

Елисеева Софья Юрьевна
Пермский государственный национальный
исследовательский университет,
г. Пермь, Российская Федерация
sonia.eliseeva@bk.ru

Социальный капитал в практиках сохранения и восстановления физического здоровья индивида

Аннотация. На основе авторского исследования в работе описаны практики решения вопросов, связанных с сохранением и восстановлением индивидуального физического здоровья, две из которых основаны на задействовании социального капитала. Показаны ситуации и основания вовлечения социального капитала.

Ключевые слова: социальный капитал; физическое здоровье; индивидуальное здоровье; социальные сети; доверие; нормы реципрокности

Eliseeva Sofya Yuryevna
Perm State University,
Perm, Russian Federation
sonia.eliseeva@bk.ru

Social capital in the practice of preserving and restoring an individual's physical health

Abstract. Based on the author's research, the paper describes practices for solving issues related to the preservation and restoration of individual physical health, two of which are based on the use of social capital. Situations and grounds for involving social capital are shown.

Keywords: social capital; physical health; individual health; social networks; trust; norms of reciprocity

На сегодняшний день вопросы формирования индивидуального и общественного здоровья являются одними из основных для российского государства. В Концепции долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020 года [Концепция, 2008] сохранение и укрепление здоровья населения обозначено приоритетным направлением. При этом решение таких вопросов раскрывается не только в развитии медико-профилактических технологий, но и в поиске новых потенциально значимых ресурсов для здоровья граждан. Всемирная организация здравоохранения указывает, что в качестве таких ресурсов следует рассматривать макро- и микросоциальные детерминанты здоровья [World conference, 2011]. Связь макросоциальных контекстов и общественного здоровья неоднократно описана в работах отечественных и зарубежных исследователей [Galea, 2007; Русинова, Сафронов, 2016]. Достаточно много работ посвящено рассмотрению

влияния социально-экономических и поведенческих факторов на здоровье [Adler, Stewart, 2010; Лисицын, Журавлева, Хмель, 2014]. Однако мало внимания уделено изучению связи здоровья и микросреды человека, включающей социальные связи и взаимоотношения, которые создают условия для формирования моделей поведения индивида в сфере здоровья. Обсуждение роли социальных отношений в контексте решения задач сохранения и восстановления здоровья определило появление нового концепта в дискурсе социальной обусловленности здоровья – «социальный капитал», определяемый через социальные связи индивида (“social networks”), уровень доверия (“trust”) и наличие социальных норм, в том числе норм взаимопомощи (“norms of reciprocity”).

Значительный вклад в исследование социального капитала внесли такие исследователи как: R. S. Burt [Burt, 1999], P. Bourdieu [Bourdieu, 1986], J. Coleman [Coleman, 1988], N. Lin [Lin, 1999], R. Putnam [Putnam, 2000], Penning J. M. и Lee K [Penning, Lee, 1998], F. Fukuyama [Fukuyama, 1995], В. М. Блок, Н. А. Головина [Блок, Головина, 2015] др. Интерес к социальному капиталу в контексте вопросов здоровья появляется в работах I. Kawachi и В. Р. Kennedy [Kawachi, Kennedy, 1997], Р. Hawe и А. Shiell [Hawe, Shiell, 2000], Villalonga-Olives E [Villalonga-Olives, Kawachi, 2017], V. Yiengprugsawan, J. Welsh и Н. Kendig [Yiengprugsawan, Welsh, Kendig, 2018], М. Woolcock и S. Streeter [Szreter, Woolcock, 2004], Л. В. Пановой [Русинова, Панова, Сафронов, 2010] и др. Так, в работах I. Kawachi и его коллег показано, что индивиды, состоящие в социальных группах, которые обладают высокой степенью социальной интеграции, в значительной мере следуют нормам самосохранительного поведения и менее подвержены психологическим рискам.

Особое внимание уделяется социальному капиталу на страновом уровне в работах Н. Л. Русиновой и В. В. Сафронова [Русинова, Сафронов, 2014]. Доказано, что социальный капитал является фактором неравенства в здоровье людей. Групповой социальный капитал и его роль в формировании здоровья обсуждается в работах L. F. Berkman, T. Glass [Berkman, Glass, 2000], J. S. House [House, 1981] и В. М. Нилова [Нилов, 2010]. Было установлено, что социальные сети, в которые индивид включен, обуславливают его поведение в сфере здоровья.

В трудах отечественных исследователей освещены некоторые аспекты влияния социального капитала или его структурных компонентов на здоровье, но отсутствует комплексный анализ связи социального капитала и индивидуального здоровья. В виду этого важной задачей является понимание значимости социального капитала в детерминации индивидуального здоровья для разработки новых подходов к созданию условий, благоприятствующих сохранению здоровья граждан.

Цель исследования – описать практики решения вопросов сохранения и восстановления индивидуального физического здоровья и показать место социального капитала в этих практиках.

Материалы и методы. Для достижения цели было проведено авторское социологическое исследование в качественной традиции. Метод сбора информации – неформализованное интервью с использованием методики социального атома [Протасенко 2011], которая базируется на социометрическом подходе Я Морено, для визуализации оценки значимости и структуры социальных сетей при решении задач, касающихся физического здоровья индивида. Результаты интервью были обработаны с помощью открытого и осевого кодирования. Выборочная совокупность – 12 человек. Способ отбора информантов – критериальный. В качестве критериев выделены факторы, обуславливающие в большей степени качество социального капитала на микроуровне:

1) Пол. Социальный капитал имеет отличия у разных полов, в виду различного опыта социализации и неодинаковых социальных стратегий развития [Полюшкевич, 2013]. Например, социальные сети женщин больше, что обеспечивает им прочную социальную поддержку, но они менее инструментальны, чем у мужчин, которые чаще используют сети для достижения более высокого социального статуса [Нилов, 2015]. Таким образом, необходимо исследовать практики вовлечения социального капитала в сравнении у мужчин и женщин.

2) Возраст. Социальный капитал имеет способность изменяться с возрастом. «Зависимость между возрастом индивида и социальным капиталом имеет вид перевернутой U-образной кривой», так как по такой же траектории меняется их социальная активность [Солодовников, 2015]. Поэтому для исследования выделяются различные возрастные группы: до 29 лет, 30–39, 40–49, от 50 лет.

3) Профессиональная сфера деятельности – образование. Инвестиции в социальный капитал зависят от профессиональной сферы, в которой работает индивид. Социальный капитал имеет большую накопительную способность у представителей профессиональных групп, от которых требуются высокие социальные и коммуникативные навыки [Солодовников, 2015]. В качестве такой профессиональной группы предлагаются работники сферы образования.

4) Наличие высшего образования. Образование индивида в большей степени влияет на накопление социального капитала по сравнению с другими социально–демографическими показателями. Высокий уровень образования обуславливает «более сильные стимулы у индивида к инвестициям в социальный капитал» [Солодовников, 2015].

5) Воспитание в полной семье. Семья является фундаментом формирования социального капитала, так как оказывает сильное влияние на включение индивида в социальные отношения через передачу опыта создания и сохранения связей и иных ресурсов [Гужавина, Ясников, Лясникова, 2018]. Барьером для накопления социального капитала являются неполные семьи вследствие ограничения в доступе к экономическим и социальным ресурсам.

б) Проживание в городе с момента рождения. При переезде у индивида обрываются или ослабевают социальные контакты. Так, Дж. Коулман в своей работе писал: «В семьях, которые часто переезжают, социальные отношения, образующие социальный капитал, нарушаются при каждом переезде. Вне зависимости от степени межпоколенческой замкнутости, социальный капитал, доступный другим в данном сообществе, недоступен родителям часто переезжающих семей» [Коулман, 2000]. Поэтому необходимо исследовать граждан, проживающих в г. Пермь с момента рождения.

Результаты. В результате исследования были определены 4 практики, которые индивиды реализуют при решении вопросов сохранения или восстановления своего физического здоровья: 1) самолечение или бездействие, 2) обращение к официальной медицине, т.е. за специализированной помощью к врачам, 3) обращение к официальной медицине, но через неформальные каналы коммуникации, или использование прошлого опыта обращения к врачам, 4) обращение к своему социальному окружению.

К первой практике (самолечения или бездействия) прибегают почти все опрошенные информанты. Запрос на помощь в решение вопросов сохранения или восстановления здоровья формируется с одно-двухдневной задержкой, так как в течение некоторого времени индивид либо не предпринимает действий, ссылаясь на то, что *«пройдет само»* (м., 45 лет) или пытается лечиться самостоятельно. Самолечением, как правило, занимаются те индивиды, у которых социализация проходила в «медицинской среде», т.е. кто-то из родителей или родственников являются (являлись) врачами (*«я родилась в этой среде и выросла в этом, поэтому знаю, как лечится»* (ж., 36 лет)). Также индивиды используют данную практику, полагаясь на прошлый опыт обращения к врачам: *«я помнила, что какие-то такие похожие на эти я когда-то пила <.> по совету врача»* (ж., 34 года), *«дети много болели, врачи много чего назначали, и мы смотрели, как это работает»* (м., 35 лет).

Вторую практику, т.е. обращение за специализированной помощью к врачам, чаще используют в ситуациях лечения нарушений физического здоровья: *«я все-таки лечусь по совету медиков»* (м., 45 лет). Данный вывод подтверждается результатами опроса ВЦИОМ: при ответе на вопрос «Что Вы обычно делаете, когда заболеваете?» большинство (57 %) отвечали, что обращаются в государственные или частные поликлиники, больницы [Национальный мониторинг, 2017]. В ситуации профилактики к врачам почти не обращаются (*«обращусь к врачу только по необходимости»* (ж., 27 лет)), за исключением обращения к стоматологу. Посещения данного врача информанты объясняли следующим образом. Во-первых, зубная боль для индивида является не только опасной для физического здоровья, но и дезорганизующей для его трудовой деятельности: *«страшно заболит, это выбивает у тебя все, сбивает все твои планы <.> работа останавливается, вообще жизнь останавливается»* (ж.,

34 года). Кроме этого, объяснение можно найти в специфике профессиональной деятельности информантов, так как здоровая полость рта важна для внешнего вида педагога: *«если работаешь преподавателем физкультуры, то обычно дети тебе заглядывают в рот <.> внешний вид, конечно, играет роль»* (м., 62 года). Также почти все информанты-женщины ответили, что посещают гинеколога и маммолога для профилактики, так как это *«просто обязательно для любой женщины»* (ж., 34 года). Необращение к врачам других специализаций для профилактики объясняется тем, что деятельность врача ассоциируется в большей степени с оказанием помощи «настоящему» больному пациенту, профилактика нарушений здоровья и иные вопросы становятся *«делом личной инициативы врача»* [Приз 2011]. Один из информантов по этому вопросу высказался так: *«Думаю, что врачам просто не до этого. Ему бы расправиться с теми, кто болен на самом деле какими-нибудь заболеваниями. А профилактическую работу, мне кажется, им вообще некогда вести.»* (ж., 35 лет).

Официальную медицину информанты подразделяют на платную (оказание профессиональной медицинской помощи за счет личных средств граждан) и бесплатную (оказание профессиональной медицинской помощи за счет средств государства по полису ОМС). В интервью информанты отмечали, что отдают предпочтение платной медицине, ссылаясь на то, что там, по их мнению, работают *«специалисты достаточно хорошего уровня»* (м., 45 лет), у которых *«другой взгляд на вещи»* (ж., 34 года). Врачи в бесплатных поликлиниках *«действуют в рамках существующей системы здравоохранения»* (ж., 34 года), т.е. по схеме: *«шаблонный ответ, шаблонные таблетки, шаблонные разбирательства»* (м., 45 лет). Такие представления о различиях платной и бесплатной медицинской помощи широко распространены в российском обществе. Так, по данным Росстат на 2017 год, *«каждый третий пациент обратился к платному специалисту»* [Нодельман, Беришвили, 2018]. Кроме качества медицинских услуг, другие факторы информантами отмечены не были.

Следующие две практики основаны на вовлечении социального капитала. Третья практика основана на задействовании «цепей социальных отношений» для обращения к официальной медицине через неформальные каналы коммуникации. В ходе интервью было выявлено, что индивиды часто для решения вопросов физического здоровья создают «медицинский круг» через свои социальные сети, т.е. выстраивают взаимоотношения с людьми медицинской сферы (=врачами): *«имею определенные знакомства в медицинской сфере <.> мой двоюродный дядя – профессор медицины, у него ученики были»* (м., 45 лет), *«у меня теща была врач, через нее знакомые»* (м., 62 года), *«папины знакомые в медицине <.> они каких-то родственников, там оказались целые династии врачей»* (ж., 34 года), *«есть как бы друг, у него супруга – медик»* (м., 35 лет). Обход второй практики в данном случае

связан со сложным бюрократическим аппаратом при обращении в государственные медицинские учреждения: *«обращаюсь к знакомым из медицины <.> если бы я шла через поликлинику, я бы шла значительно дольше»* (ж., 34 года). Предположение о том, что низкий уровень институционального доверия к системе здравоохранения и врачам является основной причиной обращения граждан к социальному капиталу [Аронсон, 2006] для решения задач физического здоровья было опровергнуто для исследуемой социальной группы. Никто из информантов не выразил мнения о недоверии к врачам. Вероятнее всего это можно объяснить спецификой выборки: люди с высшим уровнем образования обладают высокой медицинской грамотностью [Байсунова, Турдалиева, 2016] и даже в случаи сомнения *«верифицируют добросовестность постановки диагноза через еще одного специалиста»* (м., 45 лет).

Четвертая практика заключается в задействовании в решение вопросов здоровья своего социального окружения. Анализ интервью позволил выделить два аспекта вовлечения социального окружения на основе того, кем инициировано вовлечение: 1) самим индивидом – носителем капитала или 2) членами его социальной сети (родственниками, друзьями, коллегами, знакомыми). Само социальное окружение оказывает воздействие на поведение индивида в сфере здоровья посредством влияния группового социального капитала. Например, информанты указывали, что начали заниматься спортом, потому что их к этому привлекли: *«Я давно хотела заняться йогой. И как-то все откладывала, а коллега меня пригласила. Сходила, позанималась и поняла, что даже в моем возрасте не поздно начать заниматься тренировками»* (ж., 56 лет). Также в социальной группе, членом которой является индивид, могут создаваться нормы, способствующие развитию здоровьесохранного поведения индивида. Группа в этом случае будет контролировать выполнение норм индивидом. Безусловно, возможно и отрицательное влияние группы [Villalonga-Olives, Kawachi, 2017]. Кроме этого, индивиды обращаются к своему социальному окружению для получения следующих ресурсов (см. Рисунок): информационные, социально-психологические, материальные, организационные. Использование данных ресурсов для решения задач, связанных с физическим здоровьем индивида, основано на других компонентах социального капитала: доверие и нормы реципрокности (*«она всегда готова помочь, как и я, взаимно, по-соседски»* (ж., 56 лет)). Доверие к члену социальной сети может быть основано на его компетентности и опыте в медицинской среде, а также в зависимости от тесноты и длительности контактов. Интересно, что в ситуации решения вопросов здоровья, индивиды могут пользоваться ресурсами сети, если у них наблюдается сходство медицинских показаний, даже если других показателей доверия между индивидами не наблюдается (см. Табл.).

ИНФОРМАЦИОННЫЕ	СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ	МАТЕРИАЛЬНЫЕ	ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ
<ol style="list-style-type: none"> 1. прием лекарственных препаратов и витаминов 2. поиск специалистов 3. способы поддержания здоровья 	<ol style="list-style-type: none"> 1. поддержка в ситуации болезни 2. мотивационная поддержка при поддержании здоровья 3. помощь в исполнении социальных обязательств 	<ol style="list-style-type: none"> 1. покупка лекарственных препаратов и иных материальных ресурсов для поддержания здоровья 	<ol style="list-style-type: none"> 1. помощь в покупке лекарств, витаминов 2. контроль за поведением больного 3. сопровождение в мед. учреждении 4. коллективные практики поддержания

Рисунок. Группы ресурсов, извлекаемых из социальных сетей для решения задач сохранения и восстановления физического здоровья

К социальному окружению индивиды чаще обращаются в ситуациях поддержания, укрепления здоровья для чего не требуются особые знания, потому что информация об этом широко распространена в средствах массовой информации. Ввиду этого индивиды запросто обмениваются такой информацией и оказывают друг другу помощь, т.е. активно вовлекают социальный капитал. Для решения задач, касающихся лечения, индивиду необходимо обладать медицинской информацией, поэтому появляется необходимость экспертного знания [Serensen, 2012].

Интересным моментом является логика обращения к различным практикам. Первоочередно каждый из информантов отмечал, что при необходимости решения задачи о физическом здоровье обращается к социальному окружению и только лишь *«если сильно что-то беспокоит»* (ж., 27), *«если действительно заболелаю»* (ж, 47 лет) или возникает незнакомая ситуация нездоровья для индивида он уже обращается за медицинской помощью. Однако отсутствие критичности физического здоровья – не единственная причина, по которой индивиды обращаются к социальному капиталу вместо официальной медицины. Обращение к социальному капиталу позволяет индивидам получить дополнительные ресурсы (например, психологическую поддержку: *«они тебя действительно поймут и поддержат»* (ж., 56 лет)), которые исключаются при обращении за профессиональной медицинской помощью. Так, исследователи РостГМУ в своей работе объяснили такую тенденцию развитием рыночных отношений, которые влияют на переход от коллегиальной модели «врач-пациент» к контрактной модели [Приз, 2011].

В ходе исследования были установлены различия в причинах и ситуациях вовлечения социального капитала в разных половозрастных группах. Одним из вариантов объяснения этих различий является разный уровень доверия и самооценки здоровья в этих группах. По данным RLMS-HSE НИУ ВШЭ [Российский мониторинг], мужчины склонны выше оценивать уровень своего доверия и здоровья, нежели женщины. Так, в интервью при ответе на вопрос об оценке своего здоровья мужчины отвечали: *«хорошее»*, *«отличное»*, *«почти не болею»* и т.п. Женщины более эмоциональны и потому чаще дают заниженные оценки своего здоровья, начинают перечислять заболевания, и в итоге оценивают здоровье *«как удовлетворительное»*. Соответственно, мужчины значительно реже обсуждают вопросы, связанные со здоровьем: *«в мужской среде не принято слишком много распространяться о своем*

здоровье» (м., 45 лет), но значительно чаще прибегают к помощи социального капитала в виду высокого уровня доверия. Среди ответов информантов-мужчин часто можно было столкнуться с такими высказываниями: «жена предлагает лекарства... если бы она не предлагала, я бы не пил» (м., 35 лет); «если бы их рядом не было (дочери, жены), то я бы и не увлекался этим» (м., 62 года). Женщины же отвечали: «по лечению советов у людей не спрашиваю» (ж., 47 лет), «они же не врачи, чтобы назначать мне что-то» (ж., 56 лет).

Также существуют различия в возрастных группах информантов. Молодые информанты до 39 лет давали только положительные оценки своему здоровью: «я думаю, что здоровье отличное» (м., 29 лет), «я не испытываю дискомфорта» (ж., 27 лет), «здоровье очень даже радует» (м., 38 лет), нежели в старшей возрастной группе: «есть некоторые возрастные проблемы» (ж., 56 лет), «проблемы с сердцем» (ж., 47 лет). Однако социальный капитал молодых информантов в виду возраста является ограниченным и при решении задач, связанных с физическим здоровьем, они обращаются к социальному капиталу родственников, в частности родителей: «все капитал родителей получается» (ж., 34 года), «у мамы подруга – врач, она приходит, проводит осмотр, выписывает какие-то таблетки» (ж., 27 лет).

Таким образом, на основе эмпирического исследования можно выделить четыре практики решения вопросов сохранения или восстановления индивидуального физического здоровья, две из которых основаны на задействовании социального капитала. Социальный капитал вовлекается как в ситуации болезни, так и в повседневной жизни в отношении вопросов профилактики заболеваний и ведения здорового образа жизни. Индивиды предпочитают обращаться к социальному капиталу во втором случае, при поддержании и укреплении физического здоровья. Так как в этой ситуации не требуются «особые» знания, индивиды обращаются за такой помощью друг к другу. Для решения задач, касающихся лечения, индивид прибегает к экспертному знанию врачей. Социальный капитал позволяет индивидам извлекать из социальных сетей ресурсы, необходимые для решения вопросов, связанных со здоровьем. Однако допуск к этим ресурсам открыт при необходимом уровне доверия к членам социальной сети и разделении с ними социальных норм, в частности норм реципрокности. Результаты исследования позволяют говорить о значимости социального капитала для здоровья индивида.

Библиографический список

Аронсон П. Я. Утрата институционального доверия в российском здравоохранении // Журнал Социологии и социальной антропологии. 2006. № 2 (35) С. 120–131.

Байсунова Г. С., Турдалиева Б. С., Тулебаева К. А., Загулова Д. В. Влияние демографических, социально-экономических и поведенческих детерминант на уровень медицинской грамотности населения алматинской области // Вестник Казахского Национального медицинского университета. 2016. № 1. С. 613–618.

Блок М., Головин Н. А. Социальный капитал: к обобщению понятия // Вестник Санкт-Петербургского университета. 2015. № 4. С. 99–111.

Гужавина Т. А., Ясников Н. Н., Лясникова Н. Д. Формирование социального капитала школьников: опыт социологического анализа // Молодой ученый. 2018. № 36. С. 85–91.

Концепция долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020 года (утв. распоряжением Правительства РФ от 17 ноября 2008 г. № 1662-р).

Коулман Дж. Капитал социальный и человеческий (Перевод Л. Стрельникова, А. Стасенко) // Общественные науки и современность. 2000. № 3. С. 121–139.

Лисицын Ю. П., Журавлева Т. В., Хмель А. А. Из истории изучения влияния образа жизни на здоровье // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2014. Т. 22, № 2. С. 39–42.

Национальный мониторинг здоровья россиян [Электронный ресурс] // ВЦИОМ: [веб-сайт]. Пресс-выпуск № 3371 от 11.05.2017. URL: <https://wciom.ru/index.php?id=236&uid=11619> (дата обращения: 22.05.2019).

Нилов В. М. Гендерные аспекты социального капитала // Научный диалог. 2015. № 3 (39). С. 150–162.

Нилов В. М. Социальный капитал и здоровье семьи // НИЦ Социосфера. 2010. С. 17–18.

Нодельман В., Бершвили Н. Россияне считают платные медуслуги более качественными: Известия [Электронный ресурс] // Известия: [веб-сайт]. URL: <https://iz.ru/708435/valeriia-nodelman-nataliia-berishvili/rossiiane-schitaiut-platnye-meduslugi-bolee-kachestvennymi> (дата обращения: 21.04.2019).

Полюшкевич О. А. Оценка социального капитала и перспективы консолидации: гендерные аспекты // Женщина в российском обществе. 2013. № 1. С. 60–71.

Приз Е. В., Фисенко В. Л. Изучение отношений между врачом и пациентом методами социологии медицины // Известия высших учебных заведений. Северо-Кавказский регион. Естественные науки. 2011. № 3. С. 116–118.

Протасенко Л. Ю. Психология межличностных отношений: типы структур социального атома // Научно-технические ведомости Санкт-Петербургского государственного политехнического университета. Гуманитарные и общественные науки. 2011. № 3. С. 132–135.

Российский мониторинг экономического положения и здоровья населения НИУ-ВШЭ. Russian Federation Longitudinal Monitoring Survey of HSE [Электронный ресурс] / RLMS-HSE: [веб-сайт]. URL: <http://www.cpc.unc.edu/projects/rlms>; <http://www.hse.ru/rlms> (дата обращения: 21.01.2019).

Русинова Н. Л., Панова Л. В., Сафронов В. В. Здоровье и социальный капитал (опыт исследования в Санкт-Петербурге) // Социологические исследования. 2010. № 1. С. 87–100.

Русинова Н. Л., Сафронов В. В. Значение социального капитала для здоровья в странах Европы // Журнал социологии и социальной антропологии. 2014. № 3. С. 112–133.

Русинова Н. Л., Сафронов В. В. Социальные риски депрессии в Европе и России: значение демографии, образования и социального капитала // Социологический журнал. 2016. Т. 22. № 3. С. 82–106.

Солодовников С. Ю. Социальный капитал как фактор экономического роста // Экономика и банки. 2015. С. 32–42.

Adler N. E., Stewart J. Preface to the biology of disadvantage: socioeconomic status and health // *Annals of New York academy of sciences*, v. 1186. 2010. P. 5–23. DOI: 10.1111/j.1749–6632.2009.05337.x.

Berkman L. F., Glass T. Social integration, social networks, social support, and health, in: eds. L. F. Berkman and I. Kawachi, *Social epidemiology*. New York: Oxford University Press, 2000. P. 137–173.

Bourdieu P. The forms of capital. *Handbook of theory and research for the sociology of education* (ed. J. G. Richardson). New York: Greenwood, 1986. P. 241–258.

Burt R. S. The social capital of opinion leaders // Forthcoming in the *Annals of the American of Political and Social Science*. 1999. P. 37–54.

Coleman J. S. Social capital in the creation of human capital // *American journal of sociology*. Supplement: Organizations and institutions: sociological and economic approaches to the analysis of social structure. 1988. Vol. 94. P. 95–120.

Fukuyama F. *Trust: The Social Values and the Creation of Prosperity*. New York, 1995. 457 p.

Galea S. *Macrosocial determinants of population health*. New York: Springer publishing company, 2007. – 502 p. DOI: 10.1007/978–0–387–70812–6.

Hawe P., Shiell A. Social capital and health promotion: A review // *Social Science & Medicine*. 2000. Vol. 51 (6). P. 871–885.

House J. S. *Work stress and social support*. Addison-Wesley Reading, Mass, 1981. 156 p.

Kawachi I., Kennedy B. P. Socioeconomic Determinants of Health: Health and Social Cohesion: Why Care About Income Inequality? // *British Medical Journal*. 1997. Vol. 314 № 7086. P. 1037–1040.

Lin N. Building a network theory of social capital. *Connections INSNA*, 1999. Vol. 22, № 1. P. 28–51.

Penning J. M., Lee K. *Social capital of organization: conceptualization, level of analysis, and performance implication*. USA: Kluwer Academic Publishers, 1998. P. 1–49.

Putnam R. D. *Bowling alone: the collapse and revival of American community*. New York: Simon and Schuster, 2000. 541 p.

Serensen K. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 2012 [Электронный ресурс] // BMC. Part of Springer Nature [веб- сайт]. URL: <https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-12-80> (дата обращения: 12.03.2019).

Szreter S., Woolcock M. Health by association? Social capital, social theory, and the political economy of public health // *International journal of epidemiology*. 2004. Vol. 33, № 4. P. 650–667.

Villalonga-Olives E., Kawachi I. The dark side of social capital: a systematic review of the negative health effects of social capital // *Social science and medicine*. 2017. Vol. 194. P. 105–127.

World conference on social determinants of health: meeting report, Rio de Janeiro, Brazil, 19–21 October 2011 [Электронный ресурс] // Официальный сайт Всемирной организации здравоохранения: [веб- сайт]. URL: https://www.who.int/sdhconference/resources/Conference_Report.pdf?ua=1 (дата обращения: 29.05.2020).

Yiengprugsawan V., Welsh J., Kendi H. Social capital dynamics and health in mid to later life: findings from Australia // *Quality of Life Research*. 2018. V. 27. P. 1277–1282.