

## СОЦИАЛЬНЫЙ КАПИТАЛ, КУЛЬТУРА И КУРЕНИЕ

**Морозов Антон Николаевич<sup>1</sup>**  
*Студент магистратуры  
МГУ имени М.В. Ломоносова  
Экономический факультет  
(г. Москва, Россия)*

**Никулова Татьяна Павловна**  
*Студент магистратуры  
МГУ имени М.В. Ломоносова  
Экономический факультет  
(г. Москва, Россия)*

### Аннотация

*Рискованное поведение в вопросах, связанных с собственным здоровьем, является нерациональным с точки зрения будущих издержек, однако принятие решений индивидами в реальной жизни подвержено влиянию эмоций, социальных и культурных факторов. В этой статье исследуется связь социального капитала, культурных норм и участия в общественных организациях с курением. Также оценивается эффективность различных антитабачных мер. На данных по культурным характеристикам World Value Survey и данных ВОЗ о доле курящего населения в 79 странах получены следующие результаты: наиболее значимое влияние оказывает конкретизированный социальный капитал и участие населения в религиозных организациях; воспитание в детях независимости и послушания связано со снижением доли курящего населения. Ни высокая цена табачных изделий, ни запретительные меры, кроме антитабачных кампаний в СМИ, не оказывают значимого влияния.*

**Ключевые слова:** курение, рискованное поведение, поведение по отношению к собственному здоровью, культура, культурный капитал.

**JEL коды:** Z100, C100.

---

<sup>1</sup> Морозов А.Н., e-mail: antmorozov88@gmail.com

## Введение

Как показывают многие исследования, социальный капитал положительно влияет на состояние здоровья населения. Такие результаты были получены Yip и др. (2007), Wen и др. (2007), Veenstra (2002), Lim и др. (2011). В частности, Schultz и др. (2008) называют 3 канала, через которые может осуществляться это влияние:

- 1) Формальная и неформальная помощь в вопросах, связанных со здоровьем, будет тем больше, чем больше уровень доверия и связей между людьми<sup>2</sup>. Кроме того, более интенсивное взаимодействие людей вместе с доверием к окружающим позволяет проще распространяться нормам, предписывающим заботиться о своем здоровье;
- 2) Социальный капитал снижает издержки коллективных действий, что позволяет организовать более эффективную систему здравоохранения;
- 3) Социальный капитал является основой для формирования самооценки и взаимного уважения – факторов, опосредованно влияющих на психическое и, таким образом, физическое здоровье.

Однако не у всех авторов эта связь прослеживается – например, у Ziersh (2005) на данных из Австралии связь социального капитала и здоровья не подтверждается. Однако, как отмечают Schultz и др. (2008), такие результаты встречаются очень редко, в то время как они выделяют 31 исследование, подтвердившее связь между социальным капиталом и состоянием здоровья населения. Эта связь не является прямой, она опосредованная и осуществляется через поведение индивида (Рисунок 1).

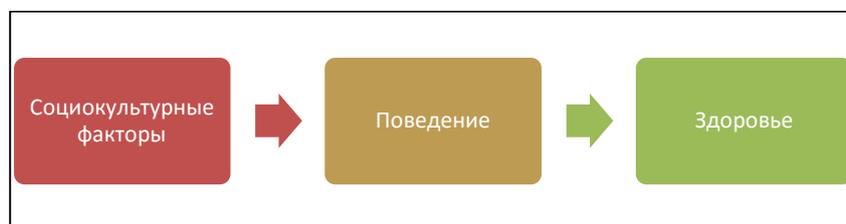


Рисунок 1. Схема влияния социокультурных факторов на показатели здоровья

Связь социокультурных факторов и нездорового поведения создает определенный парадокс. Рациональный индивид, максимизирующий свою полезность, должен в любом случае стремиться к здоровому поведению. При этом стремление к здоровью и долголетию равно для представителей любых культур и социальных статусов, таким образом, любой человек должен выбирать здоровое поведение.

Существование вредных привычек можно объяснить влиянием чувств, которые нельзя подавить (таких как голод, жажда или, например, нервное напряжение). Эти чувства искажают рациональное поведение индивида, и он либо принимает решения импульсивно, либо на основании известных ему эвристик. Набор таких эвристик определен для различных

<sup>2</sup> Существует прямая связь между показателями доверия населения к власти и смертностью от природных и техногенных катастроф. Доверие к власти и официальным структурам ведет к большей согласованности в действиях людей, что позволяет эффективнее спасти пострадавших, что было доказано в работе Kahn (2015).

культурных групп или социальных слоев и зависит от воспитания, окружения. Так, Yang и др. (2012) доказали, что, подавляя стресс, человек может импульсивно стремиться к калорийной пище или алкоголю; кроме того, Tran и др. (2013) доказали связь курения и депрессии в долгосрочном периоде.

В основном, исследователи рассматривают такие примеры здорового (или нездорового) поведения, как правильное питание, курение, физическую активность и занятия спортом – такое поведение исследуют Poortinga (2006a), Chen, Chen (2013), Fotson, Sanbonmatsu (2010), Yan, Cardinal (2013). Другие поведенческие факторы встречаются реже. Например, Garis (1998) исследует частоту употребления наркотиков, а Guilkey, Stewart (1995) и Jackson и др. (2012) - отношение к грудному вскармливанию<sup>3</sup>.

Мы же в своей работе остановимся на курении. Во-первых, оно возглавляет первую десятку причин нетрудоспособности или преждевременной смерти (Таблица 1).

Таблица 1.

Доля утраченных лет жизни по основным причинам в % от общего числа, по данным ВОЗ<sup>4</sup>

Фактор риска	% от общего числа DALY
Курение	12,2
Высокое кровеносное давление	10,9
Употребление алкоголя	9,2
Высокий уровень холестерина	7,6
Ожирение	7,4
Диета с малым содержанием фруктов и овощей	3,9
Отсутствие физической активности	3,3
Употребление наркотиков	1,8
Небезопасные половые связи	0,8
Дефицит железа	0,7

Во-вторых, радикальный запрет курения в общественных местах, введенный в России в 2014 году, а также рост акцизов и закрытие сигаретных витрин в магазинах хоть и повлияли на число курильщиков (оно снизилось на 16-17% в 2015 году, по сравнению с предыдущим годом<sup>6</sup>), но не смогли полностью решить проблему. Так, по данным Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ)<sup>7</sup>, в 2015 году по доле курящих мужчин Россия находилась на 5 месте в мире, а по доле курящих – на 18.

<sup>3</sup> Как фактор здоровья детей.

<sup>4</sup> Muraro, G., Rebba, V. Individual rights and duties in health policy // Rivista Internazionale di Scienze Sociali, 2010. Vol. 118, No. 3, P. 379–396.

<sup>5</sup> Disability-adjusted life year («Годы жизни, скорректированные по нетрудоспособности»), сумма потенциальных лет жизни, утраченных из-за болезни, нетрудоспособности или преждевременной смерти.

<sup>6</sup> <http://vz.ru/news/2015/2/23/731036.html>

<sup>7</sup> [http://gamapserv.who.int/gho/interactive\\_charts/tobacco/use/atlas.html](http://gamapserv.who.int/gho/interactive_charts/tobacco/use/atlas.html)

Мы полагаем, что государственная политика в сфере борьбы с курением должна быть связана не только с запретительными мерами или повышением акцизов. В дополнение к запретам требуется глобальное изменение общественного сознания или культуры, что позволит остановить привлечение новых курильщиков. Кроме того, развитие социального капитала облегчит распространение норм социальной поддержки и кооперации, которые позволят повысить уровень психологического комфорта и упростят горизонтальное распространение норм здорового поведения (в противовес вертикальному распространению, навязанному государством «сверху»).

Таким образом, целью нашего исследования является оценка влияния социального капитала и культурных ценностей на долю курящего населения. Мы проведем межстрановой анализ влияния социокультурных факторов, таких как важность в жизни семьи и друзей, обобщенное доверие и ценности, воспитываемые родителями в детях, на долю курящего населения и выделим наиболее значимые из таких факторов. Кроме того, мы оценим эффект от цены табачных изделий и существующих мер антитабачной политики.

В следующей части нашей работы будут рассмотрены теоретические концепции социального капитала и культуры и их влияние на здоровое поведение. В 3 части будет приведено описание модели и используемых данных. В 4 части мы покажем результаты нашего исследования. В заключении мы приведем выводы и обсудим применимость полученных результатов к мерам государственной политики, направленным на снижение курящего населения.

## **Социальный капитал, культура и здоровое поведение**

### *Концепция социального капитала*

Социальный капитал – это «доверие, нормы и социальные отношения, которые могут улучшить эффективность взаимодействия в обществе за счет того, что они снижают издержки координации» (Soskolne, Shtarkshall, 2002). Мы будем опираться на классификацию Р. Патнэма, который разделяет социальный капитал на *обобщенный* (generalized – доверие человека к незнакомым людям) и *конкретизированный* (particularized – доверие к близкому кругу, отношения внутри семьи и с друзьями). В литературе же можно встретить подход, при котором социальный капитал подразделяют на общественный и индивидуальный, например, в работах Пронук и др. (2008), Brown и др. (2006), Lim и др. (2011), что в целом совпадает с указанным выше подходом.

Увеличение показателя обобщенного или конкретизированного социального капитала мы будем рассматривать, как увеличение числа взаимодействий индивида с незнакомыми людьми или близким кругом соответственно; рост доверия и положительного отношения к ним.

Обобщенный социальный капитал однозначно положительно влияет на здоровье населения. Этот тезис подтверждается работами Yip и др. (2007), Wen и др. (2005), Veenstra (2002), Lim и др. (2011). Это влияние, как было показано ранее (Рисунок 1) происходит через корректирование поведения, связанного со здоровьем. Ряд авторов рассматривает

концепцию «инвестиций в здоровье»: например, увеличение физической активности, как в исследованиях Portinga (2006с), McNeill и др. (2006). Так, Poortinga (2006b) исследует влияние социального капитала на уровень активности и ожирение, и находит четкую связь: высокий уровень доверия окружающим приводит к росту активности на 20% (по сравнению с низким) и снижению вероятности ожирения на 14% за счет распространения ценностей «активной» жизни. Исследование Stafford (2007) выявило, что большую роль в распространенности ожирения играет инфраструктура района и уровень безопасности на улицах, поскольку они влияют на физическую активность (в опасном районе люди избегают занятий спортом на улице, например, бег по утрам).

Влияние конкретизированного капитала на риск-ориентированное поведение обнаружили Keegan и др. (2016), показав значимость эмоциональных реакций и мнения близких. Кроме того, социальный капитал (независимо от того обобщенный или конкретизированный) снижает привлекательность рискового для здоровья поведения<sup>8</sup> поскольку из-за более крепких связей растут издержки нарушения социальных норм.

**Гипотеза 1: увеличение социального капитала, как обобщенного, так и конкретизированного приводит к снижению числа людей, принимающих решение начать или продолжить курить.**

### *Культура и ее влияние на здоровое поведение*

В научной литературе встречается множество трактовок культуры. В своей работе мы будем руководствоваться следующим определением: «Культура – это ценности и убеждения, которые в неизменном виде этнические, религиозные и социальные группы передают из поколения в поколение» (Guiso и др., 2006). Такое определение в достаточной мере отражает то, что в работе Аузана и Никишиной (2013) названо «жестким ядром» концепции культуры, используемой в экономических исследованиях.

Авторы используют разные подходы к измерению культуры. В качестве культурных характеристик могут использоваться психологические, как у Stefanidou и др. (2015), или отношение к риску, как у Ojeda и др. (2008). В качестве культурных особенностей можно рассматривать убеждения по отношению к какому-то конкретному поведению: например, идеальный возраст для первого сексуального опыта, как у Madkour и др. (2014) или внутренняя оценка вероятности получить венерическое заболевание, как у Shedlin, Shulman (2006). Такие наборы ценностей и убеждений в первую очередь передаются детям от родителей. Были ли родители строгими и заставляли ребенка стремиться к чему-то или же утверждали, что он может сам все решить и не контролировали его? Ответственное отношение к делам, например к учебе, способствует более осознанному восприятию будущих выгод и издержек, в том числе и применительно к собственному здоровью. Таким образом, стремление родителей воспитать в детях ответственность и послушание должно снижать стимулы последних к курению. Воспитание в детях независимости, напротив,

---

<sup>8</sup> Brown, T.T. et al.. The empirical relationship between community social capital and the demand for cigarettes // Health Economics, 2006. Vol. 15, No. 11. P.1159–1172.

может эти стимулы повышать. Эти предположения мы проверим в рамках следующей гипотезы.

**Гипотеза 2: воспитание в детях ответственности и послушания снижает стимулы к курению, а независимости – повышает.**

Некоторые авторы рассматривают курение, как сигнализирование индивида о себе как о принадлежащем конкретной социальной группе, что особенно сильно проявляется у подростков. Так, исследование Тунап и др. (2015) доказывает, что подростки легко перенимают друг от друга именно «отрицательные» нормы поведения<sup>9</sup>, поэтому среда играет для них огромное значение. Данный подход опирается на концепцию культурного капитала по Бурдьё (Bourdieu). Модель Бурдьё рассматривает 3 элемента каждого культурно обоснованного действия: *habitus* (регулярно повторяющееся поведение внутри определенной группы), *field* (окружающая индивида социальная действительность, его отношения и связи с другими людьми и группами) и *capital*. С этой точки зрения объясняется, например, распространенность курения среди молодых женщин в Канаде у Haines и др. (2009). Также в качестве отдельных «выгодных» действий в исследовании Scheffels, Lund (2005) рассматривают не просто курение, а отдельно постоянное и редкое курение; последнее является маркером принадлежности к особой группе «независимых от табака»<sup>10</sup>.

При этом окружение индивида способно стимулировать не только риск-ориентированное поведение. Распространение любых ценностей осуществляется быстрее, когда индивид является членом группы или общественной организации. Brown и др. (2006), выяснили, что чем больше среди общественных организаций таких, которые поддерживают строгие антитабачные нормы (они берут в качестве таких религиозные), тем сильнее снижается общее потребление сигарет (эластичность влияния доли религиозных организаций на количество выкуренных сигарет – 1,04). Однако статистически значимого влияния доли религиозных организаций на решение о том, чтобы начать курить, в этом исследовании не наблюдается<sup>11</sup>.

Тем не менее, исследование Mellor, Freeborn (2011) показало, что религиозность сильно коррелирует с другими убеждениями индивида и оказывает непосредственное влияние на решения в отношении рискованного поведения, например, Benjamins, Beck (2008) доказали, что верующие в целом потребляют меньше табака.

**Гипотеза 3: участие в религиозных организациях снижает стимулы к курению.**

Несомненно, что кроме собственно культурных характеристик значение может иметь доступность табачных изделий и результат проводимой государством антитабачной политики. Разумно предполагать, что с ростом цены на табачные изделия, должна снижаться доля курящего населения.

---

<sup>9</sup> Т.е. связанные с большим риском для здоровья.

<sup>10</sup> В работе отмечено, что подростки, которые курят не ежедневно, полагают, что смогут бросить в любой момент и вряд ли будут курить после 25-ти лет.

<sup>11</sup> Авторы объясняют такой результат тем, что в данные не были включены школьники и студенты до 18 лет, а большая часть людей принимает решение о начале курения именно в этом возрасте.

#### **Гипотеза 4: рост цен на табачные изделия снижает стимулы к курению.**

### **Модель и данные**

Как показывают существующие исследования, отношение людей к собственному здоровью может зависеть от культурных особенностей общества, в котором они проживают. В качестве меры, характеризующей отношение к здоровью, мы выбрали долю курящего населения различных стран.

Таким образом, в нашем исследовании оцениваются параметры линейной регрессии для следующей модели:

$$smoking_i = \beta_0 + \beta_1 SCap_i + \beta_2 Cult_i + \beta_3 Org_i + \gamma Price_i + \delta X_i + \varepsilon_i$$

Где  $smoking_i$  - доля курящего населения в стране  $i$ ,  $SCap_i$  – показатели обобщенного и конкретизированного социального капитала,  $Culture_i$  – набор культурных характеристик,  $Org_i$  - доля населения, участвующего в общественных организациях,  $Price_i$  - цена на табачные изделия,  $X_i$  - набор контрольных переменных характеризующих меры государственной антитабачной политики. Для проверки устойчивости полученных результатов, мы также оценили сокращенные версии базовой модели: 1) без контроля на меры государственной политики; 2) только по показателям социального капитала; 3) только по культурным характеристикам; 4) только влияние членства в религиозных и общественных организациях.

Мы использовали информацию по доле курящего населения и существующим антитабачным мерам, а также ценам на табачную продукцию в 79 странах мира (Приложение 1, Таблица 4), находящуюся в открытом доступе на сайте Всемирной организации здравоохранения<sup>12</sup>. Здесь доля курящего населения – число лиц курящих любые табачные изделия независимо от пола ко всему населению, стандартизированное по возрасту. Меры антитабачной политики более подробно приведены в Приложении 2 (Таблица 5).

Культурные характеристики по тем же странам получены с использованием данных World Values Survey (WVS, 2015), а также European Values Study (EVS, 2015). В данный показатель включены результаты опроса о ценностях (семья, друзья, вопросы о воспитании детей) и участии индивидов в общественных организациях.

Поскольку в перечисленных источниках содержатся индивидуальные данные, а показатель курения у нас общестрановой, нам потребовалось следующим образом агрегировать данные WVS и EVS. Во-первых, результаты опроса по ценностям переведены в бинарный формат: если индивид отмечал рассматриваемую ценность как важную в жизни (или при воспитании) – значению присваивалось «1», иначе – «0». Переменные об участии в общественных организациях изначально имели бинарный формат (участие «1», неучастие «0»). Во-вторых, мы рассчитали усредненное значение каждой переменной по каждой стране

---

<sup>12</sup> <http://apps.who.int/gho/data/node.main.TOBCONTROL?lang=en>

и, тем самым, получили долю респондентов относящих указанную ценность на 1-е место, либо состоящих в указанной организации.

В рамках первой гипотезы мы выделим влияние конкретизированного и обобщенного социального капитала. Конкретизированный социальный капитал определяется через отношение индивидов к семье и друзьям. В нашем случае это ответ на вопрос WVS (EVS): «Насколько для Вас в жизни важна семья (друзья)?» Вопрос о важности семьи был использован для оценки тесноты «семейных связей» в работах Alesina и Giuliano (2010; 2015). Чем сильнее эта связь, тем большую роль в жизни индивида играет его семья, тем большее влияние семья оказывает на его решения. По аналогии с вопросом о семье мы используем и вопрос о важности друзей. Тем самым, мы определим влияние близкого круга (семьи и друзей) на поведение индивида в отношении здоровья. Обобщенный социальный капитал характеризует уровень общего доверия – ответ на вопрос: «В целом, считаете ли Вы, что большинству можно доверять, или следует быть осторожным, имея дело с людьми?» Как и в предыдущем случае, этот вопрос использовался в других работах для измерения обобщенного доверия и социального капитала (Alesina & Giuliano, 2015).

Для подтверждения гипотезы 2 мы воспользуемся ответами на вопросы WVS (EVS) по поводу того, что родители предпочитают воспитывать в детях – независимость, послушание или ответственность.

Чтобы подтвердить гипотезу 3 мы используем ответы индивидов на вопросы об участии в религиозных организациях. Как было отмечено выше, участие в любых общественных организациях может влиять на распространение норм в обществе. Чтобы выделить влияние именно религиозных организаций от прочих общественных, мы в качестве контроля, включим также ответы на вопросы об участии индивидов в других организациях. В первую очередь такое влияние должны оказывать спортивные организации, поскольку занятия спортом и распространение здорового образа жизни плохо соотносятся с курением.

## Результаты

### *Влияние социокультурных факторов на долю курящего населения*

Таблица 2 показывает полученные нами результаты по влиянию социального капитала на долю курящего населения. В первом столбце указаны результаты оценивания модели, где не использованы контрольные переменные учитывающие меры государственной политики. Во втором, третьем и четвертом столбцах приведены результаты для моделей, учитывающих соответственно влияние только социального капитала, только культурных факторов и только участия в общественных организациях. В пятом столбце указаны результаты оценивания полной модели.

Наша первая гипотеза подтверждается лишь частично, поскольку обобщенное доверие оказывается значимым только в первой спецификации. В остальных же случаях значимое влияние оказывает лишь конкретизированный социальный капитал. Причем важность семьи связана со снижением числа курящего населения, а важность друзей, напротив, с увеличением.

Наша вторая гипотеза также подтверждается лишь частично. Культурные факторы оказывают значимое влияние только в третьей спецификации. Как и ожидалось, послушание связано со снижением употребления табака. При этом мы обнаружили, что воспитание в детях независимости имеет аналогичный эффект, что не совпадает с нашей гипотезой. Также не подтвердились и наши ожидания относительно воспитания ответственности – данный фактор на употребление табака влияния не оказывает. Кроме того, при добавлении в модель показателей социального капитала (Таблица 2, колонка 1 и 5) значимость культурных факторов теряется.

Мы ожидали, что в странах, где население активно участвует в спортивных организациях должно наблюдаться снижение числа курящего населения. Тем не менее, такого эффекта мы не наблюдаем. Среди всех общественных организаций только религиозные оказывают значимое отрицательное влияние. По последнему факту примечательно то, что в некоторых предшествующих исследованиях Mellor, Freeborn (2011) и Brown и др. (2006) обнаружены статистически незначимые результаты.

Гипотеза 4 о влиянии цены табачных изделий на частоту их употребления не подтвердилась – полученные результаты статистически незначимы.

Таблица 2.

Основные результаты

	Без учета мер гос. политики	Закрытый и открытый соц. кап.	Культурные факторы	Участие в общ. орг.	Полная модель
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
(Константа)	0.187 (0.118)	0.245 (0.126)	0.268*** (0.061)	0.249*** (0.029)	0.229* (0.107)
Главное в жизни:					
Семья	-0.301*** (0.076)	-0.438*** (0.098)	.	.	-0.332*** (0.084)
Друзья	0.352* (0.135)	0.378** (0.142)	.	.	0.357** (0.132)
Обобщенное доверие	-0.102* (0.048)	-0.098 (0.055)	.	.	-0.075 (0.048)
Нужно воспитывать в детях:					
Независимость	-0.030 (0.045)	.	-0.121* (0.050)	.	-0.059 (0.036)
Ответственность	0.080 (0.049)	.	0.042 (0.068)	.	0.045 (0.054)
Послушание	-0.002 (0.056)	.	-0.138* (0.053)	.	0.000 (0.049)
Участие в организациях:					
Церковь, религиозные	-0.110* (0.044)	.	.	-0.149*** (0.040)	-0.104** (0.039)
Спортивные	-0.036 (0.072)	.	.	-0.010 (0.068)	-0.025 (0.063)
Искусство	.	.	.	0.190 (0.236)	.
Охрана окр. среды	.	.	.	0.203 (0.157)	.
Цена табачных изделий	-0.002 (0.002)	-0.003 (0.003)	-0.001 (0.003)	0.000 (0.003)	-0.003 (0.002)
Контроль на антитабачные меры	Нет	Да	Да	Да	Да
N	79	79	79	79	79
RMSE	0.055	0.061	0.065	0.056	0.054
R <sup>2</sup>	0.478	0.367	0.294	0.476	0.550
adj R <sup>2</sup>	0.410	0.274	0.190	0.390	0.443

\* p ≤ 0.05\*\* p ≤ 0.01\*\*\* p ≤ 0.001

Робастные стандартные ошибки приведены в скобках.

### *Влияние антитабачных мер*

Чтобы проверить, что кроме социального капитала и культуры может влиять на число курильщиков, а также избежать проблемы отсутствующей переменной мы проконтролировали нашу модель на государственную антитабачную политику. Так, среди мер такой политики самой эффективной оказалась кампания в СМИ. Прочие меры, такие как запрет на курение в общественных местах и наличие большой отгаликивающей картинки на пачке с предупреждением о вреде курения дают контринтуитивные результаты. Какой-либо существенный эффект от указанных мер отсутствует.

*Таблица 3.*

#### Оценка эффективности антитабачных мер<sup>13</sup>

Мера антитабачной политики	Оценка показателя
	0.046
Мониторинг	(0.032)
	0.027
Ограничение курения	(0.015)
	-0.028
Помощь желающим бросить	(0.023)
	0.001
Предупреждение о вреде табака на пачке	(0.025)
	-0.030*
Антитабачная кампания в СМИ	(0.013)
	-0.026
Запрет на рекламу	(0.028)
N	79
RMSE	0.054
R2	0.550
adj R2	0.443

\*  $p \leq 0.05$ \*\*  $p \leq 0.01$ \*\*\*  $p \leq 0.001$

*Робастные стандартные ошибки приведены в скобках.*

## **Заключение**

Нами был проведен анализ влияния социокультурных факторов на отношение к собственному здоровью, а в частности на курение. В результате теоретического обзора были выведены 4 гипотезы:

<sup>13</sup> В соответствии со спецификацией полной модели (Таблица 2, столбец 5).

- 1) Увеличение социального капитала, как обобщенного, так и конкретизированного приводит к снижению числа людей, принимающих решение начать или продолжить курить.
- 2) Воспитание в детях ответственности и послушания снижает стимулы к курению, а независимости – повышает.
- 3) Участие в религиозных организациях снижает стимулы к курению.
- 4) Рост цен на табачные изделия снижает стимулы к курению.

В результате эмпирической проверки первые две гипотезы подтверждаются лишь частично, третья подтверждается полностью, а четвертая отклоняется. Установлено, что число курильщиков в странах, где на первое место в своей жизни люди ставят семью значительно ниже, чем в иных странах. С другой стороны, важность в жизни друзей связана с увеличением курящего населения, что подтверждает ранее установленный факт, что индивиды (в первую очередь подростки) склонны перенимать от друзей нормы отрицательного поведения. Воспитание в детях послушания и независимости снижает долю курящего населения. При этом результаты показывают, что членство в религиозных организациях действительно связано со снижением доли курящего населения.

Неожиданный результат показало влияние цены на табачные изделия, а также государственные антитабачные меры, которые мы использовали в качестве контрольных переменных в нашей модели. Ни наличие предупреждающих надписей на пачке, ни запрет на курение в общественных местах не приводят к ощутимым последствиям. Самыми эффективными оказались информационные меры, связанные с активной антитабачной кампанией в СМИ.

Полученные результаты показывают, что при формировании государственной антитабачной политики, как и любой политики направленной на пропаганду здорового образа жизни, следует уделять особое внимание культурным аспектам, а также информационным мерам. Как было показано, конкретизированный социальный капитал играет важную роль в распространении норм здорового поведения. Социальная реклама может производить большой эффект, если возможно ее «горизонтальное» распространение между лицами одной возрастной категории, например, посредством интернет-сообществ.

Как мы видим, обобщенный социальный капитал не способствует распространению здоровых (или нездоровых) норм поведения. Следовательно, осуществляемая государством запретительная политика и агрессивная социальная реклама хуже воспринимается курильщиками в силу ее «вертикального» характера распространения.

Тем не менее, реализация и администрирование государственных мер, таких как запреты на курение в общественных местах и организация антитабачных кампаний связаны с бюджетными расходами. Эффективнее направить эти средства на меры, направленные на распространение традиционных и семейных ценностей. Даже если они прямо не касаются здорового образа жизни, такие меры способны оказывать значимое влияние на снижение доли курящего населения. Это может быть организация различных семейных мероприятий: фестивалей, ярмарок, семейные скидки в музеях и т.д.

В данной работе мы изучили влияние социокультурных факторов на уровне государств. В дальнейшем было бы интересно провести аналогичные исследования, используя индивидуальные данные. Кроме того, мы использовали оценки социального капитала и культуры, измеренные на основе опросов. В новых исследованиях можно проверить наши выводы, опираясь на объективные данные, такие как, например, размер семьи или расстояние, на котором взрослые дети живут от родителей (Alesina & Giuliano, 2015).

## Список литературы

Аузан А. А., Никишина Е. Н. Долгосрочная экономическая динамика: роль неформальных институтов // Журнал экономической теории. – 2013. – №. 4. – С. 48-57.

Alesina, A. & Giuliano, P., 2015. Culture and Institutions // Journal of Economic Literature, Vol. 53, P. 1–66.

Alesina, A. & Giuliano, P., 2010. The Power of the Family // Journal of Economic Growth, Vol. 15, No. 2, P. 93–125.

Benjamins, M.R., Buck, A.C., 2008. Religion: a sociocultural predictor of health behaviors in Mexico // Journal Of Aging And Health, 2008. Vol. 20, No. 3. P. 290–305.

Brown, T.T. et al. The empirical relationship between community social capital and the demand for cigarettes // Health Economics, 2006. Vol. 15, No. 11. P. 1159–1172.

Chen, M.K., 2013. The effect of language on economic behavior: Evidence from savings rates, health behaviors, and retirement assets // American Economic Review, 2013. Vol.103, No. 2. P. 690–731. <http://www.jstor.org/stable/23469680>.

EVS, 2015. European Values Study Longitudinal Data File 1981-2008 (EVS 1981-2008). GESIS Data Archive, Cologne. ZA4804 Data file Version 3.0.0, doi:10.4232/1.12253

Fortson, J.G., Sanbonmatsu, L. Child health and neighborhood conditions: results from a randomized housing voucher experiment // Journal of human resources, 2010. Vol. 45, No. 4. P. 840–864.

Garis, D. Poverty, Single-Parent Households, and Youth At-Risk Behavior: An Empirical Study // Journal of Economic Issues (Association for Evolutionary Economics), 1998. Vol. 32, No. 4, P. 1079–1105.

Guilkey, D.K., Stewart, J.F. Infant feeding patterns and the marketing of infant foods in the Philippines // Economic Development and Cultural Change, 1995. Vol. 43, No. 2. P. 369–399.

Guiso, L., Sapienza, Zingale, L. Does Culture Affect Economic Outcomes? // Journal of Economic Perspectives, 2006. Vol. 20, No. 2. P. 23-48.

Haines, R.J., Poland, B.D., Johnson, J.L. Becoming a “real” smoker: Cultural capital in young women’s accounts of smoking and other substance use // Sociology of Health and Illness, 2009. Vol. 31, No. 1, P. 66–80. <http://10.0.4.87/j.1467-9566.2008.01119.x>.

Jackson, M., McLanahan, S., Kiernan, K. Nativity Differences in Mothers’ Health Behaviors: A Cross-National and Longitudinal Lens // Annals of the American Academy of Political and Social Science, 2012. Vol. 643, No. 1, P.192–218.

Kahn, E. The Death Toll From Natural Disasters : the Role of Income , Geography , and Institutions // The Review of Economics and Statistics, 2015. Vol. 87, No. 2, P. 271–284.

Keegan, R. et al. Auditing the socio-environmental determinants of motivation towards physical activity or sedentariness in work-aged adults: a qualitative study // *BMC Public Health*, 2016. Vol. 442. P. 1-20.

Lim, J.-Y., Lee, H.-H. & Hwang, Y.-H. Trust on doctor, social capital and medical care use of the elderly // *The European Journal of Health Economics*, 2011. Vol. 12, No. 2, P. 175–188.

Madkour, A. et al. Macro-Level Age Norms for the Timing of Sexual Initiation and Adolescents' Early Sexual Initiation in 17 European Countries // *Journal of Adolescent Health*, 2014. Vol. 55, No. 1. P. 114-121

McNeill, L.H., Kreuter, M.W., Subramanian, S. V. Social Environment and Physical activity: A review of concepts and evidence // *Social Science and Medicine*, 2006. Vol. 63, No. 4. P. 1011–1022.

Mellor, J.M., Freeborn, B.A. Religious Participation and Risky Health Behaviors among Adolescents // *Health Economics*, 2011. Vol. 20, No. 10, P.1226–1240.

Muraro, G., Rebba, V. Individual rights and duties in health policy // *Rivista Internazionale di Scienze Sociali*, 2010. Vol. 118, No. 3, P. 379–396.

Ojeda, V.D., Patterson, T.L. & Strathdee, S.A. The influence of perceived risk to health and immigration-related characteristics on substance use among Latino and other immigrants // *American Journal of Public Health*, 2008. Vol. 98. No. 5. P. 862–868.

Poortinga, W. Perceptions of the environment, physical activity, and obesity // *Social science & medicine*, 2006a. Vol. 63, No. 11, P. 2835–2846.

Poortinga, W. Social capital: An individual or collective resource for health? // *Social Science and Medicine*, 2006b. Vol. 62, No. 2, P. 292–302.

Poortinga, W. Social relations or social capital? Individual and community health effects of bonding social capital // *Social Science and Medicine*, 2006c. Vol. 63, No. 1, P. 255–270.

Pronyk, P.M. et al. Is social capital associated with HIV risk in rural South Africa ? // *Social science & medicine*, 2008. Vol. 66, No. 9. P. 1999–2010.

Scheffels, J., Lund, K.E. Occasional Smoking in Adolescence: Constructing an Identity of Control // *Journal of Youth Studies*, 2005. Vol. 8, No. 4. P. 445–460.

Schultz, J., O'Brien, A.M., Tadesse, B. Social capital and self-rated health: Results from the US 2006 social capital survey of one community // *Social Science and Medicine*, 2008. Vol. 67, No. 4. P. 606–617.

Shedlin, M.G., Shulman, L.C. New Hispanic Migration and HIV Risk in New York // *Journal of Immigrant & Refugee Studies*, 2006. Vol. 4, No. 1. P.47–58.

Soskolne, V., Shtarkshall, R.A. Migration and HIV prevention programmes: Linking structural factors, culture, and individual behaviour : An Israeli experience // *Social Science and Medicine*, 2002. Vol. 55, No. 8. P. 1297–1307.

Stafford, M. et al. Pathways to obesity: Identifying local, modifiable determinants of physical activity and diet // *Social Science and Medicine*, 2007. Vol. 65, No. 9. P. 1882–1897.

Stefanidou, A. et al. Psychological Characteristics and Smoking Cessation Outcomes in a Sample of Greek Smokers // *Current Psychology*. 2015. Vol. 34, No. 1. P.66-81.

Tran, T.V. et al. The association of self-rated health and lifestyle behaviors among foreign-born Chinese, Korean, and Vietnamese Americans // *An International Journal Of Quality Of Life Aspects Of Treatment, Care And Rehabilitation*, 2013. Vol. 22, No. 2. P. 243–252

Tynan, J.J. et al. Goal oriented and risk taking behavior: The roles of multiple systems for Caucasian and Arab-American adolescents // *School Psychology International*, 2015. Vol. 36, No. 1. P.54–76.

Veenstra, G. Social capital and health (plus wealth, income inequality and regional health governance) // *Social Science and Medicine*, 2002. Vol. 54, No. 6. P. 849–868.

Wen, M., Cagney, K.A., Christakis, N.A. Effect of specific aspects of community social environment on the mortality of individuals diagnosed with serious illness // *Social Science and Medicine*, 2005. Vol. 61, No. 6. P. 1119–1134.

WVS, 2015. World Value Survey 1981-2014 official aggregate v.20150418, 2015. World Values Survey Association ([www.worldvaluessurvey.org](http://www.worldvaluessurvey.org)). Aggregate File Producer: JDSystems, Madrid.

Yan, Z. & Cardinal, B.J. Perception of physical activity participation of Chinese female graduate students: a case study // *Research quarterly for exercise and sport*, 2013. Vol. 84, No. 3. P. 384–96. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24261018>.

Yang, H. et al. The Hot-Cold Decision Triangle: A framework for healthier choices // *Marketing Letters*, 2013. Vol. 23, No. 2. P. 457–472.

Yip, W. et al. Does social capital enhance health and well-being? Evidence from rural China // *Social science & medicine*, 2007. Vol. 64, No. 1. P. 35–49.

Ziersch, A.M. Health implications of access to social capital: Findings from an Australian study.// *Social Science and Medicine*, 2005. Vol. 61, No. 10. P. 2119–2131.

<http://vz.ru/news/2015/2/23/731036.html>

[http://gamapserv.who.int/gho/interactive\\_charts/tobacco/use/atlas.html](http://gamapserv.who.int/gho/interactive_charts/tobacco/use/atlas.html)

<http://apps.who.int/gho/data/node.main.TOBCONTROL?lang=en>

## **SOCIAL CAPITAL, CULTURE AND SMOKING**

**Anton Morozov**

*Graduate student*

*MSU*

*Faculty of Economics*

*(Moscow, Russia)*

**Tatiana Nikulova**

*Graduate student*

*MSU*

*Faculty of Economics*

*(Moscow, Russia)*

### **Abstract**

*Health-related risk behavior is irrational because of high future costs, though, in real life individuals often follow their feelings or social and cultural norms. We analyze the relationship between smoking and social capital, cultural norms and NGO membership. We also evaluate the effectiveness of different types of anti-smoking campaigns. We use the World Value Survey data and information of the World Health Organization about smoking population from 79 countries. Our result is that the most significant impact has bonding social capital and religious organization membership; encouraging independence and obedience in children is associated with a decrease of smoking population. Neither high cigarettes price nor prohibitive measures, except of anti-smoking media campaigns, have significant effect.*

**Key words:** smoking, risk-behavior, health-related behavior, culture, cultural traits.

**JEL codes:** Z100, C100.

Приложение 1

Таблица 4.

Рассматриваемые страны

№	Страна	№	Страна	№	Страна
1	Австралия	28	Ирландия	55	Российская Федерация
2	Азербайджан	29	Исландия	56	Румыния
3	Албания	30	Испания	57	Сербия
4	Андорра	31	Италия	58	Сингапур
5	Аргентина	32	Казахстан	59	Словакия
6	Армения	33	Канада	60	Словения
7	Бахрейн	34	Китай	61	США
8	Беларусь	35	Колумбия	62	Таиланд
9	Бельгия	36	Кыргызстан	63	Турция
10	Болгария	37	Латвия	64	Узбекистан
11	Босния и Герцеговина	38	Ливан	65	Украина
12	Бразилия	39	Литва	66	Уругвай
13	Буркина-Фасо	40	Люксембург	67	Филиппины
14	Великобритания	41	Малайзия	68	Финляндия
15	Венгрия	42	Мали	69	Франция
16	Вьетнам	43	Мальта	70	Хорватия
17	Гана	44	Мексика	71	Чешская Республика
18	Германия	45	Молдавия	72	Чили
19	Греция	46	Марокко	73	Швейцария
20	Грузия	47	Нигерия	74	Швеция
21	Дания	48	Нидерланды	75	Эквадор
22	Египет	49	Новая Зеландия	76	Эстония
23	Замбия	50	Норвегия	77	Эфиопия
24	Индия	51	Пакистан	78	ЮАР
25	Индонезия	52	Польша	79	Япония
26	Иордания	53	Португалия		
27	Иран	54	Республика Корея		

Приложение 2

Таблица 5.

Антитабачные меры и соответствующие им числовые значения, используемые в регрессии

Показатель	Значение
<b>Мониторинг</b>	
Мониторинг не ведется	0
Данные только по взрослым, или только подросткам	0,33
Данные, как по взрослым, так и по подросткам	0,67
Текущие и периодические данные, как по взрослым, так и по подросткам	1
<b>Ограничение курения</b>	
Нет данных	0
Запрещено курить не менее чем в 2 общественных местах	0,25
Запрещено курить в 3-5 общественных местах	0,5
Запрещено курить в 6-7 общественных местах	0,75
Полный запрет на курение в общественных местах	1
<b>Помощь желающим бросить</b>	
Никотинзаместительная терапия (НЗТ) или иные услуги (без покрытия расходов)	0
НЗТ или иные услуги (с частичным покрытием расходов)	0,5
Общенациональная система помощи бросающим, с полным покрытием расходов на НЗТ	1
<b>Предупреждение о вреде табака на пачке</b>	
Предупреждение занимает <30% от площади пачки или его нет	0
≥30% от площади, но не содержит картинку	0,33
31%-49% от площади пачки и содержит картинку	0,67
≥50% от площади пачки и содержит картинку	1
<b>Антитабачная кампания в СМИ</b>	
Нет антитабачной кампании	0
Кампания включает 1-4 различных источников информации	0,33
Кампания включает 5-6 источников (или 7 за исключением телевидения и радио)	0,67
Кампания включает как минимум 7 источников, включая телевидение и радио	1
<b>Запрет на рекламу</b>	
Отсутствие запрета, или запрет не распространяется на национальное ТВ, радио и прессу	0
Запрет рекламы на национальном ТВ, радио, в прессе и в некоторых иных источниках рекламы	0,5
Полный запрет рекламы табачных изделий	1