	3 Ми могли дозволити собі купувати деякі коштовні речі (такі як телевізор або холодильник)	89	42,8	42,8	96,6
	4 Ми могли дозволити собі купити все, що захочемо	7	3,4	3,4	100,0
	Усього	208	100,0	100,0	
Статус стосунків	1 без пари	33	15,9	15,9	15,9
	2 розлучений	8	3,8	3,8	19,7
	3 маю партнера	4	1,9	1,9	21,6
	4 у шлюбі	42	20,2	20,2	41,8
	5 вдівець/вдова	121	58,2	58,2	100,0
	Усього	208	100,0	100,0	
Чи у Вас є діти?	1 дітей немає	81	38,9	38,9	38,9
	2 є одна дитина	52	25,0	25,0	63,9
	3 є двоє дітей	61	29,3	29,3	93,3
	4 є троє чи більше дітей	14	6,7	6,7	100,0
	Усього	208	100,0	100,0	
Освіта	1 середня школа	5	2,4	2,4	2,4
	2 училище/ технікум	11	5,3	5,3	7,7
	3 університетський диплом/ кілька років в університеті	184	88,5	88,5	96,2
	4 науковий ступінь	8	3,8	3,8	100,0
	Усього	208	100,0	100,0	
Освіта батька	1 середня школа	20	9,6	10,1	10,1
	2 училище/ технікум	71	34,1	35,7	45,7
	3 університетський диплом/ кілька років в університеті	99	47,6	49,7	95,5
	4 науковий ступінь	9	4,3	4,5	100,0
	Total	199	95,7	100,0	
	Mising	9	4,3		
Усього	208	100,0			
Освіта матері	1 середня школа	21	10,1	10,1	10,1
	2 училище/ технікум	64	30,8	30,8	40,9
	3 університетський диплом/ кілька років в університеті	114	54,8	54,8	95,7
	4 науковий ступінь	9	4,3	4,3	100,0
	Усього	208	100,0	100,0	

Табл. А2. Композиція вибірки та частотний аналіз (N=234)

		Частота	Відсотки	Валідний відсоток	Нокопичений відсоток
Вкажіть, будь ласка, Вашу стать?	Валідні	1 Чоловіча	78	33,3	33,3
		2 Жіноча	156	66,7	66,7
		3 Інше	0	0,00	0,00
		Усього	234	100,0	100,0
		Частота	Відсотки	Валідний відсоток	Нокопичений відсоток
Вкажіть, будь ласка, скільки Вам повних років?	Валідні	17	2	0,9	0,9
		18	3	1,3	1,3
		19	1	0,4	0,4
		20	5	2,1	2,1
		21	3	1,3	1,3
		22	4	1,7	1,7
		23	3	1,3	1,3
		24	3	1,3	1,3
		25	11	4,7	4,7
		26	12	5,1	5,2
		27	8	3,4	3,4
		28	5	2,1	2,1
		29	7	3,0	3,0
		30	8	3,4	3,4
		31	6	2,6	2,6
		32	6	2,6	2,6
		33	10	4,3	4,3
		34	1	0,4	0,4
		35	8	3,4	3,4
		36	5	2,1	2,1
		37	8	3,4	3,4
		38	5	2,1	2,1
		39	3	1,3	1,3
		40	5	2,1	2,1
		41	5	2,1	2,1
		42	5	2,1	2,1
		43	9	3,8	3,9
		44	3	1,3	1,3
		45	4	1,7	1,7
		46	7	3,0	3,0
		47	7	3,0	3,0
		48	4	1,7	1,7
		49	5	2,1	2,1
		50	7	3,0	3,0
		51	1	0,4	0,4
		52	3	1,3	1,3
		53	7	3,0	3,0
		54	5	2,1	2,1
		55	3	1,3	1,3
		56	5	2,1	2,1

	57	2	0,9	0,9	91,8
	58	5	2,1	2,1	94,0
	59	4	1,7	1,7	95,7
	61	1	0,4	0,4	96,1
	62	1	0,4	0,4	96,6
	64	2	0,9	0,9	97,4
	66	1	0,4	0,4	97,9
	69	1	0,4	0,4	98,3
	70	1	0,4	0,4	98,7
	71	2	0,9	0,9	99,6
	84	1	0,4	0,4	100,0
	Усього	233	99,6	100,0	
	Пропущені Системні	1	0,4		
	Усього	234	100,0		
		Частота	Відсотки	Валідний відсоток	Нокопичений відсоток
Звідки Ви?	Валідні	1	7	3,0	3,0
		2	10	4,3	7,3
		3	61	26,1	33,3
		4	156	66,7	100,0
		Усього	234	100,0	100,0
			Частота	Відсотки	Валідний відсоток
Що краще описує Вашу ситуацію з проживанням?	Валідні	1 живу з родиною	120	51,3	51,3
		2 винаймаю квартиру разом із сусідом/сусідкою чи сусідами	26	11,1	62,4
		3 винаймаю квартиру з руммейтс	3	1,3	63,7
		4 винаймаю квартиру лише для себе або живу у власній квартирі сам(а)	85	36,3	100,0
		Усього	234	100,0	100,0
			Частота	Відсотки	Валідний відсоток
Чи у Вас є брати чи сестри?	Валідні	1 ні	73	31,2	31,2
		2 так	161	68,8	100,0
		Усього	234	100,0	100,0
			Частота	Відсотки	Валідний відсоток
Чи Ви зараз працевлаштовані?	Валідні	1 ні	45	19,2	19,2
		2 так	189	80,8	100,0
		Усього	234	100,0	100,0
			Частота	Відсотки	Валідний відсоток
Яке твердження найбільше відповідає фінансовому становищу Вашої родини нині?	Валідні	1 Нам не вистачає грошей навіть на їжу, ми маємо борги	7	3,0	3,0
		2 Нам вистачає грошей на їжу, але купувати одяг вже важко	50	21,4	24,4
		3 Ми можемо дозволити собі купувати деякі коштовні речі (такі як телевізор або холодильник)	156	66,7	91,0
		4 Ми можемо дозволити собі купити все, що захочемо	21	9,0	100,0
		Усього	234	100,0	100,0
			Частота	Відсотки	Валідний відсоток
Яке твердження найбільше відповідало фінансовому становищу Вашої родини, коли Ви були маленькі?	Валідні	1 Нам не вистачало грошей навіть на їжу, ми мали борги	13	5,6	5,6
		2 Нам вистачає грошей на їжу, але купувати одяг вже важко	83	35,5	41,0
		3 Ми могли дозволити собі купувати деякі коштовні речі (такі як телевізор або	123	52,6	93,6

		холодильник)				
		4 Ми могли дозволити собі купити все, що захочемо	15	6,4	6,4	100,0
		Усього	234	100,0	100,0	
			Частота	Відсотки	Валідний відсоток	Нокопичений відсоток
Як часто Ви спілкуєтесь з людьми, біднішими за Вас?	Валідні	1 ніколи	1	0,4	0,4	0,4
		2 рідко	51	21,8	21,8	22,2
		3 подекуди	110	47,0	47,0	69,2
		4 часто	72	30,8	30,8	100,0
		Усього	234	100,0	100,0	
				Частота	Відсотки	Валідний відсоток
Як часто Ви спілкуєтесь з людьми, багатішими за Вас?	Валідні	1 ніколи	6	2,6	2,6	2,6
		2 рідко	45	19,2	19,2	21,8
		3 подекуди	110	47,0	47,0	68,8
		4 часто	73	31,2	31,2	100,0
		Усього	234	100,0	100,0	
				Частота	Відсотки	Валідний відсоток
Скільки людей у Вашому колі мають скрутнішу фінансову ситуацію, ніж Ви?	Валідні	1 менше 25%	114	48,7	48,7	48,7
		2 50%	89	38,0	38,0	86,8
		3 75%	26	11,1	11,1	97,9
		4 майже всі	5	2,1	2,1	100,0
		Усього	234	100,0	100,0	
				Частота	Проценти	Валідний процент
Скільки Ви маєте друзів, до яких могли б звернутися, якщо втрапили у халепу?	Валідні	1 жодного	4	1,7	1,7	1,7
		2 одного	44	18,8	18,8	20,5
		3 двох-чотирьох	134	57,3	57,3	77,8
		4 п'ять і більше	52	22,2	22,2	100,0
		Усього	234	100,0	100,0	
				Частота	Відсотки	Валідний відсоток
Що з наступного найкраще описує Ваш статус у стосунках?	Валідні	1 без пари	50	21,4	21,8	21,8
		2 розлучений	19	8,1	8,3	30,1
		3 у романтичних стосунках	46	19,7	20,1	50,2
		4 одружений	114	48,7	49,8	100,0
		Усього	229	97,9	100,0	
		Пропущені	Системні	5	2,1	
Усього		234	100,0			
		Частота	Відсотки	Валідний відсоток	Нокопичений відсоток	
Чи є у Вас діти?	Валідні	1 немає дітей	106	45,3	45,3	45,3
		2 є дитина	61	26,1	26,1	71,4
		3 двоє дітей	52	22,2	22,2	93,6
		4 троє та більше дітей	15	6,4	6,4	100,0
		Усього	234	100,0	100,0	
				Частота	Відсотки	Валідний відсоток
Скільки часу на день Ви проводите на сайтах соціальних мереж?	Валідні	1 менше години	51	21,8	21,8	21,8
		2 годину-дві	93	39,7	39,7	61,5
		3 кілька годин	73	31,2	31,2	92,7
		Усього				

		4 більшу частину дня	17	7,3	7,3	100,0
		Усього	234	100,0	100,0	
			Частота	Відсотки	Валідний відсоток	Нокопичений відсоток
Рівень освіти:	Валідні	1 середня школа	6	2,6	2,6	2,6
		2 училище/ технікум	12	5,1	5,1	7,7
		3 університетський диплом/ кілька років в університеті	196	83,8	83,8	91,5
		4 науковий ступінь	20	8,5	8,5	100,0
		Усього	234	100,0	100,0	
				Частота	Відсотки	Валідний відсоток
Рівень освіти батька:	Валідні	1 середня школа	28	12,0	12,1	12,1
		2 училище/ технікум	66	28,2	28,4	40,5
		3 університетський диплом/ кілька років в університеті	129	55,1	55,6	96,1
		4 науковий ступінь	9	3,8	3,9	100,0
		Усього	232	99,1	100,0	
	Пропущені	Системні	2	0,9		
	Усього		234	100,0		
			Частота	Відсотки	Валідний відсоток	Нокопичений відсоток
Рівень освіти матері:	Валідні	1 середня школа	21	9,0	9,0	9,0
		2 училище/ технікум	65	27,8	27,8	36,8
		3 університетський диплом/ кілька років в університеті	139	59,4	59,4	96,2
		4 науковий ступінь	9	3,8	3,8	100,0
		Усього	234	100,0	100,0	
			Частота	Відсотки	Валідний відсоток	Нокопичений відсоток
Чи Ваші батьки дбали про Ваш емоційний комфорт та захист, коли Ви були маленькі?	Валідні	1 ні	18	7,7	7,7	7,7
		2 швидше ні, ніж так	56	23,9	23,9	31,6
		3 швидше так, ніж ні	70	29,9	29,9	61,5
		4 так	90	38,5	38,5	100,0
		Усього	234	100,0	100,0	
			Частота	Відсотки	Валідний відсоток	Нокопичений відсоток
Чи Ви дбаєте про своє правильне харчування (харчустесь регулярно та поживно)?	Валідні	1 ні	9	3,8	3,8	3,8
		2 швидше ні, ніж так	50	21,4	21,4	25,2
		3 швидше так, ніж ні	107	45,7	45,7	70,9
		4 так	68	29,1	29,1	100,0
		Усього	234	100,0	100,0	
			Частота	Відсотки	Валідний відсоток	Нокопичений відсоток
Чи Ви слідкуєте за тим, щоб випивати достатньо води щодня?	Валідні	1 ні	25	10,7	10,7	10,7
		2 швидше ні, ніж так	53	22,6	22,6	33,3
		3 швидше так, ніж ні	87	37,2	37,2	70,5
		4 так	69	29,5	29,5	100,0
		Усього	234	100,0	100,0	
			Частота	Відсотки	Валідний відсоток	Нокопичений відсоток
Чи Ви маєте можливість виспатись?	Валідні	1 ні	12	5,1	5,1	5,1
		2 швидше ні, ніж так	45	19,2	19,2	24,4
		3 швидше так, ніж ні	83	35,5	35,5	59,8
		4 так	94	40,2	40,2	100,0
		Усього	234	100,0	100,0	

		Частота	Відсотки	Валідний відсоток	Нокопичений відсоток
Чи Ви маєте хронічні захворювання?	Валідні	1 ні	77	32,9	32,9
		2 швидше ні, ніж так	53	22,6	22,6
		3 швидше так, ніж ні	45	19,2	19,2
		4 так	59	25,2	25,2
		Усього	234	100,0	100,0
			Частота	Відсотки	Валідний відсоток
Чи Ви швидко втомлюєтесь?	Валідні	1 ні	45	19,2	19,2
		2 швидше ні, ніж так	92	39,3	39,3
		3 швидше так, ніж ні	67	28,6	28,6
		4 так	30	12,8	12,8
		Усього	234	100,0	100,0
			Частота	Відсотки	Валідний відсоток
Чи Ви регулярно відвідуєте стоматолога та/чи гігієніста?	Валідні	1 ні	35	15,0	15,0
		2 швидше ні, ніж так	59	25,2	25,3
		3 швидше так, ніж ні	79	33,8	33,9
		4 так	60	25,6	25,8
		Усього	233	99,6	100,0
	Пропущені	Системні	1	0,4	
		Усього	234	100,0	
		Частота	Відсотки	Валідний відсоток	Нокопичений відсоток
Чи Ви маєте можливість лишитись вдома, коли захворіли?	Валідні	1 ні	8	3,4	3,4
		2 швидше ні, ніж так	25	10,7	10,7
		3 швидше так, ніж ні	50	21,4	21,4
		4 так	151	64,5	64,5
		Усього	234	100,0	100,0
			Частота	Відсотки	Валідний відсоток
Чи Ви маєте можливість отримувати медичні послуги, коли Вам потрібно?	Валідні	1 ні	9	3,8	3,8
		2 швидше ні, ніж так	20	8,5	8,5
		3 швидше так, ніж ні	72	30,8	30,8
		4 так	133	56,8	56,8
		Усього	234	100,0	100,0
			Частота	Відсотки	Валідний відсоток
Чи Ви курите?	Валідні	1 ні	170	72,6	72,6
		2 швидше ні, ніж так	15	6,4	6,4
		3 швидше так, ніж ні	5	2,1	2,1
		4 так	44	18,8	18,8
		Усього	234	100,0	100,0
			Частота	Відсотки	Валідний відсоток
Чи Ви вживаєте більше, ніж два келихи алкоголю на тиждень?	Валідні	1 ні	137	58,5	58,5
		2 швидше ні, ніж так	30	12,8	12,8
		3 швидше так, ніж ні	32	13,7	13,7
		4 так	35	15,0	15,0
		Усього	234	100,0	100,0
			Частота	Відсотки	Валідний відсоток
Чи Ви займаєтесь спортом	Валідні	1 ні	86	36,8	36,8

мінімум два рази на тиждень?		2 швидше ні, ніж так	56	23,9	23,9	60,7
		3 швидше так, ніж ні	36	15,4	15,4	76,1
		4 так	56	23,9	23,9	100,0
		Усього	234	100,0	100,0	
			Частота	Відсотки	Валідний відсоток	Нокопичений відсоток
Чи їжа на зразок печива, шоколадних батончиків тощо стабільно є складовою Вашого раціону?	Валідні	1 ні	79	33,8	33,8	33,8
		2 швидше ні, ніж так	76	32,5	32,5	66,2
		3 швидше так, ніж ні	52	22,2	22,2	88,5
		4 так	27	11,5	11,5	100,0
		Усього	234	100,0	100,0	
		Частота	Відсотки	Валідний відсоток	Нокопичений відсоток	
Чи Ви маєте можливість дотримуватись здорового способу життя тією мірою, як Вам потрібно?	Валідні	1 ні	24	10,3	10,3	10,3
		2 швидше ні, ніж так	54	23,1	23,1	33,3
		3 швидше так, ніж ні	99	42,3	42,3	75,6
		4 так	57	24,4	24,4	100,0
		Усього	234	100,0	100,0	
		Частота	Відсотки	Валідний відсоток	Нокопичений відсоток	
Чи могли Ваші батьки забезпечити Вам якісний медичний догляд, коли Ви були маленькі?	Валідні	1 ні	9	3,8	3,8	3,8
		2 швидше ні, ніж так	27	11,5	11,5	15,4
		3 швидше так, ніж ні	89	38,0	38,0	53,4
		4 так	109	46,6	46,6	100,0
		Усього	234	100,0	100,0	
		Частота	Відсотки	Валідний відсоток	Нокопичений відсоток	
Чи Ваші батьки стежать за своїм здоров'ям?	Валідні	1 ні	21	9,0	9,0	9,0
		2 швидше ні, ніж так	56	23,9	23,9	32,9
		3 швидше так, ніж ні	103	44,0	44,0	76,9
		4 так	54	23,1	23,1	100,0
		Усього	234	100,0	100,0	
		Частота	Відсотки	Валідний відсоток	Нокопичений відсоток	
Чи Ваші батьки з дитинства пояснювали Вам про догляд за здоров'ям та здоровий спосіб життя?	Валідні	1 ні	26	11,1	11,1	11,1
		2 швидше ні, ніж так	43	18,4	18,4	29,5
		3 швидше так, ніж ні	88	37,6	37,6	67,1
		4 так	77	32,9	32,9	100,0
		Усього	234	100,0	100,0	
		Частота	Відсотки	Валідний відсоток	Нокопичений відсоток	
Як часто Ви хворіли в дитинстві?	Валідні	1 ніколи	2	0,9	0,9	0,9
		2 рідко	104	44,4	44,4	45,3
		3 подекуди	92	39,3	39,3	84,6
		4 часто	36	15,4	15,4	100,0
		Усього	234	100,0	100,0	
		Частота	Відсотки	Валідний відсоток	Нокопичений відсоток	
Як часто Ви хворієте зараз?	Валідні	1 ніколи	7	3,0	3,0	3,0
		2 рідко	159	67,9	67,9	70,9
		3 подекуди	55	23,5	23,5	94,4
		4 часто	13	5,6	5,6	100,0
		Усього	234	100,0	100,0	
		Частота	Відсотки	Валідний відсоток	Нокопичений відсоток	

Чи Ви страждаєте від частих інфекцій та дрібних запалень (наприклад, інфекцій очей тощо)?	Валідні	1 ні	120	51,3	51,3	51,3
		2 швидше ні, ніж так	88	37,6	37,6	88,9
		3 швидше так, ніж ні	19	8,1	8,1	97,0
		4 так	7	3,0	3,0	100,0
		Усього	234	100,0	100,0	
		Частота	Відсотки	Валідний відсоток	Нокопичений відсоток	
Чи ми маємо проблеми з систематичними болями (у спині, суглобах, тощо)?	Валідні	1 ні	66	28,2	28,2	28,2
		2 швидше ні, ніж так	68	29,1	29,1	57,3
		3 швидше так, ніж ні	63	26,9	26,9	84,2
		4 так	37	15,8	15,8	100,0
		Усього	234	100,0	100,0	
		Частота	Відсотки	Валідний відсоток	Нокопичений відсоток	
Зазвичай скільки разів на день Ви їсте свіжі фрукти?	Валідні	1 жодного разу	21	9,0	9,0	9,0
		2 один раз	119	50,9	50,9	59,8
		3 два-чотири рази	85	36,3	36,3	96,2
		4 5+ разів	9	3,8	3,8	100,0
		Усього	234	100,0	100,0	
		Частота	Відсотки	Валідний відсоток	Нокопичений відсоток	
Ваше соціальне становище, на Вашу думку:	Валідні	1 погіршується	17	7,3	7,3	7,3
		2	43	18,4	18,4	25,6
		3	119	50,9	50,9	76,5
		4 покращується	55	23,5	23,5	100,0
		Усього	234	100,0	100,0	
		Частота	Відсотки	Валідний відсоток	Нокопичений відсоток	
Соціальне становище Ваших батьків, на Вашу думку:	Валідні	1 погіршується	36	15,4	15,4	15,4
		2	88	37,6	37,6	53,0
		3	83	35,5	35,5	88,5
		4 покращується	27	11,5	11,5	100,0
		Усього	234	100,0	100,0	
		Частота	Відсотки	Валідний відсоток	Нокопичений відсоток	
Як Ви оцінюєте свій нинішній стан здоров'я загалом?	Валідні	1 дуже поганий	1	0,4	0,4	0,4
		2 поганий	32	13,7	13,7	14,1
		3 добрий	183	78,2	78,2	92,3
		4 дуже добрий	18	7,7	7,7	100,0
		Усього	234	100,0	100,0	
		Частота	Відсотки	Валідний відсоток	Нокопичений відсоток	
Зазвичай що з наступного найкраще описує Ваш стан самопочуття?	Валідні	1 Мій стан здоров'я не дозволяє мені робити деякі речі чи виконувати певні щоденні операції самостійно.	9	3,8	3,8	3,8
		2 Я часто нездужаю і подекуди це негативно впливає на моє начання/роботу.	23	9,8	9,8	13,7
		3 Більшість часу я почувуюся нормально.	154	65,8	65,8	79,5
		4 Я в хорошій формі і сповнений(а) енергії.	48	20,5	20,5	100,0
		Усього	234	100,0	100,0	
		Частота	Відсотки	Валідний відсоток	Нокопичений відсоток	
Чи Ви маєте доступ до інформації стосовно здорового способу життя та зміцнення	Валідні	1 ні	5	2,1	2,1	2,1
		2 так	229	97,9	97,9	100,0

здоров'я?	Усього	234	100,0	100,0	
-----------	--------	-----	-------	-------	--

Табл. А3. Композиція вибірки та частотний аналіз (n=902)

		Частота	Відсотки	Валідний відсоток	Нокопичений відсоток	
Вкажіть, будь ласка, Вашу стать?	Валідні	1 Чоловіча	242	26,8	26,8	26,8
		2 Жіноча	658	72,9	72,9	99,8
		3 Інше	2	0,2	0,2	100,0
		Усього	902	100,0	100,0	
		Частота	Відсотки	Валідний відсоток	Нокопичений відсоток	
Вкажіть, будь ласка, скільки Вам повних років?	Валідні	16	3	0,3	0,3	0,3
		17	61	6,8	6,8	7,1
		18	99	11,0	11,0	18,1
		19	69	7,6	7,7	25,8
		20	43	4,8	4,8	30,6
		21	24	2,7	2,7	33,2
		22	11	1,2	1,2	34,4
		23	15	1,7	1,7	36,1
		24	23	2,5	2,6	38,7
		25	36	4,0	4,0	42,7
		26	34	3,8	3,8	46,4
		27	24	2,7	2,7	49,1
		28	23	2,5	2,6	51,7
		29	16	1,8	1,8	53,4
		30	19	2,1	2,1	55,6
		31	11	1,2	1,2	56,8
		32	19	2,1	2,1	58,9
		33	21	2,3	2,3	61,2
		34	13	1,4	1,4	62,7
		35	24	2,7	2,7	65,3
		36	14	1,6	1,6	66,9
		37	20	2,2	2,2	69,1
		38	13	1,4	1,4	70,6
		39	15	1,7	1,7	72,2
		40	15	1,7	1,7	73,9
		41	15	1,7	1,7	75,6
		42	11	1,2	1,2	76,8
		43	28	3,1	3,1	79,9
		44	13	1,4	1,4	81,3
		45	18	2,0	2,0	83,3
		46	14	1,6	1,6	84,9
		47	16	1,8	1,8	86,7
48	13	1,4	1,4	88,1		
49	12	1,3	1,3	89,4		
50	15	1,7	1,7	91,1		
51	3	0,3	0,3	91,4		
52	4	0,4	0,4	91,9		

53		13	1,4	1,4	93,3	
54		11	1,2	1,2	94,6	
55		5	0,6	0,6	95,1	
56		10	1,1	1,1	96,2	
57		3	0,3	0,3	96,6	
58		9	1,0	1,0	97,6	
59		5	0,6	0,6	98,1	
61		1	0,1	0,1	98,2	
62		4	0,4	0,4	98,7	
64		2	0,2	0,2	98,9	
66		3	0,3	0,3	99,2	
69		2	0,2	0,2	99,4	
70		2	0,2	0,2	99,7	
71		2	0,2	0,2	99,9	
84		1	0,1	0,1	100,0	
Усього		900	99,8	100,0		
Пропущені	Системні	2	0,2			
Усього		902	100,0			
		Частота	Відсотки	Валідний відсоток	Нокопичений відсоток	
Що краще описує Вашу ситуацію з проживанням?	Валідні	1 живу з родиною	261	28,9	28,9	
		2 живу в гуртожитку	93	10,3	39,2	
		3 винаймаю квартиру разом із сусідом/сусідкою чи сусідами	23	2,5	41,8	
		4 винаймаю квартиру лише для себе або живу у власній квартирі сам(а)	525	58,2	100,0	
		Усього	902	100,0	100,0	
			Частота	Відсотки	Валідний відсоток	Нокопичений відсоток
Чи у Вас є брати чи сестри?	Валідні	1	288	31,9	31,9	
		2	614	68,1	100,0	
		Усього	902	100,0	100,0	
			Частота	Відсотки	Валідний відсоток	Нокопичений відсоток
Чи Ви зараз працевлаштовані?	Валідні	1 ні	322	35,7	35,7	
		2 так	580	64,3	100,0	
		Усього	902	100,0	100,0	
			Частота	Відсотки	Валідний відсоток	Нокопичений відсоток
Яке твердження найбільше відповідає фінансовому становищу Вашої родини нині?	Валідні	1 Нам не вистачає грошей навіть на їжу, ми маємо борги	16	1,8	1,8	
		2 Нам вистачає грошей на їжу, але купувати одяг вже важко	175	19,4	21,2	
		3 Ми можемо дозволити собі купувати деякі коштовні речі (такі як телевізор або холодильник)	622	69,0	90,1	
		4 Ми можемо дозволити собі купити все, що захочемо	89	9,9	100,0	
		Усього	902	100,0	100,0	
			Частота	Відсотки	Валідний відсоток	Нокопичений відсоток
Яке твердження найбільше відповідало фінансовому становищу Вашої родини, коли Ви були маленькі?	Валідні	1 Нам не вистачало грошей навіть на їжу, ми мали борги	39	4,3	4,3	
		2 Нам вистачало грошей на їжу, але купувати одяг вже важко	351	38,9	43,2	

		3 Ми могли дозволити собі купувати деякі коштовні речі (такі як телевізор або холодильник)	450	49,9	49,9	93,1
		4 Ми могли дозволити собі купити все, що захочемо	62	6,9	6,9	100,0
		Усього	902	100,0	100,0	
Скільки Ви маєте друзів, до яких могли б звернутися, якщо втрапили у халепу?	Валідні	1 жодного	17	1,9	1,9	1,9
		2 одного	135	15,0	15,0	16,9
		3 двох-чотирьох	543	60,2	60,2	77,1
		4 п'ять і більше	207	22,9	22,9	100,0
		Усього	902	100,0	100,0	
		Частота	Відсотки	Валідний відсоток	Нокопичений відсоток	
Що з наступного найкраще описує Ваш статус у стосунках?	Валідні	1 без пари	319	35,4	35,4	35,4
		2 розлучений	161	17,8	17,9	53,3
		3 у романтичних стосунках	187	20,7	20,8	74,0
		4 одружений	234	25,9	26,0	100,0
		Всього	901	99,9	100,0	
	Пропущені	Системні	1	0,1		
Усього		902	100,0			
		Частота	Відсотки	Валідний відсоток	Нокопичений відсоток	
Чи є у Вас діти?	Валідні	1 немає дітей	421	46,7	55,9	55,9
		2 є дитина	162	18,0	21,5	77,4
		3 двоє дітей	138	15,3	18,3	95,8
		4 троє та більше дітей	32	3,5	4,2	100,0
		Усього	753	83,5	100,0	
	Пропущені	Системні	149	16,5		
Усього		902	100,0			
		Частота	Відсотки	Валідний відсоток	Нокопичений відсоток	
Скільки часу на день Ви проводите на сайтах соціальних мереж?	Валідні	1 менше години	148	16,4	16,4	16,4
		2 годину-дві	303	33,6	33,6	50,0
		3 кілька годин	336	37,3	37,3	87,3
		4 більшу частину дня	115	12,7	12,7	100,0
		Усього	902	100,0	100,0	
	Пропущені	Системні				
		Частота	Відсотки	Валідний відсоток	Нокопичений відсоток	
Рівень освіти:	Валідні	1 середня школа	47	5,2	5,2	5,2
		2 училище/ технікум	26	2,9	2,9	8,1
		3 університетський диплом/ кілька років в університеті	774	85,8	85,8	93,9
		4 науковий ступінь	55	6,1	6,1	100,0
		Усього	902	100,0	100,0	
	Пропущені	Системні				
		Частота	Відсотки	Валідний відсоток	Нокопичений відсоток	
Рівень освіти батька:	Валідні	1 середня школа	72	8,0	8,2	8,2
		2 училище/ технікум	215	23,8	24,4	32,5
		3 університетський диплом/ кілька років в університеті	540	59,9	61,2	93,8
		4 науковий ступінь	55	6,1	6,2	100,0
		Усього	882	97,8	100,0	
	Пропущені	Системні	20	2,2		

	Усього	902	100,0			
		Частота	Відсотки	Валідний відсоток	Нокопичений відсоток	
Рівень освіти матері:	Валідні	1 середня школа	61	6,8	6,8	6,8
		2 училище/ технікум	211	23,4	23,5	30,3
		3 університетський диплом/ кілька років в університеті	575	63,7	64,0	94,3
		4 науковий ступінь	51	5,7	5,7	100,0
		Усього	898	99,6	100,0	
	Пропущені	Системні	4	0,4		
	Усього	902	100,0			
		Частота	Відсотки	Валідний відсоток	Нокопичений відсоток	
Чи Ваші батьки дбали про Ваш емоційний комфорт та захист, коли Ви були маленькі?	Валідні	1 ні	53	5,9	5,9	5,9
		2 швидше ні, ніж так	205	22,7	22,7	28,6
		3 швидше так, ніж ні	340	37,7	37,7	66,3
		4 так	304	33,7	33,7	100,0
		Усього	902	100,0	100,0	
			Частота	Відсотки	Валідний відсоток	Нокопичений відсоток
Чи Ви дбаєте про своє правильне харчування (харчустесь регулярно та поживно)?	Валідні	1 ні	40	4,4	4,4	4,4
		2 швидше ні, ніж так	173	19,2	19,2	23,6
		3 швидше так, ніж ні	453	50,2	50,2	73,8
		4 так	236	26,2	26,2	100,0
		Усього	902	100,0	100,0	
			Частота	Відсотки	Валідний відсоток	Нокопичений відсоток
Чи Ви слідкуєте за тим, щоб випивати достатньо води щодня?	Валідні	1 ні	99	11,0	11,0	11,0
		2 швидше ні, ніж так	208	23,1	23,1	34,0
		3 швидше так, ніж ні	314	34,8	34,8	68,8
		4 так	281	31,2	31,2	100,0
		Усього	902	100,0	100,0	
			Частота	Відсотки	Валідний відсоток	Нокопичений відсоток
Чи Ви маєте можливість виспатись?	Валідні	1 ні	45	5,0	5,0	5,0
		2 швидше ні, ніж так	141	15,6	15,6	20,6
		3 швидше так, ніж ні	318	35,3	35,3	55,9
		4 так	398	44,1	44,1	100,0
		Усього	902	100,0	100,0	
			Частота	Відсотки	Валідний відсоток	Нокопичений відсоток
Чи Ви маєте хронічні захворювання?	Валідні	1 ні	347	38,5	38,5	38,5
		2 швидше ні, ніж так	223	24,7	24,7	63,2
		3 швидше так, ніж ні	141	15,6	15,6	78,8
		4 так	191	21,2	21,2	100,0
		Усього	902	100,0	100,0	
			Частота	Відсотки	Валідний відсоток	Нокопичений відсоток
Чи Ви швидко втомлюєтесь?	Валідні	1 ні	159	17,6	17,6	17,6
		2 швидше ні, ніж так	342	37,9	37,9	55,5
		3 швидше так, ніж ні	276	30,6	30,6	86,1
		4 так	125	13,9	13,9	100,0
			Частота	Відсотки	Валідний відсоток	Нокопичений відсоток

	Усього	902	100,0	100,0		
		Частота	Відсотки	Валідний відсоток	Нокопичений відсоток	
Чи Ви маєте можливість лишитись вдома, коли захворіли?	Валідні	1 ні	18	2,0	2,0	2,0
		2 швидше ні, ніж так	81	9,0	9,0	11,0
		3 швидше так, ніж ні	192	21,3	21,3	32,3
		4 так	611	67,7	67,7	100,0
		Усього	902	100,0	100,0	
			Частота	Відсотки	Валідний відсоток	Нокопичений відсоток
Чи Ви маєте можливість отримувати медичні послуги, коли Вам потрібно?	Валідні	1 ні	16	1,8	1,8	1,8
		2 швидше ні, ніж так	77	8,5	8,5	10,3
		3 швидше так, ніж ні	285	31,6	31,6	41,9
		4 так	524	58,1	58,1	100,0
		Усього	902	100,0	100,0	
			Частота	Відсотки	Валідний відсоток	Нокопичений відсоток
Чи Ви палите?	Валідні	1 ні	632	70,1	70,1	70,1
		2 швидше ні, ніж так	78	8,6	8,6	78,7
		3 швидше так, ніж ні	49	5,4	5,4	84,1
		4 так	143	15,9	15,9	100,0
		Усього	902	100,0	100,0	
			Частота	Відсотки	Валідний відсоток	Нокопичений відсоток
Чи Ви вживаєте більше, ніж два келихи алкоголю на тиждень?	Валідні	1 ні	523	58,0	58,0	58,0
		2 швидше ні, ніж так	141	15,6	15,6	73,6
		3 швидше так, ніж ні	123	13,6	13,6	87,3
		4 так	115	12,7	12,7	100,0
		Усього	902	100,0	100,0	
			Частота	Відсотки	Валідний відсоток	Нокопичений відсоток
Чи Ви займаєтесь спортом мінімум два рази на тиждень?	Валідні	1 ні	283	31,4	31,4	31,4
		2 швидше ні, ніж так	189	21,0	21,0	52,3
		3 швидше так, ніж ні	148	16,4	16,4	68,7
		4 так	282	31,3	31,3	100,0
		Усього	902	100,0	100,0	
			Частота	Відсотки	Валідний відсоток	Нокопичений відсоток
Чи Ви маєте можливість дотримуватись здорового способу життя тією мірою, як Вам потрібно?	Валідні	1 ні	55	6,1	6,1	6,1
		2 швидше ні, ніж так	178	19,7	19,7	25,8
		3 швидше так, ніж ні	388	43,0	43,0	68,8
		4 так	281	31,2	31,2	100,0
		Усього	902	100,0	100,0	
			Частота	Відсотки	Валідний відсоток	Нокопичений відсоток
Як Ви оцінюєте свій нинішній стан здоров'я загалом?	Валідні	1 дуже поганий	4	0,4	0,4	0,4
		2 поганий	100	11,1	11,1	11,5
		3 добрий	709	78,6	78,6	90,1
		4 дуже добрий	89	9,9	9,9	100,0
		Усього	902	100,0	100,0	
			Частота	Відсотки	Валідний відсоток	Нокопичений відсоток

		Частота	Відсотки	Валідний відсоток	Накопичений відсоток	
Зазвичай що з наступного найкраще описує Ваш стан самопочуття?	Валідні					
		1 Мій стан здоров'я не дозволяє мені робити деякі речі чи виконувати певні щоденні операції самостійно.	24	2,7	2,7	2,7
		2 Я часто нездужаю і подекуди це негативно впливає на моє начиння/роботу.	71	7,9	7,9	10,5
		3 Більшість часу я відчуваюся нормально.	614	68,1	68,1	78,6
		4 Я в хорошій формі і сповнений(а) енергії.	193	21,4	21,4	100,0
	Усього	902	100,0	100,0		

Список таблиць і рисунків

Розділ 1.

Табл. 1.1. Причини смертності в Україні, 2021 р. (за даними Державної служби статистики України)

Табл. 1.2. Причини смертності в Україні станом на січень 2022 (за даними Державної служби статистики України)

Табл. 1.3. Тривалість життя при народженні в Україні для чоловіків та жінок усіх вікових категорій (за даними ВООЗ)

Рис. 1.1. Неінфекційні захворювання у світі: ймовірність вмерти від НІЗ у віці від 30 до 70 років (карта ВООЗ)

Рис. 1.2. Найбільш поширені 10 причин смерті по Україні на 2019 рік по обох статях та всіх вікових категоріях (за даними ВООЗ)

Рис. 1.3. Причини смертності в Україні за останні 5 років (графік Державної служби статистики України)

Рис. 1.4. Кількість померлих в Україні, 2015-2021 рр. (за даними Державної служби статистики України)

Рис. 1.5. Динаміка причин смертності в Україні, 2015-2021 рр. (за даними Державної служби статистики України): Вагітність, пологи та постпологовий період

Рис. 1.6. Динаміка причин смертності в Україні (за даними Державної служби статистики України) : Інфекційні захворювання (разом з COVID-19)

Рис. 1.7. Динаміка причин смертності в Україні, 2015-2021 рр. (за даними Державної служби статистики України): Інфекційні захворювання без COVID-19)

Рис. 1.8. Динаміка причин смертності в Україні, 2015-2021 рр. (за даними Державної служби статистики України): Хвороби кровообігу

Рис. 1.9. Динаміка причин смертності в Україні, 2015-2021 рр. (за даними Державної служби статистики України): Злоякісні утворення

Рис. 1.10. Динаміка причин смертності в Україні, 2015-2021 рр. (за даними Державної служби статистики України): Цукровий діабет

Рис. 1.11. Захворюваність населення України, 1992-2017 рр. (за даними Державної служби статистики України)

Рис. 1.12. Захворюваність населення України, 1992-2017 рр. (всі категорії захворювань) (за даними Державної служби статистики України)

Рис. 1.13. Захворюваність населення України, 1992-2017 рр. (без захворювань органів дихання) (за даними Державної служби статистики України)

Рис. 1.14. Споживання продуктів харчування в домогосподарствах в Україні, 2010-2021 рр. (за даними Державної служби статистики України)

Розділ 2.

Табл. 2.1. Описові статистики для змінних-стресорів

Табл. 2.2. Композиція шкал (шкали стародавніх та модерних стресорів)

Табл. 2.3. Скорельовані індекси

Табл. 2.4. Регресії (стандартизовані регресійні коефіцієнти)

Табл. 2.5. Додаткові регресії (стандартизовані регресійні коефіцієнти)

Рис. 2.1. Схема кумулятивності стресу упродовж життя

Рис. 2.2. Схема стресової реакції (адаптовано з Kiekolt-Glaser et al., 2020)

Рис. 2.3. Кластерний аналіз (дендрограма)

Розділ 3.

Табл. 3.1. Характеристики вибірки, Швеція (N=128) (адаптовано з Maltseva, 2014b)

Табл. 3.2. Регресійний аналіз: Культурна компетентність, Швеція (N=128) (адаптовано з Maltseva, 2014b)

Табл. 3.3. Регресійний аналіз: Соціальна підтримка, Швеція (N=128) (адаптовано з Maltseva, 2014b)

Табл. 3.4. Регресійний аналіз: шкала процвітання (SWB, 8 змінних), N=189 (адаптовано з Maltseva, 2015a)

Табл. 3.5. Рівні інтерналізації та показники процвітання (SWB), N=189 (адаптовано з Maltseva, 2015a)

Табл. 3.6. Показники шкали процвітання (SWB) для сильних та слабких інтерналізаторів, просортованих за мірою поведінкового відтворення культурної моделі, N=189 (адаптовано з Maltseva, 2015a)

Табл.3.7. Композиція вибірки (N=306, Maltseva, 2018a)

Табл. 3.8. Список змінних у масиві для культурної моделі (N=306, Maltseva, 2018a)

Табл.3.9. Список змінних у масиві для особистих цінностей (N=306, Maltseva, 2018a)

Табл. 3.10. Аналіз середніх (N=306, Maltseva, 2018a)

Табл. 3.11. Кореляційні шкали (N=306, Maltseva, 2018a)

Табл. 3.12. Регресійний аналіз (множині регресії) (N=306, Maltseva, 2018a)

Табл. 3.13. Аналіз середніх тенденцій, демографічні змінні (n=234) (Мальцева, 2021b)

Табл. 3.14. Аналіз середніх тенденцій змінних Блоку "Культурна модель" (просортовані за середнім) (Мальцева, 2021b)

Табл. 3.15. Аналіз середніх тенденцій змінних Блоку "Наскільки Вас засмутила б відсутність..." (просортовані за середнім)

Табл. 3.16. Аналіз середніх тенденцій змінних Блоку "Перцепція стресу" (просортовані за середнім)

Табл. 3.17. Аналіз середніх тенденцій змінних Блоку "Процвітання" (просортовані за середнім)

Табл. 3.18. Аналіз середніх тенденцій змінних Блоку "Соціальна згуртованість" (просортовані за середнім)

Табл. 3.19. Аналіз середніх тенденцій змінних Блоку "Включеність в культурні практики" (просортовані за середнім)

Табл. 3.20. Культурна модель успіху (аналіз принципів компонент)

Табл. 3.21. Інтерналізація елементів культурної моделі (аналіз принципів компонент)

Табл.3.22. Внутрішня структура шкали "Культурна модель успіху "

Табл. 3.23. Внутрішня структура шкали "Інтерналізація елементів культурної моделі успіху "

Табл. 3.24. Внутрішня структура шкали "Перцепція стресу"

Табл. 3.25. Внутрішня структура шкали депресії BDI-I

Табл. 3.26. Внутрішня структура шкали процвітання

Табл. 3.27. Внутрішня структура шкали соціальної згуртованості

Табл. 3.28. Внутрішня структура шкали "Включеність в культурні практики"

Табл. 3.29. Внутрішня структура шкали "Батьківська опіка в дитинстві"

Табл. 3.30. Внутрішня структура шкали "Здоровий спосіб життя"

Табл. 3.31. Внутрішня структура шкали ""Негативна симптоматика"

Табл. 3.32. Кореляції індексів

Табл. 3.33. Двухвибірковий t-тест с однаковими дисперсіями: Депресія

Табл. 3.34. Двухвибірковий t-тест с однаковими дисперсіями: Процвітання

Табл. 3.35. Двухвибірковий t-тест с однаковими дисперсіями: Перцепція стресу

Табл. 3.36. Двухвибірковий t-тест с однаковими дисперсіями: Соціальна згуртованість

Табл. 3.37. Прості лінійні регресії

Табл. 3.38. Регресії з дихотимізованими змінними інтерналізації та сприйняття власної успішності

Табл. 3.39. Множинні лінійні регресії: індекс депресії

Табл. 3.40. Множинні лінійні регресії: індекс процвітання

Табл. 3.41. Множинні лінійні регресії: самооцінка здоров'я

Рис. 3.1. Аналіз головних компонент для цінностей колективного та індивідуального рівнів (r-аналіз), перші дві компоненти, без обертання, іпсатизовані дані, американська вибірка, N = 136 (адаптовано з Maltseva, 2013)

Рис. 3.2. Аналіз головних компонент для цінностей колективного та індивідуального рівнів (r-аналіз), перші дві компоненти, обертання варімакс, іпсатизовані дані, американська вибірка, N = 237 (пілотне дослідження)

Рис. 3.3. Колективний рівень цінностей, шведська та американська вибірки, N=256 (адаптовано з Maltseva, 2014a)

Рис. 3.4. Індивідуальний рівень цінностей, шведська та американська вибірки, N=256 (адаптовано з Maltseva, 2014a)

Рис. 3.5. Аналіз головних компонент, виконано на транспонованій матриці (q-аналіз кейсів), змінні стилю життя, дані стандартизовано, американська вибірка (N=189) (адаптовано з Maltseva, 2015a)

Рис. 3.6. Аналіз головних компонент, виконано на транспонованій матриці (q-аналіз кейсів), змінні блоку культурної моделі, дані стандартизовано, американська вибірка (N=189) (адаптовано з Maltseva, 2015a)

Рис. 3.7. Аналіз головних компонент, виконано на транспонованій матриці (q-аналіз кейсів), шкала процвітання Е. Дінера (8 змінних), дані стандартизовано, американська вибірка (N=189) (адаптовано з Maltseva, 2015a)

Рис. 3.8. Множинний аналіз відповідностей для шведських нормативних та ціннісних шкал і демографічних категорій, N=128 (адаптовано з Maltseva, 2016)

Рис. 3.9. Множинний аналіз відповідностей, виконаний на ціннісних шкалах та демографічних категоріях, студентська вибірка, США, N=156 (адаптовано з Maltseva, 2013)

Рис. 3.10. Схема процесів медіації та модерації, адаптовано з Baron & Kenny (1986)

Рис. 3.11. Схема концептуальної моделі невідповідності стилю життя індивіда культурно-нормативному профілю групи як стресора

Рис. 3.12. Аналіз принципів компонент (культурна модель успіху), транспонована матриця (n=234)

Рис. 3.13. Власні значення трьох перших головних компонентів (аналіз консенсусу)

Рис. 3.14. Множинний аналіз відповідностей, виконаний на шкалах

Рис. 3.15. Градієнт у самооцінці стану здоров'я у цілому.

Рис. 3.16. Градієнт у самооцінці стану самопочуття.

Рис. 3.17. Індекси добробуту та депресії за соціально-економічним статусом (N=306, США, 2012)

Рис. 3.18. Кластерна дендрограма виміру "Включеність в культурні практики" (Мальцева, 2021b)

Рис. 3.19. Елементи стилю життя за мірою залученості до високих культурних практик (Мальцева, 2021b)

Розділ 4.

Табл. 4.1. Регресійний аналіз: Соціально економічний статус та депресія (N=306, США, 2012)

Табл. 4.2. Регресійний аналіз: Соціально економічний статус та процвітання (N=306, США, 2012)

Табл.4.3. Аналіз середніх тенденцій, демографічні змінні (n=902)

Табл. 4.4. Кореляція індексів

Табл. 4.5. Прості лінійні регресії

Табл. 4.6. Множинні лінійних регресій для хронічних хвороб (N=902): Модель 1

Табл. 4.7. Множинні лінійних регресій для хронічних хвороб (N=902): Модель 2

Табл. 4.8. Множинні лінійних регресій для хронічних хвороб (N=902): Модель 3

Табл. 4.9. Соціально-економічний статус та спосіб життя

Табл. 4.10. Лінійні регресії демографічні змінні та практики і звички

Табл. 4.11. Перевірка гіпотези щодо впливу соціально-економічного статусу на стан здоров'я (самозвіти)

Табл. 4.12. Перевірка гіпотези щодо впливу стану здоров'я (самозвіти) на соціально-економічний статус.

Табл. 4.13. Описові статистики (адаптовано з Мазай & Мальцева, 2019)

Табл. 4.14. Розподіл самооцінок стану здоров'я респондентів за віком (адаптовано з Мазай & Мальцева, 2019)

Табл. 4.15. Розподіл самооцінок стану здоров'я респондентів за типом зайнятості (адаптовано з Мазай & Мальцева, 2019)

Табл. 4.16. Самооцінки стану здоров'я респондентів залежно від задоволеності доходом (адаптовано з Мазай & Мальцева, 2019)

Табл. 4.17. Самооцінки стану здоров'я респондентів відповідно до рівня їхньої освіти (адаптовано з Мазай & Мальцева, 2019)

Табл. 4.18. Розподіл самооцінок стану здоров'я респондентів залежно від наявності оплачуваної праці (адаптовано з Мазай & Мальцева, 2019)

Табл. 4.19. Розподіл самооцінок стану здоров'я серед респондентів, які зазнають вікової дискримінації (адаптовано з Мазай & Мальцева, 2019)

Табл. 4.20. Розподіл самооцінок стану здоров'я серед респондентів, які зазнають статевої дискримінації (адаптовано з Мазай & Мальцева, 2019)

Табл. 4.21. Розподіл самооцінок стану здоров'я серед респондентів, які зазнають дискримінації через расу або колір шкіри (адаптовано з Мазай & Мальцева, 2019)

Табл. 4.22. Шкала орієнтації стратегії життєвої історії (42 змінні, адаптовано з Figueredo et al., 2017)

Табл. 4.23. Кореляція індексів метрик

Табл. 4.24. Вплив орієнтації стратегії життєвої історії на виконання карантинних вимог: Прості лінійні регресії

Табл. 4.25. Кореляції метрик

Табл. 4.26. Прості лінійні регресії

Табл. 4.27. Порівняльна таблиця регресій (2022 та 2023 рр.).

Рис. 4.1. Концептуальні ланки у взаємодії між стресом та здоров'ям (адаптовано з Matthews & Gallo, 2011)

Рис. 4.2. Концептуальна схема моделі резервної ємності (адаптовано з Bennett, Buchanan, Jones & Spertus, 2015)

Рис. 4.3. Градієнт у самооцінці стану здоров'я у цілому (Мальцева, 2021b).

Рис. 4.4. Градієнт у самооцінці стану самопочуття (Мальцева, 2021b).

Рис. 4.5. Аналіз медіацій: Стрес, соціально-економічний статус і самооцінка здоров'я

Рис. 4.6. Аналіз медіацій: Стрес, соціально-економічний статус в дитинстві і самооцінка здоров'я

Рис. 4.7. Аналіз медіацій: Стрес, соціально-економічний статус і депресія

Рис. 4.8. Аналіз медіацій: Стрес, соціально-економічний статус і психологічний добробут

Рис. 4.9. Схема впливу матеріальних та когнітивних чинників на здоров'я