

Культурно-психологические особенности отношения к здоровью русских и китайских студентов¹

© 2006 г. Н.М. Лебедева*, А.Н. Татарко**, В.И. Чирков***, Ц. Лю****

*Д. психол. н., профессор Государственного университета – Высшей школы экономики,
Москва, Россия, lebedhope@yandex.ru

**Канд. психол. н., н.с. Института этнологии и антропологии РАН, Москва, Россия,
tatarko@yandex.ru

*** Профессор Университета Саскатчеван, Саскатун, Канада, vly35@hotmail.com

**** Канд. психол. н., доцент Харбинского педагогического Университета, Харбин, Китай,
liunina2003@mail.ru

Представлены результаты эмпирического исследования взаимосвязи социокультурных и личностных характеристик с установками по отношению к своему здоровью на выборках китайских (n =103) и русских (n= 182) студентов. Выявлены кросскультурные различия: у китайских студентов более высокие показатели социального капитала и долговременной ориентации, у русских – автономная мотивация поведения по отношению к своему здоровью. Установки женщин по отношению к здоровью в обеих выборках более позитивны, чем мужчин. Такие показатели социального капитала, как уровень и радиус доверия, значимость этнической и гражданской идентичности, сопряжены с положительными установками по отношению к здоровью в обеих выборках. Автономная мотивация поведения взаимосвязана с позитивными установками по отношению к здоровью в русской выборке.

Ключевые слова: этническая идентичность, ценности, культура, здоровье, психологическое благополучие, социальный капитал, доверие, установки, поведение, мотивация.

Здоровью подрастающего поколения уделяется особое внимание специалистами разных дисциплин во многих странах. Помимо интенсивных медико-биологических исследований ученые нацелены на поиск социокультурных и индивидуально-личностных факторов, влияющих на отношение молодых людей к своему здоровью. В фокусе данного исследования – взаимосвязь социокультурных и личностных характеристик с установками молодых россиян и китайцев по отношению к своему здоровью.

¹ Исследование выполнено при финансовой поддержке РГНФ (проект № 05-06-370а).

По данным медицинской статистики, показатели физического и психического здоровья в России – одни из самых низких в мире, а уровень алкоголизации и число преждевременных смертей – в ряду самых высоких. Россия занимает 4-е место в мире по количеству юных курильщиков (13–15 лет). При этом курящие женщины в России составляет 11.4 %, а в Китае – 3.5 % [9].

В контексте социальной психологии термин “здоровье” определяется в первую очередь как отсутствие стресса и поведение, способствующее здоровью (*health behavior*) [20]. Данные ВОЗ свидетельствуют о том, что не менее 50% здоровья человека зависит от образа жизни; 20% отводится на влияние внешней среды (экология); еще 20% приходится на наследственность и 10% – на факторы, зависящие от системы здравоохранения (оказание медицинской помощи). Таким образом, доминирующая роль образа жизни в обеспечении здоровья человека более чем очевидна. В современной психологии здоровья образ жизни рассматривается как диалектическое равновесие “возможностей – выбора”. Образ жизни индивида, с одной стороны, зависит от предоставляемых его жизненной ситуацией возможностей: социоэкономического статуса, возраста, пола, расы/этничности, которые формируют социокультурные факторы отношения к своему здоровью. Другая сторона – это автономный выбор индивида из этих возможностей [14]. Наше исследование нацелено на выявление социокультурных (социально-психологических) и индивидуально-личностных факторов, связанных с установками по отношению к здоровью у русских и китайских студентов.

На наш взгляд, Россия и Китай, имея сходные культурные характеристики [21, 31], различаются, прежде всего, по показателям социального капитала, которые влияют на мотивацию поведения в отношении поддержания или разрушения собственного здоровья. По мнению Р. Патнэма, “социальный капитал – это уходящие в глубь истории традиции социального взаимодействия, предполагающие нормы взаимности и доверия между людьми, широкое распространение различного рода добровольных ассоциаций...” [7, с. 224].

Существуют исследования, подчеркивающие роль социального капитала для сохранения здоровья. Одно из первых исследований, проведенных в Калифорнии [8], включало 4725 респондентов. Результаты оказались одинаковыми для мужчин и женщин: наиболее высокая смертность отмечена у людей с наименьшим количеством социальных связей, а наиболее низкий уровень смертности зарегистрирован у людей с многочисленными социальными связями. Это исследование впервые убедительно показало огромную роль социального капитала в сохранении здоровья. В другом исследовании было выявлено, что дефицит социального капитала влияет на увеличение количества обращений детей в службы коррекции психического здоровья [11].

Основу социального капитала составляют принадлежность к группе и внутригрупповое доверие. Поэтому в нашем исследовании измеряются такие показатели социального капитала,

как уровень и радиус доверия, а также - степень значимости этнической и гражданской идентичности. Необходимо пояснить, что **радиус доверия** — категория, определяющая круг лиц (или социальных групп), входящих в единую систему доверительных отношений. Определенным уровнем доверия обладают члены любого общества, значительные различия между культурами обусловлены именно радиусом доверия.

Следующей культурно-обусловленной характеристикой, которая может различаться у русских и китайцев, является временная перспектива – сложный психологический конструкт, имеющий многомерную структуру, включающую ряд динамических параметров: протяженность, направленность и др. Временная перспектива может значительно варьировать от культуры к культуре. Например, считается, что Иран, Индия и некоторые страны Дальнего Востока ориентированы на прошлое, США – на настоящее и ближайшее будущее. Страны Дальнего Востока, подверженные влиянию конфуцианства (в первую очередь Китай) отличаются наиболее долговременной перспективой по сравнению с другими странами [22]. Что касается России, то с точки зрения некоторых отечественных специалистов [1], для России традиционно была характерна ориентация на прошлое и будущее. Существуют социологические исследования, указывающие на то, что временная перспектива имеет тенденцию к сужению в стесненных экономических условиях [5]. Согласно результатам исследований, увеличение продолжительности временной перспективы положительно связано с повышением удовлетворенности жизнью и улучшением состояния здоровья человека [2].

Тем не менее, какие бы социокультурные факторы ни влияли на отношение индивида к здоровью, в конечном итоге он сам принимает решение, каким моделям поведения в отношении здоровья необходимо следовать. В этой связи встает вопрос об уровне автономии при принятии подобного рода решений. Некоторые теоретики рассматривали автономию как основную и универсальную человеческую потребность, неудовлетворение которой приводит к культурному отчуждению. Другие писали об автономии как о ценности, присущей западным культурам, указывая, что в иных культурах она может способствовать большей удовлетворенности жизнью и хорошему здоровью [13].

Автономия связана с внутренним контролем поведения человека. Соответственно автономное поведение – действие, которое мотивируется “изнутри”. Противоположность автономии – гетерономия, или регулирование поведения силами извне. Теория самодетерминации утверждает, что возможность свободного выбора, действия, решения, которая характеризует автономию, является неотъемлемым аспектом хорошего самочувствия и позитивного отношения к здоровью. Если окружающая среда начинает контролировать поведение, блокируя эту возможность, то это негативно сказывается на самочувствии индивида [13]. На сегодняшний день в рамках теории самодетерминации существуют многочисленные данные о том, что автономная мотивация поведения в отношении своего здоровья оказывает

позитивное и долговременное влияние на показатели здоровья (на выборках как больных, так и здоровых людей) [30,33,34].

Теоретическая гипотеза: социокультурные и личностные характеристики связаны с отношением индивида к своему здоровью.

Исследовательские гипотезы:

1. У китайских студентов более высокие показатели социального капитала и долговременной ориентации, а также более позитивные установки по отношению к здоровью, чем у русских студентов.
2. У русских студентов более выражена автономная мотивация поведения по отношению к своему здоровью.
3. Женщинам в обеих выборках свойственны более позитивные установки по отношению к своему здоровью, чем мужчинам.
4. Такие показатели социального капитала, как уровень и радиус доверия, значимость этнической и гражданской идентичности, взаимосвязаны с позитивными установками по отношению к здоровью.
5. Автономная мотивация поведения взаимосвязана с позитивными установками по отношению к здоровью.

Цель настоящего исследования: выявить взаимосвязь социокультурных и личностных характеристик с установками и поведением русских и китайских студентов по отношению к здоровью.

Предмет исследования: кросскультурные характеристики отношения к своему здоровью.

Объект исследования: отношение к своему здоровью.

МЕТОДИКА

Участники исследования: 285 респондентов; них 182 – русских студента Государственного университета – “Высшая школа экономики” Государственного университета гуманитарных наук. и 103 китайских студента Харбинского педагогического университета (табл. 1).

Таблица 1. Состав выборки

Этническая группа	Ко-во респондентов	Возраст	Пол, чел.
Русские	182	$Me = 18$	Муж. – 76

			Жен. – 106
Китайцы	103	<i>Me</i> =22	Муж. – 52 Жен. – 51

Процедура исследования. Участникам предъявлялся для заполнения опросник, в который входил набор методик, позволяющих оценить социокультурные и личностные характеристики респондентов, а также их установки по отношению к здоровью. Русские студенты (г. Москва) заполняли опросник на русском языке, китайские студенты (г. Харбин, КНР) – на китайском. Бланки опросника предъявлялись исследователем очно группе респондентов (15-20 человек), и каждый респондент заполнял опросник индивидуально. Таким образом, порядок предъявления методик для обеих выборок был одинаковым.

В опросник вошли следующие шкалы и методики:

а) Шкала для оценки общей установки личности на доверие / недоверие, построенная по типу шкалы Лайкерта. Был осуществлен перевод и апробация шкалы, адаптация для шкал Лайкерта не требуется.

б) Радиус доверия. Для его оценки также использовались шкалы Лайкерта.

в) Опросник Дж. Фонга и П. Холла для оценки временной перспективы. Надежность-согласованность опросника для русской выборки $\alpha=0.82$, для китайской $\alpha=0.62$. Распределение данных опросника не отличается от нормального по критерию Колмогорова-Смирнова ($Z=1,05$; $p>0,21$ для $n=285$)

г) Шкала (по типу шкалы Лайкерта) для оценки типичности здорового образа жизни в стране.

е) Опросник самодетерминации поведения (В.И. Чирков, Р. Райян).

ж) Набор шкал (по типу шкалы Лайкерта) для оценки отношения респондента к собственному здоровью.

з) Опросник для оценки психологического благополучия К. Рифф Надежность-согласованность пунктов опросника для китайской выборки $\alpha=0.63$; для русской – $\alpha=0.60$. Распределение данных опросника не отличается от нормального по критерию Колмогорова-Смирнова ($Z=0,81$; $p>0,53$ для $n=285$)

Апробация и адаптация методик осуществлялась авторами данной работы в ходе двух исследований (563 респондента): первое осуществлено в 2003 г., выборка составила 460 респондентов (220 – русские, 188 – представители коренных народов Севера, 52 – армяне); второе проведено в 2004 г. по нашей методике студенткой ф-та психологии МГУ Е. Чибисовой, в выборку вошли 51 русский и 52 китайских студента, проходящих обучение в МГУ.

Переменные.

Социокультурные характеристики (6 переменных).

1. Показатели *социального капитала*:

а) общий уровень доверия. Рассчитывается как среднее арифметическое ответов по семи балльной шкале на два вопроса, позволяющие оценить, насколько индивид склонен доверять другим людям. “Считаете ли Вы, что большинству людей можно доверять или что нужно быть осторожным с людьми?” “Считаете ли Вы, что большинство людей при малейшей возможности будут использовать Вас в своих целях или они будут относиться к Вам по-честному?” Данные вопросы заимствованы из опросника *World Values Survey* [21];

б) радиус доверия. Для его оценки респонденту предлагался список основных социальных институтов, играющих важную роль в жизни индивида и общества (например, правительство, президент, СМИ, церковь, образовательные учреждения, армия и др.). Необходимо было оценить, насколько респондент доверяет или не доверяет каждому из них. Данная методика также заимствована из опросника *World Values Survey* [21];

в) степень важности гражданской и этнической идентичности устанавливалась с помощью следующих вопросов: “Насколько Вы ощущаете себя представителем своего государства?” и “Насколько Вы ощущаете себя представителем своего народа?” Для ответа предлагалась шкала от 1 - “совсем не ощущаю” до 5-“ощущаю в полной мере”.

2. *Временная перспектива* оценивалась по опроснику Дж. Фонга и П. Холла [18], включающему 13 пунктов, позволяющих определить, на что ориентируется индивид в большей мере – на будущее или настоящее. Для ответов на вопросы пунктов использовалась семибалльная шкала.

Оценить долговременную ориентацию позволял вопрос: “На какой промежуток времени вперед Вы можете планировать свою жизнь?”. Ответ давался 7-балльная шкала от 1 – “совсем не могу” до 7 – “на 30 и более лет”.

3. *Типичность здорового образа жизни в стране* оценивалась с помощью вопроса: “Насколько типично, по Вашему мнению, для большинства россиян (китайцев) вести здоровый образ жизни?” по семибалльной шкале от 1 – “очень нетипично” до 7 – “очень типично”.

Личностные характеристики (11 переменных).

Согласно гипотезам исследования, в качестве одной из личностных характеристик, способствующих позитивному отношению к здоровью, нами рассматривался *уровень автономии мотивации поведения, связанного со здоровьем*. Данная шкала содержит описание четырех видов поведения (курение, употребление алкоголя, правильное питание, занятие спортом) и шести причин, объясняющих мотивацию (как внешнюю, так и внутреннюю) каждого из этих видов. Оценка производилась с помощью пятибалльной шкалы [16].

Например, чтобы отметить степень согласия с вариантами причин, по которым он курит, респонденту предлагались следующие варианты:

Причина 1. Под воздействием внешних влияний; наград или наказаний “Я веду себя подобным образом, потому что кто-то настаивает, чтобы я так поступил(а)”. “Я ожидаю получить поощрение или избежать наказания, поступая таким образом”.

Причина 2. Чтобы получить одобрение или избежать чувства стыда “Я веду себя подобным образом, потому что окружающие одобряют меня за такое поведение”. “Я считаю, что должен(а) так поступать”. “Если я не буду поступать подобным образом, то буду испытывать чувство вины, стыда или беспокойства”.

Причина 3. Потому что это важно “Я веду себя подобным образом, потому что лично глубоко убежден(а) в важности и правильности такого поведения”.

Причина 4. Это свободный выбор после серьезного обдумывания “Я поступаю таким образом после серьезного обдумывания и учета всех возможных альтернатив”. “У меня есть серьезные основания так поступать”. “Я свободен(а) в своем выборе и несу ответственность за его последствия”.

Причина 5. Потому что это мне нравится “Я веду себя подобным образом, потому что это мне нравится или просто интересно”. “Я испытываю удовольствие и удовлетворение, поступая таким образом”.

Аналогичный список мотивов предлагался для остальных видов поведения: употребление алкоголя, занятие спортом, правильное питание.

Показатели отношения к здоровью:

а) субъективная оценка своего здоровья в настоящее время, его изменения за последние 2–3 года и ожидания изменений в течение последующих 3–5 лет;

б) вопросы, позволяющие оценить частоту видов поведения, деструктивных или конструктивных по отношению к здоровью:

– частота курения и употребления алкоголя,

– частота визитов к врачу,

– представление о частоте моделей поведения, направленных на сохранение здоровья, регулярность заботы о своем здоровье и т.п. (вопросы по международному инструментарию - *Health Behavior Marker Scales* [32]);

в) психологическое благополучие, которое оценивалось с помощью шкалы К. Рифф [29], включающей 18 пунктов по шести измерениям психологического благополучия: позитивное отношение к себе и своему прошлому; наличие целей и занятий, придающих жизни смысл; способность выполнять требования повседневной жизни; чувство непрекращающегося развития и самореализации; отношения с другими, пронизанные заботой и доверием; способность следовать собственным убеждениям. Из значений по данным показателям складывается индекс психологического благополучия, который был использован в исследовании.

Обработка данных проводилась с помощью пакета SPSS 11.0 с использованием множественного регрессионного анализа (метод *stepwise*). Для определения внутренней согласованности психологических оценок использовалась процедура Reliability, вычислялся коэффициент α Кронбаха; для определения достоверности различий применялся Z-критерий Колмогорова–Смирнова для независимых выборок.

РЕЗУЛЬТАТЫ

1. Межгрупповые различия социокультурных и личностных характеристик

Межгрупповые различия социокультурных характеристик русской и китайской выборок по критерию Колмогорова–Смирнова, приведены в табл. 2.

Таблица 2. Межгрупповые различия социокультурных характеристик

Группы	Китайцы			Русские		
	Me	range	Min-max	Me	range	Min-max
<i>Социокультурные характеристики</i>						
Уровень доверия	4.5	6.0	1.0 – 7.0	3.5	5.5	1.0 – 6.5
Радиус доверия	3.11*	3,88	1,94 - 5,82	2.6*	4.29	1.0 – 5.29
Значимость этнической идентичности	3.0**	4.0	1.0 - 5.0	4.0**	4.0	1.0 – 5.0
Значимость гражданской идентичности	4.0***	4.0	1.0 - 5.0	4.0***	4.0	1.0 - 5.0
Временная перспектива	5.07**	2.62	4.15 – 6.77	4.3**	3.62	2.5 – 6.15
Длительность планирования своей жизни	6.00***	4.00	3.00 – 7.00	2.00***	6.0	1.0 – 7.0
Типичность здорового образа жизни в культуре	7.00***	6.00	1.00 – 7.00	3.00***	6.0	1.0 - 7.0

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

Me – медиана; range – размах.

Выявлены значимые различия в показателях социального капитала: радиус доверия и значимость гражданской идентичности выше у китайских студентов (несмотря на совпадение медиан), а значимость этнической идентичности – у русских. Показатель временной перспективы выше у российских студентов, однако длительность планирования своей жизни у китайских студентов значимо больше (в диапазоне 20–25 лет), в то время как у русских – лишь 5–6 лет. По субъективным оценкам респондентов, для китайской культуры намного более типичен здоровый образ жизни.

Таблица 3. Межгрупповые различия личностных характеристик (автономной мотивации поведения) и показателей отношения к своему здоровью

Группы	Китайцы			Русские		
	<i>Me</i>	<i>range</i>	Min-max	<i>Me</i>	<i>range</i>	Min-max
Личностные характеристики и показатели отношения к здоровью						
Автономия курения	0.0*	20.0	-8.0 – 12.0	2.0*	22.0	-10.0 – 12.0
Автономия занятий спортом	4.0*	20.0	-8.0 - 12.0	6.0*	16.0	-4.0 - 12.0
Автономия потребления алкоголя	0.0**	22.0	-10.0 – 12.0	2.0**	22.0	-10.0 – 12.0
Автономия правильного питания	4.0*	24.0	-12.0 – 12.0	6.0*	20.0	-8.0 – 12.0
Личностная оценка важности здоровья	7.0***	6.0	1.0 – 7.0	6.0***	5.0	2.0 – 7.0
Ответственность личности за состояние своего здоровья	7.0***	4.0	3.0 – 7.0	6.0***	4.0	3.0 -7.0
Оценка здоровья в настоящее время	5.0***	6.0	1.0 – 7.0	5.0***	6.0	1.0 – 7.0
Частота курения	1.0*	6.0	1.0 – 7.0	1.0*	6.0	1.0 – 7.0
Частота употребления алкоголя	2.0**	5.0	1.0 – 6.0	2.0**	6.0	1.0 – 7.0
Частота моделей здоровье-сберегающего поведения	3.0	9.0	0.0-9.0	4.0***	9.0	0.0 – 9.0
Регулярность заботы о здоровье	4.0***	5.0	2.0 – 7.0	5.0*	6.0	1.0-7.0
Уровень депрессии	3.0**	5.75	1.0 – 6.75	2.5**	6.0	1.0 – 7.0

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

Me – медиана; *range* – размах

Показатели автономной мотивации поведения (как поддерживающего, так и разрушающего здоровье) значимо выше у русских студентов, чем у китайских. Китайцы, по сравнению с русскими), признают большую важность здоровья для личности, считая, что личность несет ответственность за состояние своего здоровья. При этом у них значимо выше уровень депрессии (см. табл. 3).

У русских значимо выше частота курения и употребления алкоголя (несмотря на совпадение медиан по этим параметрам). При этом русские студенты оценивают состояние своего здоровья в настоящее время как более благополучное (по сравнению с китайцами), а также у них значимо выше субъективные показатели частоты моделей здоровье-сберегающего поведения и регулярности заботы о здоровье.

Поскольку в российской выборке женщин было значительно больше, чем мужчин, были проанализированы различия по всем показателям между мужчинами и женщинами в китайской и русской выборках. В табл. 4–5 представлены достоверные различия по критерию Колмогорова-Смирнова.

Таблица 4. Межполовые различия личностных характеристик (автономной мотивации поведения) и показателей отношения к здоровью (русская выборка)

Личностные характеристики и показатели отношения к здоровью	Мужчины			Женщины		
	<i>Me</i>	<i>range</i>	Min-max	<i>Me</i>	<i>range</i>	Min-max
Частота моделей здоровьесберегающего поведения	3.0***	9.0	0.0-9.0	5.0***	9.0	0.0 – 9.0
Уровень депрессии	2.25*	6.0	1.0 – 7.0	3.0*	6.0	1.0 – 7.0
Уровень доверия	3.25*	5.0	1.0 – 6.0	4.0*	5.5	1.0 – 6.5
Автономия курения	0.0***	20.0	-8.0 – 12.0	4.0***	22.0	-10.0- 12.0
Автономия правильного питания	4.0**	20.0	-8.0 – 12.0	7.0**	17.0	-5.0 – 12.0

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

Me – медиана; *range* – размах

Согласно полученным данным, у русских студенток статистически значимо выше частота моделей здоровьесберегающего поведения, но одновременно выше и уровень депрессии. Уровень доверия у русских женщин несколько выше, чем у мужчин. Автономная мотивация поведения как поддерживающего здоровье (правильное питание), так и разрушающего его (курение) также значимо выше у русских женщин.

Таблица 5. Межполовые различия личностных характеристик (автономной мотивации поведения) и показателей отношения к здоровью (китайская выборка)

Личностные характеристики и показатели отношения к здоровью	Мужчины			Женщины		
	<i>Me</i>	<i>range</i>	Min-max	<i>Me</i>	<i>range</i>	Min-max
Частота курения	1.0***	6.0	1.0 – 7.0	1.0***	1.0	1.0 – 2.0
Частота употребления алкоголя	2.0***	5.0	1.0 – 6.0	1.0***	2.0	1.0 – 3.0
Автономия занятий спортом	3.0*	20	-8.0 – 12.0	4.0*	16.0	-4.0 – 12.0

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

Me – медиана; *range* – размах

Частота курения (несмотря на совпадение медиан) и употребления алкоголя у китайских мужчин статистически значимо выше, чем у женщин (хотя абсолютные значения данных показателей довольно низкие). Автономная мотивация поведения, поддерживающего здоровье, в частности, в сфере занятий спортом, значимо выше у китайских женщин.

2. Взаимосвязь социокультурных и личностных характеристик с установками и поведением русских и китайских респондентов по отношению к здоровью

С использованием множественного регрессионного анализа оценивалась взаимосвязь социокультурных и личностных характеристик с установками русских и китайских студентов по отношению к здоровью (см. табл. 6–9).

Таблица 6. Связь социокультурных характеристик с установками по отношению к здоровью (русская выборка)

Установки по отношению к здоровью	Социокультурные характеристики						R ²	F
	уровень доверия, β	радиус доверия, β	значимость этнической идентичности, β	значимость гражданской идентичности, β	долговременная ориентация, β	типичность здорового образа жизни, β		
Личностная оценка важности здоровья						.15*	.02	4.1**
Зависимость здоровья человека от его поведения	.15*						.02	4.2*
Ответственность личности за состояние своего здоровья					.18*		.03	5.5*
Позитивная оценка здоровья в наст. время					.17*		.03	5.4*
Частота курения		-.20**					.04	6.9**
Частота употребления алкоголя						-.15*	.02	4.0*
Регулярность заботы о своем здоровье					.20**	.18*	.08	7.7***
Частота моделей здоровье-сберегающего поведения						.17**	.03	5.0*
Психологическое благополучие		.15*			.20**		.07	6.1**
Депрессия	.19**		-.18*		-.19*		.10	6.2***
Тревожность			-.23**				.05	9.6**

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

β – стандартизированные коэффициенты уравнения регрессии;

F – значение критерия Фишера;

R^2 – доля дисперсии;

Значение критерия толерантности $toler = 0.05$.

У русских студентов уровень доверия положительно связан с осознанием зависимости здоровья от поведения личности и уровнем депрессии. Радиус доверия позитивно связан с психологическим благополучием и негативно – с частотой курения. Значимость этнической идентичности негативно связана с уровнем тревожности и депрессии. Долговременная ориентация позитивно связана с осознанием ответственности личности за свое здоровье, позитивной оценкой здоровья в настоящее время, регулярностью заботы о своем здоровье, психологическим благополучием и негативно – с уровнем депрессии.

Типичность здорового образа жизни в культуре позитивно связана с личностной оценкой важности здоровья, регулярностью заботы о своем здоровье, частотой моделей здоровьесберегающего поведения.

Табл. 7. Связь социокультурных характеристик с установками по отношению к здоровью (китайская выборка)

Установки по отношению к здоровью	Социокультурные показатели						R^2	F
	уровень доверия, β	радиус доверия, β	значимость этнической идентичности β	значимость гражданской идентичности β	долговременная ориентация, β	типичность здорового образа жизни, β		
Оценка здоровья в настоящее время			.31***				.10	11.1***
Частота обращения за мед. помощью						.27**	.07	7.7**
Регулярность заботы о своем здоровье						.21*	.04	4.5*
Психологическое благополучие	.28**			.24**			.16	9.4***

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

β – стандартизированные коэффициенты уравнения регрессии;

F – значение критерия Фишера;

R^2 – доля дисперсии;

Значение критерия толерантности $toler = 0.05$.

Отформатировано:
русский (Россия)

У китайских студентов уровень доверия позитивно связан с психологическим благополучием. Значимость этнической идентичности положительно связана с благоприятной оценкой здоровья в настоящее время, а гражданской идентичности – с психологическим благополучием. Типичность здорового образа жизни в культуре позитивно связана с частотой обращения за медицинской помощью и регулярностью заботы о своем здоровье.

Таблица 8. Связь личностных характеристик (автономной мотивации поведения) с установками по отношению к здоровью (русская выборка)

Установки по отношению к здоровью	Автономная мотивация				R^2	F
	курения, β	занятий спортом, β	потребления алкоголя, β	правильного питания, β		
Личностная оценка важности здоровья				.36***	.13	24.9***
Ответственность личности за состояние своего здоровья				.22**	.05	8.5**
Оценка здоровья через 5 лет				.23**	.05	9.4**
Частота курения				-.24**	.05	9.9**
Частота употребления алкоголя				-.25***	.06	11.4***
Регулярность заботы о своем здоровье				.19*	.04	6.5*
Частота моделей здоровье-сберегающего поведения				.26***	.07	12.2***
Психологическое благополучие				.22**	.05	8.4**

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

β – стандартизированные коэффициенты уравнения регрессии;

F – значение критерия Фишера;

R^2 – доля дисперсии;

Значение критерия толерантности $toler = 0.05$.

У русских студентов выявились значимые взаимосвязи с установками по отношению к своему здоровью только одного вида автономной мотивации – правильного питания. Отмечается ее положительная связь со всеми позитивными установками по отношению к своему здоровью и отрицательная – с частотой курения и употребления алкоголя.

Таблица 9. Связь личностных характеристик (автономной мотивации поведения) с установками по отношению к здоровью (китайская выборка)

Установки по отношению к здоровью	Автономная мотивация				R^2	F
	Курения, β	занятий спортом, β	потребления алкоголя, β	правильного питания, β		
Оценка здоровья в настоящее время	-.23*			-.21*	.12	6.7**
Частота употребления алкоголя			-.23*		.05	5.7*
Регулярность заботы о своем здоровье		-.23*			.05	5.3*

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

β – стандартизированные коэффициенты уравнения регрессии;

F – значение критерия Фишера;

R^2 – доля дисперсии;

Значение критерия толерантности $toler = 0.05$.

У китайских студентов показатели автономной мотивации курения и правильного питания негативно связаны с позитивной оценкой здоровья в настоящее время. Автономная мотивация потребления алкоголя негативно связана с частотой его потребления, а занятий спортом – с регулярностью заботы о своем здоровье.

ОБСУЖДЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ

В исследовании выявились значимые кросскультурные различия в социокультурных и психологических характеристиках русских и китайских респондентов, а также в показателях отношения к своему здоровью.

В целом такие показатели социального капитала, как радиус доверия и значимость гражданской идентичности, отражающие широту и интенсивность социальных связей в обществе, значимо выше у китайских респондентов. Наряду с более высокой оценкой типичности здорового образа жизни в китайской культуре этот факт позволяет предположить, что в Китае более типичными и распространенными являются коллективные модели здоровьесберегающего поведения, которые усваиваются молодежью в процессе культурной

социализации и облегчают проблему сохранения здоровья. Об этом свидетельствуют результаты исследований социальных репрезентаций здоровья и болезни у китайцев в Англии. На вопросы ученых о том, каким образом они получили столь богатые знания о здоровье и болезни, китайцы типично отвечали: «Это наша культура. Это так просто. Каждый знает» [19, с. 247-260].

Высокий уровень различий в длительности планирования своей жизни у китайских и русских студентов может объясняться как традиционностью долговременной ориентации, свойственной конфуцианским культурам, так и влиянием социально-экономического кризиса в России. В исследовании К. Муздыбаева было показано, что затяжной кризис последнего десятилетия сильно повлиял на временную перспективу россиян: она либо сильно сократилась, либо стала полностью неопределенной [6]. Таким образом, можно констатировать, что социокультурные характеристики, способные позитивно влиять на установки и поведение, связанные со здоровьем, более выражены у китайских студентов, чем у русских. Это находит подтверждение и в установках по отношению к здоровью: китайцы (по сравнению с русскими) признают большую его важность для человека, считая, что личность несет ответственность за состояние своего здоровья.

Однако показатели автономной мотивации и моделей как здоровье - берегающего поведения (регулярность заботы о здоровье), так и здоровье - разрушающего (курение и употребление алкоголя) значимо выше у русских студентов, чем у китайских. Интересным является тот факт, что русские респонденты субъективно оценивают состояние своего здоровья в настоящее время как более благополучное (по сравнению с китайскими). Исследуя современный кризис здоровья в России, зарубежные авторы обнаружили, что высокий уровень потребления алкоголя и курение в компании друзей у российских мужчин связан с субъективным чувством благополучия, несмотря на пагубные последствия для их здоровья и продолжительности жизни [14]. Это говорит о том, что потребность мужчин-россиян в принадлежности к группе, в социальной поддержке, ощущении благополучия более значима, чем сохранение собственного здоровья. Такой выбор как удовлетворение социально-психологических потребностей в ущерб индивидуально-личностным характерен для коллективистских культур, поэтому важно, чтобы в таких культурах существовали регулятивные механизмы поддержания здоровья индивида.

Обращают на себя внимание выявленные межполовые различия в отношении к своему здоровью в разных выборках. Так, женщины в обеих культурах более ориентированы на сохранение здоровья, чем мужчины, о чем свидетельствует более выраженная частота моделей здоровье-берегающего поведения (у россиянок) и автономная мотивация поведения, поддерживающего здоровье (правильного питания – у русских студенток и занятий спортом – у китайских). Кроме того, в китайской выборке выявлены различия по частоте курения и

употребления алкоголя между мужчинами и женщинами, а в русской таких различий не обнаружено. При этом у русских девушек (по сравнению с мужчинами) более выражена автономная мотивация курения и выше уровень депрессии.

Из данных литературы следует, что женщины во многих культурах традиционно ассоциируются со здоровьем и телом, а мужчины – с публичной сферой, работой и продуктивностью [27]. Поэтому здоровье и забота о здоровье рассматриваются как часть социальной активности женщин [28]. Согласно результатам исследований связи маскулинности и здоровья, многие мужчины часто чувствуют необходимость реализовать модели «рискованного» поведения, чтобы доказать свою «мужественность» [26].

Исследование взаимосвязи социокультурных характеристик с установками в отношении своего здоровья выявило в целом положительную взаимосвязь показателей социального капитала (уровня и радиуса доверия, значимости этнической и гражданской идентичности) и типичности здорового образа жизни с позитивными установками по отношению к своему здоровью и психологическим благополучием в обеих культурах. Долговременная ориентация взаимосвязана с позитивными установками по отношению к здоровью и психологическим благополучием только у русских респондентов. Эти результаты согласуются с данными, полученными ранее В.И. Чирковым с соавторами на выборке канадских студентов: воспринимаемый социальный капитал позитивно связан с высокими субъективными показателями здоровья [12,13]. Исследования по долговременной ориентации других авторов также продемонстрировали, что чем больше люди ориентированы на будущее, тем больше они склонны к поддержанию своего здоровья [18]. Следовательно, такие социокультурные характеристики, как высокий уровень социального капитала, долговременная ориентация и типичность здорового образа жизни, сопряжены с позитивными установками и поведением в отношении своего здоровья в обеих выборках.

Исследование взаимосвязи личностных характеристик с установками в отношении здоровья показало тесную сопряженность автономной мотивации правильного питания с позитивными установками и высокими субъективными показателями здоровья и психологического благополучия в русской выборке. У китайских респондентов автономная мотивация здоровье – сберегающего поведения (занятий спортом и правильного питания) негативно связана с регулярностью заботы о здоровье и его положительной оценкой в настоящее время. Автономная мотивация здоровье - разрушающего поведения (курения и потребления алкоголя) в русской выборке не связана с установками по отношению к здоровью, а в китайской – негативно связана с оценкой здоровья в настоящее время и частотой употребления алкоголя. Таким образом, выявлены кросскультурные различия взаимосвязи личностных факторов с установками по отношению к своему здоровью: в русской выборке автономная мотивация сопряжена с позитивными установками по отношению к своему

здоровью, а в китайской – как с позитивными (снижение частоты употребления алкоголя), так и негативными – низкой регулярностью заботы о своем здоровье. Учитывая различия в социокультурных и личностных характеристиках русской и китайской выборок, можно прийти к выводу, что отношение к своему здоровью у китайских студентов больше связано с социокультурными факторами, чем личностными, а у русских – наоборот.

Здесь, на наш взгляд, мы сталкиваемся с вышеупомянутой дихотомией: “возможности – выбор”. Культура и социум предоставляют возможности для поддержания здоровья или пренебрежения им, формируя установки и предлагая коллективные модели поведения по отношению к своему здоровью. Шансы сохранить здоровье, предлагаемые китайской культурой, значительно выше, чем русской. Но если говорить о роли индивидуального выбора, то он более выражен у русских студентов, причем в равной степени в отношении как сохранения здоровья, так и его разрушения. Несмотря на такую амбивалентность, в условиях социокультурной регуляции установок и поведения по отношению к здоровью, наличие автономной мотивации может привести к более осознанному выбору в пользу поддержания здоровья, чем ее отсутствие. По данным многочисленных исследований, автономная мотивация поведения в отношении своего здоровья оказывает позитивное и долговременное влияние на показатели здоровья [30,33,34].

ВЫВОДЫ

1. Выявлены кросскультурные различия в социокультурных и личностных показателях: у китайских респондентов более высокие показатели социального капитала и долговременной ориентации, у русских – более выражена автономная мотивация поведения по отношению к своему здоровью.
2. У китайских студентов обнаружены более позитивные установки по отношению к своему здоровью, чем у русских.
3. Установки женщин по отношению к здоровью в обеих выборках более позитивны, чем установки мужчин.
4. Такие показатели социального капитала, как уровень и радиус доверия, значимость этнической и гражданской идентичности, сопряжены с позитивными установками по отношению к здоровью в обеих выборках.
5. Автономная мотивация поведения взаимосвязана с позитивными установками по отношению к здоровью в русской выборке.

6. Таким образом было подтверждено предположение о взаимосвязи социокультурных и личностных характеристик русских и китайских студентов с их отношением к своему здоровью.

Литература

1. *Грушевицкая Т.Г., Попков В.Д., Садохин А.П.* Основы межкультурной коммуникации. М., 2003.
2. *Ковалев В.И.* Особенности личностной организации времени жизни // Гуманистические проблемы психологической теории. – М.: Наука, 1995. – С. 179-185.
3. Культура имеет значение. Каким образом ценности способствуют общественному прогрессу // Под ред. Л. Харрисона и С. Хантингтона. Изд-во Московской школы политических исследований. М., 2002.
4. *Лебедева Н.М.* Введение в этническую и кросс-культурную психологию. М. Изд-во Ключ-С, 1999.
5. *Муздыбаев К.* Переживание времени в период кризиса // Психологический журнал – 1983, №5. – С. 57-65.
6. *Муздыбаев К.* Что выбирает россиянин – прошлое, настоящее или будущее? // http://www.informnauka.ru/rus/2001/2001-02-09-0505_r.htm
7. *Патнэм Р.* Чтобы демократия сработала. Гражданские традиции в современной Италии. М., 1996.
8. *Росс Л., Нисбетт Р.* Человек и ситуация. Уроки социальной психологии. М., 1999.
9. Статистические данные по здоровью в России. Информация расположена в Интернете по адресу: <http://www.nationmaster.com/country/rs>.
10. Толерантность в межкультурном диалоге, М., 1995
11. *Almedom A.M.* Social capital and mental health: An interdisciplinary review of primary evidence // *Social science & Medicine*. 2005. Vol. 61. P. 943-964.
12. *Chirkov, V. I., Ryan, R. M., Kim, Y., & Kaplan, U.* Differentiating autonomy from individualism and independence: A self-determination theory perspective on internalization of cultural orientations and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*. 2003, Vol8 (1), p.97-110.
13. *Chirkov V. I., Ryan R. M., Willness C.* Cultural context and psychological needs in Canada and Brazil: Testing a self-determination approach to internalization of cultural practices, identity and well-being. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 2005, 36(4), 425-443.

14. *Cockerham, W. C.* Health and social change in Russia and Eastern Europe. New York: Routledge, 1999.
15. Culture and subjective well-being / Ed. by E. Diener. E.M Suh . Cambridge-L.: A Bradford Book, The MIT Press, 2000.
16. *Elliot A.J., Chirkov V.I., Kim Y., Sheldon K. M.* A cross-cultural analysis of avoidance (relative to approach) personal goals // *Psychological Science*, 2001, Vol.12, p.505-510.
17. *Ferlander S.* Social Capital in Russia: The role of various types of social connections for health. In I. Mäkinen & P. Carlson (Eds.), *Health in Russian Regions*. Stockholm: Almqvist & Wiksell International, 2004.
18. *Fong, G. T., & Hall, P. A.* Time perspective: A potentially important construct for understanding adolescent risk behavior. In D. Romer (Ed.), *Reducing Adolescent Risk: Toward an Integrated Approach*, 2003, Newberry Park, CA.: Sage, P. 106-112.
19. *Jovchelovitch, S. & Gervais, M.-C.* Social representation of Health and Illness: The case of Chinese Community in England. // *Journal of Community and Applied Social Psychology*, 1999, 9, p.247-260)
20. *Hewstone M., Stroebe W., Codol J-P., Stephenson G.* Introduction to social psychology. A European perspective. Basil Blackwell, 1988.
21. *Hofstede, G.* Culture's consequences: International differences in work-related values. Beverly Hills: Sage, 1980.
22. *Hofstede, G. & Bond, M. H.* The Confucius connection: from cultural roots to economic growth. *Organizational Dynamics*, 1988, 16, 4-21.
23. *Inglehart R.* Trust, well-being and democracy. In M. Warren (Ed.), *Democracy and Trust*. New York and Cambridge: Cambridge University Press, 1999, pp. 88-120.
24. *Inglehart R.* Modernization and Postmodernization: Cultural, Economic and Political Change in Forty-Three Societies. Princeton: Princeton University Press, 1997.
25. *Kennedy B.P., Kawachi I., Brainerd E.* The role of social capital in the Russian mortality crisis. *World Development*, 1998, 26(11), 2029-2043.
26. *Kimmel M. & Messner M.* Men's lives. New York: Macmillan. 1993.
27. *Lyons, A.C., Chamberlain, K.* Health Psychology: A critical Introduction. Cambridge University Press, 2006.
28. *Lyons A.C. & Willott, S.* From suet pudding to superhero: representations of men's health for women // *Health: an Interdisciplinary Journal for the Social Study of Health, Illness and Medicine*, 1999, 3, pp. 283-302.
29. *Ryff C.D. and Keyes, L.M.* The structure of psychological well-being revisited. *Journal of personality and social psychology*, 1995, 69, pp. 719-727.

30. *Sheldon K. M., Williams G. C., Joiner T.* Self-Determination Theory in the clinic: Motivating physical and mental health. New Haven, CT: Yale University Press, 2003.
31. *Shwartz S.H., Bardi A.* Influences of Adaptation to Communist Rule on Value Priorities in Eastern Europe. *Political Psychology*, 1997, 18, 385-410.
32. *Vickers, J. R., Conway, T. L., & K., H. L.* Demonstration of replicable dimensions of health behavior. *Preventive Medicine*, 1990, 19, 377-401.
33. *Williams G. C., Grow V. M., Freedman Z. R., Ryan R. M., Deci E. L.* Motivational predictors of weight loss and weight-loss maintenance. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1996, 70, 115-126.
34. *Williams G. C., Gagné M. Ryan R. M., Deci E. L.* Facilitating autonomous motivation for smoking cessation. *Health Psychology*, 2002, 21, 40-50.