

СОЦИОЛОГИЯ МЕДИЦИНЫ

DOI: 10.19181/socjour.2023.29.4.5

EDN: LQNJPI



Н.Л. РУСИНОВА¹, В.В. САФРОНОВ¹

¹ Социологический институт РАН — филиал ФНИСЦ РАН.
190005, Санкт-Петербург, ул. 7-я Красноармейская, д. 25/14.

ВЛИЯНИЕ СЕТЕВЫХ СТАТУСНЫХ РЕСУРСОВ НА ЗДОРОВЬЕ: ЗНАЧЕНИЕ КУЛЬТУРЫ ДОВЕРИЯ МЕЖДУ ЛЮДЬМИ

Аннотация. Статья посвящена проблеме воздействия социальных отношений на здоровье людей. Одно из направлений исследования этой проблемы связано с анализом социального капитала — сетевых ресурсов, доступных индивиду для решения жизненных проблем. Теоретическое основание — концепция позиционного сетевого капитала Н. Лина, согласно которой знакомство с лицами, имеющими высокий профессиональный статус, обеспечивает индивиду доступ к важным для здоровья ресурсам и улучшает его состояние. Предшествующие работы, проводившиеся в отдельных странах в разных частях мира, в общем подтверждают это теоретическое положение, однако остается неясным, почему воздействие социального капитала варьирует в разных странах и связано ли это с контекстуальными факторами их социально-экономического развития и особенностей культуры. Для прояснения этих вопросов использовались опросные данные Международной программы социальных исследований (ISSP) 2017 г. для 30 стран мира и сведения (статистические и агрегированные) о различиях между ними. Результаты проверки теоретических представлений о зависимости состояния здоровья от доступных индивиду статусных сетевых ресурсов продемонстрировали, что такие ресурсы действительно играют важную роль, способствуя сохранению здоровья. Было также показано, что влияние на здоровье статусного социального капитала зависит от культурного контекста и с большей отчетливостью проявляется при широком распространении в обществе доверия к людям.

Ключевые слова: самооценки здоровья; позиционный социальный капитал; влияние социального капитала на здоровье; общественный контекст; культура доверия; страны мира; ISSP 2017.

Для цитирования: Русина Н.Л., Сафронов В.В. Влияние сетевых статусных ресурсов на здоровье: значение культуры доверия между людьми //

Социологический журнал. 2023. Том 29. № 4. С. 100–122. DOI: 10.19181/socjour.2023.29.4.5 EDN: LQNJPI

Здоровье и статусные ресурсы социального капитала: характеристика исследований

Статья посвящена одной из важнейших проблем современной социологии здоровья — значимости для здоровья и благополучия социальных отношений, социальной среды, в которой живут и взаимодействуют люди, их социального капитала. Исследования, посвященные влиянию этих отношений на здоровье [8; 25; 31], развивались в двух основных направлениях, отражающих теоретические воззрения на природу социального капитала. Одно из них связано с «интеграционной» трактовкой, предложенной Дж. Коулманом [7] и Р. Патнэмом [28; 29], согласно которой социальные взаимодействия опираются на моральные нормы доверия и взаимности, обеспечивающие сплоченность и сотрудничество. Социальный капитал главным образом характеризует сообщества людей и служит общественному благу, но признается и его важность для индивида. В другом направлении внимание сосредоточивается на изучении сетевых ресурсов, в фокусе — структура социальных сетей и содержащиеся в них ресурсы. Индивиды, получающие доступ к таким ресурсам, могут использовать их для личного блага. Такое понимание социального капитала, отражая идеи П. Бурдьё [5], А. Портеса [27] и Н. Лина [19], сопряжено с социологической традицией исследования стратификации. Социальный капитал, как и другие формы капитала — экономический, человеческий, культурный, неравномерно распределяется в обществе и обеспечивает воспроизводство структурных неравенств [26; 43].

Большая часть исследований в области здоровья опираются на интеграционную и сетевую концептуализации социального капитала. Было показано, что положительные результаты для здоровья действительно связаны с межличностным доверием, общением с друзьями, родственниками, коллегами или соседями и участием в формальных ассоциациях, а также с поддержкой, обеспечиваемой окружающими людьми (см. обзоры [15; 33]). Исследования связи между социальным капиталом и здоровьем в нашей стране остаются немногочисленными ([1; 3; 4], см. обзор отечественных и зарубежных работ [2]). Они показывают, что отношения между людьми играют важную роль в поддержании самочувствия и отчасти объясняют социальные неравенства в здоровье. Эти исследования заслуживают дальнейшего развития с учетом современного состояния теории и методологии анализа зависимостей между здоровьем, социальной структурой и социальным капиталом. Важное значение имеют и сравнительные межстрановые исследования, в которых ставится задача выяснить, какие контекстуальные обстоятельства — уровень экономического развития, со-

стояние социального государства, особенности культуры — влияют на специфическое для России проявление зависимости здоровья от социального капитала.

В последнее десятилетие происходило дальнейшее развитие сетевой парадигмы — проводился углубленный анализ структуры индивидуальных социальных сетей и обеспечиваемой ими поддержки, доступа к материальным благам и иным ресурсам, необходимым для поддержания здоровья (жилье, услуги здравоохранения и образования, связи с полезными людьми, а также информация, помогающая в решении проблем) [22]. Эти исследования опирались на ресурсно-сетевую теорию социального капитала, разработанную Н. Лином [17; 19]. Лин определяет социальный капитал как «ресурсы, встроенные в социальную структуру, которые посредством целенаправленного действия становятся доступными и могут использоваться»; этот капитал иерархическую структуризацию социальных позиций и зависит от образования, профессии, денег, власти [19, р. 29]. Индивиды, занимающие неодинаковые позиции в социально-экономических иерархиях, устанавливают, как правило, отношения с другими людьми, схожими с ними по основным характеристикам — образованию, социально-экономическому статусу, ценностям и социальным установкам [18]. Такая гомофилия отношений способствует укреплению сложившихся социальных неравенств, однако индивидуальная активность, направленная на установление отношений с лицами, имеющими более высокое положение в обществе, может позволить индивиду воспользоваться важными для здоровья ресурсами, которыми распоряжаются такие сетевые партнеры, что в конечном счете будет способствовать улучшению его физического и психического здоровья.

В методологии анализа статусного социального капитала¹ важную роль играет предложенный Н. Лином специальный опросный инструмент — position generator, или измеритель статусных позиций в сети [20; 21]. Респондентам предлагается указать, есть ли среди их знакомых люди, имеющие профессии из предложенного списка, в который включаются распространенные специальности с низкими, средними и высокими статусами. Предполагается, что профессиональный статус адекватно отражает распределение важных ресурсов в обществе и что контакты с лицами определенного профессионального уровня открывают доступ к имеющимся в их распоряжении ресурсам. В исследованиях использовались достаточно обширные и сокращенные списки профессий, которые могли различаться по престижу, объективным

¹ Далее понятия «статусный социальный капитал», «статусный капитал», «социальный статусный капитал», «позиционный капитал» и «позиционный статусный капитал» используются как синонимы (ради стилистического разнообразия).

классификациям или классовым признакам [41]. Для измерения *позиционного социального капитала* применялись такие показатели, как высший профессиональный статус сетевого партнера, низший его статус, разница этих статусов, средний статус лиц в сети респондента, число профессий среди близких или знакомых, а также генерализованный индекс, отражающий факторное решение для ряда таких показателей.

В работах, посвященных влиянию сетевых ресурсов на здоровье, выделяется ряд физиологических, психологических и социальных механизмов, которые позволяют получить доступ к высококачественному медобслуживанию и разнообразной медицинской информации, поощряют здоровый образ жизни, укрепляют иммунную систему, снижают подверженность стрессу и относительную депривацию, способствуют чувству социальной принадлежности, укрепляют самоуважение, уверенность в своих силах и контроле над обстоятельствами, а также влияют на значимые для здоровья условия (хорошая работа, жилье и пр.) [37].

Проведенные в различных регионах мира — Европе, Америке, Юго-Восточной Азии — эмпирические исследования (с использованием измерителя статусных позиций в сети) свидетельствуют, что теоретические положения концепции позиционного социального капитала подтверждаются выявленными фактами — знакомство с высокостатусными людьми действительно ведет к улучшению здоровья и стимулирует поведение, способствующее его укреплению [22; 33; 37]. Так, индивиды, имеющие многочисленных, разнообразных и высокостатусных сетевых партнеров, отличаются более высокой самооценкой здоровья, лучшими медицинскими знаниями и навыками поиска соответствующей информации, не склонны к курению, депрессии, гиподинамии, реже страдают от избыточного веса и гипертонии [6; 13; 24; 32; 36; 38; 42; 44]. В то же время в альтернативной теории социальных издержек [37; 39; 40] отмечается, что в указанных исследованиях могут недооцениваться возможные негативные последствия для здоровья, обусловленные невыигрышными сравнениями с высокостатусными сетевыми партнерами, не соответствующей ожиданиям поддержкой с их стороны и обременительными затратами на установление и поддержание разноуровневых связей [23; 34]. Считается, что общение с людьми с более высоким статусом может нанести ущерб здоровью, уменьшая психологические ресурсы, снижая самооценку, нарушая взаимность и провоцируя стрессовые реакции и рискованное поведение [23; 24; 34]. Эмпирические подтверждения этих положений были получены при изучении депрессивной симптоматики, да и то не во всех странах [16; 23; 32; 34; 38; 45].

Представленный обзор исследований показывает, что различия в здоровье индивидов в определенной мере обусловлены наличием позиционного социального капитала: оно хуже при дефиците последнего

и лучше, когда у человека есть знакомые с высоким общественным положением. Правда, результаты таких исследований, полученные в разных странах мира, могут существенно различаться и не поддаются генерализации, отчасти вследствие методологических различий, включая особенности выборочных совокупностей, анализируемые показатели здоровья, расхождения в перечнях профессиональных позиций, использование неодинаковых показателей социального капитала и разных контролируемых переменных. Кроме того, различия между странами могут быть связаны и с сущностными причинами — не исключено, что эффекты позиционного капитала для здоровья более отчетливо проявляются в определенных общественных контекстах. Контекстуальные факторы различий между странами по социально-экономическому развитию и культуре могут способствовать проявлению или сглаживанию индивидуальных зависимостей между этим капиталом и здоровьем. Однако эта сторона проблемы остается еще практически неисследованной. Среди редких исключений можно указать анализ влияния социальных ресурсов индивида на здоровье в зависимости от выраженности в обществе экономических неравенств [10], а также на недавние работы (где сравнивались Соединенные Штаты, Китай и Тайвань [34; 39]), продемонстрировавшие, что объяснительные возможности теории статусного социального капитала, как и отдельных аргументов теории социальных издержек, зависят от страны и, возможно, обусловлены культурой [35].

Задачи, предположения и методы исследования

В настоящем исследовании предполагается преодолеть отмеченные недостатки и лакуны предшествующих работ путем проведения сравнительного анализа большой группы стран из разных частей мира, которые изучались с помощью единой опросной методологии. Его результаты помогут прояснить, действительно ли сетевые статусные ресурсы, на которые может рассчитывать человек, способствуют улучшению его самочувствия и в каких общественных условиях проявляется такая зависимость. Сравнительное изучение эффектов влияния статусного капитала на здоровье позволит сделать вывод о том, с чем связаны различия эффектов — с социально-экономическим развитием стран, сложившимися в них доходными неравенствами или же с культурными особенностями.

По одному из наших предположений, статусный социальный капитал в соответствии с теорией Н. Лина должен оказывать на самочувствие людей положительное влияние. Другое предположение состоит в том, что такое влияние является неодинаковым в разных странах мира. Поскольку сильное негативное воздействие на здоровье оказывает материальная депривация, связанная с недостатком важных для его поддержания ресурсов и невыигрышными социальными сравне-

ниями, в развитых обществах при ее снижении все большее значение приобретают социальные и психологические детерминанты, в том числе, вероятно, и интересующий нас социальный капитал. Однако не лишено смысла и обратное предположение о более отчетливой связи этого капитала с самочувствием в менее развитых странах, при высоких уровнях доходных неравенств. Именно в таких странах дополнительные социальные ресурсы могут оказаться более важными для поддержания здоровья населения, страдающего от материальной депривации.

Другое соображение о роли контекстуальных факторов для проявления сетевых статусных эффектов, связанных с поддержанием здоровья, принимает во внимание культурные особенности стран. Можно также предположить, что статусный капитал более важен для здоровья в индивидуалистической западной культуре, сочетающей ориентации на индивидуальные достижения с проницаемостью социально-статусных границ, чем в коллективистской культуре, опирающейся на длительные тесные взаимодействия в рамках социального круга. Это предположение проверялось в настоящем исследовании. Кроме того, наши допущения о контекстуальных культурных эффектах базируются на теории Р. Патнэма, согласно которой доверие между людьми является важнейшим условием их социальных взаимодействий. В странах, где широко распространено доверительное отношение к людям, можно ожидать более выраженного влияния статусного капитала на здоровье, тогда как при свойственном культуре недоверии между людьми даже знакомство с высокостатусным партнером в сети едва ли может способствовать мобилизации ресурсов человека и улучшению его самочувствия. Выбор этих аспектов культуры обусловлен как их теоретической релевантностью проблеме, так и трудностями поиска иных адекватных индикаторов культуры, которые бы характеризовали все изученные страны.

В настоящем исследовании использовались данные репрезентативных массовых опросов, выполненных в 2017 г. по проекту International Social Survey Program, ISSP (см.: <https://www.gesis.org/en/issp/modules/issp-modules-by-topic/social-networks/2017> Дата обращения 15.05.2023.). Именно в этом году в фокусе внимания исследователей была проблема «социальных сетей и социальных ресурсов» [12]. Опросы проводились в 30 странах мира² с различными уровнями социально-экономического развития и разной культурой.

² Австралия, Австрия, Китай, Тайвань, Хорватия, Чехия, Дания, Финляндия, Франция, Германия, Венгрия, Исландия, Индия, Израиль, Япония, Литва, Мексика, Новая Зеландия, Филиппины, Россия, Словакия, Словения, ЮАР, Испания, Суринам, Швеция, Швейцария, Таиланд, Великобритания, США.

Для измерения здоровья респондентам был задан хорошо себя зарекомендовавший вопрос с вариантами ответа: «Как Вы оценили бы в целом свое здоровье (имеется в виду и физическое, и психическое здоровье)? <...> 1) отличное, 2) очень хорошее, 3) хорошее, 4) удовлетворительное, 5) слабое» (в отличие от распространенного варианта с симметрией плохое/хорошее, здесь больше градаций хорошего самочувствия, что сделано ради более точного измерения — число тех, кто сообщает, что здоровье очень плохое, довольно мало).

В ISSP 2017 для измерения сетевых статусных ресурсов (*position generator*) респондентам предлагалось указать, есть ли среди их близких, друзей или знакомых представители следующих десяти профессий: водитель автобуса или большегрузной машины; директор крупной компании; уборщица; парикмахер; менеджер по подбору персонала; адвокат, юрист; автомеханик; медсестра; сотрудник полиции; школьный учитель [14]. Выбор этих профессий при разработке анкеты был обусловлен стремлением найти общие для многих стран показатели, удовлетворяющие требованию межстрановой сопоставимости. Следуя методологическим указаниям разработчиков «измерителя позиций», мы приписывали каждой профессии баллы по стобалльной шкале Международного социально-экономического индекса профессионального статуса (*International socio-economic index, ISEI*, который рассчитывался по сведениям *International Standard Classification of Occupation 2008, ISCO-08*, см. [9]). Так, профессия адвоката, юриста получает самый высокий балл, равный 85, директора крупной компании — 70 баллов, менеджера по подбору персонала — 69, а школьного учителя — 67,5 балла. У уборщицы оказывается самая низкая оценка — 16 баллов, несколько выше значение для парикмахера — 29, водителя — 32 и автомеханика — 34, наконец, ближе к середине ранжированного списка располагаются профессии медсестры — 40,5 и полицейского — 50 баллов. Для фиксации сетевых статусных ресурсов в данной работе используется важнейший из применяемых нашими предшественниками индикаторов, который непосредственно свидетельствует о возможности обращения индивида к ресурсам лиц с высоким общественным положением, — показатель самого высокого профессионального статуса у человека, принадлежащего к кругу семьи, друзей или знакомых (если у респондента нет близких или знакомых с указанными профессиями, показатель равен нулю).

Влияние этого показателя социального капитала на здоровье проверялось при контроле социальной демографии — переменных, которые оказывают определяющее воздействие на состояние здоровья, включая пол, возраст и образование (контролировались и другие переменные — профессия, субъективные доход и общественное положение, что принципиально не меняло выявляемых зависимостей).

С целью проверки предположения о контекстуальной обусловленности воздействия статусного капитала на здоровье был использован ряд показателей, характеризующих изучавшиеся в ISSP страны по социально-экономическому развитию (ВВП на душу населения³, коэффициент Джини⁴ и государственные расходы на здравоохранение в долларовом исчислении на душу населения⁵), а также — по особенностям культуры. Культурные различия обществ фиксировались по индексу индивидуализма Г. Хофстеде, который упорядочивает страны по степени выраженности в их культуре коллективистских или индивидуалистических начал⁶.

Кроме того, культурные различия, согласующиеся с концепцией социального капитала Р. Патнэма, вычислялись при агрегировании индивидуальных ответов на анкетный вопрос о доверии людям: «В целом Вы бы сказали, что людям можно доверять или что осторожность в отношениях с людьми никогда не помешает? <...> 1) практически всегда людям можно доверять, 2) обычно людям можно доверять, 3) обычно осторожность в отношениях с людьми не мешает, 4) практически всегда осторожность в отношениях с людьми не мешает». Индекс культуры доверия в стране — это доля участников опроса, полагающих, что всегда или обычно людям можно доверять.

Дескриптивная статистика для переменных, которые используются в нашем анализе, представлена в таблице 1. Как показывает средняя оценка состояния здоровья, большинство опрошенных полагают, что оно хорошее или даже очень хорошее, однако немало и тех, кто дает ему как более низкую, так и более высокую оценку. Показатель статусного социального капитала оказался в среднем неожиданно высоким — в социальных сетях очень многих респондентов были лица с профессиональными статусами из верхней части их упорядоченного списка. (На это повлиял сделанный разработчиками данного блока анкеты отбор профессий, например, многие знакомы со школьными учителями, если их дети еще учатся, или — особенно в развитых правовых государствах — с адвока-

³ World Bank, GDP per capita, PPP, constant 2017 international \$, см.: <https://data.worldbank.org/indicator/NY.GDP.PCAP.PP.KD> (accessed 16.05.2023).

⁴ World Bank, Gini index, см.: https://data.worldbank.org/indicator/SI.POV.GINI?most_recent_value_desc=false (accessed 16.05.2023).

⁵ World Health Organization, Current health expenditure per capita in US\$, см.: <https://apps.who.int/gho/data/node.main.GHEDCHEpcUSSHA2011?lang=en> (accessed 16.05.2023).

⁶ О теории культуры, разрабатываемой этим аналитиком, см.: [11]; данные для стран доступны на его сайте: <https://geerthofstede.com/research-and-vsm/dimension-data-matrix/> (accessed 17.05.2023).

тами и юристами.) Тем не менее далеко не все знакомы с такими персонами — обнаруживается отчетливая дисперсия статусного социального капитала.

Таблица 1

Дескриптивная статистика для изучавшихся переменных

| Переменные | mean | s.d. | min | max | N |
|---|-------|-------|-----|-----|--------|
| Оценка состояния здоровья (отличное — плохое) | 2,76 | 1,09 | 1 | 5 | 42 427 |
| Пол (Ж = 0, М = 1) | 0,48 | 0,50 | 0 | 1 | 42 724 |
| Возраст (лет) | 47,53 | 17,69 | 15 | 103 | 42 649 |
| Образование (лет) | 11,96 | 4,44 | 0 | 25 | 42 771 |
| Достижимый статус среди близких, знакомых | 67,45 | 23,03 | 0 | 85 | 42 486 |
| Культура доверия (доля доверяющих людям, %) | 50,44 | 15,46 | 21 | 82 | 30 |

Статистический анализ осуществлялся методами регрессионного анализа и двухуровневого иерархического моделирования (Hierarchical Linear and Non-Linear Models, HLM, см.: [30]). На индивидуальном уровне исследовались зависимости оценок респондентами своего здоровья от статусного социального капитала при контроле социальной демографии, а на контекстуальном уровне — различия между странами по развитию экономики социального государства и доходным неравенствам, а главное — по культуре доверия. Были построены модели со случайными коэффициентами, характеризующими влияние на самооценки здоровья статусного социального капитала и социальной демографии, и с модерациями таких влияний контекстуальными факторами. Переменные индивидуального уровня преобразованы — им приписаны оценки от 0 до 1, а факторы второго уровня центрированы относительно средних значений и выражены в стандартных отклонениях.

Влияние сетевых статусных ресурсов на здоровье в России

Предварительный анализ воздействия сетевых статусных ресурсов на здоровье показывает, что в ряде стран они действительно, как и ожидалось, способствуют его улучшению. Оценки оказываются выше, даже после контроля социальной демографии, у тех людей, которые сообщали, что среди их близких, друзей или знакомых есть персоны с высоким профессиональным статусом. Для иллюстрации этой зависимости рассмотрим результаты, характеризующие Россию.

В таблице 2 приведены регрессионные коэффициенты, полученные при рассмотрении зависимости самооценок здоровья от показателя наибольшего сетевого статуса. При этом данный показатель в сети

разбит на четыре категории: низкий (до шкальной ISEI (International Socio-Economic Index of Occupational Status) оценки в 34 балла) — к этой категории относятся 14% респондентов, ниже среднего (от 34 до 50 баллов) — 11%, выше среднего (68–70 баллов) — 36% и очень высокий (85 баллов — юрист, адвокат) — 39%. Как и среди всех респондентов из 30 изученных стран, большинство российских опрошенных, составляющих три четверти выборки, оказались знакомы с лицами, профессиональное положение которых было выше среднего по статусной шкале. Но у четверти респондентов такие знакомства отсутствовали, что позволяет произвести интересующие нас сравнения.

Таблица 2

Влияние сетевых статусных ресурсов на здоровье в России

| Независимые переменные | B |
|--|----------|
| Intercept | 2,52*** |
| Пол (Ж = 0, М = 1) | -0,14*** |
| Возраст (<i>лет</i>) [0, 1] | 2,11*** |
| Образование (<i>лет</i>) [0, 1] | -0,11 |
| Наивысший статус близких, знакомых (по ISEI) | |
| Низкий (не выше 34 баллов) | 0,29*** |
| Ниже среднего (от 34 до 50 баллов) | 0,24*** |
| Выше среднего (68–70 баллов) | 0,17*** |
| <i>Высокий (85 баллов) (референтная категория)</i> | |
| Adjusted R ² | 0,27 |

Примечание: ISSP 2017, Россия, GLM Univariate Analysis; зависимая переменная — самооценки состояния здоровья (1 — прекрасное, 5 — плохое). N = 1579. Уровень значимости: *** p < 0,001.

Регрессионные коэффициенты свидетельствуют о том, что с понижением профессиональных статусов лиц, с которыми респонденты поддерживают отношения, происходит постепенное ухудшение самочувствия последних (коэффициенты с положительными знаками, поскольку, напомним, используется шкала самочувствия с градацией от «отличного» к «плохому»). Несмотря на высокую статистическую значимость этих различий (p < 0,001), добавление в уравнение регрессии нашего показателя социального капитала (решение с одними социально-демографическими переменными не приводится) лишь незначительно улучшает ее объяснительные возможности (в процентном выражении Adjusted R² улучшается на один пункт). Это отчасти объясняется довольно тесными корреляционными связями данного показателя с переменными социальной демографии — по мере увеличения возраста статусный капитал сокращается (Pearson's r = -0,20, p < 0,001),

а с повышением образования — накапливается (Pearson's $r = 0,23$, $p < 0,001$). Надо полагать, что статусный капитал наряду с прямым воздействием на здоровье влияет на него и косвенно, являясь медиатором возрастных и образовательных эффектов: ухудшение здоровья с возрастом отчасти обусловлено утратой этого капитала, а его улучшение по мере повышения образования — с обретением статусных знакомств.

В целом можно сказать, что в России сетевые ресурсы высокого статуса благоприятно сказываются на здоровье, однако такая зависимость проявляется не очень отчетливо. Это заключение иллюстрирует рисунок 1, построенный по регрессионной модели, приведенной в таблице 2.

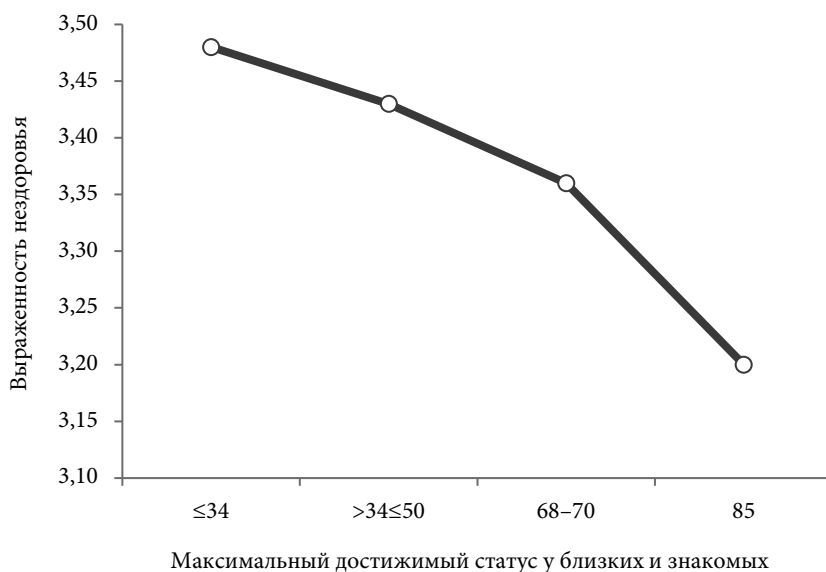


Рис. 1. Влияние статусного социального капитала на здоровье в России

Как видно на рисунке, самочувствие опрошенных (при средних значениях в социально-демографических срезах) постепенно улучшается (ниже становится показатель выраженности нездоровья) по мере того, как повышается профессиональный статус их близких или знакомых.

Влияние статусного социального капитала на здоровье: результаты двухуровневого моделирования

Результаты двухуровневого иерархического моделирования, выполненного для определения выраженности влияния на здоровье сетевых статусных ресурсов в 30 странах мира и объяснения различий между ними, приведены в таблице 3.

Модель 1 показывает, что в данных странах такое влияние (как и воздействие переменных социальной демографии) было неодинаковым: в одних странах большим, в других меньшим, причем дисперсия для переменной наибольшего статуса близких, знакомых оказалась статистически значимой на высоком уровне ($p < 0,001$). Попытки объяснить на втором уровне эту дисперсию с помощью показателей экономического и социального развития стран или доходных неравенств к успеху не привели: интеракции индивидуального статусного капитала с ВВП на душу населения, индексом Джини и государственными расходами на здравоохранение в душевом исчислении оказались более чем скромными и статистически незначимыми (модели не приводятся).

Таблица 3

Влияние сетевых статусных ресурсов на здоровье и культура доверия

| Фиксированные эффекты | Модель 1 | Модель 2 |
|--|------------|-------------|
| Intercept | 2,74*** | 2,75*** |
| Уровень 1 (индивиды) | | |
| Пол (Ж = 0, М = 1) | -0,07*** | -0,07*** |
| Возраст (лет) [0, 1] | 1,50*** | 1,52*** |
| Образование (лет) [0, 1] | -0,84*** | -0,85*** |
| Наибольший статус близких, знакомых [0, 1] | -0,36*** | -0,35*** |
| Уровень 2 (страны) | | |
| Культура доверия (s.d.) | | -0,14* |
| Интеракции между уровнями | | |
| Пол x культура доверия | | 0,03* |
| Возраст x культура доверия | | -0,31* |
| Образование x культура доверия | | 0,13 |
| Наибольший статус x культура доверия | | -0,21** |
| Случайные эффекты | | |
| | Дисперсии | % Explained |
| Intercept | 0,10026*** | 17 |
| Пол | 0,00132 | 33 |
| Возраст | 0,61173*** | 14 |
| Образование | 0,13702*** | 8 |
| Наибольший статус близких, знакомых | 0,08641*** | 43 |

Примечание: ISSP 2017, двухуровневые линейные модели со случайными коэффициентами, робастными стандартными ошибками; зависимая переменная — самооценки состояния здоровья (1 — прекрасное, 5 — плохое). N1 (индивиды) = 41 156, N2 (страны) = 30. Уровни значимости: *** $p < 0,001$; ** $p < 0,01$; * $p < 0,05$.

Большую объяснительную силу продемонстрировали культурные различия между странами. Рассматривались интеракции сетевого статусного капитала с двумя контекстуальными факторами: показателем индивидуалистической/коллективистской культуры и культуры доверия между людьми. Хотя интеракция переменной сетевого статусного капитала с индексом индивидуализма Г. Хофстеде оказалась статистически значимой (это свидетельствует о том, что его воздействие на здоровье с чуть большей определенностью проявлялось, как мы и предполагали, в индивидуалистических, а не в коллективистских обществах (к последним принадлежит и Россия)), эта модерация была все же достаточно слабо выраженной, неустойчивой и могла исчезнуть при изменении спецификации двухуровневой модели (результаты моделирования не приводятся).

Наиболее интересные результаты были получены при проверке гипотез о контекстуальной обусловленности позитивных воздействий статусных сетевых ресурсов на здоровье в культурах с низкой и высокой распространенностью доверительного отношения к людям. Изученные 30 стран очень сильно различаются по этому признаку (рис. 2).

Так, в Дании, Исландии, Швеции, как и во многих других развитых странах, преобладающая часть граждан с доверием относятся к другим людям — значение индекса превосходит две трети, а в датском обществе достигает 82%. На противоположном культурном полюсе — страны с широко распространенным недоверием. Среди них Суринам, ЮАР, Филиппины, Тайвань, в которых индекс доверия не превышает трети, причем в первой из этих стран показатель культуры доверия лишь 21%. К этой группе примыкают и некоторые посткоммунистические общества, включая Россию с индексом, равным 34%.

Модерация зависимости между оценками состояния здоровья и статусным социальным капиталом, связанная с культурой доверия, нашла отражение в модели 2 (см. табл. 3). Этот фактор позволяет объяснить 43% дисперсии, характеризующей неодинаковую выраженность данной зависимости в рассмотренных странах. Коэффициент для интеракции переменных наибольшего статуса близких, знакомых и культуры доверия ($-0,21$, $p < 0,01$) указывает, что социальный капитал становится все более важным для поддержания здоровья по мере расширения доверительных отношений в обществе.

Графическое представление культурной модерации, аналогичной модели 2, но полученной при разбиении достижимого в сети профессионального статуса на три категории (невысокий — до 50 баллов по шкале ISEI, выше среднего — 68–70 и высокий — 85 баллов), приведено на рисунке 3.

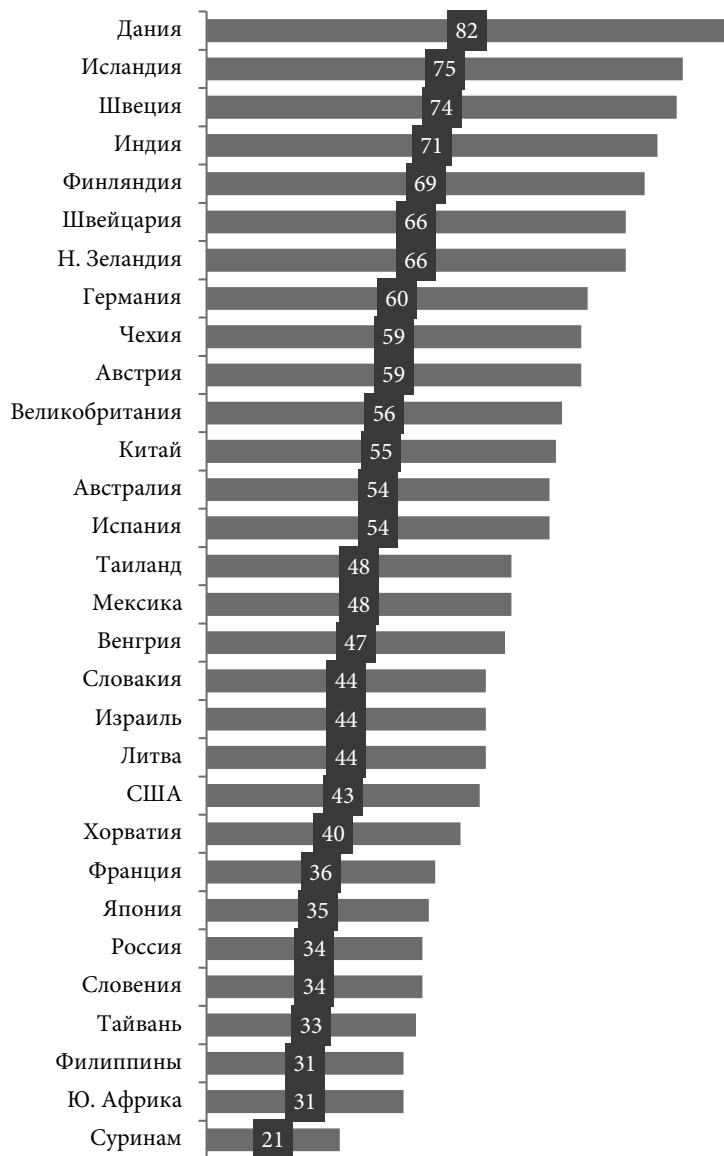


Рис. 2. Культура доверия в странах ISSP, %

Примечание: Показатели — доли респондентов, полагающих, что людям можно доверять (почти всегда или обычно).

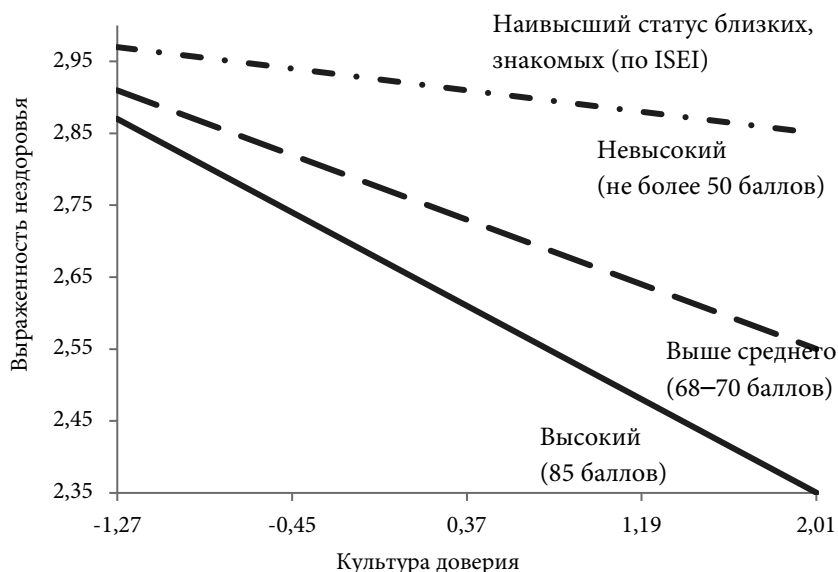


Рис. 3. Зависимость здоровья от статусного сетевого капитала и культуры доверия

Примечание: ISSP 2017, 30 стран, 41 156 респондентов; двухуровневое моделирование (при средних значениях контрольных переменных: пола, возраста, образования).

Наличие лица с высоким общественным положением в сети респондента способствует улучшению его самочувствия, причем в странах, где распространено недоверие к людям, такой эффект выражен неотчетливо (рис. 3). В обществах же с высоким уровнем доверия разрыв между показателями здоровья тех, у кого есть знакомые с высоким профессиональным положением, и тех, у кого таковых нет, довольно заметен. Эти зависимости статистически значимы на высоком уровне и фиксируют отчетливые различия в самооценках здоровья, обусловленные воздействием статусного социального капитала.

Заключение

Данное исследование, нацеленное на проверку теоретических предположений о зависимости состояния здоровья индивида от доступных ему статусных сетевых ресурсов, продемонстрировало, в подтверждение выявленных ранее фактов, что такие ресурсы действительно играют важную роль, способствуя сохранению здоровья. В предшествующих работах высказывались предположения, согласно которым статусные ресурсы могут позитивно влиять на здоровье, обеспечивая доступ к медицинским услугам, информационную, эмоциональную и материальную поддержку, поощряя здоровый образ жизни, снижая подверженность социальным стрессорам и укрепляя

психологические ресурсы. Однако материалы ISSP, использованные при проведении анализа, не позволяют определить конкретные механизмы, посредством которых позиционный капитал помогает индивиду поддерживать хорошее самочувствие. Углубленное изучение таких механизмов остается для дальнейших изысканий.

В работе также удалось показать, что влияние на здоровье статусного социального капитала зависит от культурного контекста и с большей отчетливостью проявляется при широком распространении в обществе доверия к людям. Выявленные закономерности указывают на важность учета в исследованиях связи социального капитала со здоровьем не только в ресурсном его понимании, но и в интеграционной трактовке и позволяют продвинуться в разработке общей теории, связывающей концепции Н. Лина и Р. Патнэма.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Кислицына О.А., Ферландер С.* Роль социальных отношений в объяснении социально-экономических различий в состоянии здоровья россиян // Социальные аспекты здоровья населения. 2015. № 4 (44) [электронный ресурс]. Дата обращения 01.09.2023. URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/694/30/lang.ru/> EDN: YCKCOL
2. *Лебедева-Несебря Н.А., Елисеева С.Ю.* Социальный капитал как фактор формирования здоровья населения: аналитический обзор // Анализ риска здоровью. 2018. № 3. С. 156–164. DOI: 10.21668/health.risk/2018.3.17 EDN: YCKCOL
3. *Русинова Н.Л., Сафронов В.В.* Здоровье в странах Европы: статусные неравенства и влияние социального капитала // Социологический журнал. 2015. Том 21. № 4. С. 34–60. DOI: 10.19181/socjour.2015.21.4.3065 EDN: VDXPZR
4. *Русинова Н.Л., Сафронов В.В.* Медиаторы структурных неравенств в здоровье в странах Европы: социальный капитал близкого окружения и доверия людям // Журнал социологии и социальной антропологии. 2020. Т. 23. № 1. С. 35–64. DOI: 10.31119/jssa.2020.23.1.2 EDN: PRFUUT
5. *Bourdieu P.* Forms of capital // Handbook of theory and research for the sociology of education / Ed. by J. Richardson. New York: Greenwood, 1986. P. 241–258.
6. *Christakis N.A., Fowler J.H.* The collective dynamics of smoking in a large social network // The New England Journal of Medicine. 2008. Vol. 358. No. 21. P. 2249–2258. DOI: 10.1056/NEJMsa0706154
7. *Coleman J.* Foundations of Social Theory. Cambridge, MA: Belknap Press of Harvard University Press, 1990. — 1009 p.
8. *Ehsana A., Klaasa H.S., Bastianena A., Spini D.* Social capital and health: A systematic review of systematic reviews // SSM — Population Health. 2019. Vol. 8. Article 100425. DOI: 10.1016/j.ssmph.2019.100425
9. *Ganzeboom H.B.G., Treiman D.J.* Three internationally standardised measures for comparative research on occupational status // Advances in cross-national comparison. A European working book for demographic and socio-economic variables / Ed. by J.H.P. Hoffmeyer-Zlotnik, C. Wolf. New York: Kluwer Academic Press, 2003. P. 159–193. DOI: 10.1007/978-1-4419-9186-7_9

10. Gonzalez R., Fuentes F., Muñoz E. On social capital and health: The moderating role of income inequality in comparative perspective // *International Journal of Sociology*. 2020. Vol. 50. No. 1. P. 68–85. DOI: 10.1080/00207659.2019.1709138
11. Hofstede G., Hofstede G.J., Minkov M. *Cultures and organizations: Software of the mind*. 3rd edition. New York: McGraw-Hill, 2010. — 576 p.
12. ISSP Research Group. *International social survey programme: Social networks and social resources — ISSP 2017* // GESIS Data Archive, Cologne. ZA6980 Data file Version 2.0.0. 2019. DOI: 10.4232/1.13322
13. Josey M.J., Michele J., Moore S. The influence of social networks and the built environment on physical inactivity: A longitudinal study of urban-dwelling adults // *Health and Place*. 2018. Vol. 54. P. 62–68. DOI: 10.1016/j.healthplace.2018.08.016
14. Joye D., Sapin M., Wolf C. *Measuring social networks and social resources: An exploratory ISSP survey around the world*. (GESIS-Schriftenreihe, 22). Köln: GESIS — Leibniz-Institut für Sozialwissenschaften, 2019. — 206 p. DOI: 10.21241/ssoar.62256
15. Kim D., Subramanian S.V., Kawachi I. Social capital and physical health: A systematic review of the literature // *Social Capital and Health* / Ed. by K. Ichiro, S.V. Subramanian, D. Kim. New York: Springer Science and Business Media, 2008. P. 139–190. DOI: 10.1007/978-0-387-71311-3_8
16. Lee M.A., Kawachi I. The company you keep: Is socialising with higher-status people bad for mental health? // *Sociology of Health and Illness*. 2017. Vol. 39. No. 7. P. 1206–1226. DOI: 10.1111/1467-9566.12580
17. Lin N. *Social resources and instrumental action* // *Social structure and network analysis* / Ed. by P.V. Marsden, N. Lin. Beverly Hills, CA: Sage, 1982. P. 131–145.
18. Lin N. *Inequality in social capital* // *Contemporary Sociology*. 2000. Vol. 29. No. 6. P. 785–795. DOI: 10.2307/2654086
19. Lin N. *Social capital: A theory of social structure and action*. Cambridge: Cambridge University Press, 2001. — 278 p. DOI: 10.1017/CBO9780511815447
20. Lin N., Dumin M. Access to occupations through social ties // *Social Networks*. 1986. Vol. 8. No. 4. P. 365–385. DOI: 10.1016/0378-8733(86)90003-1
21. Lin N., Fu Y., Hsung R.M. The position generator: A measurement technique for investigations of social capital // *Social capital: Theory and research* / Ed. by N. Lin, K. Cook, R.S. Burt. New York: Aldine de Gruyter, 2001. P. 57–81. DOI: 10.4324/9781315129457-3
22. Meanley S., Biernesser C., O'Malley T., Bear T., Trauth J. Employing position generators to assess social capital and health: A scoping review of the literature and recommendations in future population health surveillance // *Journal of Health Disparities Research and Practice*. 2020. Vol. 13. No. 3. P. 16–45.
23. Moore S., Daniel M., Gauvin L., Dubé L. Not all social capital is good capital // *Health & Place*. 2009. Vol. 15. No. 4. P. 1071–1077. DOI: 10.1016/j.healthplace.2009.05.005
24. Moore S., Daniel M., Paquet C., Dubé L., Gauvin L. Association of individual network social capital and abdominal adiposity, overweight and obesity // *Journal of Public Health*. 2009. Vol. 31. P. 175–183. DOI: 10.1093/pubmed/fdn104
25. Moore S., Kawachi I. Twenty years of social capital and health research: a glossary // *Journal of Epidemiology and Community Health*. 2017. Vol. 71. No. 5. P. 513–517. DOI: 10.1136/jech-2016-208313

26. *Phelan J.C., Link B.G., Tehranifar P.* Social conditions as fundamental causes of health inequalities: Theory, evidence, and policy implications // *Journal of Health and Social Behavior*. 2010. Vol. 51. P. S28–S40. DOI: 10.1177/0022146510383498
27. *Portes A.* Social capital: its origins and applications in modern sociology // *Annual Review of Sociology*. 1998. Vol. 24. P. 1–24. DOI:10.1146/annurev.soc.24.1.1
28. *Putnam R.* Making democracy work: Civic traditions in modern Italy. New York: Princeton University Press, 1993. — 272 p.
29. *Putnam R.* Bowling alone, the collapse and revival of civic America. New York: Simon & Schuster, 2000. — 541 p.
30. *Raudenbush S.W., Bryk A.S.* Hierarchical linear models: Applications and data analysis methods. Thousand Oaks (CA): Sage, 2002. — 512 p.
31. *Rodgers J., Valuev A.V., Hswen Y., Subramanian S.V.* Social capital and physical health: An updated review of the literature for 2007–2018 // *Social Science & Medicine*. 2019. Vol. 236. Article 112360 [электронный ресурс]. Дата обращения 11.11.2023. URL: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2019.112360>
32. *Song L.* Social capital and psychological distress // *Journal of Health and Social Behavior*. 2011. Vol. 52. No. 4. P. 478–492. DOI: 10.1177/0022146511411921
33. *Song L.* Social capital and health // *Medical sociology on the move: New directions in theory* / Ed. by W.C. Cockerham. Dordrecht: Springer, 2013. P. 233–257. DOI: 10.1007/978-94-007-6193-3_12
34. *Song L.* Does who you know in the positional hierarchy protect or hurt? Social capital, comparative reference group, and depression in two societies // *Social Science and Medicine*. 2015. Vol. 136–137. No. 9. P. 117–127. DOI: 10.1016/j.socscimed.2015.05.012
35. *Song L.* Social capital, social cost, and relational culture in three societies // *Social Psychology Quarterly*. 2020. Vol. 83. No. 4. P. 443–462. DOI: 10.1177/0190272520939880
36. *Song L., Chang T.Y.* Do resources of network members help in help seeking? Social capital and health information search // *Social Networks*. 2012. Vol. 34. No. 4. P. 658–669. DOI: 10.1016/j.socnet.2012.08.002
37. *Song L., Frazier C.G., Pettis P.J.* Do network members' resources generate health inequality? Social capital theory and beyond // *Elgar Companion to Social Capital and Health* / Ed. by S. Folland, E. Nauenberg. Cheltenham: Edward Elgar Ltd, 2018. P. 233–253. DOI: 10.4337/9781785360718.00026
38. *Song L., Lin N.* Social capital and health inequality: Evidence from Taiwan // *Journal of Health and Social Behavior*. 2009. Vol. 50. No. 2. P. 149–163. DOI: 10.1177/002214650905000203
39. *Song L., Pettis P.J.* Does whom you know in the status hierarchy prevent or trigger health limitation? Institutional embeddedness of social capital and social cost theories in three societies // *Social Science and Medicine*. 2020. Vol. 257. Article 111959 [электронный ресурс]. Дата обращения 11.11.2023. URL: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2018.09.035>
40. *Song L., Pettis P.J., Chen Y., Miller M.G.* Social Cost and Health: The Downside of social relationships and social networks // *Journal of Health and Social Behavior*. 2021. Vol. 62. No. 3. P. 371–387. DOI: 10.1177/00221465211029353

41. *Verhaeghe P.P., Li Y.* The position generator approach to social capital research: measurements and results // Handbook of research methods and applications in social capital / Ed. by Y. Li. Cheltenham: Edward Elgar Publishing, 2015. P. 166–186. DOI:10.4337/9780857935854.00014
42. *Verhaeghe P.P., Tampubolon G.* Individual social capital, neighbourhood deprivation, and self-rated health in England // Social Science and Medicine. 2012. Vol. 75. No. 2. P. 349–357. DOI: 10.1016/j.socscimed.2012.02.057
43. *Vonneilich N.* Social status, social relations, and health // Social networks and health inequalities / Ed. by A. Klärner, M. Gamper, S. Keim-Klärner, I. Moor, H. von der Lippe, N. Vonneilich. Cham: Springer, 2022. P. 203–213. DOI: 10.1007/978-3-030-97722-1_11
44. *Yang H.H., Kuo S.C., Yang H.J., Yu J.C.* Social capital and health literacy in Taiwan // Health. 2013. Vol. 5. No. 5. P. 898–902. DOI: 10.4236/health.2013.55118
45. *Yu S.-T., Houle B., Manderson L., Jennings E.A., Tollman S.M., Berkman L.F., Harling G.* The double-edged role of accessed status on health and well-being among middle- and older-age adults in rural South Africa: The HAALSI study // SSM — Population Health. 2022. Vol. 19. Article 101154 [электронный ресурс]. Дата обращения 11.11.2023. URL: <https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2022.101154>

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

Русинова Нина Львовна — кандидат экономических наук, заведующий сектором социологии здоровья, Социологический институт РАН — филиал Федерального научно-исследовательского социологического центра РАН. **Телефон:** +7 (812) 316-75-68. **Электронная почта:** nrusinova@gmail.com

Сафронов Вячеслав Владимирович — старший научный сотрудник, Социологический институт РАН — филиал Федерального научно-исследовательского социологического центра РАН. **Телефон:** +7 (812) 316-34-36. **Электронная почта:** vsafronov@list.ru

Дата поступления: 22.05.2023.

SOTSIOLICHESKIY ZHURNAL = SOCIOLOGICAL JOURNAL. 2023.
VOL. 29. NO. 4. P. 100–122. DOI: 10.19181/socjour.2023.29.4.5

Research Article

NINA L. RUSINOVA¹, VLACHESLAV V. SAFRONOV¹

¹Sociological Institute of FCTAS RAS.

25/14, 7-th Krasnoarmeyskaya str., 190005, St Petersburg, Russian Federation.

THE IMPACT OF NETWORK STATUS RESOURCES ON HEALTH: MODERATION BY CULTURAL CONTEXT

Abstract. The article is devoted to such a problem as the impact of social relations on people's health. One of the directions in researching this issue is linked to analyzing social capital — network resources available to an individual to solve everyday problems. The

conceptual basis of the research is the theory of positional network capital by N. Lin, according to which being acquainted to persons with high professional status provides an individual with access to resources that are vital for one's health and improves its condition. Previous studies conducted in certain countries in different parts of the world generally confirm this theoretical assumption, but it remains unclear why the impact of social capital varies across countries and whether this is due to contextual factors of their socio-economic development and cultural characteristics. To clarify these issues, survey data from the International Social Survey Program (ISSP) 2017 for 30 countries and information (statistical and aggregated) about the differences between them were used. The results of verifying the theoretical ideas about the dependence of state of health on the network resources available to an individual demonstrated that status resources really play an important role in contributing to preserving one's health. It was also shown that the impact of status and social capital on health depends on the cultural context and is more clearly manifested when trust in other people is widespread in society.

Keywords: self-rated health; position social capital; the impact of social capital on health; societal context; culture of trust; countries of the world; ISSP 2017.

For citation: Rusinova, N.L., Safronov, V.V. The Impact of Network Status Resources on Health: Moderation by Cultural Context. *Sotsiologicheskij Zhurnal = Sociological Journal*. 2023. Vol. 29. No. 4. P. 100–122. DOI: 10.19181/socjour.2023.29.4.5

REFERENCES

1. Kislitsyna O.A., Ferlander S. The role of social relations in explaining socio-economic differences in the health status of Russians. *Sotsial'nye aspekty zdorov'ya naseleniya*. 2015. No. 4 (44). Accessed 09.01.2023. URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/694/30/lang.ru/> (In Russ.)
2. Lebedeva-Nesevrya N.A., Eliseeva S.Yu. Social capital as a factor in shaping population health: an analytical review. *Analiz riska zdorov'yu*. 2018. No. 3. P. 156–164. DOI: 10.21668/health.risk/2018.3.17 (In Russ.)
3. Rusinova N.L., Safronov V.V. Health in the European states: SES inequalities and social capital. *Sotsiologicheskij Zhurnal = Sociological Journal*. 2015. Vol. 21. No. 4. P. 34–60. DOI: 10.19181/socjour.2015.21.4.3065 (In Russ.)
4. Rusinova N.L., Safronov V.V. Mediators of health inequalities in Europe: social capital of personal network and generalized trust. *Journal of Sociology and Social Anthropology*. 2020. Vol. 23. No. 1. P. 35–64. DOI: 10.31119/jssa.2020.23.1.2 (In Russ.)
5. Bourdieu P. Forms of capital. *Handbook of theory and research for the sociology of education*. Ed. by J. Richardson. New York: Greenwood, 1986. P. 241–258.
6. Christakis N.A., Fowler J.H. The collective dynamics of smoking in a large social network. *The New England Journal of Medicine*. 2008. Vol. 358. No. 21. P. 2249–2258. DOI: 10.1056/NEJMs0706154.
7. Coleman J. *Foundations of Social Theory*. Cambridge, MA: Belknap Press of Harvard University Press, 1990. 1009 p.
8. Ehsana A., Klaasa H.S., Bastianena A., Spini D. Social capital and health: A systematic review of systematic reviews. *SJM — Population Health*. 2019. Vol. 8. Article 100425. DOI: 10.1016/j.ssmph.2019.100425
9. Ganzeboom H.B.G., Treiman D.J. Three internationally standardised measures for comparative research on occupational status. *Advances in cross-national comparison. A European working book for demographic and socio-economic variables*. Ed. by J.H.P. Hoffmeyer-Zlotnik, C. Wolf. New York: Kluwer Academic Press, 2003. P. 159–193. DOI: 10.1007/978-1-4419-9186-7_9

10. Gonzalez R., Fuentes F., Muñoz E. On social capital and health: The moderating role of income inequality in comparative perspective. *International Journal of Sociology*. 2020. Vol. 50. No. 1. P. 68–85. DOI: 10.1080/00207659.2019.1709138
11. Hofstede G., Hofstede G.J., Minkov M. *Cultures and organizations: Software of the mind*. 3rd ed. New York: McGraw-Hill, 2010. 576 p.
12. ISSP Research Group. International social survey programme: Social networks and social resources — ISSP 2017. *GESIS Data Archive, Cologne*. ZA6980 Data file Version 2.0.0. 2019. DOI: 10.4232/1.13322
13. Josey M.J., Michele J., Moore S. The influence of social networks and the built environment on physical inactivity: A longitudinal study of urban-dwelling adults. *Health and Place*. 2018. Vol. 54. P. 62–68. DOI: 10.1016/j.healthplace.2018.08.016
14. Joye D., Sapin M., Wolf C. *Measuring social networks and social resources: An exploratory ISSP survey around the world*. (GESIS-Schriftenreihe, 22). Köln: GESIS — Leibniz-Institut für Sozialwissenschaften, 2019. 206 p. DOI: 10.21241/ssoar.62256
15. Kim D., Subramanian S.V., Kawachi I. Social capital and physical health: A systematic review of the literature. *Social Capital and Health*. Ed. by K. Ichiro, S.V. Subramanian, D. Kim. New York: Springer Science and Business Media, 2008. P. 139–190. DOI: 10.1007/978-0-387-71311-3_8
16. Lee M.A., Kawachi I. The company you keep: Is socialising with higher-status people bad for mental health? *Sociology of Health and Illness*. 2017. Vol. 39. No. 7. P. 1206–1226. DOI: 10.1111/1467-9566.12580
17. Lin N. Social resources and instrumental action. *Social structure and network analysis*. Ed. by P.V. Marsden, N. Lin. Beverly Hills, CA: Sage, 1982. P. 131–145.
18. Lin N. Inequality in social capital. *Contemporary Sociology*. 2000. Vol. 29. No. 6. P. 785–795. DOI: 10.2307/2654086
19. Lin N. *Social capital: A theory of social structure and action*. Cambridge: Cambridge University Press, 2001. 278 p. DOI: 10.1017/CBO9780511815447
20. Lin N., Dumin M. Access to occupations through social ties. *Social Networks*. 1986. Vol. 8. No. 4. P. 365–385. DOI: 10.1016/0378-8733(86)90003-1
21. Lin N., Fu Y., Hsung R.M. The position generator: A measurement technique for investigations of social capital. *Social capital: Theory and research*. Ed. by N. Lin, K. Cook, R.S. Burt. New York: Aldine de Gruyter, 2001. P. 57–81. DOI: 10.4324/9781315129457-3
22. Meanley S., Biernesser C., O'Malley T., Bear T., Trauth J. Employing position generators to assess social capital and health: A scoping review of the literature and recommendations in future population health surveillance. *Journal of Health Disparities Research and Practice*. 2020. Vol. 13. No. 3. P. 16–45.
23. Moore S., Daniel M., Gauvin L., Dubé L. Not all social capital is good capital. *Health & Place*. 2009. Vol. 15. No. 4. P. 1071–1077. DOI: 10.1016/j.healthplace.2009.05.005
24. Moore S., Daniel M., Paquet C., Dubé L., Gauvin L. Association of individual network social capital and abdominal adiposity, overweight and obesity. *Journal of Public Health*. 2009. Vol. 31. P. 175–183. DOI: 10.1093/pubmed/fdn104
25. Moore S., Kawachi I. Twenty years of social capital and health research: a glossary. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 2017. Vol. 71. No. 5. P. 513–517. DOI: 10.1136/jech-2016-208313
26. Phelan J.C., Link B.G., Tehranifar P. Social conditions as fundamental causes of health inequalities: Theory, evidence, and policy implications. *Journal of Health and Social Behavior*. 2010. Vol. 51. P. S28–S40. DOI: 10.1177/0022146510383498
27. Portes A. Social capital: its origins and applications in modern sociology. *Annual Review of Sociology*. 1998. Vol. 24. P. 1–24. DOI: 10.1146/annurev.soc.24.1.1
28. Putnam R. *Making democracy work: Civic traditions in modern Italy*. N.Y.: Princeton University Press, 1993. 272 p.

29. Putnam R. *Bowling alone, the collapse and revival of civic America*. N.Y.: Simon & Schuster, 2000. 541 p.
30. Raudenbush S.W., Bryk A.S. *Hierarchical linear models: Applications and data analysis methods*. Thousand Oaks (CA): Sage, 2002. 512 p.
31. Rodgers J., Valuev A.V., Hswen Y., Subramanian S.V. Social capital and physical health: An updated review of the literature for 2007–2018. *Social Science & Medicine*. 2019. Vol. 236. Article 112360. Accessed 11.11.2023. URL: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2019.112360>
32. Song L. Social capital and psychological distress. *Journal of Health and Social Behavior*. 2011. Vol. 52. No. 4. P. 478–492. DOI: 10.1177/0022146511411921
33. Song L. Social capital and health. *Medical sociology on the move: New directions in theory*. Ed. by W.C. Cockerham. Dordrecht: Springer, 2013. P. 233–257. DOI: 10.1007/978-94-007-6193-3_12
34. Song L. Does who you know in the positional hierarchy protect or hurt? Social capital, comparative reference group, and depression in two societies. *Social Science and Medicine*. 2015. Vol. 136–137. No. 9. P. 117–127. DOI: 10.1016/j.socscimed.2015.05.012
35. Song L. Social capital, social cost, and relational culture in three societies. *Social Psychology Quarterly*. 2020. Vol. 83. No. 4. P. 443–462. DOI: 10.1177/0190272520939880
36. Song L., Chang T.Y. Do resources of network members help in help seeking? Social capital and health information search. *Social Networks*. 2012. Vol. 34. No. 4. P. 658–669. DOI: 10.1016/j.socnet.2012.08.002
37. Song L., Frazier C.G., Pettis P.J. *Do network members' resources generate health inequality? Social capital theory and beyond*. Elgar Companion to Social Capital and Health. Ed. by S. Folland, E. Nauenberg. Cheltenham: Edward Elgar Ltd, 2018. P. 233–253. DOI:10.4337/9781785360718.00026
38. Song L., Lin N. Social capital and health inequality: Evidence from Taiwan. *Journal of Health and Social Behavior*. 2009. Vol. 50. No. 2. P. 149–163. DOI: 10.1177/002214650905000203
39. Song L., Pettis P.J. Does whom you know in the status hierarchy prevent or trigger health limitation? Institutional embeddedness of social capital and social cost theories in three societies. *Social Science and Medicine*. 2020. Vol. 257. Article 111959. Accessed 11.11.2023. URL: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2018.09.035>
40. Song L., Pettis P.J., Chen Y., Miller M.G. Social Cost and Health: The Downside of social relationships and social networks. *Journal of Health and Social Behavior*. 2021. Vol. 62. No. 3. P. 371–387. DOI: 10.1177/00221465211029353
41. Verhaeghe P.P., Li Y. The position generator approach to social capital research: measurements and results. *Handbook of research methods and applications in social capital*. Ed. by Y. Li. Cheltenham: Edward Elgar Publishing, 2015. P. 166–186. DOI:10.4337/9780857935854.00014
42. Verhaeghe P.P., Tampubolon G. Individual social capital, neighbourhood deprivation, and self-rated health in England. *Social Science and Medicine*. 2012. Vol. 75. No. 2. P. 349–357. DOI: 10.1016/j.socscimed.2012.02.057
43. Vonneilich N. Social status, social relations, and health. *Social networks and health inequalities*. Ed. by A. Klärner, M. Gamper, S. Keim-Klärner, I. Moor, H. von der Lippe, N. Vonneilich. Cham: Springer, 2022. P. 203–213. DOI: 10.1007/978-3-030-97722-1_11
44. Yang H.H., Kuo S.C., Yang H.J., Yu J.C. Social capital and health literacy in Taiwan. *Health*. 2013. Vol. 5. No. 5. P. 898–902. DOI: 10.4236/health.2013.55118
45. Yu S.-T., Houle B., Manderson L., Jennings E.A., Tollman S.M., Berkman L.F., Harling G. The double-edged role of accessed status on health and well-being among middle- and older-age adults in rural South Africa: The HAALSI study. *SSM —*

Population Health. 2022. Vol. 19. Article 101154. Accessed 11.11.2023. URL: <https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2022.101154>

INFORMATION ABOUT THE AUTHORS

Nina L. Rusinova — Candidate of Economical Sciences, Head of the Health Sociology Sector, Sociological Institute of FCTAS RAS. **Phone:** 7 (812) 316-75-68. **Email:** nrusinova@gmail.com

Viacheslav V. Safronov — Senior Researcher, Sociological Institute of FCTAS RAS. **Phone:** +7 (812) 316-34-36. **Email:** vsafronov@list.ru

Received: 22.05.2023.
