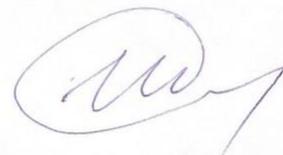


ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«ПЕРМСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ
ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»

На правах рукописи



Шарыпова Софья Юрьевна

**РОЛЬ СЕМЕЙНОГО СОЦИАЛЬНОГО КАПИТАЛА В ОБЕСПЕЧЕНИИ
ЗДОРОВЬЯ РОССИЯН В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ COVID-19**

Научная специальность

5.4.4 – Социальная структура, социальные институты и процессы

Диссертация на соискание ученой степени

кандидата социологических наук

Научный руководитель:

доктор социологических наук, доцент

Лебедева-Несевря Наталья Александровна

Пермь – 2023

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	3
ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ СОЦИОЛОГИЧЕСКОГО ИЗУЧЕНИЯ СВЯЗИ СОЦИАЛЬНОГО КАПИТАЛА И ЗДОРОВЬЯ.....	24
1.1 Концептуализация и типизация социального капитала в социологической науке	24
1.2 Социологический анализ связи социального капитала и здоровья	42
1.3 Влияние семейного социального капитала на индивидуальное здоровье	62
ГЛАВА 2. ПРАКТИКИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ СЕМЕЙНОГО СОЦИАЛЬНОГО КАПИТАЛА В СИТУАЦИИ БОЛЕЗНИ COVID-19	87
2.1 Причины и особенности задействования семейных связей в ситуации болезни COVID-19	87
2.2 Извлекаемые ресурсы и интенсивность использования семейного социального капитала больными COVID-19	105
2.3 Связь семейного социального капитала и индивидуальных стратегий поведения во время болезни	121
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	133
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ.....	139
Список публикаций соискателя по теме диссертации	165
Приложение 1. Путеводитель неформализованного интервью	172
Приложение 2. Пример транскрипта интервью	173
Приложение 3. Инструментарий формализованного опроса	179
Приложение 4. Табулированный отчет.....	186

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы исследования обусловлена декларированием высокого уровня здоровья и благополучия в качестве важнейшей цели устойчивого развития стран¹, а сохранения и укрепления здоровья граждан – в качестве национальной цели развития Российской Федерации до 2030 года². Пандемия COVID-19 создала условия, при которых вопросы, касающиеся здоровья людей, стали приоритетнее всех текущих обстоятельств³. В России ожидаемая продолжительность жизни при рождении в 2020 г. снизилась до 71,5 лет (2019 г. – 73,3 года, 2018 г. – 72,9 лет), смертность возросла до 14,6 случаев на 1 тыс. чел. населения (2019 г. – 12,3 случаев, 2018 г. – 12,5 случаев). Всего от коронавирусной инфекции, вызванной COVID-19, в 2020 г. в России умерли 144,7 тыс. чел.⁴ Согласно материалам государственного доклада «О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в РФ в 2021 году», в 2021 г. в России было выявлено 9,054 млн. случаев коронавирусной инфекции (в 2020 г. – 3,159 млн.) в 85 регионах, показатель заболеваемости на 100 тыс. населения составил 6,18 тыс.⁵. В июле 2022 г. Гендиректор Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) заявил, что «распространение COVID-19 остается чрезвычайной ситуацией международного значения»⁶.

¹ Оригинальная формулировка “Good health and well-being”. См.: Цели в области устойчивого развития // Resolution adopted by the General Assembly on 25 September 2015, Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development. URL: https://www.un.org/en/development/desa/population/migration/generalassembly/docs/globalcompact/A_RES_70_1_E.pdf (дата обращения: 13.09.2022).

² Единый план по достижению национальных целей развития Российской Федерации на период до 2024 года и на плановый период до 2030 года // Министерство экономического развития РФ. URL: https://www.economy.gov.ru/material/dokumenty/edinyy_plan_po_dostizheniyu_nacionalnyh_celey_razvitiya_rossiyskoy_federacii_na_period_do_2024_goda_i_na_planovyy_period_do_2030_goda.html (дата обращения: 11.10.2022).

³ Послание Президента РФ Федеральному Собранию, 21.04.2021. URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_382666/. (дата обращения: 06.06.2022).

⁴ Здравоохранение в России. 2021: Стат.сб./Росстат. М., 2021. 171 с.

⁵ О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Российской Федерации в 2020 году: Государственный доклад. Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, 2021. 256 с.

⁶ ВОЗ: распространение COVID-19 остается чрезвычайной ситуацией международного значения. URL: <https://news.un.org/ru/story/2022/07/1427622> (дата обращения: 11.10.2022).

Несмотря на мобилизацию всех ресурсов (усиление санитарно-карантинного контроля, организацию деятельности лабораторий для изучения новой коронавирусной инфекции, массовую вакцинацию и др.), сложившаяся в 2020 г. эпидемиологическая ситуация привела к ослаблению российской системы здравоохранения¹, в связи с чем возникла необходимость поиска дополнительных мер сохранения здоровья населения. Источником помощи больным COVID-19 во многом стали их социальные связи, что было отмечено в послании Президента РФ Федеральному собранию в апреле 2021 г.: «Солидарность людей выражалась в конкретных делах, в заботе о близких, в готовности помочь тем, кто нуждается в помощи»². В докладе Центра исследований гражданского общества и некоммерческого сектора НИУ ВШЭ было выявлено, что большинство россиян (85%) в ситуации болезни коронавирусной инфекцией ожидали большей помощи от государственных структур, однако реальную помощь им чаще оказывали близкие и родные (в 87% случаев), нежели госучреждения (в 39% случаев)³. Среди всех социальных связей особую роль в период пандемии COVID-19 занимали семейные связи – именно членам семьи в первую очередь россияне оказывали поддержку⁴, а здоровье и безопасность членов семьи оказалось на первом месте по важности для россиян в период самоизоляции⁵.

Эффективность российской системы здравоохранения в период пандемии COVID-19, организационные, финансовые, кадровые, технические, информационные барьеры на пути борьбы с пандемией осмысливаются и обсуждаются как академическим сообществом, так и управленцами различных

¹ ВЦИОМ: Россияне оценивают качество отечественной медицины в период пандемии. URL: <https://rg.ru/2020/12/22/vciom-rossiiane-ocenivaiut-kachestvo-otechestvennoj-mediciny-v-period-pandemii.html>. (дата обращения: 03.02.2022).

² Послание Президента РФ Федеральному Собранию, 21.04.2021. URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_382666/. (дата обращения: 06.06.2022).

³ Близкие и волонтеры взяли на себя работу государства // Центр НИУ ВШЭ представил исследование о работе НКО в пандемийный период. URL: <https://www.rbc.ru/newspaper/2021/06/21/60cc7f659a7947d9665e437e>. (дата обращения: 30.08.2022).

⁴ Взаимопомощь во время пандемии // ФОМ. URL: <https://fom.ru/TSennosti/14393>. (дата обращения: 12.10.2022).

⁵ Здоровье, безопасность, семья и работа // Аналитический обзор ВЦИОМ. URL: <https://wciom.ru/analytical-reviews/analiticheskii-obzor/zdorove-bezopasnost-semya-i-rabota>. (дата обращения: 16.11.2022).

уровней, средствами массовой информации (СМИ), лидерами общественного мнения. Компенсационным механизмам при этом уделяется существенно меньше внимания, тогда как ряд зарубежных ученых полагают социальный капитал «ключевым фактором успешного сдерживания чрезвычайной ситуации в области общественного здравоохранения» в период пандемии¹. Вопросы о задействовании семейного социального капитала для обеспечения индивидуального здоровья в период пандемии, его способности восполнить дисфункции системы здравоохранения, переориентации россиян со стратегии поиска помощи во внешней среде на поиск помощи внутри семьи по-прежнему остаются открытыми.

Актуальность исследования также обосновывается малоизученностью самого семейного социального капитала, неоднозначностью его трактовок в силу различного понимания границ семьи; сохраняющимся противоречием между теоретическими подходами к определению социального капитала семьи и способами его эмпирического измерения, что ограничивает возможности изучения роли семейного социального капитала в сфере индивидуального здоровья.

Степень научной разработанности проблемы. Основы социологического анализа социального капитала были заложены зарубежными исследователями. Социальный капитал с точки зрения ресурсов рассматривали в своих работах П. Бурдьё², Дж. Коулман³, Дж.С. Хаус⁴. Интерпретация социального капитала как социальных отношений представлена в трудах таких ученых как: У.Э. Бейкер⁵;

¹ Siegloch S. The power of social capital during a pandemic. 2020. URL: <https://wol.iza.org/opinions/the-power-of-social-capital-during-a-pandemic>. (дата обращения: 30.08.2022).

² Бурдьё, П. Формы капитала (перевод М.С. Добряковой) [Текст] // Экономическая социология. – 2002. – Т.3. – № 5. – С. 60-75.

³ Coleman, J. Foundations of social theory [Text]. *Cambridge (Mass.); London: Belknap press of Harvard univ. press.* 1994. 993 p. ISBN 0-674-31225-2.

⁴ House, J.S. Work stress and social support [Text]. *Addison-Wesley Reading, Mas.* 1981. 156 p. ISBN: 978-0-201-03101-0.

⁵ Baker, W. Market networks and corporate behavior [Text]. *American journal of sociology.* 1990. Vol. 96 (3). pp. 589-625. doi: 10.1086/229573.

Р.С. Берт¹; Дж.М. Пеннингс и К. Ли²; А. Портес³. Ряд исследователей описывают социальный капитал через свойства социальной сети, например, доверие или социальную активность (Ф. Фукуяма⁴; Р. Патнэм⁵, М. Вулкок и Д. Нараян⁶). Обобщение различных теоретических подходов приводит Н. Лин⁷.

Первые попытки рассмотрения связи компонентов социального капитала и здоровья предприняли Э. Дюркгейм⁸, Б. Эгольф, Дж. Ласкер, С. Вольф, Л. Потвин⁹. Исследования влияния социального капитала на индивидуальное и популяционное здоровье социологи и эпидемиологи начинают проводить лишь в начале 1990-х гг. К значимым работам, посвященным анализу социального капитала в контексте вопросов здоровья можно отнести труды И. Кавачи и его коллег (публикации о влиянии социальной сплоченности на здоровье, социального капитала – на неравенство в сфере здоровья и пр.); Э.К. Альварес и Дж. Р. Романи¹⁰; Л.Ф. Беркман¹¹; Б.П. Кеннеди и Р. Гласс¹; С. Субраманьян и Д.

¹ Burt, R.S. The network structure of social capital [Text]. *Research in organizational behavior*. 2000. Vol. 22. P. 345-423. [http://dx.doi.org/10.1016/S0191-3085\(00\)22009-1](http://dx.doi.org/10.1016/S0191-3085(00)22009-1).

² Pennings, J.M., Lee, K. Social capital of organization: conceptualization, level of analysis, and performance implications [Text]. In: Leenders, R.T.A.J., Gabbay, S.M. (eds) *Corporate Social Capital and Liability*. Springer, Boston, MA. 1999. pp. 43-67. https://doi.org/10.1007/978-1-4615-5027-3_3.

³ Portes, A. Social capital: its origins and applications in modern sociology [Text]. *Annual review of sociology*. 1998. Vol. 24. pp. 1-24. doi: 10.1146/annurev.soc.24.1.1.

⁴ Fukuyama, F. Social capital, civil society and development [Text]. *Third world quarterly*. 2001. Vol. 22 (1). pp. 7-20. doi: 10.1080/713701144.

⁵ Putnam, R.D. Bowling alone: the collapse and revival of American community / Robert D. Putnam [Text]. New York [etc.]: Simon & Schuster, cop. 2000. 541 p. ISBN 0-7432-0304-6.

⁶ Woolcock, M., Narayan, D. Social capital: implication for development theory, research and policy [Text]. *The World Bank research observer*. 2000. Vol. 15 (2). pp. 229-230. doi: 10.1093/wbro/15.2.225.

⁷ Lin, N. Social capital: a theory of social structure and action [Text]. *Cambridge: Cambridge University Press*. 2001. 278 p. ISBN 0-521-47431-0.

⁸ Дюркгейм, Э. Самоубийство: Социологический этюд/ Пер, с фр. с сокр.; Под ред. В. А. Базарова [Текст]. – М.: Мысль, 1994. – 399 с. ISBN 5-244-00574-X.

⁹ Egolf, B., Lasker, J., Wolf, S., Potvin, L. The Roseto Effect: a 50-year comparison of mortality rates [Text]. *American journal of public health*. 1992. Vol. 82 (8). pp. 1089-1092. doi: 10.2105/ajph.82.8.1089.

¹⁰ Alvarez, E.C., Kawachi, I., Romani, J.R. Family social capital and health - a systematic review and redirection [Text]. *Sociology of health & Illness*. 2017. Vol. 39 (1). pp. 5-29. doi: 10.1111/1467-9566.12506.

¹¹ Berkman, L.F. The role of social relations in health promotion [Text]. *Psychosomatic Medicine*. 1995. Vol. 57 (3). pp. 245-254. doi: 10.1097/00006842-199505000-00006.

Ким², Э. Вильялонга-Оливес³. Выделяются два направления изучения: макроуровень (М. Эрикссон⁴; М. Линдстром, М. Хансон и П.О. Остергрэн⁵; У. Поортинга⁶) и микроуровень (П. Байден, У. Даннен, Г. Арку, П. Мкандавайр⁷; Н. Нава А. Идзуми и Т. Фудзивара⁸). Отечественные исследователи (В.М. Нилов⁹, Ю.А. Петровская¹⁰; Н.Л. Русинова, В.В. Сафронов, Л.В. Панова¹¹) преимущественно рассматривают связь странового социального капитала и популяционного здоровья.

Связь группового социального капитала и индивидуального здоровья в различных работах рассматривается на примере отдельных социальных групп – семьи (Г. Эль-Дардири, К. Димитраки, К. Цавара¹²), трудовых коллективов

¹ Kawachi, I., Kennedy, B.P., Glass, R. Social capital and self-rated health: a contextual analysis [Text]. *American journal of public health*. 1999. Vol. 89 (8). pp. 1187-1193. doi:10.2105/AJPH.89.8.1187.

² Kawachi, I., Subramanian, S., Kim, D. Social capital and health [Text]. *Springer, New York*. 2008. 26 p. https://doi.org/10.1007/978-0-387-71311-3_1.

³ Villalonga-Olives, E., Kawachi, I. The dark side of social capital: a systematic review of the negative health effects of social capital [Text]. *Social science and medicine*. 2017. Vol. 194. pp. 105–127. doi: 10.1016/j.socscimed.2017.10.020.

⁴ Eriksson, M. Social capital and health: implications for health promotion [Text]. *Global health action*. 2011. Vol. 4 (5611). doi: 10.3402/gha.v4i0.5611.

⁵ Lindström, M., Hanson, B.S., Ostergren, P.O. Socioeconomic differences in leisure-time physical activity: the role of social participation and social capital in shaping health related behavior [Text]. *Social science and medicine*. 2001. Vol. 52 (3). pp. 441–451. doi: 10.1016/s0277-9536(00)00153-2.

⁶ Poortinga, W. Do health behaviors mediate the association between social capital and health? [Text]. *Preventive medicine*. 2006. Vol. 43 (6). pp. 488–493. doi: 10.1016/j.ypmed.2006.06.004.

⁷ Baiden, P., Dunnen, W., Arku, G., Mkwandawire, P. The role of sense of community belonging on unmet health care needs in Ontario, Canada: findings from the 2012 Canadian community health survey [Text]. *Journal of public health*. 2014. Vol. 22 (5). pp. 467–478. doi: 10.1007/s10389-014-0635-6.

⁸ Nawa, N., Isumi, A., Fujiwara, T. Community-level social capital, parental psychological distress, and child physical abuse: a multilevel mediation analysis [Text]. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. 2018. Vol. 53 (11). pp. 1221–1229. doi: 10.1007/s00127-018-1547-5.

⁹ Нилов, В.М. Социальный капитал и здоровье: методологические проблемы исследований [Текст] // Вестник Санкт-Петербургского университета. Психология и социология здоровья. – 2011. – Сер. 12. – В. 1. – С. 217-220.

¹⁰ Нилов, В.М. Материнский социальный капитал как фактор здоровья и благополучия детей [Текст] / В.М. Нилов, Ю.А. Петровская // Женщина в российском обществе. – 2010. – № 1(54). – С. 43-50.

¹¹ Русинова, Н.Л. Здоровье и социальный капитал (опыт исследования в Санкт-Петербурге) [Текст] / Н.Л. Русинова, Л.В. Панова, В.В. Сафронов // Социологические исследования. – 2010. – № 1. – С. 87-100.

¹² El-Dardiry, G., Dimitrakaki, C., Tzavara, C. et al. Child health-related quality of life and parental social capital in Greece: an exploratory study [Text]. *Social indicators research: an international and*

(Д. Хори, С. Такао, И. Кавачи¹), групп по интересам, таких как спортивные команды (А. Ким, Дж. Рю, К. Ли²), малых территориальных сообществ (С.М. Монен, Б. Фелькер, Х. Лоскут³). Особое внимание уделяется группам риска – пожилым людям (М.Ф. Ареццо, К. Джудичи⁴; Ю. Чан, Н.С. Парк, Д.А. Чирибога⁵), беременным женщинам (Р. Морозуми, К. Мацумура, К. Хамадзаки, А. Цучида, А. Такамори, Х. Инадера⁶) и индивидам, подверженным риску серьезных заболеваний (К.У. Сцена, А.Я. Эйкерс, С.В. Ллойд⁷), общинам мигрантов (П. Байден, У. Даннен, Г. Арку, П. Мкандавайр⁸).

В период пандемии COVID-19 усилилось внимание исследователей к связи семейного социального капитала и здоровья. Большая часть зарубежных работ (Г.М. Фоско, Э.Дж. Лобрайко, К.Дж. Слоан, С. Фанг, М.Э. Файнберг⁹; В. Лю и С.

interdisciplinary journal for quality-of-life measurement. 2012. Vol. 105 (1). pp. 75–92. doi: 10.1007/s11205-010-9764-7.

¹ Hori, D., Takao, S., Kawachi, I. et al. Relationship between workplace social capital and suicidal ideation in the past year among employees in Japan: a cross-sectional study [Text]. *BMC Public Health*. 2019. Vol. 19 (1). pp. 1–11. doi: 10.1186/s12889-019-7244-9.

² Kim, A., Ryu, J., Lee, C. et al. Sport participation and happiness among older adults: a mediating role of social capital [Text]. *Journal of happiness studies*. 2021. Vol. 22 (2). P. 1-20. doi: 10.1007/s10902-020-00288-8.

³ Mohnen, S.M., Völker, B., Flap, H., Groenewegen, P.P. Health-related behavior as a mechanism behind the relationship between neighborhood social capital and individual health—a multilevel analysis [Text]. *BMC public health*. 2012. Vol. 12. pp. 116. doi: 10.1186/1471-2458-12-116.

⁴ Arezzo, M.F., Giudici, C. The effect of social capital on health among European older adults: an instrumental variable approach [Text]. *Social indicators research*. 2017. Vol. 134. pp. 153–166. doi: 10.1007/s11205-016-1411-5.

⁵ Jang, Y., Park, N.S., Chiriboga, D.A. et al. Social capital in ethnic communities and mental health: a study of older Korean immigrants [Text]. *Journal of cross-cultural gerontology*. 2015. Vol. 30 (2). pp. 131–141. doi: 10.1007/s10823-015-9258-9.

⁶ Morozumi, R., Matsumura, K., Hamazaki, K., Tsuchida, A., Takamori, A., Inadera, H., et al. Impact of individual and neighborhood social capital on the physical and mental health of pregnant women: the Japan Environment and Children's Study (JECS) [Text]. *BMC pregnancy and childbirth*. 2020. Vol. 20 (1). pp. 1–16. doi: 10.1186 / s12884-020-03131-3.

⁷ Cene, C.W., Akers, A.Y., Lloyd, S.W. et al. Understanding social capital and HIV risk in rural African American communities [Text]. *Journal of general internal medicine*. 2011. Vol. 26 (7). pp. 737–744. doi:10.1007/s11606-011-1646-4.

⁸ Baiden, P., Dunnen, W., Arku, G., Mkandawire, P. The role of sense of community belonging on unmet health care needs in Ontario, Canada: findings from the 2012 Canadian community health survey [Text]. *Journal of public health*. 2014. Vol. 22 (5). pp. 467–478. doi: 10.1007/s10389-014-0635-6.

⁹ Fosco, G.M., LoBraico, E.J., Sloan, C.J., Fang, S., Feinberg, M.E. Family vulnerability, disruption, and chaos predict parent and child COVID-19 health-protective behavior adherence [Text]. *Families systems & Health*. 2022. Vol. 40 (1). pp. 10-20. doi:10.1037/fsh0000649.

Вэнь¹⁾) посвящена изучению зависимости поведения индивида в сфере здоровья от отдельных компонентов семейного социального капитала в условиях пандемии.

Особый интерес представляют работы следующих исследователей: Дж. Л. Харт, А.Э. Тернбулл, И.М. Оппенгейм, К.Р. Кортрайт²⁾; И.Д. Рисмаянти, К.С. Валоехо, М.Г. Пандит³⁾, которые систематизировали данные и описали роль семейного социального капитала в период пандемии COVID-19, в том числе функции, которые выполняла семья в ситуации болезни коронавирусной инфекцией одного из членов семьи, и предложили концепцию семейно-ориентированного ухода. Однако влияние отдельных компонентов семейного социального капитала (например, семейных связей или доверия в семье) на здоровье больного коронавирусом не попало в фокус внимания исследователей, также не была раскрыта связь качества семейного социального капитала и особенностей его использования для обеспечения индивидуального здоровья.

Большинство социологических работ в современной России представляют собой исследования влияния семьи на показатели здоровья индивида, не рассматривающие это влияние в контексте пандемии COVID-19 (Г.Ф. Зинатуллина⁴⁾, Д.И. Дубров⁵⁾, О.А. Кислицына⁶⁾, Е.Н. Новоселова⁷⁾, М.В.

¹ Liu, Q., Wen, S. Does social capital contribute to prevention and control of the COVID-19 pandemic? Empirical evidence from China [Text]. *International journal of disaster risk reduction*. 2021. Vol. 64. pp. 1-10. doi: 10.1016 / j.ijdr.2021.102501.

² Hart, J.L., Turnbull, A.E., Oppenheim, I.M., Courtright, K.R. Family-centered care during the COVID-19 era [Text]. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2020. Vol. 60 (2). pp. 93-97. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2020.04.017.

³ Rismayanti, I.D., Waloejo, C.S., Iswati, S., Pandin, M.G. Family empowerment in the covid-19 pandemic with the family-centered nursing approach and the utilization of family medicinal plants: a systematic review [Text]. *Systematic Reviews in Pharmacy*. 2020. Vol. 11 (7). pp. 636-647. doi: 10.31838/ SRP.2020.7.89.

⁴ Зинатуллина, Г.Ф. Конвертация социального капитала сельской семьи региона [Текст] // Регионология. – 2015. – № 1 (90). – С. 134-142.

⁵ Дубров, Д.И. Внутрисемейный социальный капитал как предиктор субъективного благополучия родителей и подростков [Текст] // Казанский педагогический журнал. – 2016. – № 6. – С. 184-190

⁶ Кислицына, О.А. Влияние социальной поддержки на здоровье москвичей [Текст] / О.А. Кислицына, С. Ферландер // Социологические исследования. – 2008. – № 4 (288). – С. 81-83.

⁷ Новоселова, Е.Н. Роль семьи в формировании здорового образа жизни и смягчении факторов риска, угрожающих здоровью детей и подростков [Текст] // Анализ риска здоровью. – 2019. – № 4. – С. 175-185.

Сапоровская¹). Труды, затрагивающие проблемы сохранения здоровья россиян в условиях новой коронавирусной инфекции, в основном касаются возникающих из-за пандемии проблем индивидов и их семей (Е.В. Реутов, С.А. Вангородская, Г.Н. Гайдукова²), либо освещают мнение некоторых социальных групп о роли семьи в период пандемии (Т.Н. Каменева, И.Э. Бровкина, И.Э. Надуткина, М.В. Селюков, В.Е. Сакулин³), либо рассматривают влияние семьи только на психологическое благополучие индивида в условиях изоляции, связанной с пандемией (С.Н. Гараева, А.И. Леорда и Г.В. Постолати⁴).

Малоизученность влияния семейного социального капитала на индивидуальное здоровье в России связано с противоречиями в интерпретации и в определении структурных элементов социального капитала семьи. Накопленный опыт требует социологического обобщения для концептуализации категории «семейный социальный капитал» в условиях современного российского общества, а также для разработки эмпирических индикаторов с целью анализа роли семейного социального капитала для индивидуального здоровья в период пандемии COVID-19.

Объектом исследования выступает семейный социальный капитал.

Предметом – роль семейного социального капитала в обеспечении индивидуального здоровья в период пандемии COVID-19 в России.

Цель диссертационного исследования – обосновать роль семейного социального капитала в обеспечении индивидуального здоровья россиян в период пандемии COVID-19.

¹ Сапоровская, М.В. Межпоколенные отношения как социальный капитал: о социально-психологической поддержке в семье [Текст] // Вестник Костромского государственного университета. Серия: Педагогика. Психология. Социокинетика. – 2012. – № 3(18). – С. 55-59.

² Реутов, Е.В. Пандемическая реальность: актуальные проблемы и перспективы [Текст] / Е.В. Реутов, С.А. Вангородская, Г.Н. Гайдукова // НОМОТНЕТІКА: Філософія. Соціологія. Право. – 2022. – Т. 47. – № 4. – С. 700–711.

³ Каменева, Т.Н. Роль семьи в формировании отношения к здоровью молодежи в условиях пандемии [Текст] / Т.Н. Каменева, И.Э. Бровкина, И.Э. Надуткина, М.В. Селюков, В.Е. Сакулин // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2021. – № 29. – С. 758-762.

⁴ Гараева, С.Н. Некоторые аспекты влияния COVID-19 на психическое здоровье человека [Текст] / С.Н. Гараева, А.И. Леорда, Г.В. Постолати // Архивариус. – 2021. – № 3 (57). – С. 4-7.

В соответствии с целью были определены **задачи** диссертационного исследования:

1. Систематизировать подходы к концептуализации и типизации социального капитала и уточнить данное понятие в социологической науке применительно к исследованиям в сфере здоровья.

2. Определить влияние социального капитала на индивидуальное здоровье, установить виды группового социального капитала и технологии его влияния на индивидуальное здоровье.

3. Обосновать семейный социальный капитал как фактор индивидуального здоровья, раскрыть его структуру и эмпирические индикаторы.

4. Выявить причины и особенности задействования семейных связей в ситуации болезни COVID-19, охарактеризовать ресурсы, которые индивиды извлекают из семейных социальных сетей.

5. Установить и количественно обосновать влияние качества семейного социального капитала на его использование в ситуации болезни COVID-19.

6. Выделить типы использования семейного социального капитала и соотнести их с индивидуальными стратегиями поведения в ситуации болезни COVID-19.

Основная гипотеза исследования: в условиях нарастания напряженности и снижения функциональности системы государственного, муниципального и частного здравоохранения индивидуальные стратегии поиска альтернативных источников ресурсов сохранения, восстановления и укрепления здоровья будут ориентированы на семейный социальный капитал. Качество семейного социального капитала в силу его принципиального влияния на успешность выбранной стратегии здоровьесбережения может расцениваться как дополнительный фактор дифференциации населения по критерию здоровья в период пандемии.

Теоретико-методологической основой исследования выступают:

- ресурсный подход П. Бурдье, с позиции которого социальный капитал есть ресурсы, которые индивид может получать из социальных сетей в качестве выгоды;
- подход Р.Д. Патнэма и Н. Лина к типизации социального капитала, согласно которому социальный капитал подразделяется на bonding («соединяющий»), bridging («наводящие мосты») и binding («обязательные» отношения);
- теория сетей М. Грановеттера, позволившая проанализировать социальные связи как компонент социального капитала;
- взгляды И. Кавачи о механизме влияния социального капитала на здоровье;
- подход Ф. Фюрстенберга и С. Каплан к семейному социальному капиталу как к запасу, которыми могут пользоваться представители крупной системы родства при разделении норм взаимности и доверия.

Обозначенные идеи позволили определить авторскую позицию относительно семейного социального капитала как фактора индивидуального здоровья и его роли в обеспечении индивидуального здоровья в ситуации болезни COVID-19.

Эмпирическую и информационную базу диссертации составляют:

- I. Законодательные и нормативно-правовые документы:
 1. Перечень инициатив социально-экономического развития, определяемых правительством РФ до 2030 года¹;
 2. Единый план по достижению национальных целей развития РФ на период до 2024 года и на плановый период до 2030 года²;
 3. Стратегия развития здравоохранения в РФ на период до 2025 года¹;

¹ Перечень инициатив социально-экономического развития Российской Федерации до 2030 года: Распоряжение Правительства РФ от 6 октября 2021 г. № 2861-р. URL: <http://static.government.ru/media/files/jwsYsyJKWGQQAaCSMGrd7q82RQ5xEC03.pdf> (дата обращения: 11.10.2022).

² Единый план по достижению национальных целей развития Российской Федерации на период до 2024 года и на плановый период до 2030 года. Министерство экономического развития РФ. URL: https://www.economy.gov.ru/material/dokumenty/edinyy_plan_po_dostizheniyu_nacionalnyh_celej_razvitiya_rossiyskoy_federacii_na_period_do_2024_goda_i_na_planovyy_period_do_2030_goda.html (дата обращения: 11.10.2022).

4. Национальный проект «Здравоохранение» 2019–2024 гг. (паспорт проекта утвержден 14 декабря 2018 г.)²;
5. Федеральный проект «Укрепление общественного здоровья» 2019–2024 гг. (паспорт проекта утвержден 14 декабря 2018 г.)³.

II. Статистические данные:

1. Данные Росстата о состоянии здравоохранения в РФ в целом и по субъектам РФ за период с 2018 по 2021 гг.⁴;
2. Данные о заболеваемости, смертности и вакцинации от коронавирусной инфекции на территории РФ, предоставляемые Оперативным штабом по предупреждению завоза и распространения новой коронавирусной инфекции на территории РФ (официальный сайт «Стопкоронавирус.РФ»)⁵;
3. Базы данных показателей муниципальных образований Российской Федерации и Пермского края на 2021 г.⁶.

III. Результаты авторских социологических исследований, проведенных с 2019 по 2022 гг.:

1. Анкетирование жителей г. Пермь старше 20 лет, которые переболели COVID-19 в среднетяжелой или тяжелой формах «Стратегии поведения и использование семейного социального капитала в период болезни COVID-19» (2022 г., n=500 чел., квотная выборка, котируемые параметры – пол, возраст и статус болезни);
2. Серия полуструктурированных интервью с жителями г. Пермь старше 18 лет, которые переболели COVID-19 в среднетяжелой или тяжелой формах

¹ О стратегии развития здравоохранения в Российской Федерации на период до 2025 года: Указ Президента Российской Федерации от 06.06.2019 г. № 254 URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_326419/942772dce30cfa36b671bcf19ca928e4d698a928/ (дата обращения: 26.05.2022).

² Здравоохранение: Национальный проект 2019-2024. Минздрав России. URL: <http://government.ru/info/35561/> (дата обращения: 11.10.2022).

³ Укрепление общественного здоровья: Федеральный проект 2019-2024. Минтруд России. URL: <https://mintrud.gov.ru/ministry/programms/demography/4> (дата обращения: 11.10.2022).

⁴ Здравоохранение в России. 2021: Стат.сб./Росстат. М., 2021. 171 с.

⁵ Стопкоронавирус.РФ. URL: <https://стопкоронавирус.рф/about-covid/#world-statistics> (дата обращения: 06.08.2022).

⁶ Федеральная служба государственной статистики. URL: <https://rosstat.gov.ru> (дата обращения: 25.07.2022).

«Практики задействования семейных связей в период болезни COVID-19» (2020–2021 гг., n=33 чел., отбор «критический случай» – особо показательные случаи болезни);

3. Серия пилотажных неформализованных интервью с работниками системы образования г. Пермь «Роль социального капитала в решении задач сохранения или восстановления физического здоровья индивида» (2019 г., n=12 чел., критериальный отбор, критерии: пол, возраст, профессиональный статус, наличие высшего образования, воспитание в полной семье, проживание в городе с момента рождения).

IV. Вторичный анализ результатов социологических исследований:

1. Международный формализованный опрос «Социальные сети и социальные ресурсы» с участием России, 2017 г. (n=44492 чел. старше 15 лет, выборка РФ – 1559 чел. старше 18 лет)¹;
2. Исследование европейских ценностей и обзор мировых ценностей: совместный набор данных European Values Study и World Values Survey, 2017–2020 гг. с участием России (n=135000 чел. старше 15 лет, выборка РФ – 3635 чел. старше 18 лет)²;
3. Европейский социальный опрос, 2018 г. (n = 49519 чел. старше 15 лет)³;
4. Всероссийский опрос ФОМ «Взаимопомощь во время пандемии», 2020 г. (n=1500 чел. старше 18 лет)⁴;
5. Ежедневный мониторинг в РФ в рамках проекта «КоронаФом»: данные за 2020–2022 гг. (n=300 чел. старше 18 лет в сутки)⁵.

¹ Social networks and social resources [Социальные сети и социальные ресурсы]: <https://search.gesis.org/publication/gris-publication-6aetc5pat610> (дата обращения: 24.01.2022).

² European values study and World values survey [Европейский обзор ценностей и Всемирный обзор ценностей]: <https://www.worldvaluessurvey.org/WVSEVSjoint2017.jsp> (дата обращения: 18.02.2022).

³ European social survey. [Европейский социальный опрос]: <http://www.europeansocialsurvey.org>. (дата обращения: 03.08.2022).

⁴ Взаимопомощь во время пандемии. ФОМ: <https://fom.ru/TSennosti/14393> (дата обращения: 12.10.2022).

⁵ Проект «КоронаФом». ФОМ: <https://covid19.fom.ru/k-temy> (дата обращения: 14.05.2022).

Дополнительную доказательную базу сформулированных положений составили данные Всемирного обзора ценностей (World Values Survey) за 2010–2020 гг.¹, результаты опросов ВЦИОМ² и Российского мониторинга экономического положения и здоровья населения³.

Анализ качественных данных осуществлялся с помощью открытого и осевого кодирования. Анализ количественных данных проводился с использованием специального программного обеспечения из серии SPSS Statistics for Windows посредством частотных распределений, мер центральной тенденции, корреляционного и кластерного анализов.

Научная новизна исследования:

1. На основе систематизации и сравнительного анализа теоретико-методологических подходов (ресурсного, сетевого, коммунитарного и синтетического) к концептуализации социального капитала и его типизации в социологической науке обосновано и уточнено понятие «социальный капитал» в рамках ресурсного подхода применительно к исследованиям в сфере здоровья населения.

2. Влияние социального капитала на здоровье раскрыто в виде сегментированного цикла через основные четыре компонента социального капитала – социальные сети, социальная активность, нормы реципрокности, доверие. Установлены виды группового социального капитала и технологии его влияния на индивидуальное здоровье.

3. Предложена авторская интерпретация «семейного социального капитала», раскрывающаяся описанием характеристик «сформированность семейного социального капитала», «уровень» и «интенсивность» его использования; определены эмпирические индикаторы характеристик применительно к исследованиям в области индивидуального здоровья.

¹ World Values Survey [*Всемирный обзор ценностей*]: <https://www.worldvaluessurvey.org/wvs.jsp> (дата обращения: 26.04.2022).

² База социологических данных ВЦИОМ: <https://bd.wciom.ru/> (дата обращения: 12.01.2022).

³ Российский мониторинг экономического положения и здоровья населения НИУ ВШЭ: <https://www.hse.ru/rf/ms/spss> (дата обращения: 19.02.2022).

4. На основе эмпирических данных обозначены причины и особенности задействования семейных связей индивидами в ситуации болезни COVID-19, описаны и систематизированы ресурсы, извлекаемые индивидами из семейных социальных сетей.

5. Установлено и количественно обосновано влияние качества семейного социального капитала на его использование индивидами в ситуации болезни COVID-19.

6. Выделены типы использования (по критерию интенсивности) семейного социального капитала индивидами в ситуации болезни COVID-19, представлен социальный портрет представителей каждого типа, осуществлено соотнесение типов с индивидуальными стратегиями поведения в ситуации болезни.

Положения, выносимые на защиту:

1. Теоретико-методологические подходы в интерпретации социального капитала в социологической науке можно разделить на: ресурсный (П. Бурдье, Дж. Коулман), сетевой (А. Портес, Р.С. Берт), коммунитарный (Р. Патнэм, Ф. Фукуяма) и синтетический (Н. Лин). Типизация социального капитала может быть представлена по двум основаниям: 1) в зависимости от типа социальных отношений: *binding* («обязательный»), *bonding* («соединяющий»), *bridging* («наводящие мосты»), *linking* («связывающий»), *identifying* («идентифицирующий»), *communal* («общинный»); 2) в зависимости от носителя: индивидуальный, групповой или общественный. Для исследований в области здоровья предлагается использовать ресурсный подход, с позиции которого социальный капитал – это образующиеся и накапливающиеся в социальных сетях ресурсы, потенциально полезные для сохранения и укрепления физического и ментального здоровья, доступ к которым и обмен которыми обеспечивается посредством социальной активности, разделения норм взаимности и доверия внутри сети.

2. Влияние социального капитала на здоровье можно представить в виде сегментированного цикла через четыре компонента социального капитала, которые обуславливают друг друга: 1) структурные компоненты – социальные

сети и социальная активность – формируют условия для создания и накопления различных ресурсов, необходимых для решения вопросов, касающихся здоровья; 2) когнитивные компоненты – доверие и нормы реципрокности – обеспечивают накопление и обмен этими ресурсами внутри сети по вопросам здоровья. Установлено пять технологий влияния (прямого/косвенного, положительного/отрицательного) группового социального капитала на индивидуальное здоровье: 1) создание психосоциальной среды, 2) социальная и практическая помощь, 3) деятельность группы в сфере здоровья, 4) контроль и регулирование поведения членов группы в отношении здоровья, 5) предоставление социально-экономического статуса.

3. Предложена авторская интерпретация «семейного социального капитала» как ресурсов, которые образуются и накапливаются в семье как социальной группе, основанной на браке, родстве, усыновлении, опеке или попечительстве, члены которой могут не характеризоваться общностью быта, но реализуют совместную социальную активность, проявляют доверие друг к другу и разделяют нормы реципрокности. Структура семейного социального капитала как фактора индивидуального здоровья представлена следующими компонентами (и их эмпирическими индикаторами): 1. семейные связи (структура семьи и социально-психологический климат внутри семьи), 2. социальная активность (плотность взаимодействия членов семьи), 3. нормы реципрокности (установки членов семьи на оказание помощи и их ожидания в получении помощи) и 4. доверие в семье (уровень «воспринимаемого» доверия в семье). Для анализа влияния семейного социального капитала на индивидуальное здоровье предлагается учитывать качество социального капитала (т.е. сформированность его компонентов – тесноту семейных связей, социальную активность, нормы реципрокности и доверие в семье) и его использование (т.е. уровень и интенсивность предоставления/использования ресурсов: участия, поддержки, влияния/контроля со стороны членов семьи для индивида)¹.

¹ Высокие показатели качества социального капитала позволяют накапливать ресурсы и обмениваться ими внутри семьи, однако это не приравнивается к использованию ресурсов.

4. Результаты исследований показали, что к причинам задействования семейных связей индивидами в ситуации болезни COVID-19 относятся 1) недоверие системе здравоохранения и врачам в целом, отсутствие веры в возможности официальной медицины (*«рассчитывать на медицину не приходится»* (ж, 35, СТ¹); полностью доверяют системе здравоохранения лишь 20% жителей), 2) дисфункции системы здравоохранения в период пандемии и необходимость их компенсации (*«в государственные больницы было попасть невозможно»* (ж, 28, СТ); высокая стоимость и нехватка лекарств и средств индивидуальной защиты (30,6%), низкое качество медицинского обслуживания (16,8%), нехватка медицинского персонала и оборудования (14,3%), недоступность медицинской помощи (11,7%)), 3) актуализация специфических потребностей, в первую очередь – в социально-психологической поддержке и материальной помощи (отметили четверть переболевших пермяков; *«было трудно и физически, и эмоционально»* (ж, 37, Т)).

Проблемы российской системы здравоохранения, с которыми сталкивались больные COVID-19 на различных стадиях болезни, являются значимым «катализатором» обращения к семейным социальным сетям. Члены семьи неодинаково вовлекались в решение проблем больного – «ближний круг» составляли родители и супруги, а также члены семьи с медицинским образованием независимо от степени родства. Использование семейного социального капитала представлено ресурсами «действия» и «комфорта», которые извлекались из семейных связей в период лечения и реабилитации. Основные типы ресурсов – социально-психологические (получили 67% переболевших), материальные (65%), информационные (56%) и медицинские ресурсы (53%).

Семейный социальный капитал может быть сильным, но при этом не вовлекаться в ситуации, связанные со здоровьем. Для извлечения ресурсов необходимо задействовать социальные связи, то есть вовлекать социальный капитал. При этом вовлечение семейных социальных связей может оказаться безуспешным, например, по причине отсутствия необходимых ресурсов у участников сети. Мобилизация ресурсов, т.е. проявление конкретных технологий влияния социального капитала семьи на здоровье индивида, говорит об использовании социального капитала.

¹ СТ – средняя тяжесть течения COVID-19, Т– тяжелая форма.

5. Качество семейного социального капитала влияет на его использование индивидом в ситуации болезни COVID-19. Как показали результаты формализованного опроса пермяков, переболевших COVID-19 в среднетяжелой или тяжелой формах, физическая близость проживания оказывает влияние на оказание помощи (Гамма = 0,333 при $p < 0,001$). Члены семьи, проживающие в одном домохозяйстве с больным, оказывали ему психологическую поддержку в 89% случаев, тогда как проживающие отдельно – в 58%. Размер семьи значим для уровня и интенсивности (в обоих случаях r -Пирсона = 0,187 при $p < 0,05$) использования социального капитала семьи. На объем предоставляемых ресурсов влияют физическая близость членов семьи (ρ -Спирмена = 0,189 при $p < 0,05$) и сформированность норм реципрокности – установки членов семьи на оказание помощи (r -Пирсона = 0,125 при $p < 0,05$) и ожиданий членов семьи в получении помощи (ρ -Спирмена = 0,103 при $p < 0,05$). Доверие в семье достоверно влияет на степень включенности членов семьи в оказание помощи (r -Пирсона = 0,139 при $p < 0,05$). Существует гендерная асимметрия в обращении и использовании семейного капитала – мужчины в 2,5 раза чаще, чем женщины обращаются к членам семьи за помощью в поиске лекарств и средств индивидуальной защиты (OR = 2,525 ДИ 1,012–6,300), тогда как женщины в 2,4 раза чаще получают психологическую поддержку от членов семьи (OR = 0,417 ДИ 0,202–0,862).

6. На основании двух характеристик (уровень и интенсивность) использования семейного социального капитала в ситуации болезни COVID-19 с помощью кластерного анализа методом k -средних выделено четыре типа индивидов: «активно использовавшие» (17%), «умеренно использовавшие» (41%), «слабо использовавшие» (27%) и «не использовавшие» (15%) социальный капитал. Активно использовали социальный капитал индивиды в расширенных и полных семьях, среди которых как минимум три члена семьи представляют одно домохозяйство. Не было выявлено значимых различий в использовании семейного социального капитала между теми, кто состоит в зарегистрированном и незарегистрированном браке. Не использовали семейный социальный капитал или слабо использовали по большей мере люди среднего возраста (34–50 лет) в

особенности с высшим образованием и те, кто не имел партнера. Отказ от использования семейного социального капитала в период болезни также более характерен для мужчин, чем для женщин¹. Представители «умеренного» и «активного» кластера чаще прибегали к медицинской помощи, а в двух других кластерах – к самолечению. Семейный социальный капитал позволяет индивидам реализовывать ответственное (предполагающее обращение за помощью в специализированные учреждения) поведение в ситуации болезни путем контроля состояния здоровья индивида со стороны членов семьи и через задействование «цепей социальных отношений» (слабых – bridging – связей) в ситуации поиска информации о специалистах и учреждениях здравоохранения.

Теоретическая значимость работы. Предложенный подход к трактовке и эмпирическому анализу семейного социального капитала развивает социологическую теорию социального капитала. Интерпретацию и операционализацию семейного социального капитала можно использовать для разработки и проведения эмпирических социологических исследований в других областях. Сделанные выводы представляют материал для построения гипотез и дальнейшего изучения влияния семейного социального капитала на индивидуальное здоровье в условиях социальных изменений. Результаты исследования обогащают научные представления о поведении индивидов и групп в ситуации пандемии, вносят вклад в понимание индивидуальных практик профилактики и борьбы с болезнью.

Практическая значимость работы. Результаты настоящего исследования могут быть использованы в управленческой деятельности в системе здравоохранения в России при разработке программ сохранения и укрепления здоровья различных социально-демографических групп на федеральном, региональном и местном уровнях. Положения работы могут использоваться при обосновании программ формирования здорового образа жизни и профилактики

¹ Возможно, это объясняется тем, что мужчины в 1,7 раз реже сталкивались с недоступностью медицинской помощи (OR = 0,569 ДИ 0,336–0,963) и почти в 2 раза реже – с психологическими (OR = 0,473 ДИ 0,271–0,825) и социальными проблемами (OR = 0,521 ДИ 0,307–0,886) в ходе своей болезни.

заболеваний. Материалы исследования уместно использовать в преподавании курсов «Социология здоровья», «Социология медицины», «Организация здравоохранения».

Соответствие диссертации Паспорту научной специальности ВАК.

Диссертационное исследование соответствует специальности ВАК 5.4.4 – Социальная структура, социальные институты и процессы. Раскрываются следующие области исследований: 23) Здоровье и здоровый образ жизни в изменении социальной структуры. Факторы здоровья и нездоровья разных социальных групп.

Достоверность результатов исследования обеспечивается за счет систематизации накопленного теоретического и практического опыта изучения социального капитала (и его отдельных компонентов) как фактора здоровья; корректного выбора исследовательских методов и процедур анализа количественных и качественных данных, обоснованного формирования выборочных совокупностей опросов; использования статистических данных и материалов международных и всероссийских социологических исследований; соответствия полученных результатов выводам схожих исследований, их сопоставимостью.

Апробация работы. Материалы исследования были представлены на 26 научных мероприятиях в период с 2017 по 2022 гг. Основные из них: 1) XX Международная конференция молодых ученых «Человек в мире. Мир в человеке» (Пермь, 2017, 2022 гг.)¹; 2) Международный Балтийский коммуникационный форум «Глобальные и региональные коммуникации: настоящее и будущее» (Санкт-Петербург, 2017 г.)²; 3) Международная научно-практическая интернет-конференция «Глобальные вызовы и региональное развитие в зеркале социологических измерений» (Вологда, 2018, 2021 гг.)³; 4) 4-ая Международная научно-практическая конференция молодых ученых, аспирантов и студентов

¹ Доклад отмечен дипломом I-ой степени.

² Доклад отмечен дипломом за лучшее выступление.

³ Доклад отмечен дипломом II-ой степени в 2018 г.

«Здоровье населения и развитие» (Москва, 2018 г.); 5) Всероссийская научная конференция «Актуальные вопросы экономики и социологии» (Новосибирск, 2018 г.); 6) Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием «Актуальные вопросы анализа риска при обеспечении санитарно-эпидемиологического благополучия населения и защиты прав потребителей» (Пермь, 2019 г.); 7) Международная научно-практическая конференция «Здоровье как ресурс: V.2.0» (Нижний Новгород, 2019 г.); 8) Всероссийская (с международным участием) научно-практическая конференция «Актуальные проблемы развития человеческого потенциала в современном обществе» (Пермь, 2019, 2021 гг.); 9) Международная научно-практическая конференция «XXII Уральские социологические чтения» (Екатеринбург, 2020 г.); 10) Международная научно-практическая конференция «Социальные процессы современной России» (Нижний Новгород, 2020 г.); 11) Всероссийская научная конференция «Актуальные проблемы моделирования, проектирования и прогнозирования социальных и политических процессов в мультикультуральном пространстве современного общества» (Ростов-на-Дону, 2021 г.); 12) Международная конференция студентов, аспирантов и молодых ученых «Перспективны – 2022» (Красноярск, 2022 г.).

Основные положения диссертации отражены в 32 публикациях (общий объем – 13,65 п.л., вклад автора – 11,28 п.л.), 4 из которых опубликованы в журналах, рекомендованных ВАК Минобрнауки РФ.

Наработки данного диссертационного исследования нашли отражение в вузовских курсах «Социология: анализ современного общества» и «Социология здоровья», что подтверждено актом внедрения в учебный процесс Пермского государственного национального исследовательского университета.

Структура и объем работы. Диссертация состоит из введения, двух глав (по 3 параграфа в каждой), заключения, библиографического списка и приложений. Общий объем составляет 194 страницы. Текст сопровождается авторскими таблицами (9 шт.) и рисунками (13 шт.). Список литературы включает 226 источников. В приложении представлены инструментарии исследования,

пример транскрипта интервью и табулированный отчет полужформализованного опроса.

ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ СОЦИОЛОГИЧЕСКОГО ИЗУЧЕНИЯ СВЯЗИ СОЦИАЛЬНОГО КАПИТАЛА И ЗДОРОВЬЯ

1.1 Концептуализация и типизация социального капитала в социологической науке

Концепция социального капитала получила обоснование и известность в социологической науке в конце XX в. Ее теоретические истоки заложили П. Бурдьё, Дж. Коулман, Р.С. Берт, А. Портес, Р. Патнэм, Ф. Фукуяма, Н. Лин. Обзор основных теоретических подходов позволяет говорить, что социальный капитал описывают противоречивые, а часто – противоречащие друг другу концепции в историческом и междисциплинарном контекстах. В рамках данной работы были выделены четыре социологических подхода к пониманию сущности социального капитала: ресурсный, сетевой, коммунитарный и синтетический.

В социологии впервые понятие социального капитала было теоретически обосновано французским социологом П. Бурдьё в работе «Формы капитала», где он отделил данное понятие от других форм капитала. Социальный капитал был представлен как реальные или потенциальные ресурсы, которые возникают в группе, где каждый член разделяет взаимные социальные обязательства по отношению к другим¹. За счет разделения этих обязательств индивид получает признание как члена группы, при этом членство в группе не сводится только к цели получения выгоды. Социальный капитал здесь выступает как символический эффект социальных отношений, причем этим эффектом пользуются как группа в целом, так и отдельные ее члены. Символическая (нематериальная) природа социального капитала, находящаяся в структуре социальных отношений, отличает его от других форм капиталов.

¹ Бурдьё, П. Формы капитала (перевод М.С. Добряковой) [Текст] // Экономическая социология. – 2002. – Т.3. – № 5. – С. 60-75.

Похожая трактовка социального капитала встречается в работе американского социолога Дж. Коулмана, который обозначает социальный капитал как ресурсы, образующиеся благодаря социальным связям и доступные акторам для достижения целей¹. Под актором понимается как отдельный индивид, так и социальная группа или организация (т.е. «корпоративный актор»). И прежде всего социальный капитал оказывается выгоден для социальной группы, причем закрытого типа («сильные связи» в теории М. Грановеттера²), где санкции обладают большей силой и повышают уровень доверия между людьми. Одной из основных форм социального капитала является информационный ресурс. И качество информационного потенциала будет выше в закрытых сетях, где члены группы сохраняют обязательство быть честными.

Учитывая во внимание теорию рационального выбора, Дж. Коулман указывает, что не любые социальные связи образуют социальный капитал, а только те, где присутствует доверие (вложения для сохранения обязательств), которое зависит от надежности социальной среды (то есть исполнение взаимных ожиданий и обязательств). Надежность, в свою очередь, поддерживается социальными нормами и санкциями, которые ограничивают отрицательные проявления и укрепляют положительные во взаимодействиях индивидов. Социальные нормы и санкции необходимы из-за существования неравномерного (качественного и количественного) инвестирования в социальные сети различными акторами. Так, индивиды, которые образуют социальные связи, исходят из соотношения затрат и выгод, которые они могут получать в перспективе.

Таким образом, формулировка социального капитала в рамках ресурсного подхода позволяет оценивать его потенциальные и фактические ресурсы на всех трех уровнях (макро, мезо и микро). В этом случае социальный капитал основан не на социальных связях и их свойствах, а на тех ресурсах, которые образуются в

¹ Коулман, Дж. Капитал социальный и человеческий (Перевод Л. Стрельникова, А. Стасенко) [Текст] // Общественные науки и современность. – 2001. – № 3. – С. 121-139.

² Грановеттер, М. Сила слабых связей [Текст] // Экономическая социология. – 2009. – Т. 10. – № 4. – С. 31-50.

социальных отношениях, т.е. доступ к ресурсам можно получить через вступление в социальную сеть. Однако использование ресурсов сети зависит не только от членства в группе, но и от уровня доверия и разделения социальных норм. Извлекать и мобилизовать ресурсы могут как индивиды, так и социальные группы. Исходя из этого, представители ресурсного подхода (П. Бурдье, Дж. Коулман) предлагают измерять социальный капитал путем определения объема ресурсов, которые индивид, группа или сообщество могут потенциально или фактически извлекать из социальных отношений при разделении доверия и норм взаимности акторами социальной сети¹. Ресурсный подход позволяет выделить формы социального капитала в зависимости от типов ресурсов: информационная (знания и советы), эмоциональная (поддержка, безопасность и забота) и инструментальная (помощь) формы².

Ресурсный подход к социальному капиталу позволяет более точно оценивать последствия его использования в различных ситуациях в зависимости от предоставляемых ресурсов. При этом возникает проблема поиска источников и форм накопления социального капитала для решения различных социальных проблем (бедности, безработицы и т.п.)³. С точки зрения теории рационального выбора предполагается, что индивид или группа для получения ресурсов специально создают и инвестируют в социальные сети (например, время или усилия для поддержания социальных контактов). Авторы ресурсной теории исходят из негативной философско-антропологической трактовки, которая подразумевает, что человек вступает в отношения из-за «дефицита социальности», например, из-за зависимости в поддержке⁴. Однако некоторые исследователи считают, что извлечение ресурсов из социальной сети – это скорее

¹ Попов, Д.Д. Социальный капитал в сетевых экономических структурах [Текст] // Вестник КГУ им. Н.А. Некрасова. – 2011. – № 3. – С. 393-395.

² House, J.S. Work stress and social support [Text]. Addison-Wesley Reading, Mas. 1981. 156 p. ISBN: 978-0-201-03101-0.

³ Поде, Т. Критика понятия «социальный капитал» (перевод А. Захарова) [Текст] // Неприкосновенный запас. Дебаты о политике и культуре. – 2018. – № 3 (119). – С.211-220.

⁴ Блок, М. Социальный капитал: к обобщению понятия [Текст] / М. Блок, Н.А. Головин // Вестник Санкт-Петербургского университета. Серия «Теория, методология и история социологии». – 2015. – № 4. – С. 99-111.

побочный эффект инвестиций в человеческий капитал или взаимодействий в различных видах деятельности, поэтому социальный капитал не может накапливаться¹. Предприняты попытки снять это ограничение через замену терминов относительно социального капитала. Исследователи предлагают использовать понятия «укрепление, культивирование»². Кроме того, ряд авторов считают, что воспроизводство социального капитала зависит от доверия и норм взаимопомощи, уровень которых определяется предыдущими взаимодействиями, вложениями в развитие личных навыков и компетенций (например, коммуникативные компетенции) или государственных механизмов развития гражданского общества³.

Сетевой подход возникает при анализе социального капитала в управлении рыночными отношениями другими американскими учеными. В отличие от Дж. Коулмана они начинают определять социальный капитал через социальные отношения. Например, У.Э. Бейкер указывает, что социальный капитал, который представлен неформальными отношениями между организациями, важен для понимания их корпоративного поведения и иных нерыночных механизмов, существующих на рынке⁴. Дж. М. Пеннингс и К. Ли в своей работе объясняют социальный капитал организации через социальные связи (отношения) членов данной организации⁵.

Американский исследователь Р.С. Берт анализирует рассуждения своих коллег о социальном капитале и приходит к заключению, что точкой общего

¹ Соболева, И.В. Социальный капитал или социальный ресурс? // Экономическая наука современной России. – 2006. – № 3(34). – С. 16-29.

² Boeck, T., Fleming, J. Social policy – a help or a hindrance to social capital? [Text]. Social policy and society. 2005. Vol. 4 (3). pp. 259-270. doi:10.1017/S1474746405002.

³ Hyden, G. The social capital crash in the periphery: an analysis of the current predicament in sub-Saharan Africa [Text]. Journal of Behavioral and Experimental Economics (formerly The Journal of Socio-Economics). 2001. Vol. 30 (2). pp. 161-163. doi:10.1016 / S1053-5357(00)00098-6; 150.Hume, D. A Treatise of human nature [Text]. Oxford: Oxford University Press. 1978. 763 p. ISBN: 9780198245889.

⁴ Baker, W. Market networks and corporate behavior [Text]. American journal of sociology. 1990. Vol. 96 (3). pp. 589-625. doi: 10.1086/229573.

⁵ Pennings, J.M., Lee, K. Social capital of organization: conceptualization, level of analysis, and performance implications [Text]. In: Leenders, R.T.A.J., Gabbay, S.M. (eds) Corporate Social Capital and Liability. Springer, Boston, MA. 1999. pp. 43-67. https://doi.org/10.1007/978-1-4615-5027-3_3.

согласия является понимание социального капитала как некоторого актива, который образуется в социальной структуре и создает конкурентное преимущество для достижения целей определенных лиц или групп¹. Этот актив в большей степени необходим для распространения информации именно внутри одной сети, так как не всегда информация выходит за пределы одной группы. В случае, когда обмен информацией между группами не происходит, образуются «структурные дыры», которые означают, что группы циркулируют в разных информационных потоках. И социальный капитал в этом случае выполняет функцию посредничества через структурные дыры, что в последующем оказывает влияние на эффективность деятельности актора. Это утверждение раскрывает в своей теории М. Грановеттер, который указывает на существование двух типов социальных связей – сильных и слабых². Сильные связи – это прямые непосредственные контакты с высокой плотностью и частотой, а слабые связи – наоборот. Члены сети с сильными связями, как правило, обмениваются одной и той же информацией, в то время как слабые связи могут быть источниками новых, разнообразных информационных ресурсов.

Кубино-американский социолог А. Портес акцентирует внимание на дискуссии о природе социального капитала в американской социологии, которая продолжается из-за путаницы трех важных понятий: 1) обладатель социального капитала, 2) источник социального капитала, 3) ресурсы³. Исследователь приходит к выводу, что обладателем социального капитала являются индивид или группа, но для возможности обладать необходимо вступать в социальные связи, т.к. именно они являются фактическим источником ресурсов. То есть социальный капитал, по мнению А. Портеса, – это способность группы или индивида выстраивать социальные сети или вступать в них с целью извлечения ресурсов. Кроме этого, исследователь выделяет два источника образования социальных

¹ Burt, R.S. The network structure of social capital [Text]. Research in organizational behavior. 2000. Vol. 22. P. 345-423. [http://dx.doi.org/10.1016/S0191-3085\(00\)22009-1](http://dx.doi.org/10.1016/S0191-3085(00)22009-1).

² Грановеттер, М. Сила слабых связей [Текст] // Экономическая социология. – 2009. – Т. 10. – № 4. – С. 31-50.

³ Portes, A. Social capital: its origins and applications in modern sociology [Text]. Annual review of sociology. 1998. Vol. 24. pp. 1-24. doi: 10.1146/annurev.soc.24.1.1.

связей. Во-первых, солидарность, возникающая из-за необходимости выполнять общую задачу. Эта идея схожа с теорией американского философа и социолога Ф. Фукуяма о первичных и вторичных группах в рамках социального капитала¹. Первичные группы образуются за счет межличностных отношений, эмоциональной или родственной связи, например, семья или друзья. Вторичные группы возникают на основе решения общей цели или задачи, где формально распределены роли и продиктованы правила взаимодействия (например, рабочий коллектив), что в последующем обуславливает возникновение солидарности. Если солидарность перерастает в неформальную связь, где создаются неформальные правила взаимодействия и доверия, в группе возникает социальный капитал. Во-вторых, источником может выступать включенность в одну социальную структуру, где социальные связи, доверие и нормы возникают из-за власти сообщества (пример – религиозные объединения). Кроме этого, А. Портес выделяет функции социального капитала: 1) социальный контроль, 2) социальная поддержка, 3) предоставление «выгод» (третья функция является основанием для социальной стратификации). Чаще действие этих функций рассматривается в литературе в качестве положительных последствий. Однако можно говорить о таких негативных последствиях как возникновение аутсайдеров в группе, ограничение индивидуальных свобод, чрезмерные требования к членам группы.

Представители сетевого подхода (Р.С. Берт, А. Портес) рассматривают в качестве основания социального капитала социальные сети, с помощью которых актор имеет возможность формировать нормы взаимности, быстрее и эффективнее решать задачи². К примеру, помощь в уходе за детьми или в работе,

¹ Фукуяма, Ф. Социальный капитал [Текст] // Культура имеет значение. Каким образом ценности способствуют общественному прогрессу. Под ред. Л. Харрисона и С. Хантингтона. (Lawrence Harrison, Samuel Huntington (eds.) Culture Matters: How Values Shape Human Progress. – New York: Basic Books, 2000.) – М.: Московская школа политических исследований, 2002. – С.129-149. ISBN 5-93895-037-6.

² Магдеева, М.Р. Социальный капитал: понятие и подходы к исследованию [Текст] / М.Р. Магдеева, Н.Н. Жилина, Т.С. Загидуллина // Экономическая теория. – 2017. – Т. 1. – № 3. – С. 18-23.

или наоборот, создание напряженной социально-психологической атмосферы¹. В рамках сетевого подхода выделяют два направления для измерения социального капитала: содержательное (качество социальных связей) и структурное (структурные характеристики социальных сетей)². Для эмпирических исследований социальных отношений чаще всего используют методологический потенциал теории сетей М. Грановеттера. Сетевой подход рассматривает существование социального капитала на групповом уровне, утверждая, что индивид не способен накапливать социальный капитал, так как он образуется в структуре социальных отношений³. Применительно к индивиду в рамках сетевого подхода можно говорить только о доступе к социальному капиталу⁴, т.е. о включенности индивида в социальные сети и его способности извлекать и мобилизовать ресурсы из социальных связей для достижения индивидуальных целей.

Сетевой подход имеет ряд ограничений. Во-первых, несмотря на то, что учитывается важность вертикальных и горизонтальных, сильных и слабых связей (что кажется убедительным для эмпирического использования), он не объясняет, какие факторы влияют на эффективность взаимодействия членов социальной сети. Например, К. Эрроу пишет, что социальные сети не могут считаться капиталом, так как не всегда возникают для получения какой-либо выгоды, для этого необходимы дополнительные причины⁵. Во-вторых, капитализация рассматривается на мезо- и макроуровне, игнорируется возможность индивида аккумулировать социальный капитал разных социальных сетей. В-третьих,

¹ Woolcock, M., Narayan, D. Social capital: implication for development theory, research and policy [Text]. The World Bank research observer. 2000. Vol. 15 (2). pp. 229-230. doi: 10.1093/wbro/15.2.225.

² Герасимчук, Д.Н. Социальный капитал как фактор конкуренции субъектов регионального рынка труда: дис. ... канд. социол. наук: 22.00.04. – Сахалинский гос. университет, Южно-Сахалинск, 2015. – 192 с.

³ Магдеева, М.Р. Социальный капитал: понятие и подходы к исследованию [Текст] / М.Р. Магдеева, Н.Н. Жилина, Т.С. Загидуллина // Экономическая теория. – 2017. – Т. 1. – № 3. – С. 18-23.

⁴ Соболева, И.В. Социальный капитал или социальный ресурс? // Экономическая наука современной России. – 2006. – № 3(34). – С. 16-29.

⁵ Arrow, K. Observations on social capital [Text]. Social capital: a multifaceted perspective (English). Washington, D.C.: World Bank Group. 2000. pp. 3-5. ISBN 0-8213-4562-1.

критики задаются вопросом: является ли социальный капитал сфабрикованным понятием, если оно объясняется через концепцию социальных отношений?¹

Критика сетевого подхода приводит к появлению коммунитарного подхода, который интерпретирует социальный капитал не только как социальные сети, но и их свойства². В работе американского политолога и социолога Р. Патнэма в контексте демократии и гражданского общества представляется следующая трактовка социального капитала – это набор характеристик социальной организации, который необходим для координации и сотрудничества с целью получения взаимной выгоды³. Набор характеристик можно разделить на две группы: структурные характеристики – социальная активность: гражданское (коллективное) участие на групповом уровне или включенность в социальные сети на индивидуальном уровне; культурные характеристики – нормы взаимности (reciprocity) и доверие. Включенность учитывается как в горизонтальных, так и в вертикальных связях. Нормы взаимности также включают два типа: сбалансированная (конкретная) и рассеянная (общая) взаимность. Конкретная взаимность базируется на одновременном обмене равноценными услугами, а общая – на реализации взаимного неэквивалентного обмена в будущем («Я помогаю тебе сейчас в надежде, что ты поможешь мне в будущем»). Р. Патнэм утверждает, что социальный капитал представляет собой «общее достояние» и не является собственностью индивида.

Указанные выше характеристики социального капитала способны воспроизводить друг друга. Социальная активность позволяет индивидам вступать в социальные связи, обуславливает совместную деятельность, в которой появляются и укрепляются нормы взаимности и социальное доверие между

¹ Кузнецов, А.Е. Эмпирическая состоятельность концепта «социальный капитал». Проблема дезориентированных ответов [Текст] // Вестник Пермского университета. Серия «Философия. Психология. Социология». – 2018. – № 3 (35). – С. 450-462.

² Woolcock, M., Narayan, D. Social capital: implication for development theory, research and policy [Text]. The World Bank research observer. 2000. Vol. 15 (2). pp. 229-230. doi: 10.1093/wbro/15.2.225.

³ Патнэм, Р. Чтобы демократия сработала. Гражданские традиции в современной Италии (перевод А. Захарова) [Текст]. – М.: Ad Marginem, 1996. – 287 с. ISBN 5-88059-014-3.

членами сети, в следствии чего повышается эффективность их взаимодействия¹. И наоборот: отсутствие взаимности и недоверие разрушают социальные связи, уменьшают социальную активность, соответственно, исчезает социальный капитал. Нормы взаимности и доверие связаны с плотностью и типом социальных контактов. Эту связь исследователь выразил в двух типах социального капитала: bonding (or exclusive) и bridging (or inclusive)². Социальный капитал по типу bonding («соединяющий») определяет сильные внутренние связи, т.е. взаимоотношения между «близкими» людьми, которые разделяют одну и ту же социальную идентичность (например, семья или друзья). Тем самым данный тип социального капитала в большей степени обеспечивает внутригрупповую солидарность. Социальный капитал bridging («наводящие мосты») обозначает связи между людьми из разных социальных групп (например, представители разных профессиональных групп), поэтому оказывается полезным для распространения информации.

В рамках коммунитарного подхода социальный капитал исследует американский философ и социолог Ф. Фукуяма. Он осмысливает работы Р. Патнэма и Дж. Коулмана и пересматривает концепцию социального капитала, трактуя его как неформальные нормы и правила взаимодействия, которые необходимы для сотрудничества между двумя и более индивидами³. Данный свод включает не только социальные «корпоративные нормы», но нормы взаимности и доверие, которые исходят, например, из культуры общества и религии. Ф. Фукуяма исключает социальные сети из формулировки социального капитала, утверждая, что разделение норм создает доверие, которое влияет на потенциал взаимоотношений, а не наоборот. Он указывает, что социальная группа может успешно функционировать без социального капитала посредством формальных механизмов координации, однако наличие социального капитала в группе

¹ Putnam, R.D. Bowling alone: America is declining social capital [Text]. Journal of democracy. 1995. Vol 6 (1). pp. 65–78.

² Putnam, R.D. Bowling alone: the collapse and revival of American community / Robert D. Putnam [Text]. New York [etc.]: Simon & Schuster, cop. 2000. 541 p. ISBN 0-7432-0304-6.

³ Fukuyama, F. Social capital, civil society and development [Text]. Third world quarterly. 2001. Vol. 22 (1). pp. 7-20. doi: 10.1080/713701144.

уменьшает «транзакционные издержки» и облегчает внутригрупповую адаптацию, тем самым повышает эффективность их взаимодействия. Разделение в группе неформальных норм сотрудничества способствует более быстрому достижению целей, поэтому социальный капитал будет полезен в тех случаях, где государственные механизмы не реализуются. Ф. Фукуяма указывает, что социальный капитал так или иначе присутствует в любом обществе, но его объем и эффект зависят от «радиуса доверия» (по типам: обобщенное и институциональное) и социальных аномалий (на уровне общества – это преступность, разводы, самоубийства и т.п.). Эффект социального капитала может быть позитивным (решение задач совместными усилиями) и негативным (выделение аутсайдеров в группе, недоверие и нетерпимость к другим группам).

«Коммунитаристы» (Р. Патнэм, Ф. Фукуяма) соглашаются, что социальный капитал присущ социальным отношениям, но не всем. Наличие и объем социального капитала определяют такие характеристики социальных сетей как: доверие, нормы взаимности и правила взаимоотношений. Данные характеристики создают возможности для сотрудничества, солидарности, повышают эффективность взаимодействия, снижают транзакционные издержки и улучшают климат в группе¹. Российский социолог В.В. Радаев выделяет следующие функции, которые социальные сети способны выполнять благодаря доверию и нормам реципрокности (выполнение взаимных обязательств без системы санкций²): предоставление ресурсов, в том числе информационных, и социального статуса, взаимное обучение³. Указанные выше функции демонстрируют действие социального капитала. Эмпирическое изучение социального капитала с точки зрения коммунитарного подхода происходит за

¹ Магдеева, М.Р. Социальный капитал: понятие и подходы к исследованию [Текст] / М.Р. Магдеева, Н.Н. Жилина, Т.С. Загидуллина // Экономическая теория. – 2017. – Т. 1. – № 3. – С. 18-23.

² Барсукова, С.Ю. Реципрокные взаимодействия. Сущность, функции, специфика [Текст] // Социологические исследования. – 2004. – № 9 (245). – С. 20-30.

³ Радаев, В.В. Понятие капитала, формы капиталов и их конвертация [Текст] // Экономическая социология. – 2002. – № 4. – С. 20-32.

счет измерения его структурной (характеристика социальных сетей) и когнитивной (нормы взаимности, взаимодействия и доверие) составляющих.

Коммунитарный подход критикуется за его субъективное представление о свойствах социальной сети, которые сложно операционализировать для эмпирических исследований¹. Например, нет четкого разграничения между различными типами доверия, что приводит к персонификации межличностного и институционального доверия. Кроме этого, данный подход так же, как и сетевой, оставляет открытым вопрос о капитализации социального капитала на индивидуальном уровне. Если предположить, что социальный капитал индивида зависит от обязательств других, то происходит упущение сокрытия участниками выгод взаимодействия из-за рисков потерь при социальном обмене².

Американский социолог китайского происхождения Н. Лин настаивает на обобщении различных теоретических подходов и предлагает синтетический подход для объяснения социального капитала³. Он соглашается с А. Портесом, что социальный капитал – способность актора извлекать ресурсы социальной сети, которые используются для достижения целей индивида или группы. И акцентирует внимание на том, что «социальный капитал», «социальная сеть», «доверие» – это не равнозначные понятия: социальные сети лишь обеспечивают доступ к ресурсам, а доверие является фактором, который оказывает влияние на социальный капитал в ситуациях неопределенности и высокого риска. Важными характеристиками социального капитала ученый считает его ресурсный потенциал (потенциальная возможность извлечения ресурсов) и результат мобилизации ресурсов (фактическое использование ресурсов).

Н. Лин определяет источники социального капитала: 1) позиция субъекта в социальной структуре, 2) характеристика сети (внутренняя, промежуточная,

¹ Narayan, D., Pritchett, L. Cents and sociability: household income and social capital in rural Tanzania [Text]. Economic development and cultural change. 1999. Vol. 47 (4). pp. 871-897. doi: 10.1086/452436.

² Блок, М. Социальный капитал: к обобщению понятия [Текст] / М. Блок, Н.А. Головин // Вестник Санкт-Петербургского университета. Серия «Теория, методология и история социологии». – 2015. – № 4. – С. 99-111.

³ Lin, N. Social capital: a theory of social structure and action [Text]. Cambridge: Cambridge University Press. 2001. 278 p. ISBN 0-521-47431-0.

внешняя), 3) цель вступления в социальную сеть (инструментальная, экспрессивная). Характеристика сети так же, как и в предыдущих подходах основывается на теории сетей М. Грановеттера, однако появляется дополнительный показатель оценки социальных сетей – взаимность. В зависимости от характеристик сетей Н. Лин выделяет три типа социальных отношений: внутренний (binding – «обязательные отношения»), промежуточный (bonding – «соединяющие отношения») и внешний (bridging – «отношения-наводящие мосты»). Внутренние отношения (binding) – сильные связи, основанные на доверии, интимности и чувствах (семья). Промежуточные отношения (bonding) представляют смешение сильных и слабых связей в группе, основанные на общности интересов, однако не все члены сети могут непосредственно на постоянной основе взаимодействовать друг с другом (круг друзей). Внешние отношения (bridging) – это слабые связи, которые поддерживаются за счет членства в сообществе или общей идентичности, при этом члены группы могут совсем не взаимодействовать между собой (представители одной религии, фан-клуб). Польза тех или иных социальных отношений зависит от цели, для достижения которой индивид образует эти связи: с одной стороны, это инструментальная цель – получение новых или дополнительных ресурсов, с другой стороны, экспрессивная – сохранение существующих ресурсов.

Различие в концептуализации социального капитала можно обосновать тем, что каждый из четырех подходов позволяет решать разные исследовательские задачи. Ресурсный подход оценивает последствия влияния социального капитала на различные сферы жизнедеятельности через объем оказанных и использованных ресурсов. Сетевой подход производит анализ структуры социальных отношений и их пользы для индивида или группы. Коммунитарный подход рассматривает влияние таких характеристик социальных отношений как: доверие и социальные нормы. Синтетический подход, объединяя вышеперечисленные подходы, старается объяснить различие в способности использовать социальный капитал у индивидов или группы.

Многообразие интерпретаций социального капитала обуславливают различия в понимании строения социального капитала. Можно выделить следующие типы компонентов социального капитала: когнитивный, структурный, реляционный. Первым данную классификацию характеристик социального капитала предложил Р. Патнэм, который к структурным характеристикам определил социальные сети, а к культурным – доверие и нормы взаимности внутри сети. В последующем данная идея нашла отражение в эмпирических исследованиях социального капитала¹. К структурному социальному капиталу стали относить свойства и характеристики социальных связей, а когнитивному – доверие, нормы взаимности (реципрокности), корпоративные нормы и правила взаимодействия². Также дополнительно выделяют реляционный (взаимосвязывающий) социальный капитал, который включает критерии обязательства, идентификации и иные формы вербального проявления отношений³.

По результатам анализа подходов отечественных и зарубежных ученых можно предложить два основания для типизации социального капитала (см. рис. 1). Первое основание – тип социальных отношений: binding («обязательный»), bonding («соединяющий»), bridging («наводящие мосты»), linking («связывающий»), identifying («идентифицирующий»), communal («общинный»). Второе основание – носитель социального капитала: индивидуальный, групповой или общественный (страновой).

¹ Мачеринскене, И.М. Социальный капитал организации: методология исследования [Текст] / И.М. Мачеринскене, Р.В. Минкуте-Генриксон, Ж.Й. Симанавичене // Экономика образования. – 2009. – № 2. – С. 28-38; 1. Германов, И.А. Концептуализация и операционализация понятия «социальный капитал» в исследованиях организаций [Текст] / И.А. Германов, Е.Б. Плотникова // Вестник Пермского университета. Серия «Философия. Психология. Социология». – 2017. – № 1. – С. 106-114.

² Полякова, О.В. Теоретические аспекты категории «социальный капитал» [Текст] // Актуальные вопросы экономических наук. – 2010. – № 11-1. – С. 54-59.

³ Nahapiet, J., Ghoshal, S. Social capital, intellectual capital, and the organizational advantage [Text]. Academy of Management Review. 1998. Vol. 23 (2). pp. 242-266. doi: 10.2307/259373.

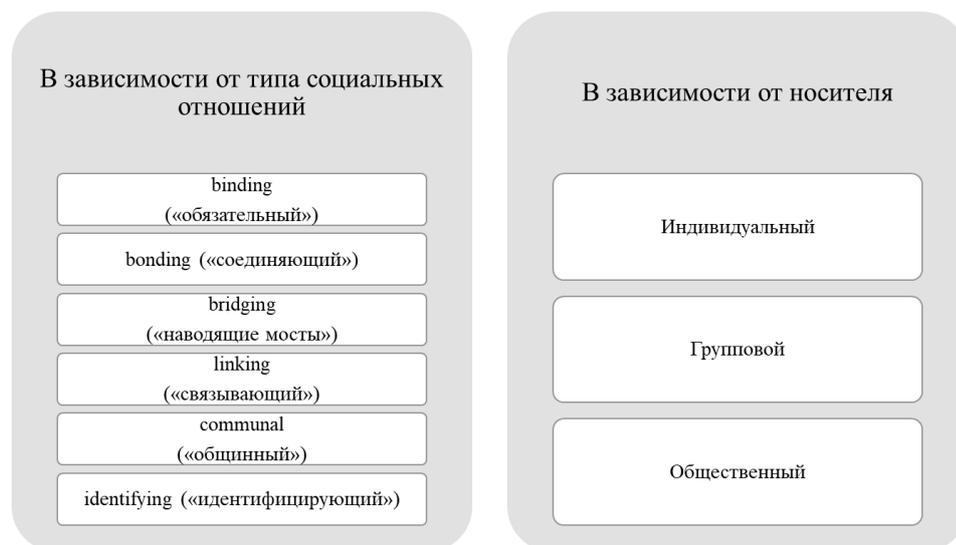


Рисунок 1. Основания для типизации социального капитала

Первая типизация строится на основе взглядов Р. Патнэма и Н. Лина, которые предлагают определять социальный капитал в зависимости от типа социальных отношений. Р. Патнэм выделил следующие типы: bonding («соединяющий») – социальный капитал, где преобладают сильные связи гомогенной группы, то есть члены группы разделяют общую идентичность (семья, друзья), и bridging («наводящие мосты») – социальный капитал, включающий связи представителей разных социальных групп (коллеги)¹. Н. Лин в отличие от Р. Патнэма, во-первых, отделил от «соединяющих» отношений (bonding) «обязательные» отношения (binding) – связи, основанные на родстве или эмоциональной привязанности (семья)². Во-вторых, использовал эти категории относительно социальных сетей, а не к социальному капиталу в целом, потому что считает, что социальные сети выступают лишь источником социального капитала. Данную классификацию социального капитала использовали в своей работе Р. Гиттелл, А. Видаль, которые рассматривали роль сообществ (=социального капитала) в развитии общества³. Они определили «соединяющий»

¹ Putnam, R.D. Bowling alone: the collapse and revival of American community / Robert D. Putnam [Text]. New York [etc.]: Simon & Schuster, cop. 2000. 541 p. ISBN 0-7432-0304-6.

² Lin, N. Social capital: a theory of social structure and action [Text]. Cambridge: Cambridge University Press. 2001. 278 p. ISBN 0-521-47431-0.

³ Gittel, R., Vidal, A. Community organizing: building social capital as a development strategy [Text]. SAGE Publications, Inc. 1998. 206 p. ISBN: 9780803957923.

социальный капитал (community's bonding capital), который объединяет людей, знакомых между собой и разделяющих общие интересы и ценности (друзья), а социальный капитал по типу «наведение мостов» (building bridges) – формальное объединение тех, кто ранее не знал друг друга, например, рабочий коллектив. К существующим типам позднее был добавлен еще один – linking («связывающий») с целью разграничить данные, полученные в эмпирических исследованиях¹. Социальный капитал по типу linking («связывающий») означает связи между социальными группами и формальными институтами. Современные исследователи дополняют выделенные типы социального капитала. Например, identifying («идентифицирующий») – связи внутри формальных организаций², communal («общинный») – связи в больших социальных группах³. В отечественной социологии данную типологию использовал А.Т. Коньков, которые разделил социальные отношения на: «связи-узы» – сильная связь между членами одной сети, которые имеют сходный социальный статус, «связи-мосты» – связь между людьми со схожим статусом, но из разных социальных сетей; «связи-звенья» – отношения между индивидами из разных социальных сетей с различными социальными статусами⁴.

В основе второй типологии лежит классификация в зависимости от того, кто является обладателем (носителем) социального капитала: индивид (микроуровень), «корпоративный актер» – социальная группа, организация (мезоуровень) или общество (макроуровень). Данная типизация является

¹ Szreter, S., Woolcock, M. Health by association? Social capital, social theory, and the political economy of public health [Text]. *International journal of epidemiology*. 2004. Vol. 33 (4). pp. 650–667. doi: 10.1093 /ije /dyh013.

² Игумнов, О.А. Становление концепций социального капитала: обзор теоретических подходов [Текст] // *Социология*. – 2019. – № 1. – С. 41-49.

³ Oh, H., Kilduff, M., Brass, D.J. Communal social capital, linking social capital, and economic outcomes [Text]. Paper presented at the annual meeting of the academy of management, Chicago. 1999.

⁴ Коньков, А.Т. Социальный капитал и экономическое взаимодействие: монография [Текст]. – М.: Издательство Российского ун-та дружбы народов, 2006. – 222 с. ISBN 5-209-00821-5.

принятой и устоявшейся в экономической и социологической науках, и ее проводят многие отечественные исследователи¹.

Социальный капитал на микроуровне рассматривается с позиции индивида. С одной стороны, как ресурсы, которые доступны индивиду для достижения личных целей. С другой стороны, как способность индивида образовывать связи, инвестировать и мобилизовать ресурсы². Т.е. с помощью сильных и слабых связей индивиды обладают возможностью использовать ресурсы социальной сети, которые конвертируются из отношений между членами их социальных отношений³, или эффективнее использовать свои личные ресурсы⁴. Каждый индивид обладает определённым объемом социального капитала в зависимости от размера и качества социальных связей индивида, объема социального капитала тех, с кем он образует эти связи, а также от цели взаимодействия индивида с членами социальной группы и его возможности разделять нормы (в том числе нормы взаимности и доверия) и проявлять солидарность, принятые в социальной сети.

Социальный капитал макроуровня представлен в масштабах всего общества, страны, региона или иных территориальных сообществ, и обуславливает общественное развитие в различных сферах жизнедеятельности. Измерение социального капитала на макроуровне учитывает уровень гражданской активности и доверия (генерализированного, межличностного и институционального), разработано и предложено двумя крупными организациями – Организацией экономического сотрудничества и развития и Всемирным банком.

¹ Германов, И.А. Концептуализация и операционализация понятия «социальный капитал» в исследованиях организаций [Текст] / И.А. Германов, Е.Б. Плотникова // Вестник Пермского университета. Серия «Философия. Психология. Социология». – 2017. – № 1. – С. 106-114; Ищенко, И.Г. Теоретические подходы к формированию понятия социальный капитал [Текст] // Известия ПГПУ. Серия «Экономические науки». – 2006. – № 2 (6). – С. 28-32; Штырбул, С.А. Социальный капитал и социальный потенциал: субъекты и функции: автореферат дис. ... кандидата экономических наук: 08.00.01. – Моск. гос. ун-т им. М.В. Ломоносова, Москва, 2010. – 24 с.

² Lin, N. Building a network theory of social capital [Text]. Connections. 1999. Vol. 22 (1). pp. 28–51.

³ Гудкова, Т.В. Социальный капитал как фактор социокультурного и экономического развития общества [Текст] // Философия хозяйства. – 2015. – № 2. – С. 197–207.

⁴ Тихонова, Н.Е. Социальный капитал как фактор неравенства [Текст] // Общественные науки и современность. – 2004. – № 4. – С. 24–35.

Групповой социальный капитал (или социальный капитал «корпоративного актора») рассматривается в отдельности на уровне малых (семья) и больших (студенты, профессиональные круги) социальных групп, формальных (корпорация) и неформальных (религиозное объединение, фан-клуб) организаций. Некоторые исследователи придерживаются мнения, что социальный капитал группы – это совокупность социальных капиталов членов группы¹. Однако чаще групповой социальный капитал определяют через свойство социальных структур² или коллективное благо³, поэтому он не может сводиться к сумме индивидуальных социальных капиталов. Например, при высоком уровне социального капитала группы получать выгоды смогут даже индивиды, у которых низкий уровень индивидуального социального капитала⁴. Кроме этого, ряд исследователей определяют социальный капитал группы как внутренние и внешние связи группы⁵. Характеристика этих связей, а также межгрупповое и внутригрупповое доверие определяют размер социального капитала, которым обладает группа.

Анализ подходов к концептуализации социального капитала в социологической науке показывает, что на данный момент существует их теоретическое концептуальное разнообразие применительно к социальному капиталу. Ресурсный подход (П. Бурдье, Дж. Коулман) определяет социальный капитал как ресурсы, которые акторы извлекают из социальных сетей посредством норм доверия и реципрокности для достижения цели. Сетевой подход (Р.С. Берт, А. Портес) базируется на понимании социального капитала как

¹ Pennings, J.M., Lee, K. Social capital of organization: conceptualization, level of analysis, and performance implications [Text]. In: Leenders, R.T.A.J., Gabbay, S.M. (eds) Corporate Social Capital and Liability. Springer, Boston, MA. 1999. pp. 43-67. https://doi.org/10.1007/978-1-4615-5027-3_3.

² Fukuyama, F. Social capital, civil society and development [Text]. Third world quarterly. 2001. Vol. 22 (1). pp. 7-20. doi: 10.1080/713701144.

³ Патнэм, Р. Чтобы демократия сработала. Гражданские традиции в современной Италии (перевод А. Захарова) [Текст]. – М.: Ad Marginem, 1996. – 287 с. ISBN 5-88059-014-3.

⁴ Putnam, R.D. Bowling alone: America is declining social capital [Text]. Journal of democracy. 1995. Vol 6 (1). pp. 65–78.

⁵ Мачеринскене, И.М. Социальный капитал организации: методология исследования [Текст] / И.М. Мачеринскене, Р.В. Минкуте-Генриксон, Ж.Й. Симанавичене // Экономика образования. – 2009. – № 2. – С. 28-38.

социальной сети или социальной сплоченности, которая формирует нормы доверия и взаимности и позволяет актерам успешнее взаимодействовать. Коммунитарный подход (Р. Патнэм, Ф. Фукуяма), напротив, трактует социальный капитал как социальные нормы взаимодействия, доверия и взаимности, которые обуславливают создание и эффективное функционирование социальных сетей. Синтетический подход (Н. Лин) обобщает данные подходы и обращает внимание на том, что социальный капитал – это способность извлекать ресурсы, доступ к которым обеспечивается за счет включения в социальные сети, а доверие и нормы являются фактором для извлечения и использования ресурсов. Кроме этого, можно выделить два основания для типизации социального капитала в зависимости: 1) от типа социальных отношений и 2) от носителя.

Обобщая результаты дискуссий о природе социального капитала, можно сказать, что ядром концепции социального капитала являются *социальные связи, доверие, нормы взаимности и социальная активность, которые взаимообуславливают друг друга*. Точкой соприкосновения концепций является понимание, что вовлеченность в социальные отношения, разделение норм и проявление доверия позволяют создавать актив внутри социальных сетей, позитивные или негативные эффекты которого зависят от того, кто и в каких целях его использует. При этом вовлеченность в социальные отношения обуславливается соотношением издержек и выгод, которые акторы могут получить¹, или построенной на эмоционально-родственных связях, солидарности и общей идентичности.

В рамках исследования будет использоваться ресурсный подход к анализу социального капитала – образующиеся и накапливающиеся в социальных сетях ресурсы, доступ к которым и обмен которыми обеспечивается посредством социальной активности, разделения норм взаимности и доверия внутри сети. Следовательно, социальный капитал исчезает, когда нарушаются нормы

¹ Курбатова, М.В. Социальный капитал предпринимателя: формы его проявления и особенности в современной российской экономике [Текст] / М.В. Курбатова, Н.Ф. Апарина // Экономический вестник Ростовского государственного университета. – 2008. – Т. 6. – № 4. – С. 45-61.

взаимодействия и доверие, прекращаются социальные отношения. Данный подход является доминирующим в исследованиях здоровья¹, так как позволяет производить оценку возможностей, которые социальные связи предоставляют актору для решения вопросов, связанных с восстановлением или сохранением здоровья. Отечественные исследователи, используя данный подход, рассматривают социальный капитал через категорию «ресурсы социального взаимодействия»². Конструирование социального капитала через неформальные социальные отношения и их свойства может ограничивать оценку влияния социального капитала на индивидуальное и популяционное здоровье в виду различных особенностей социальных отношений³.

1.2 Социологический анализ связи социального капитала и здоровья⁴

Еще в начале XX в. было выявлено, что социальный капитал и его отдельные компоненты обуславливают здоровье и благополучие индивидов. Первая попытка доказать эту связь была предпринята Э. Дюркгеймом, который установил корреляцию между уровнем социальной интеграции в обществе и частотой самоубийств⁵. В 30-е гг. XX в. было проведено исследование, где выявили, что внутригрупповая поддержка определяет различия в показателях смертности по причине сердечно-сосудистых заболеваний в городах Розето и Бангор в США, при этом остальные факторы здоровья преимущественно

¹ Rostila, M. A resource-based theory of social capital for health research: Can it help us bridge the individual and collective facets of the concept? [Text]. *Social Theory & Health*. 2011. Vol. 9. pp. 109–129. doi: 10.1057/STH.2011.4.

² Русинова, Н.Л. Значение социального капитала для здоровья в странах Европы [Текст] / Н.Л. Русинова, В.В. Сафронов // *Журнал социологии и социальной антропологии*. – 2014. – № 3. – С. 112-133.

³ Lynch, J.W., Smith, G.D., Kaplan, G.A., House, J.S. Income inequality and mortality: Importance to health of individual income, psychosocial environment, or material conditions [Text]. *British medical journal*. 2000. Vol. 320. pp. 1200-1204. doi: 10.1136/bmj.320.7243.1200.

⁴ *Положения параграфа частично изложены в публикации: Лебедева-Несевря Н.А., Шарыпова [Елисеева] С.Ю. Социальный капитал как фактор формирования здоровья населения: аналитический обзор // Анализ риска здоровью. 2018. № 3. С. 156-165.*

⁵ Дюркгейм, Э. Самоубийство: Социологический этюд/ Пер, с фр. с сокр.; Под ред. В. А. Базарова [Текст]. – М.: Мысль, 1994. – 399 с. ISBN 5-244-00574-X.

оказывали одинаковое влияние¹. В последующем данный феномен получил название «Эффект Розето». Однако отечественными исследователями вопрос о влиянии социального капитала и его отдельных компонентов на здоровье начал активно изучаться лишь с 2009 г. и преимущественно на макроуровне². Начиная с 1990-х гг. связь социального капитала и здоровья активно исследуется в рамках отдельных теоретических школ и направлений. Остановимся на выделенных ранее подходах – сетевом, коммунитарном, ресурсном и синтетическом.

В рамках сетевого подхода при объяснении связи социального капитала и здоровья акцент делается на потенциале социальных отношений, а роль социальных сетей в детерминации здоровья трактуется тройко. Во-первых, социальные сети могут служить инструментом получения информации, которую можно использовать для поддержания здоровья. Социальные сети помогают в вопросах здоровья путем задействования «цепей социальных отношений» (слабых – bridging – связей) в ситуации поиска информации о специалистах и учреждениях здравоохранения³. В 2007 г. в исследовании Фонда «Общественное мнение» было показано, что россияне при поиске врача в первую очередь ориентируются на рекомендации знакомых и доверяют информации, полученной по «сарафанному радио»⁴. Помимо распространения информации о врачах, члены социальной сети могут делиться информацией о лечении. Однако это может

¹ Egolf, B., Lasker, J., Wolf, S., Potvin, L. The Roseto Effect: a 50-year comparison of mortality rates [Text]. *American journal of public health*. 1992. Vol. 82 (8). pp. 1089-1092. doi: 10.2105/ajph.82.8.1089.

² Русинова, Н.Л. Здоровье в странах Европы: статусные неравенства и влияние социального капитала [Текст] / Н.Л. Русинова, В.В. Сафронов // *Социологический журнал*. – 2015. – Т. 21. – № 4. – С. 34-60; Русинова, Н.Л. Здоровье и социальный капитал (опыт исследования в Санкт-Петербурге) [Текст] / Н.Л. Русинова, Л.В. Панова, В.В. Сафронов // *Социологические исследования*. – 2010. – № 1. – С. 87-100; Русинова, Н.Л. Проблема социальных неравенств в здоровье: сравнительное исследование в России в европейском контексте [Текст] / Н.Л. Русинова, В.В. Сафронов // *Вестник Института социологии*. – 2019. – Т. 10. – № 1. – С. 139-161.

³ Бюссе, С. Социальный капитал и неформальная экономика в России [Текст] // *Мир России*. – 2002. – № 2. – С. 93–104.

⁴ Александрова, Е. «Рекомендовано лучшими друзьями» или как россияне выбирают стоматолога [Текст] // *Социальная реальность*. – 2008. – № 2. – С. 20-27.

губительно сказываться на здоровье индивида, особенно в России, в виду низкого уровня медицинской грамотности населения¹.

Во-вторых, включенность в социальные отношения предоставляет индивиду социальный статус группы. Высокий социальный статус, в первую очередь, обеспечивает доступ к качественным ресурсам, необходимым для поддержания здоровья, например, хорошей инфраструктуре спорта и рекреации, качественному питанию, квалифицированному медицинскому обслуживанию и пр.², а также формирует ощущение избранности у индивида, которое минимизирует восприятие стресса³. Этот тезис был доказан и обоснован в исследовании на выборке Швеции и Великобритании, где было установлено, что группы с высокими показателями социального капитала и социально-экономического статуса чаще придерживаются принципов правильного питания⁴. И наоборот, низкий статус группы ограничивает индивидов в ресурсах для здоровья.

В-третьих, социальная группа, обладающая высоким социальным капиталом, т.е. сильными и тесными связями, способна оказывать влияние на поведение индивидов в сфере здоровья. Через социальные сети транслируются установки, ценности и взгляды людей в отношении здоровья, которые формируют либо здоровьесберегающее, либо саморазрушительное поведение у индивида⁵. Исследователи Гарвардского университета показали, что локальные сообщества с высокой степенью сплоченности, благодаря которой разделяются социальные

¹ Почти половина россиян имеет недостаточный уровень грамотности относительно сохранения здоровья. Медвестник [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://medvestnik.ru/content/news/Pochti-polovina-rossiyan-imeut-nedostatochnyi-uroven-gramotnosti-otnositelno-sohraneniya-zdorovya.html>. – Дата обращения: 15.02.2019.

² Marmot, M. Status syndrome: how your social standing directly affects your health and life expectancy [Text]. Owl Books. 2005. 336 p. ISBN: 978-0805078541.

³ Eriksson, M. Social capital and health: implications for health promotion [Text]. Global health action. 2011. Vol. 4 (5611). doi: 10.3402/gha.v4i0.5611.

⁴ Poortinga, W. Do health behaviors mediate the association between social capital and health? [Text]. Preventive medicine. 2006. Vol. 43 (6). pp. 488–493. doi: 10.1016/j.ypmed.2006.06.004; Lindström, M., Hanson, B.S., Ostergren, P.O. Socioeconomic differences in leisure-time physical activity: the role of social participation and social capital in shaping health related behavior [Text]. Social science and medicine. 2001. Vol. 52 (3). pp. 441–451. doi: 10.1016/s0277-9536(00)00153-2.

⁵ Копылова, П.В. Здоровье индивида как социальный капитал общества: теоретико-методологический анализ проблемы [Текст] // Социальная политика и политология. – 2013. – Т.2. – № 4. – С. 206-213.

нормы, в частности нормы реципрокности и доверия, диктуют членам группы модели поведения в сфере здоровья и контролируют их соблюдение¹. В случае отклонения от норм и проявления девиантного поведения в отношении здоровья, члены группы могут использовать неформальные санкции². Однако в группах могут распространяться рискогенные практики (к примеру, злоупотребление алкогольными напитками, курение)³.

Для следования определённым моделям поведения здоровья также необходимы различные формы социальной и психологической поддержки, которую оказывают социальные отношения⁴. Доказано, что индивиды, не имеющие поддержки со стороны социального окружения, не занимаются физической активностью в свободное время, даже при наличии желания⁵. Кроме этого, социальная поддержка способна минимизировать отрицательные воздействия различных факторов стресса, выступая в качестве «буфера»⁶, который способствует уменьшению физиологической реакции организма на стресс⁷. «Буфер» позволяет переоценивать стресс, снижать его значимость для индивида, а также увеличивать границы диапазона путей решения проблем, изменять настроение и др.⁸ Эмоционально благоприятная среда детства

¹ Kawachi, I., Berkman, L.F. *Neighborhoods and Health* [Text]. New York: Oxford University Press. 2003. 368 p. <http://dx.doi.org/10.1093/acprof:oso/9780195138382.001.0001>.

² Kawachi, I., Kennedy, B.P., Glass, R. *Social capital and self-rated health: a contextual analysis* [Text]. *American journal of public health*. 1999. Vol. 89 (8). pp. 1187-1193. doi:10.2105/AJPH.89.8.1187.

³ Villalonga-Olives, E., Kawachi, I. *The dark side of social capital: a systematic review of the negative health effects of social capital* [Text]. *Social science and medicine*. 2017. Vol. 194. pp. 105–127. doi: 10.1016/j.socscimed.2017.10.020.

⁴ Berkman, L.F., Glass, T. *Social integration, social networks, social support, and health* [Text]. *Social epidemiology* in: eds. L.F. Berkman and I. Kawachi. New York: Oxford University Press. 2000. pp. 137-173. ISBN: 0-19-508331-8.

⁵ Lindström, M. *Social capital, desire to increase physical activity and leisure-time physical activity: a population-based study* [Text]. *Public health*. 2011. Vol. 125 (7). pp. 442-447. doi: 10.1016/j.puhe.2011.01.015.

⁶ Cohen, S., Wills, T.A. *Stress, social support, and the buffering hypothesis* [Text]. *Psychological bulletin*. 1985. Vol. 98 (2). pp. 310-357. doi: 10.1037/0033-2909.98.2.310.

⁷ Кислицына, О.А. Социально-экономические факторы риска психических расстройств и подростков [Текст] // Социологические исследования. – 2009. – № 8. – С. 92-99.

⁸ Uchino, B.N., Carlisle, M., Birmingham, W., Vaughn, A.A. *Social support and the reactivity hypothesis: conceptual issues in examining the efficacy of received support during acute psychological stress* [Text]. *Biological psychology*. 2011. Vol. 86 (2). pp. 137–142. doi:

способствует здоровому развитию регуляторных процессов в организме¹. Результаты исследования в Северной Швеции подтверждают, что для здоровья жителей более благоприятным оказывается тот район, где оказывается помощь и поддержка со стороны соседей². Однако при нарушении социальных взаимоотношений могут возникать состояния психологической напряженности, которые приводят к различным заболеваниям, например, нарушению вегетативных функций.

Важно понимать, что различные типы социальных отношений по-разному влияют на здоровье. Близкие социальные отношения (*binding, bonding*) в большей степени ориентированы на оказание социально-психологической поддержки и трансляцию моделей поведения, а остальные типы (*bridging, linking, identifying*) обеспечивают доступ к получению новых ресурсов и информации, необходимой для восстановления и поддержания здоровья. Так, в 2013 г. исследование Национального НИИ общественного здоровья РАМН подтвердило, что тесные контакты являются более важными для индивидуального здоровья, в отличие от членства в общественных организациях, так как первые показывают более высокую включенность в ситуацию со здоровьем³. Однако результаты другого исследования обнаруживают, что создание изолированных сетей на основе только родственных связей связано с ухудшением здоровья, так как «слабые связи» (коллеги, друзья, члены одной организации) могут выступать важным источником мобильности. Это обусловлено тем, что тесные, сильные связи ограничены в ресурсах внутри группы, а слабые связи, являясь представителями другой сети, могут обеспечить доступ к другим ресурсам, в том числе в вопросах здоровья.

10.1016/j.biopsycho.2010.04.003; Лифинцева, А.А. Социальная поддержка как фактор преодоления негативных последствий стресса [Текст] // Вестник Балтийского федерального университета им. И. Канта. Серия: Филология, педагогика, психология. – 2012. – № 5. – С. 56-61.

¹ Umberson, D., Montez, J.K. Social relationships and health: a flashpoint for health policy [Text]. *Journal of health and social behavior*. 2010. Vol. 51 (1). pp. 54-66. doi: 10.1177/0022146510383501.

² Eriksson, M., Ng, N. Neighborhood social capital and women's self-rated health - is there an age pattern?: A multi-level study from Northern Sweden [Text]. *Social capital as a health resource in later life: the relevance of context*. 2015. P. 127-143. doi: 10.1007/978-94-017-9615-6_8.

³ Белов, В.Б. Социальный капитал и здоровье населения [Текст] / В.Б. Белов, А.Г. Роговина // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2013. – № 6. – С. 3-5.

С переходом общества в постиндустриальную эпоху с развитыми информационными технологиями образуются новые формы коммуникации – виртуальные социальные сети, которые в свою очередь создают новую форму социального капитала и новый механизм его влияния на здоровье¹. «Виртуальный» социальный капитал отличается по структуре, так как образуется во взаимодействии индивидов (Интернет-сообщества или удаленные корпоративные сети) с помощью различных информационно-коммуникационных технологий². Технологии предоставляют больше возможностей для формирования виртуальных социальных отношений, так как не имеют территориальных ограничений, что расширяет получение помощи от социальных сетей. Исходя из этого почти половина пользователей Интернет-сетей считает такое взаимодействие полноценной заменой реальному общению³. Важно учитывать, что такой тип социального капитала не является устойчивым и прочным в реальном мире, поэтому потенциально может оказаться разрушающим фактором здоровья (например, ощущение отчужденности).

В противовес сетевому подходу Австралийским центром исследований по проблемам старения, здоровья и благополучия было доказано, что самым сильным предиктором здоровья являются не сами социальные сети, а такие компоненты социального капитала как доверие, социальная активность и социальные нормы взаимоотношений (в частности, нормы реципрокности)⁴. Поэтому представители коммунитарного подхода исследовали связь социального капитала и здоровья через указанные выше компоненты. Результаты исследований подтверждают, что индивиды, имеющие низкий уровень

¹ Baptista, N., Pinho, J.C., Alves, H. Examining social capital and online social support links: a study in online health communities facing treatment uncertainty [Text]. *International review on public and nonprofit marketing*. 2020. Vol. 18 (2). P. 1–38. doi: 10.1007/s12208-020-00263-2.

² Леушкин, Р.В. Виртуальный социальный капитал: место и роль в системе современного общества [Текст] // *Социодинамика*. – 2016. – № 2. – С.67-76.

³ Компания Synovate провела глобальное исследование социальных сетей. Центр гуманитарных технологий [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://gtmarket.ru/news/media-advertising-marketing/2008/09/04/17> 64. – Дата обращения: 18.12.2019.

⁴ Yiengprugsawan, V., Welsh, J., Kendig, H. Social capital dynamics and health in mid to later life: findings from Australia [Text]. *Quality of Life Research*. 2018. Vol. 27 (5). pp. 1277-1282. doi: 10.1007/s11136-017-1655-9.

социальной активности и доверия к окружающим, не разделяющие социальные нормы, менее включены в социальные группы, тем самым ограничены в ресурсах для поддержания здоровья¹.

Именно высокая социальная активность позволяет индивиду выстраивать и вступать в различные социальные сети, которые обеспечивают индивида необходимым для поддержания и восстановления его здоровья. Опыт исследования в Санкт-Петербурге показал, что при расширении вовлеченности индивида в социальные сети увеличиваются показатели социальной поддержки и происходит повышение самооценки здоровья индивида, причем это должно происходить как на уровне неформальных, так и на уровне формальных социальных сетей². В провинции Финляндии было проведено исследование, результаты которого доказали, что благодаря социальной активности граждане создают особую культуру с более тесными и частыми контактами, которая влияет на их здоровье. Сравнивались шведско-говорящее и финно-говорящее население, у которого факторы окружающей среды, медицинское обслуживание и уровень жизни одинаковые, однако шведы живут дольше и болеют меньше, чем финны, благодаря «активной» шведской культуре (предполагающей, например, посещение церкви и клубов по интересам)³.

На материалах исследования Курского государственного медицинского университета было подтверждено, что социальная активность важна для установления социальных связей, которые являются основным источником трансляции поведенческих стратегий ведения и поддержания здоровья, но данные стратегии приобретаются и усваиваются индивидом через другой компонент

¹ Abbott, P., Wallace, C. Talking about health and well-being in post-soviet Ukraine and Russia [Text]. *Journal of communist studies and transition politics*. 2007. Vol. 23 (2). pp. 181-202. doi: 10.1080/13523270701317455.

² Русинова, Н.Л. Здоровье и социальный капитал (опыт исследования в Санкт-Петербурге) [Текст] / Н.Л. Русинова, Л.В. Панова, В.В. Сафронов // *Социологические исследования*. – 2010. – № 1. – С. 87-100.

³ Нуурпää, М.Т., Mäki, J. Social participation and health in a community rich in stock of social capital [Text]. *Health education research*. 2003. Vol. 18. pp. 770–779. doi: 10.1093/her/cyf044.

социального капитала – доверие¹. Помимо самосохранительных практик поведения, доверие оказывает влияние на распространение девиантных (разрушительных) моделей поведения в сфере здоровья и групповое давление. Так, люди с низким (высоким) доверием в условиях высокого (низкого) доверия могут создавать очень закрытые сети со строгим соблюдением социальных норм, которые наносят вред своим членам, например, делясь «плохим социальным капиталом», в частности, пропагандируя рискогенные практики здоровья². Также доверие создает ощущение безопасности, которое необходимо для поддержания психологического благополучия. Японские ученые выявили, что создание между соседями доверительных отношений позволяет им избегать конфликтов, поэтому они меньше подвержены психологическим напряжениям, у «недоверяющих» индивидов вероятность психологического расстройства в 1,23 раза выше³. При низком уровне доверия у индивидов появляется ощущение небезопасности, что может приводить к развитию симптомов депрессии⁴.

В отечественных исследованиях по проблеме здоровья доверию как компоненту социального капитала уделяют особое внимание. Это связано с тем, что распад СССР отразился на уровне институционального доверия у населения⁵, в том числе к институту здравоохранения, что в последующем привело к

¹ Шестопалова, Л.Ф. Социальный капитал как фактор мотивации поведения студентов в отношении собственного здоровья [Текст] / Л.Ф. Шестопалова, В.Б. Никишина, Т.В. Недуруева, Е.А. Петраш // Курский научно-практический вестник «Человек и его здоровье». – 2014. – № 3. – С. 87-93.

² Villalonga-Olives, E., Kawachi, I. The dark side of social capital: a systematic review of the negative health effects of social capital [Text]. *Social science and medicine*. 2017. Vol. 194. pp. 105–127. doi: 10.1016/j.socscimed.2017.10.020.

³ Kobayashi, T., Suzuki, E., Noguchi, M., Kawachi, I., Takao, S. Community-level social capital and psychological distress among the elderly in Japan: a population-based study [Text]. *PLoS One*. 2015. Vol. 10 (11). pp. 1-11. doi: 10.1371/journal.pone.0142629.

⁴ Karhina, K., Ng, N., Ghazinour, M., Eriksson, M. Gender differences in the association between cognitive social capital, self-rated health, and depressive symptoms: a comparative analysis of Sweden and Ukraine [Text]. *International journal of mental health systems*. 2016. Vol. 10 (37). P. 1–14. doi: 10.1186 / s13033-016-0068-4.

⁵ Аронсон, П.Я. Утрата институционального доверия в российском здравоохранении [Текст] // Журнал социологии и социальной антропологии. – 2006. – № 2 (35). – С. 120-131.

изменению практик в области лечения и самосохранительного поведения граждан, которые начали прибегать к самолечению¹.

Доверие и социальная активность обеспечивают сплоченность и разделение норм реципрокности, которые благоприятно сказываются на здоровье индивида, даже если у группы наблюдается низкий уровень социально-экономического статуса². Данные компоненты социального капитала способствуют тому, что члены группы не боятся выстраивать совместную деятельность, вовлекаться в различные инициативы для укрепления здоровья³. Такие инициативы способны создавать развитые системы общественного управления, которые заботятся о безопасности и благополучии граждан. На выборке из 28 европейских стран было доказано, что доверие сильнее коррелирует со здоровьем в странах постмодерна. Жители менее развитых стран более важным для здоровья считают взаимоотношения с близкими и родными. Это можно объяснить активной социальной политикой в развитых странах, которая создает развитые общественные структуры с соблюдением социальных норм, поэтому у граждан есть возможность получать поддержку в сфере здоровья не только от родных и близких, но и от различных ассоциаций, в которые они вступают⁴.

Ресурсный подход, несмотря на очевидное преимущество, на данный момент не часто используется в отечественных эмпирических исследованиях, связанных со здоровьем, так как не имеет четкой методологии для измерения объема ресурсов. Однако теоретически данная связь четко описана в зарубежных

¹ Воронов, В.В. Институциональное и межличностное доверие как индикатор здоровья современного общества [Текст] / В.В. Воронов, Г.С. Ромашкин // *Ekonomia i Zarządzanie*. – 2011. – Т. 3. – № 1. – С. 48-54.

² Altschuler, A., Somkin, C.P., Adler, N.E. Local services and amenities, neighborhood social capital, and health [Text]. *Social science and medicine*. 2004. Vol. 59. (6). pp. 1219–1229. doi: 10.1016/J.SOCSCIMED.2004.01.008.

³ Lucumi, D., Gomez, L.F., Brownson, R.C., Parra, D. Social capital, socioeconomic status, and health-related quality of life among older adults in Bogotá (Colombia) [Text]. *Journal of aging and health*. 2015. Vol. 27 (4). pp. 730–750. doi: 10.1177/0898264314556616; Turner, B. Social capital, inequality, and health: the Durkheimian revival [Text]. *Social theory and health*. 2003. Vol. 1 (1). pp. 4-20. doi: 10.1057/PALGRAVE.STH.8700001.

⁴ Русинова, Н.Л. Значение социального капитала для здоровья в странах Европы [Текст] / Н.Л. Русинова, В.В. Сафронов // *Журнал социологии и социальной антропологии*. – 2014. – № 3. – С. 112-133.

исследованиях¹. Выделены группы ресурсов, которые возможно извлекать и использовать для решения вопросов, связанных со здоровьем, посредством разделения социальных норм и доверия: эмоциональные (поддержка, забота), оценочные (обратная связь), информационные (советы, предложения, информация), инструментальные (материальная и финансовая помощь, время, труд)². Самая распространенная группа ресурсов – информационные, которые несут не только информацию о способах поддержания и восстановления здоровья, но и информацию о рисках для здоровья, например, об опасностях загрязнения окружающей среды. Высокий уровень доверия и сплоченные социальные сети позволяют быстрее накапливать и распространять данные ресурсы. Отечественные исследователи, изучая проблему влияния социального капитала на неравенства в сфере здоровья, выявили, что это связано с распределением ресурсов и возможностями их использования³. Те, у кого низкий социальный капитал, ограничены в ресурсах, соответственно чаще заявляют о плохом самочувствии. Поэтому увеличивать уровень популяционного здоровья можно за счет обеспечения условий для получения ресурсов, необходимых для поддержания и восстановления здоровья. Нехватка ресурсов в связи с ограничением социальных контактов, социальной активности и доверием была изучена на примере детей Республики Карелия, живущих и воспитывающихся вне семьи⁴. Данные диспансеризации показывают, что заболеваемость детей-сирот превышает общую заболеваемость детей на 26,4%, потому что они ограничены в получении ресурсов для поддержания здоровья.

¹ Rostila, M. A resource-based theory of social capital for health research: Can it help us bridge the individual and collective facets of the concept? [Text]. *Social Theory & Health*. 2011. Vol. 9. pp. 109–129. doi: 10.1057/STH.2011.4.

² Dunseath, J., Beehr, T.A., King, D.W. Job stress-social support buffering effects across gender, education and occupational groups in a municipal workforce [Text]. *Review of Public Personnel Administration*. 1995. Vol. 15. pp. 60-83. doi: 10.1177 / 0734371X9501500105.

³ Русинова, Н.Л. Здоровье в странах Европы: статусные неравенства и влияние социального капитала [Текст] / Н.Л. Русинова, В.В. Сафронов // *Социологический журнал*. – 2015. – Т. 21. – № 4. – С. 34-60.

⁴ Нилов, В.М. Материнский социальный капитал как фактор здоровья и благополучия детей [Текст] / В.М. Нилов, Ю.А. Петровская // *Женщина в российском обществе*. – 2010. – № 1(54). – С. 43-50.

Синтетический подход в объяснении здоровья концентрируется на понимании того, насколько индивид способен мобилизовать ресурсы из социальных сетей посредством доверия и разделения социальных норм для решения вопросов, касающихся здоровья. В китайско-американском исследовании было выявлено, что для выстраивания социальных сетей каждому индивиду приходится инвестировать в отношения личные ресурсы (время, эмоциональные усилия и пр.)¹. В дальнейшем уровень инвестирования оказывает влияние, во-первых, на получение помощи от членов сети в сфере здоровья, во-вторых, на уровень стресса, который увеличивается, если инвестиции не получают ожидаемой взаимности, то есть нарушаются нормы реципрокности. Социальный капитал в данном случае зависит от человеческого и коммуникативного капиталов индивида. Для извлечения ресурсов необходимо обладать навыками, чтобы оставаться включенным в социальную сеть, то есть поддерживать коммуникативное взаимодействие с участниками сети и разделять социальные нормы. Чем выше способность извлекать ресурсы, тем больше возможностей имеет индивид для решения вопросов, связанных со здоровьем, поэтому такая способность определяет не только самооценку здоровья и эмоциональные расстройства, но и доступ к медицинским услугам².

Анализ зарубежных и отечественных исследований позволяет выделить три способа влияния социального капитала на индивидуальное и популяционное здоровье: психологический, психосоциальный и психофизиологический. Данная классификация основана на результатах исследования Техасского университета³. Психологический способ основан на том, что социальный капитал позволяет индивидам лучше справляться со стрессом, особенно в ситуации болезни. Психосоциальный способ концентрируется на влиянии социального капитала на

¹ Chen, X., Wang, P., Wegner, R. et al. Measuring social capital investment: scale development and examination of links to social capital and perceived stress [Text]. *Social indicators research*. 2015. Vol 120 (3). pp. 669–687. doi: 10.1007/s11205-014-0611-0.

² Veenstra, G., Luginaah, I., Wakefield, S., Birch, S., Eyle, S. J., Elliott, S. Who you know, where you live: social capital, neighborhood and health [Text]. *Social science & medicine*. 2005. Vol. 60 (12). pp. 2799-2818. doi: 10.1016/j.socscimed.2004.11.013.

³ Umberson, D., Montez, J.K. Social relationships and health: a flashpoint for health policy [Text]. *Journal of health and social behavior*. 2010. Vol. 51 (1). pp. 54-66. doi: 10.1177/0022146510383501.

поведение индивида в сфере здоровья. Психофизиологический способ объясняет изменение физиологических параметров здоровья за счет социального капитала.

Социальный капитал влияет на индивидуальное и популяционное здоровье через его основные четыре компонента, которые обуславливают друг друга, тем самым создавая сегментированный цикл воздействия на здоровья (см. рис. 2).



Рисунок 2. Сегментированный цикл влияния социального капитала на здоровье

Структурные компоненты (выделены зеленым цветом) – социальная активность и социальные сети – создают систему, в которой образуются ресурсы. Когнитивные компоненты (выделены желтым цветом) – доверие и нормы реципрокности – поддерживают данную систему и обеспечивают ее внутреннее накопление и развитие. В отношении здоровья структурный социальный капитал формирует условия для создания и накопления различных ресурсов, необходимых для решения вопросов, касающихся здоровья, а когнитивный обеспечивает накопление и обмен этими ресурсами внутри сети, например, формирование общих поведенческих норм в сфере здоровья, норм оказания помощи и

поддержки¹. Каждый из компонентов оказывается важным для формирования ресурсов (как здоровьесохранных, так и рискогенных), которые индивид может использовать в сфере здоровья. Низкий показатель одного из компонентов социального капитала снижает возможности его влияния на здоровье.

Воздействие социального капитала на здоровье на макро-, мезо- и микроуровнях можно описать через следующие технологии. Социальный капитал на индивидуальном уровне влияет на здоровье благодаря включенности индивида в социальные сети, которые, с одной стороны, предоставляют помощь, с другой стороны, создают социально-психологический климат, который минимизирует влияние стресса или напротив, создает его. На групповом уровне социальный капитал способен воздействовать на поведение в сфере здоровья через трансляцию моделей поведения (как здоровьесохранных, так и рискогенных) и контролировать следование данным моделям посредством неформальных санкций. На страновом уровне социальный капитал позволяет аккумулировать активность граждан в решении вопросов, касающихся здоровья, для создания общественных инициатив по обеспечению благополучия граждан. Впоследствии это создает развитую социальную политику в области здоровья и общественные структуры для поддержания этой политики. Низкий уровень социального капитала на макроуровне уменьшает значимость общественных структур в сфере здоровья в пользу малых, локальных сообществ. Описанные технологии влияния социального капитала на здоровье согласуются с результатами работы Европейского регионального бюро ВОЗ совместно с Европейской обсерваторией по системам и политике здравоохранения².

Отечественные исследователи на базе данных Всемирного обзора ценностей показали, что разные виды социального капитала (индивидуальный, групповой,

¹ Cullen, M., Whiteford, H. The interrelations of social capital with health and mental health [Text]. Commonwealth of Australia. 2001. 58 p. ISBN 0-642-50330-3.

² Сурки, М. Инвестиции в здоровье: ключевое условие успешного экономического развития стран Восточной Европы и Центральной Азии / М. Сурки, М. МакКи, Л. Рокко [Текст]. – Копенгаген: Европейская Обсерватория по системам и политике здравоохранения, 2008. – 274 с. ISBN 978-92-89071-92-5.

общественный) представлены различными показателями, которые хоть и взаимосвязаны, но характеризуются разнонаправленными трендами¹.

Учитывая неодинаковое влияние индивидуального и группового социального капитала на здоровье, возникает вопрос: какой тип оказывает наибольшее влияние? Результаты исследований в этой области неоднозначны. Норвежские ученые пришли к выводу об одинаковом влиянии индивидуального и группового социального капитала на здоровье². Однако данные британского исследования показали, что при включении в анализ группового и индивидуального социального капитала, первый теряет статистически значимое влияние на здоровье³. В 2012 г. Европейское региональное бюро ВОЗ, анализируя данные Европейского социального исследования, заявило, что индивидуальный социальный капитал оказывает весомое влияние на здоровье индивида только в том случае, если индивид включен в группу с высоким социальным капиталом⁴. Отечественные исследователи пришли к выводу, что различное влияние разных типов социального капитала связано с особенностями социетального контекста, в котором он образуется⁵.

Очевидно, что влияние различных типов социального капитала зависит от того, о каком здоровье идет речь – индивидуальном или популяционном. Когда речь идет об общественном здоровье основное внимание уделяется макросоциальным факторам, в том числе страновому социальному капиталу⁶. Применительно к индивидуальному здоровью говорят в основном об

¹ Алмакаева, А.М. Динамика социального капитала в России [Текста] / А.М. Алмакаева, О.В. Волченко // Мониторинг общественного мнения: экономические и социальные перемены. – 2018. – № 4. – С. 271-292.

² Iversen, T. An exploratory study of associations between social capital and self-assessed health in Norway [Text]. Health economics, policy, and law. 2008. Vol. 3 (4). P. 349-364.

³ Poortinga, W. Do health behaviors mediate the association between social capital and health? [Text]. Preventive medicine. 2006. Vol. 43 (6). pp. 488–493. doi: 10.1016/j.ypmed.2006.06.004.

⁴ Rocco, L., Suhrcke, M. Is social capital good for health? A European perspective [Text]. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe. 2012. 24 p. ISBN 978-92-890-0273-8.

⁵ Русинова, Н.Л. Медиаторы структурных неравенств в здоровье в странах Европы: социальный капитал близкого окружения и доверия людям [Текст] / Н.Л. Русинова, В.В. Сафронов // Журнал социологии и социальной антропологии. – 2020. – Т. 23. – № 1. – С. 35-64.

⁶ Русинова, Н.Л. Здоровье в странах Европы: статусные неравенства и влияние социального капитала [Текст] / Н.Л. Русинова, В.В. Сафронов // Социологический журнал. – 2015. – Т. 21. – № 4. – С. 34-60.

индивидуальном и групповом социальном капитале. Учитывая тот факт, что сегодня здравоохранение все больше становится индивидуально-ориентированным, а медицина – пациент-ориентированной, нам видится перспективным исследование влияния социального капитала именно на индивидуальное здоровье. Исследования в сфере индивидуального здоровья показывают, что групповой социальный капитал оказывается более сильным предиктором в сравнении с индивидуальными характеристиками индивида. Так, изолированные индивиды подвержены повышенному риску смертности по разным причинам и более неблагоприятным последствиям для здоровья после серьезных заболеваний¹. Исходя из этого, фокус настоящего исследования будет обращен на групповой социальный капитал и его влияние на индивидуальное здоровье.

Групповой социальный капитал рассматривается как собственность коллектива (*property of the collective*) и образуется исключительно в структуре социальных отношений². Основания для этих социальных отношений могут быть различными: родство, работа, место жительства и т.п. Связь группового социального капитала и индивидуального здоровья рассматривается на примере разных социальных групп – семьи (Г. Эль-Дардири, К. Димитракаки, К. Цавара), трудовых коллективов (Д. Хори, С. Такао, И. Кавачи), групп по интересам, таких как спортивные команды (А. Ким, Дж. Рю, К. Ли), малых территориальных сообществ (С.М. Монен, Б. Фелькер, Х. Лоскут). Особое внимание уделяется группам риска – пожилым людям (М.Ф. Ареццо, К. Джудичи, Ю. Чан, Н.С. Парк, Д.А. Чирибога), беременным женщинам (Р. Морозуми, К. Мацумура, К. Хамадзаки, А. Цучида, А. Такамори, Х. Инадера) и индивидам, подверженным риску серьезных заболеваний (К.У. Сцена, А.Я. Эйкерс, С.В. Ллойд), общинам

¹ Borgonovi, F., Andrieu, E. The role of social capital in promoting social distancing during the COVID-19 pandemic in the US [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://voxeu.org/article/social-capital-and-social-distancing-us>. – Дата обращения: 05.03.2022.

² Coleman, J. Foundations of social theory [Text]. Cambridge (Mass.); London: Belknap press of Harvard univ. press. 1994. 993 p. ISBN 0-674-31225-2.

мигрантов (П. Байден, У. Даннен, Г. Арку, П. Мкандавайр, Г. Бхаттачарья)¹. Данные группы представляют особый интерес, так как имеют ограниченный доступ к медицинским ресурсам. Кроме этого, взаимосвязь социального капитала и здоровья анализируется не только на уровне реальных социальных групп, но и на уровне виртуальных социальных сообществ². К таким сообществам, с одной стороны, относят малые реальные группы, внутри которых цифровизировалась коммуникация, с другой стороны, пользователей внутри одного форума.

В ходе анализа научной литературы было выявлено, что влияние группового социального капитала на индивидуальное здоровье подразделяется на прямое и косвенное. Исследователи Южной Кореи обозначили данные направления как: «композиционное» (compositional) и «контекстуальное» (contextual)³. Композиционное или прямое влияние означает, что социальная группа оказывает непосредственное влияние на здоровье индивида без дополнительных инструментов. Контекстуальное (оно же опосредованное) влияние, напротив, реализуется через медиаторы: внутригрупповые нормы и санкции в отношении здоровья членов группы; социальная активность группы,

¹ El-Dardiry G., Dimitrakaki C., Tzavara C. et al. Child health-related quality of life and parental social capital in Greece: an exploratory study, 2012; Hori D., Takao S., Kawachi I. et al. Relationship between workplace social capital and suicidal ideation in the past year among employees in Japan: a cross-sectional study, 2019; Kim A., Ryu J., Lee C. et al. Sport participation and happiness among older adults: a mediating role of social capital, 2021; Mohnen S.M., Völker B., Flap H., Groenewegen P.P. Health-related behavior as a mechanism behind the relationship between neighborhood social capital and individual health—a multilevel analysis, 2012; Arezzo M.F., Giudici C. The effect of social capital on health among European older adults: an instrumental variable approach, 2017; Jang Y., Park N.S., Chiriboga D.A. et al. Social capital in ethnic communities and mental health: a study of older Korean immigrants, 2015; Morozumi R., Matsumura K., Hamazaki K., Tsuchida A., Takamori A., Inadera H., et al. Impact of individual and neighborhood social capital on the physical and mental health of pregnant women: the Japan Environment and Children's Study (JECS), 2020; Cene C.W., Akers A.Y., Lloyd S.W. et al. Understanding social capital and HIV risk in rural African American communities, 2011; Байден П., Даннен У., Арку Г., Мкандавир П. The role of sense of community belonging on unmet health care needs in Ontario, Canada: findings from the 2012 Canadian community health survey, 2014; Bhattacharya, G. Acculturating Indian immigrant men in New York City: applying the social capital construct to understand their experiences and health, 2008.

² Baptista, N., Pinho, J.C., Alves, H. Examining social capital and online social support links: a study in online health communities facing treatment uncertainty [Text]. International review on public and nonprofit marketing. 2020. Vol. 18 (2). P. 1–38. doi: 10.1007/s12208-020-00263-2.

³ Han, S., Kim, H., Lee, E. et al. The contextual and compositional associations of social capital and subjective happiness: a multilevel analysis from Seoul, South Korea [Text]. Journal of Happiness Studies. 2013. Vol. 14. pp. 1183–1200. doi: 10.1007/S10902-012-9375-X.

позволяющая членам группы создавать и находить новые ресурсы для здоровья; социально-экономический статус группы, обуславливающий для индивида доступ к ресурсам, необходимых для здоровья. Указанные виды влияния (см. табл.1) имеют разные технологии и могут оказывать как положительное влияние, способствующее сохранению и восстановлению здоровья индивида, так и отрицательное¹.

Таблица 1. Технологии влияния группового социального капитала на индивидуальное здоровье*

	Прямое влияние	Опосредованное влияние
Положительное влияние	<ol style="list-style-type: none"> 1. Создание психосоциальной безопасной среды для индивида 2. Социальная и организационная помощь для поддержания и восстановления индивидуального здоровья 	<ol style="list-style-type: none"> 3. Создание здоровьесберегающей среды для индивида 4. Контроль и регулирование здоровьесохранного поведения индивида 5. Высокий социальный статус группы определяет доступ индивида к качественным ресурсам
Отрицательное влияние	<ol style="list-style-type: none"> 1. Возникновение небезопасной психосоциальной среды, создание стрессовых ситуаций для индивида 2. Отсутствие или ограничение в помощи для поддержания и восстановления индивидуального здоровья 	<ol style="list-style-type: none"> 3. Создание рискогенной среды для индивида 4. Распространение в группе рискогенных практик для индивидуального здоровья 5. Низкий социальный статус группы ограничивает доступ индивида к ресурсам и снижает их качество

*Таблица составлена автором на основе анализа зарубежных исследований²

Первая технология (создание психосоциальной среды) показывает, что социальная группа способна создавать безопасную или стрессогенную среду для индивида. Например, было доказано, что низкий уровень социального капитала в соседской группе обуславливает плохое самочувствие у индивида и страх

¹ Moore, S., Daniel, M., Gauvin, L., Dube, L. Not all social capital is good capital [Text]. Health & place. 2009. Vol. 15 (4). pp. 1071-1077. doi: 10.1016/j.healthplace.2009.05.005.

² Положения таблицы частично изложены в публикации: Шарытова [Елисеева] С.Ю. Групповой социальный капитал и индивидуальное здоровье: обзор зарубежных исследований // Вестник Нижегородского университета им. Н.И. Лобачевского. Серия: Социальные науки, 2. Нижний Новгород, 2021. № 3. С. 133-142.

выходить на улицу¹. Вторая технология (предоставление социальной и практической помощи) описывает потенциал социальной группа предоставлять своим членам социальную и практическую помощь при решении вопросов, связанных со здоровьем, или ограничивать индивида в этой помощи. Например, члены группы с высоким социальным капиталом помогают друг другу в период болезни: покупка продуктов и предметов первой необходимости или помощь в выполнении домашних обязанностей². Третья технология (деятельность или активность группы в сфере здоровья) демонстрирует, что социальная группа способна вовлекать своих членов в совместную организацию пространств и практик для здоровьесбережения или, наоборот, создавать высокорискогенную среду для здоровья. В Нидерландах было проведено исследование, результаты которого показали, что индивиды, включенные в группу с высоким уровнем социального капитала, имеют на 18% больше шансов быть физически активными, так как члены группы занимаются вместе с ними³. Четвертая технология (контроль и регулирование поведения членов группы в отношении своего здоровья) показывает, что социальная группа через групповые нормы и санкции способна создавать здоровьесохранное или аддиктивное поведение у индивида. Например, рабочие коллективы с высоким социальным капиталом направляют своих коллег на прием к врачу или в отпуск, а также контролируют соблюдение медицинских рекомендаций⁴. Пятая технология (предоставление социально-экономического статуса) оказывает влияние на получение и качество ресурсов, необходимых для восстановления и поддержания индивидуального здоровья

¹ Linden-Boström, M., Persson, C., Eriksson, C. Neighbourhood characteristics, social capital and self-rated health – a population-based survey in Sweden [Text]. BMC Public health. 2010. Vol. 10 (1). pp. 1–29. doi: 10.1186/1471-2458-10-628.

² Baiden, P., Dunnen, W., Arku, G., Mkandawire, P. The role of sense of community belonging on unmet health care needs in Ontario, Canada: findings from the 2012 Canadian community health survey [Text]. Journal of public health. 2014. Vol. 22 (5). pp. 467–478. doi: 10.1007/s10389-014-0635-6.

³ Mohnen, S.M., Völker, B., Flap, H., Groenewegen, P.P. Health-related behavior as a mechanism behind the relationship between neighborhood social capital and individual health—a multilevel analysis [Text]. BMC public health. 2012. Vol. 12. 116 p. doi: 10.1186/1471-2458-12-116.

⁴ Hori, D., Takao, S., Kawachi, I. et al. Relationship between workplace social capital and suicidal ideation in the past year among employees in Japan: a cross-sectional study [Text]. BMC Public Health. 2019. Vol. 19 (1). pp. 1–11. doi: 10.1186/s12889-019-7244-9.

членов группы. Высокий социальный статус группы определяет доступ ее членов к получению квалифицированных медицинских услуг или качественному питанию¹.

Обобщая вышесказанное, можно отметить, что на данный момент наблюдается значительный прогресс в объяснении влияния социального капитала на индивидуальное и популяционное здоровье, которое может оказаться продуктивным для совершенствования системы сохранения и укрепления здоровья населения. Однако данное влияние до сих пор не учитывается в разработке политики здравоохранения, так как наблюдается несоответствие между теоретическими подходами и эмпирическим измерением социального капитала, которое создает противоречие в результатах исследований².

Говоря о связи социального капитала и здоровья в России, следует отметить, что низкие показатели ВВП, уровня жизни и расходов российского государства на здоровье не позволяют активно накапливаться страновому социальному капиталу, оказывать буферный эффект и играть существенную роль в поддержании здоровья людей. Кроме этого, в России наблюдается низкий уровень социальной солидарности, что приводит к неоформленности институтов социальной поддержки в сфере здоровья. Влияние соседского социального капитала, о котором так активно заявляют зарубежные исследователи, в частности И. Кавачи и его коллеги, в России не реализуется. Исходя из этого, для здоровья российских граждан значимым оказывается социальный капитал «близкого окружения», в первую очередь, семьи и друзей³. Референтные группы имеют возможность транслировать социальные нормы, которые оказывают влияние, во-

¹ Marmot, M. Status syndrome: how your social standing directly affects your health and life expectancy [Text]. Owl Books. 2005. 336 p. ISBN: 978-0805078541.

² Kawachi, I., Subramanian, S., Kim, D. Social capital and health [Text]. Springer, New York. 2008. 26 p. https://doi.org/10.1007/978-0-387-71311-3_1; 1. Gannon, B., Roberts, J. Social capital: exploring the theory and empirical divide [Text]. Empirical Economics. 2020. Vol. 58 (4). pp. 899–919. doi: 10.1007/s00181-018-1556-y; Нилов, В.М. Социальный капитал и здоровье: методологические проблемы исследований [Текст] // Вестник Санкт-Петербургского университета. Психология и социология здоровья. – 2011. – Сер. 12. – В. 1. – С. 217-220.

³ Русинова, Н.Л. Медиаторы структурных неравенств в здоровье в странах Европы: социальный капитал близкого окружения и доверия людям [Текст] / Н.Л. Русинова, В.В. Сафронов // Журнал социологии и социальной антропологии. – 2020. – Т. 23. – № 1. – С. 35-64.

первых, на отношение индивида к своему здоровью, во-вторых, на модель поведения индивида в сфере здоровья. Таким образом, для проведения дальнейших исследований о связи социального капитала и здоровья на выборке России в качестве потенциально значимого предиктора индивидуального здоровья следует рассматривать качество социальной среды (микросреды), которое обусловлено групповым социальным капиталом близкого окружения.

Среди всех типов группового социального капитала самым высоким уровнем социального капитала обладает семья¹. Так как, во-первых, является непосредственным контекстом повседневной жизни и в максимальной степени определяет поведение индивида, в т.ч. в сфере здоровья². Во-вторых, семья обеспечивает включение индивида в социальные связи, то есть выступает основным источником накопления индивидуального социального капитала³. В-третьих, семейные отношения являются основным источником помощи для индивида, особенно в ситуациях, связанных со здоровьем⁴. Например, по данным ВЦИОМ почти каждый третий россиянин в ситуации болезни обращается к членам семьи или родственникам⁵. Исходя из этого, фокус исследования данной работы сконцентрирован на социальном капитале малой группы, а именно на семейном социальном капитале.

¹ Бурдые, П. Формы капитала (перевод М.С. Добряковой) [Текст] // Экономическая социология. – 2002. – Т.3. – № 5. – С. 60-75.

² Nawa, N., Isumi, A., Fujiwara, T. Community-level social capital, parental psychological distress, and child physical abuse: a multilevel mediation analysis [Text]. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. 2018. Vol. 53 (11). pp. 1221–1229. doi: 10.1007/s00127-018-1547-5.

³ Гужавина, Т.А. Формирование социального капитала школьников: опыт социологического анализа [Текст] / Т.А. Гужавина, Н.Н. Ясников, Н.Д. Лясникова // – Молодой ученый. – 2018. – № 36. – С. 85-91.

⁴ Widmer, E.D., Kempf-Constantin, N., Robert-Tissot C., Lanzi, F., Carminati, G.G. How central and connected am I in my family? Family-based social capital of individuals with intellectual disability [Text]. *Research in developmental disabilities*. 2008. Vol. 29 (2). pp. 176-87. doi: 10.1016/j.ridd.2012.07.006.

⁵ Психологи среди нас. Аналитический обзор ВЦИОМ [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://wciom.ru/analytical-reviews/analiticheskii-obzor/psikhologi-sredi-nas-2020>. – Дата обращения: 13.12.2020.

1.3 Влияние семейного социального капитала на индивидуальное здоровье¹

Несмотря на высокий интерес к роли семейного социального капитала в сфере индивидуального здоровья индивида как среди зарубежных, так и среди отечественных исследователей, данный вопрос остается открытым из-за отсутствия единой методологии анализа. Существующие подходы к определению социального капитала семьи имеют два значимых противоречия. Первое противоречие основывается на различных обозначениях границ семьи при определении семейных отношений. Дж. Коулман один из первых описал роль социального капитала семьи для индивида на примере детско-родительских отношений². Он предложил рассматривать структуру семейного социального капитала через физическое присутствие взрослых в семье и прочность отношений в семье – внимание, уделяемое родителями ребенку. Однако Дж. Коулман отмечает, что даже в полных нуклеарных семьях может наблюдаться недостаток социального капитала, если в семье более одного ребенка, и внимание родителей «распыляется» или один/оба родителя большую часть времени заняты вне дома. Поэтому ученый включает в семейный социальный капитал других членов семьи (а именно – бабушек, дедушек, тётю и дядю), которые, находясь в пределах домашнего хозяйства, имеют возможность заменять или дополнять внимание родителей, тем самым обеспечивая доступ ребенка к преимуществам социального капитала семьи. Исходя из этого возникает вопрос: кого понимать под семьей, когда мы используем категорию «семейный социальный капитал»?

В исследованиях семейного социального капитала и здоровья обсуждаются взаимоотношения в различных по составу семьях – нуклеарных (полных и неполных) и расширенных. Большинство исследователей рассматривают семью через призму детско-родительских отношений, то есть фокусируются на влиянии

¹ Положения параграфа частично изложены в публикации: Лебедева-Несевря Н.А., Шарыпова [Елисеева] С.Ю. Семейный социальный капитал как фактор формирования здорового образа жизни детей и подростков // Социология медицины, г. Москва, 2020 г. С. 18-24.

² Коулман, Дж. Капитал социальный и человеческий (Перевод Л. Стрельникова, А. Стасенко) [Текст] // Общественные науки и современность. – 2001. – № 3. – С. 121-139.

родителей на здоровье ребенка¹. Кроме этого, много исследований посвящено супружеским и прародительско-детским отношениям, особенно при изучении роли супруга или детей в уходе за пожилым членом семьи². Это связано с тем, что дети и пожилые люди имеют низкий уровень возможностей, знаний и навыков в области здоровья, поэтому особенно нуждаются в ресурсах для поддержания или восстановления индивидуального здоровья³. Исследований, касающихся вовлечения других членов семьи в решение вопросов в сфере здоровья, крайне недостаточно. Не учитываются более широкие семейные контексты и их роль в обеспечении здоровья индивида. При этом во многих вопросах, в том числе касающихся индивидуального здоровья, другие родственники могут играть ключевую вспомогательную роль⁴. Например, в одном зарубежном исследовании (n=623 в возрасте от 23 до 75 лет) было выявлено, что не только близкие члены семьи оказывают помощь в случае болезни (супруги – 74%, ближайший родственник – мать, отцы, сын, дочь, сестра, брат – 62%), но и дальние родственники (24%)⁵.

Сегодня исследователи указывают на необходимость пересмотра категории «семья» с учетом современных реалий, где индивиды считают себя членами нескольких семей, например, родительской (включая братьев и сестер) и

¹ Дубров, Д.И. Внутрисемейный социальный капитал как предиктор субъективного благополучия родителей и подростков [Текст] // Казанский педагогический журнал. – 2016. – № 6. – С. 184-190; Lau, M., Li, W.X. The extent of family and school social capital promoting positive subjective well-being among primary school children in Shenzhen, China [Text]. Children and youth services review. 2011. Vol. 33 (2). pp. 1573– 82. doi:10.1016/j.childyouth.2011.03.024; Pettit, G.S., Erath, S.A., Lansford, J.E., Dodge, K.A., Bates, J.E. Dimensions of social capital and life adjustment in the transition to early adulthood [Text]. International journal of behavioral development. 2011. Vol. 35 (6). pp. 482-489. doi: 10.1177/0165025411422995.

² Litwin, H., Shiovitz-Ezra, S. Social network type and subjective well-being in a national sample of older Americans [Text]. Gerontologist. 2011. Vol. 51 (3). pp. 379– 88. doi: 10.1093/geront/gnq094.

³ Lim, J.Y., Lee, H.H., Hwang, Y.H. Trust on doctor, social capital and medical care use of the elderly [Text]. The European journal of health economics. 2011. Vol. 12 (2). pp. 175–188. doi: 10.1007/s10198-010-0288-5.

⁴ Faber, A.D., Wasserman, S. Social support and social networks: synthesis and review [Text]. Social networks and health (advances in medical sociology, Vol. 8), Emerald group publishing limited, Bingley. 2002. pp. 29-72. [https://doi.org/10.1016/S1057-6290\(02\)80020-1](https://doi.org/10.1016/S1057-6290(02)80020-1).

⁵ Agneessens, F., Waeye, H., Lievens, J. Diversity in social support by role relations: a typology [Text]. Social networks. 2006. No. 28. pp. 427-441. doi:10.1016/j.socnet.2005.10.001.

супружеской¹. ЮНЕСКО предлагает понимать под семьей малую социальную группу, члены которой могут не характеризоваться общностью быта, но их объединение является социальной реальностью². Для исследований в сфере здоровья продуктивным представляется использовать в качестве источника семейного социального капитала не только семейные отношения внутри одного домохозяйства, но также крупные системы родства. Ряд ученых также подтверждают необходимость учета межпоколенческих связей, в которых разделяются нормы взаимности и доверие, при оценке роли семейного социального капитала для здоровья индивида³.

В рамках данной работы предлагается рассматривать семейный социальный капитал или социальный капитал семьи (с позиции ресурсного подхода) как ресурсы, которые образуются и накапливаются в семье как малой социальной группе, основанной на браке, родстве, усыновлении, опеке или попечительстве, члены которой могут не характеризоваться общностью быта, но реализуют совместную социальную активность, проявляют доверие друг к другу и разделяют нормы взаимности. Схожее определение семейного социального капитала предлагает исследователь Ф. Фюрстенберг: «запас, которыми могут пользоваться представители крупной системы родства (межпоколенческие связи) при разделении норм взаимности и доверия»⁴.

Важно отличать семейный социальный капитал от семейного капитала. Последний рассматривается как совокупность экономического, культурного и

¹ Sharma, R. The family and family structure classification redefined for the current times [Text]. *Journal of family medicine and primary care*. 2013. Vol. 2 (4). pp. 306-310. doi: 10.4103/2249-4863.123774.

² UNESCO The changing family in Asia: Bangladesh, India, Japan, Philippines, and Thailand [Text]. Bangkok: Principal Regional Office for Asia and the Pacific. 1992.

³ Sohail, T., Usman, A. Performative dimension of family social capital in marital interactions [Text]. *Journal of archaeology of Egypt*. 2021. Vol. 18 (17). pp. 608-620; Marcaletti, F., Cavallotti, R. An exploratory study on family social capital and its relations with other forms of social capital in Spain [Text]. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*. 2021. Vol. 173. Pp. 47-68. doi: 10.5477/cis/reis.173.47.

⁴ Furstenberg, F., Kaplan, S. Social capital and the family [Text]. In I.M. Richards, J. Scott, J. Treas (Eds.), *Blackwell companion to the sociology of families*. 2004. pp. 218– 232. doi:10.1002/9780470999004.ch13.

человеческого потенциалов членов семьи¹. Кроме этого, наряду с семейным социальным капиталом часто употребляется внутрисемейный социальный капитал, который трактуется по-разному. Основываясь на имеющихся исследованиях внутрисемейного социального капитала в сфере здоровья² предлагаем относить к нему ресурсы, образующиеся внутри одной определённой системы отношений членов семьи (например, муж–жена, дети–родители, братья–сестра, прауродители–внуки). Исследователь Т. Браун вводит два понятия: «внутрисемейный» социальный капитал (intra-family social capital), который обозначает взаимоотношения детей и родителей, и «внесемейный» социальный капитал (extra-family social capital) – взаимоотношения членов семьи с другими родственниками, друзьями, коллегами и т.д.³ Логичным следует отделение семейного социального капитала (family social capital) как взаимоотношения членов семьи, выходящие за рамки детско-родительских отношений.

Второе противоречие в концепции семейного социального капитала связано с различными подходами к пониманию его структуры и измерению на эмпирическом уровне для анализа влияния на индивидуальное здоровье. Часто в подобных исследованиях для измерения семейного социального капитала используют следующие эмпирические индикаторы: «количество оказанной помощи в кризисной ситуации (в т.ч. в ситуации болезни)»⁴, «частота и характер использования членами семьи различных форм поддержки»⁵, «интенсивность

¹ Шиняева, О.В. Семейный капитал и его зависимость от социальных характеристик семей [Текст] / О.В. Шиняева, Ю.В. Ушкова // Известия высших учебных заведений. Поволжский регион. Общественные науки. – 2018. – № 1 (45). – С. 120-133.

² Дубров, Д.И. Внутрисемейный социальный капитал как предиктор субъективного благополучия родителей и подростков [Текст] // Казанский педагогический журнал. – 2016. – № 6. – С. 184-190; Сысоев, С.А. Внутрисемейный социальный капитал как стимул инвестиций в человеческий капитал [Текст] // Вопросы регулирования экономики. – 2010. – № 1(4). – С. 1-5; Quick, V., Delaney, C., Eck, K., Byrd-Bredbenner, C. Family social capital: links to weight-related and parenting behaviors of mothers with young children [Text]. *Nutrients*. 2021. Vol. 13 (5). pp. 1428-1435. doi: 10.3390/nu13051428.

³ Brown, T. Predicting young adult civic involvement from adolescent activities and family structure: a social capital approach [Text]. *International journal of social inquiry*. 2011. Vol. 4 (1). pp. 65-92.

⁴ Кислицына, О.А. Влияние социальной поддержки на здоровье москвичей [Текст] / О.А. Кислицына, С. Ферландер // Социологические исследования. – 2008. – № 4 (288). – С. 81-83.

⁵ Зинатуллина, Г.Ф. Конвертация социального капитала сельской семьи региона [Текст] // Регионоведение. – 2015. – № 1 (90). – С. 134-142.

поддержки»¹ и т.п. Данные маркеры позволяют судить о задействовании социального капитала, т.е. о фактическом использовании ресурсов членами семьи, но не позволяют оценивать качество семейного социального капитала и его ресурсного потенциала. В исследованиях, которые затрагивают вопросы здоровья индивида, при измерении семейного социального капитала наблюдается отождествление или сочетание индикаторов «самого» социального капитала и его использования в ситуациях, связанных со здоровьем. Например, М.В. Сапоровская в своем исследовании на семьях, где мать имеет рак молочной железы, оценивает социальный капитал семьи через «воспринимаемую» поддержку². Д.И. Дубров, рассматривая связь социального капитала семьи с субъективным благополучием ее членов, использует два показателя³: качество социального капитала (взаимное доверие, психологическая близость и внимание) и показатель использования социального капитала (взаимная поддержка). Также существуют работы, в которых эти индикаторы «разводят». Например, американские исследователи установили, что высокий уровень социального капитала семьи (эмпирический индикатор «сплоченность семьи») связан с более здоровыми практиками питания детей, так как они получают материнскую поддержку⁴. Т.е. поддержка в данном случае оценивается как результат задействования семейного социального капитала. Опираясь на вышесказанное, возникает вопрос: что необходимо учитывать при оценке роли семейного социального капитала в вопросах индивидуального здоровья – сам социальный капитал или результат его использования?

¹ Prandini, R. Il capitale sociale familiare: cos'è, come si distribuisce e quali correlazioni ha con gli altri capitali sociali [Text]. En: Donati, P. y Colozzi, I. (eds.). Capitale sociale delle famiglie e processi di socializzazione. Milano: Franco Angeli. 2006. pp. 19-66. doi: 10.1400/94166.

² Сапоровская, М.В. Межпоколенные отношения как социальный капитал: о социально-психологической поддержке в семье [Текст] // Вестник Костромского государственного университета. Серия: Педагогика. Психология. Социокинетика. – 2012. – № 3(18). – С. 55-59.

³ Дубров, Д.И. Внутрисемейный социальный капитал как предиктор субъективного благополучия родителей и подростков [Текст] // Казанский педагогический журнал. – 2016. – № 6. – С. 184-190.

⁴ Quick, V., Delaney, C., Eck, K., Byrd-Bredbenner, C. Family social capital: links to weight-related and parenting behaviors of mothers with young children [Text]. *Nutrients*. 2021. Vol. 13 (5). pp. 1428-1435. doi: 10.3390/nu13051428.

Исследователь Ф. Фюрстенберг, основываясь на работах А. Портеса, пишет о важности измерения социального капитала семьи по трем позициям: 1) источник ресурсов, 2) непосредственное использование ресурсов, 3) последствия их использования¹. Исследование в Китае наглядно показывает, что необходимо оценивать как качество социального капитала (они используют показатель «сплоченность семьи – чувство эмоциональной близости»), так и результат его вовлечения в индивидуальное здоровье (в данном случае – поддержка семьи, связанная со здоровьем: частота, с которой члены семьи занимались спортом вместе, напоминали друг другу о здоровом питании и о необходимости регулярных медицинских осмотров)².

На наш взгляд, необходимо отдельно рассматривать сформированность (качество) социального капитала и его использование (уровень и интенсивность). Качество семейного социального капитала можно оценивать через следующие его компоненты: семейные связи, социальная активность, нормы реципрокности и доверие в семье (табл. 2).

Первый компонент – семейные связи (families' networks³), которые представляют собой некий «сосуд», где могут образовываться и накапливаться ресурсы, т.е. может создаваться семейный социальный капитал. При измерении семейных связей необходимо принимать во внимание два показателя: структура сети (семьи) и социально-психологический климат внутри сети (семьи). Для оценки структуры семейных связей предлагается использовать следующие индикаторы: размер семьи (количество членов семьи), при необходимости ее состав (например, ролевой, возрастной, гендерный, профессиональный), и физическая близость между участниками сети.

¹ Furstenberg, F., Kaplan, S. Social capital and the family [Text]. In I.M. Richards, J. Scott, J. Treas (Eds.), Blackwell companion to the sociology of families. 2004. pp. 218– 232. doi:10.1002/9780470999004.ch13.

² Ji, Y., Yun, Q., Jiang, X., Chang C. Family SES, family social capital, and general health in Chinese adults: exploring their relationships and the gender-based differences [Text]. BMC Public Health. 2020. Vol. 20 (1). pp. 1-9. doi: 10.1186/s12889-020-09508-5

³ Bott, E. Family and social network: roles, norms, and external relationships in ordinary urban families [Text]. London: Tavistock Publications, 1971. 252 p. ISBN 9780422734905.

Таблица 2. Компоненты семейного социального капитала*

Компонент	Индикатор		Примеры измерения
Семейные связи	1. Структура семьи	1.1 Размер и состав семьи	<i>V1.1.1 Укажите членов вашей семьи (например, мама, брат, супруга и т.д.)</i>
		1.2 Физическая близость членов семьи	<i>V1.2.1 Укажите, с кем из указанных членов семьи Вы вместе проживаете V1.2.2 Оцените, насколько далеко от Вас проживают остальные члены семьи</i>
	2. Социально-психологический климат внутри семьи	2.1 Характер взаимоотношений членов семьи	<i>V2.1.1 Оцените взаимоотношения между членами вашей семьи (1. Хорошие, дружеские, 2. Нормальные, 3. Напряженные, имеются ссоры, 4. Плохие, частые семейные конфликты)</i>
Социальная активность	3. Плотность взаимодействия членов семьи	3.1 Частота общения членов семьи	<i>V3.1.1 Как часто члены вашей семьи общаются между собой? (1. Каждый день, 2. Несколько раз в неделю, 3. Один раз в неделю, 4. Несколько раз в месяц, 5. Один раз в месяц, 6. Реже одного раза в месяц)</i>
		3.2 Частота совместного времяпрепровождения членов семьи	<i>V3.2.1 Как часто члены вашей семьи совместно проводят время?(Шкала из 3.1.1)</i>
Нормы реципрокности	4. Уровень разделения норм реципрокности	4.1 Установка членов семьи на оказание помощи	<i>V4.1.1 В вашей семье в большинстве случаев принято помогать друг другу или чаще всего каждый заботится только о себе? Выберите число от 1 до 5, считая, что 1 соответствует вариант «каждый заботится только о себе», а 5 – «принято помогать друг другу»</i>
		4.2 Ожидание членов семьи в получении помощи	<i>V4.2.1 Оцените высказывание: «В вашей семье любой, кто оказывает помощь, знает, что при необходимости ему тоже помогут»(1. Полностью согласен, 2. Скорее согласен, 3. Скорее не согласен, 4. Полностью не согласен)</i>
Доверие	5. Уровень доверия в семье	5.1 Уровень «воспринимаемого» доверия в семье	<i>V5.1.1 Оцените, насколько члены вашей семьи доверяют друг другу (1. Полностью доверяют, 2. Скорее доверяют, 3. Скорее не доверяют, 4. Полностью не доверяют)</i>

*Таблица составлена автором

Размер сети (семьи) определяет потенциальный объем ресурсов, состав – типы ресурсов, а физическая близость – доступность ресурсов. Для измерения размера и состава семьи видится релевантным использовать «метод семейной сети» (Family Network Method (FNM)¹) (переменная V1.1.1). Данный инструмент предполагает, что сам респондент озвучивает тех, кого считает членами семьи, при необходимости с указанием их социально-демографических характеристик. Данная методика позволяет учитывать разные границы семьи для респондентов, не ограничивая их. Физическая близость должна включать исследование домохозяйств (переменная V1.2.1) и близость проживания других членов семьи (переменная V1.2.2). Социально-психологический климат семьи рассматривается как состояние взаимоотношений и степень удовлетворенности членов семьи различными факторами совместной жизнедеятельности. Эта эмоционально-психологическая характеристика в основном оценивается через вопросы о семейных конфликтах и эмоциональной близости². В рамках данного исследования предлагаем учитывать эти показатели в одной шкале измерения (переменная V2.1.1)³.

Второй компонент – социальная активность, которая на групповом уровне способствует совместной деятельности внутри сети. Часто при измерении семейного социального капитала данный компонент подменяется индикаторами «чувство принадлежности к семье»⁴, «сплоченность семьи»⁵ и «семейная

¹ Widmer, E.D., Chevalier, M., Dumas, P. Le family network method (FNM): Un outil d'investigation des configurations familiales à disposition des thérapeutes [Text]. *Thérapie familiale*. 2005. Vol. 26 (4). pp. 423-441.

² Alvarez, E.C., Kawachi, I., Romani, J.R. Family social capital and health - a systematic review and redirection [Text]. *Sociology of health & Illness*. 2017. Vol. 39 (1). pp. 5-29. doi: 10.1111/1467-9566.12506.

³ Кислицына, О.А. Влияние социальной поддержки на здоровье москвичей [Текст] / О.А. Кислицына, С. Ферландер // *Социологические исследования*. – 2008. – № 4 (288). – С. 81-83.

⁴ Morgan, A., Haglund, J.A. Social capital does matter for adolescent health: evidence from the English HBSC study [Text]. *Health promotion international*. 2009. Vol. 4. pp. 363–372. doi: 10.1093/heapro/dap028.

⁵ Li, S., Delva, J. Does gender moderate associations between social capital and smoking? An Asian American study [Text]. *Journal of health behavior and public health*. 2011. Vol. 1 (1). pp. 41-49. doi: 10.1177/0164027517739032.

солидарность»¹. На наш взгляд, данные характеристики не являются компонентами социального капитала, однако их высокие показатели обуславливают активное участие членов семьи в совместной деятельности, которое впоследствии позволяет им, с одной стороны, поддерживать определенный уровень эмоционально-психологической близости, с другой стороны, создавать ресурсы. Например, в совместной деятельности могут создаваться здоровьесохранные или рискогенные практики. Социальную активность предлагается измерять через плотность взаимодействия внутри семьи². Нам видится важным оценивать указанную характеристику по частоте взаимодействия – общения (вербальное взаимодействие, переменная V3.1.1) и совместное времяпрепровождение (физическое взаимодействие, переменная V3.2.1).

Нужно учитывать, что не все семейные связи и не любая совместная деятельность внутри семьи способствуют накоплению семейного социального капитала. Польза взаимоотношений определяется тем, насколько члены семьи разделяют нормы реципрокности (третий компонент) и доверяют друг другу (четвертый компонент) – без этого невозможно накопление ресурсов и обмен ими внутри сети. Нормы реципрокности (norms of reciprocity) или взаимности являются основополагающими для социального сотрудничества и строятся на двух типах взаимного обмена³: *balanced* (сбалансированный) – готовность действовать в соответствии с ценностями группы («принято помогать друг другу»), *generalized* (обобщенный) – готовность действовать при условии взаимности («мне отплатят тем же»). Исходя из этого, предлагается оценивать разделение норм реципрокности в семье по двум показателям: установка на

¹ Moxley, R.L., Jicha, K.A., Thompson, G.H. Testing the importance of family solidarity, community structure, information access, and social capital in predicting nutrition health knowledge and food choices in the Philippines [Text]. Ecology of food and nutrition. 2011. Vol. 50 (3). pp. 215-39. doi: 10.1080/03670244.2011.568907.

² Рощина, Я.М. Типы социального капитала россиян и их детерминанты [Текст] / Я.М. Рощина, Е.Д. Куфлина // Мониторинг общественного мнения: экономические и социальные перемены. – 2022. – № 1. – С. 307-327.

³ Патнэм, Р. Чтобы демократия сработала. Гражданские традиции в современной Италии (перевод А. Захарова) [Текст]. – М.: Ad Marginem, 1996. – 287 с. ISBN 5-88059-014-3.

оказание помощи (переменная V4.1.1) и ожидание в получении помощи в кризисной ситуации (переменная V4.2.1)¹.

Доверие показывает, насколько индивид верит в искренность, честность и надежность другого². Доверие подразделяется на межличностное (персонифицированное), обобщенное (генерализированное) и институциональное. В рамках семейных отношений нас интересует межличностное доверие, которое основывается на нормах реципрокности³. В качестве эмпирического индикатора доверия как компонента семейного социального капитала предлагается использовать «воспринимаемое доверие» (переменная V5.1.1)⁴. Данная методика измерения используется в исследованиях и коррелирует с субъективным благополучием⁵. На основной предложенной системы индикаторов компонентов социального капитала построен инструментарий количественного исследования (Приложение 3).

Важно учитывать, что высокие показатели качества социального капитала позволяют накапливать ресурсы и обмениваться ими внутри семьи, однако это не приравнивается к использованию ресурсов (см. рис. 3). Семейный социальный капитал может быть сильным, но при этом не вовлекаться в ситуации, связанные со здоровьем. Для извлечения ресурсов необходимо задействовать социальные связи (обращаться к членам семьи), то есть вовлекать социальный капитал. При этом вовлечение семейного социального капитала может оказаться безуспешным, например, по причине отсутствия необходимых ресурсов у участников сети.

¹ Marcaletti, F., Cavallotti, R. An exploratory study on family social capital and its relations with other forms of social capital in Spain [Text]. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*. 2021. Vol. 173. Pp. 47-68. doi: 10.5477/cis/reis.173.47.

² Фукуяма, Ф. Доверие: социальные добродетели и путь к процветанию: Пер. с англ. [Текст] / Ф. Фукуяма. – М.: ООО «Издательство АСТ»: ЗАО НПП «Ермак», 2004. – 736 с. ISBN 5-17-024084-8.

³ Сасаки, М. Доверие как элемент социального капитала современной России (компаративистский анализ) [Текст] / Сасаки М., Давыденко В.А., Латов Ю.В., Ромашкин Г.С. // *Мир России*. – 2010. – № 2. – С. 78-97.

⁴ Marcaletti, F., Cavallotti, R. An exploratory study on family social capital and its relations with other forms of social capital in Spain [Text]. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*. 2021. Vol. 173. Pp. 47-68. doi: 10.5477/cis/reis.173.47.

⁵ Lau, M., Li, W.X. The extent of family and school social capital promoting positive subjective well-being among primary school children in Shenzhen, China [Text]. *Children and youth services review*. 2011. Vol. 33 (2). pp. 1573– 82. doi:10.1016/j.childyouth.2011.03.024.

Мобилизация ресурсов, т.е. проявление конкретных технологий влияния социального капитала семьи на здоровье индивида, говорит об использовании социального капитала. Исходя из этого, отдельно предлагается измерять результат использования семейного социального капитала – конкретные технологии, например, уровень и интенсивность участия, поддержки, влияния/контроля со стороны членов семьи для индивида¹.

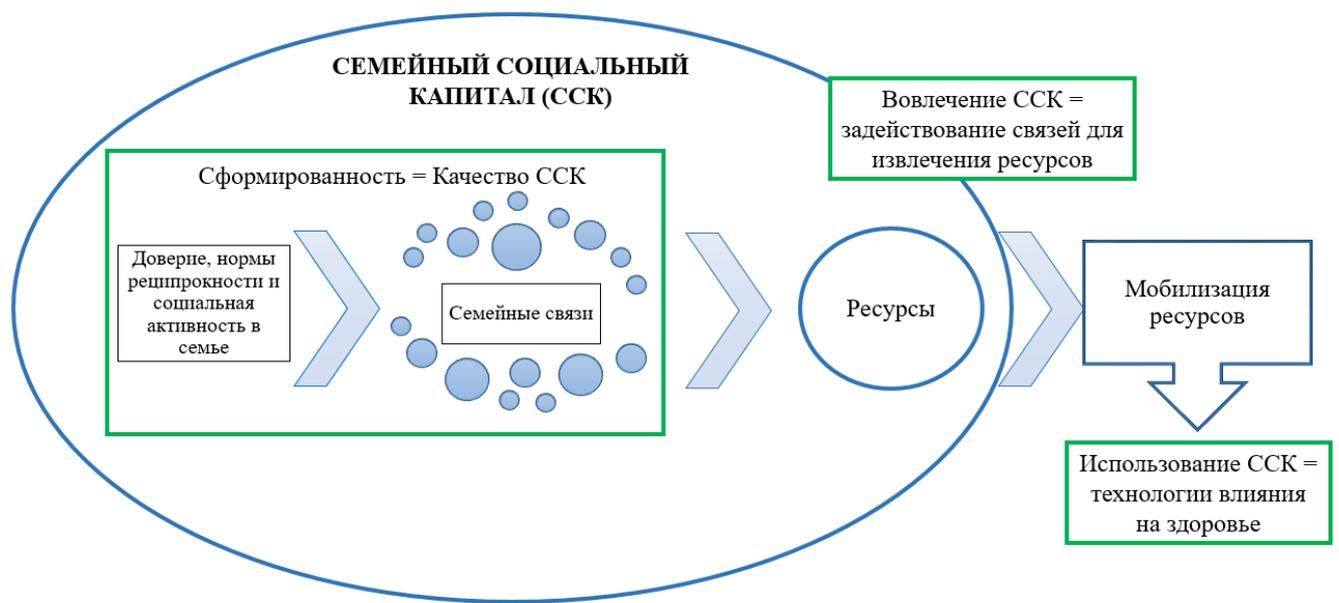


Рисунок 3. Соотношение понятий «сформированность/качество», «вовлечение», «использование» семейного социального капитала

В результате анализа имеющихся исследований о влиянии семейного социального капитала на здоровье индивида можно сделать вывод, что социальный капитал семьи реализует все технологии влияния группового социального капитала. Причем данные технологии в контексте семьи могут реализовываться одновременно, в отличие от других видов связей, которые влияют только на создание психосоциальной среды или оказывают помощь².

¹ Alvarez, E.C., Kawachi, I., Romani, J.R. Family social capital and health - a systematic review and redirection [Text]. *Sociology of health & Illness*. 2017. Vol. 39 (1). pp. 5-29. doi: 10.1111/1467-9566.12506.

² Wellman, B., Worthley, S. Different strokes from different folks: community ties and social support [Text]. *American journal of sociology*. 1990. Vol. 96 (3). pp. 558-588. doi: 10.1086/229572.

Во-первых, семейные отношения являются основным источником социально-психологической поддержки, которая оказывает влияния на благополучие индивида. Так, в работе исследователей из Израиля рассматривалась корреляция между наличием доверительных сетей и благополучием пожилых европейцев ($n=28697$ в возрасте старше 65 лет)¹. Пожилые респонденты в ходе опроса выделили несколько типов доверительных сетей (связи, к которым можно обратиться в случае необходимости), три из которых относятся к семейным связям: супруг, дети, другие родственники, друзья, другие (соседи, коллеги, социальные работники). Было установлено, что друзья и другие сети не имеют связи с благополучием, то есть весомое влияние на благополучие оказывают только семейные отношения. Респонденты, не имеющие доверительных семейных связей, имели самые низкие показатели самочувствия, а также наибольшее количество трудностей в повседневной жизни. Кроме этого, высокий уровень внутрисемейного социального капитала обеспечивает тесные детско-родительские отношения, т.е. доверие, поддержку и психологическую близость в семье, которые впоследствии снижают уровень стрессорной нагрузки на ребенка². Интересно, что если сравнивать интенсивность поддержки в отношениях «взрослый ребенок – мать» и «муж – жена» в ситуации болезни женщины, то поддержка от взрослого ребенка оказывается более значимой для женщины³.

Во-вторых, семья оказывает практическую и социальную помощь необходимую для поддержания или восстановления здоровья. Данные Общего социального обследования по вопросам старения и социальной поддержки в Канаде доказывают, что семейные связи являются основным источником помощи

¹ Litwin, H., Stoeckel, K.J. Confidant network types and well-being among older Europeans [Text]. *Gerontologist*. 2014. Vol. 54 (5). pp. 762-772. doi: 10.1093/geront/gnt056.

² Дубров, Д.И. Внутрисемейный социальный капитал как предиктор субъективного благополучия родителей и подростков [Текст] // *Казанский педагогический журнал*. – 2016. – № 6. – С. 184-190; Chen, E., Brody, G.H., Miller, G.E. Childhood close family relationships and health [Text]. *American psychologist*. 2017. Vol. 72 (6). pp. 555-566. doi: 10.1037/amp0000067.

³ Сапоровская, М.В. Межпоколенные отношения как социальный капитал: о социально-психологической поддержке в семье [Текст] // *Вестник Костромского государственного университета*. Серия: Педагогика. Психология. Социокинетика. – 2012. – № 3(18). – С. 55-59.

для физически слабых пожилых людей (frail seniors)¹. В результате исследования было выявлено, что семья в большей степени включена в уход, нежели другие социальные связи: семья ухаживает в среднем от 10 до 18 часов в неделю, тогда как другие связи – от 3 до 7 часов в неделю. Уход заключается в приготовлении пищи, ведении домашнего хозяйства, покупке продуктов, транспортировке, помощи при оплате банковских услуг или счетов, а также в гигиене пожилого человека. Важно учитывать, что «семейный уход» сохраняется даже в тех случаях, когда подключаются представители социальной помощи (формальный уход). Также родители оказывают практическую и материальную поддержку для своих детей, которая во много обуславливает качество жизни ребенка и его благополучие в сфере здоровья. Например, данные Комплексного наблюдения условий жизни населения 2018 г. показывают, что 91% родителей оказывают помощь своим детям, то есть предоставляют финансовую помощь, обеспечивают качественными продуктами, вещами, жильем². Такое нисходящее направление семейной помощи (от родителей к детям) является более частым, чем восходящее³.

В-третьих, высокий уровень семейного социального капитала позволяет семье реализовывать совместную деятельность по созданию здоровьесохранной или рискогенной среды для индивида. В США был реализован эксперимент, где в школах внедрялась программа, направленная на правильное питание и повышение физической активности для детей от 8 до 11 лет, которые были разделены на 2 группы⁴. Для первой группы данная программа была включена в школьные мероприятия под руководством классного руководителя, для второй – в

¹ Keating, N., Dosman, D. Social capital and the care networks of frail seniors [Text]. Canadian review of sociology = Revue canadienne de sociologie. 2009. Vol. 46 (4). pp. 301-318. doi:10.1111/J.1755-618X.2009.01216.X.

² Комплексное наблюдение условий жизни населения. Официальный сайт Федеральной службы государственной статистики [Электронный ресурс]. – Режим доступа: https://www.gks.ru/free_doc/new_site/KOUZ18/index.html. – Дата обращения: 20.04.2020.

³ Миронова, А.А. Родственная межпоколенная солидарность в России [Текст] // Социологические исследования. – 2014. – №. 10. – С. 136–142.

⁴ Norton, D.E., Froelicher, E.S., Waters, C.M., Carrieri-Kohlman, V. Parental influence on models of primary prevention of cardiovascular disease in children [Text]. European journal of cardiovascular nursing. 2003. Vol. 2 (4). pp. 311-322. doi: 10.1016/S1474-5151(03)00072-0.

семейные мероприятия. По итогу эксперимента было установлено, что подростки первой группы показывают более высокие знания, например, в области питания, а подростки второй группы показывают более позитивные изменения в пищевом поведении. Таким образом, можно сделать вывод, что подростки имеют возможность получать и усваивать знания о здоровом образе жизни из других социальных сетей, но применение данных знаний на практике происходит за счет совместной деятельности с родителями.

В-четвертых, семья контролирует и регулирует поведение членов семьи в сфере здоровья через формальные и неформальные нормы и санкции. Например, социальный контроль семьи позволяет уменьшать риски негативного девиантного поведения детей в сфере здоровья. Так, в семьях с высоким социальным капиталом родители чаще контролируют поведение ребенка и поощряют его позитивную здоровьесохранную активность¹. Также члены семьи могут напоминать пожилым людям о назначениях врача². Отсутствие контроля может привести к нездоровому поведению. Например, если беременная женщина живет одна, т.е. отдельно от родительской семьи и без партнера, то она более склонна к неправильному питанию во время беременности³.

В-пятых, высокий уровень семейного социального капитала позволяет членам семьи использовать больше возможностей в сфере здоровья, которые предоставляет социально-экономический статус семьи. Так, в исследовании на Филиппинах было выявлено, что социально-экономический статус семьи открывает перед ее членами больше возможностей с точки зрения питания, что также повышает важность углубления знаний о питании и передачи этих знаний другим членам своей семьи; и наоборот, низкий статус семьи ведет к снижению

¹ Pettit, G.S., Erath, S.A., Lansford, J.E., Dodge, K.A., Bates, J.E. Dimensions of social capital and life adjustment in the transition to early adulthood [Text]. *International journal of behavioral development*. 2011. Vol. 35 (6). pp. 482-489. doi: 10.1177/0165025411422995.

² Bryant, T., Leaver, C., Dunn, J. Unmet healthcare need, gender, and health inequalities in Canada [Text]. *Health Policy*. 2009. Vol. 91 (1). pp. 24–32. doi: 10.1016/j.healthpol.2008.11.002.

³ Tofani, A.A., Lamarca, G., Sheiham, A., Vettore, M.V. The different effects of neighbourhood and individual social capital on health-compromising behaviours in women during pregnancy: a multi-level analysis [Text]. *BMC public health*. 2015. Vol. 15 (890). pp. 1–17. doi: 10.1186/s12889-015-2213-4.

покупательской способности и к ограничению питания исключительно доступностью продуктов¹. Материалы исследования социологического факультета МГУ показали, что детский и подростковый травматизм связан с низким материальным положением российских семей, из-за которого родители не могут себе позволить необходимые вещи для обеспечения безопасности детей, например, автокресло².

Для подтверждения тезиса о том, что семейный социальный капитал оказывается наиболее востребованным для решения вопросов, связанных со здоровьем, был проведен вторичный анализ данных Международного социального исследования «Социальные связи и социальные ресурсы» (англ. Social networks and social resources), реализованного Институтом социальных наук GESIS в 2017 году³. Выборку исследования составили граждане 30 стран в возрасте от 15 лет (n=44492; мужчины – 46,7%, женщины – 53,3%; выборка репрезентативна по годам рождения (1914–2002 гг.) и странам). Полученные данные подтверждают тезис о том, что социальные связи разных типов, как элемент социального капитала, выступают важным источником ресурсов в решении вопросов, связанных со здоровьем, после государственных структур. Так, при ответе на вопрос, кто должен оказывать медицинский уход (помощь), индивиды в первую очередь отмечали государство (80,9%), а остальная доля (19,1%) приходится: на семью, родственников или друзей (8,9%), коммерческие (5,4%) и некоммерческие (4,2%) организации, а также религиозные объединения (0,6%). Среди всех указанных выше социальных отношений индивиды особую роль в сфере здоровья отводят сильным социальным связям. Респонденты

¹ Moxley, R.L., Jicha, K.A., Thompson, G.H. Testing the importance of family solidarity, community structure, information access, and social capital in predicting nutrition health knowledge and food choices in the Philippines [Text]. Ecology of food and nutrition. 2011. Vol. 50 (3). pp. 215-39. doi: 10.1080/03670244.2011.568907.

² Новоселова, Е.Н. Роль семьи в формировании здорового образа жизни и смягчении факторов риска, угрожающих здоровью детей и подростков [Текст] // Анализ риска здоровью. – 2019. – № 4. – С. 175-185.

³ Social networks and social resources [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://search.gesis.org/publication/gris-publication-baetc5pat610>. – Дата обращения: 15.12.2022.

отмечали, что в случае болезни в первую очередь они могут обратиться за помощью к близким членам семьи (81,1%) или к близким друзьям (7,3%).

Задействование семейных или дружеских связей подразделяется зависимости от уровня проблемы со здоровьем. Друзья активно вовлекаются при психологических проблемах, тогда как семья становится основным каналом помощи в ситуации временного или хронического заболевания (см. рис. 4).



Рисунок 4. Задействование социальных связей в сфере здоровья (в % к общему числу опрошенных), ISSP: 2017 – Social Networks

В подтверждении была установлена связь между самооценкой здоровья и обращением за помощью (Somers' D=(-)0,011 при $p < 0,001$): чем ниже индивид оценивает состояние своего здоровья, тем скорее он будет обращаться к членам семьи, а не к другим социальным связям. Важно отметить, что по результатам эпидемиологических исследований самооценка здоровья является сильным предиктором смертности и заболеваемости, в виду сильного влияния на психическое здоровье¹, поэтому может служить показателем состояния здоровья. Кроме этого, самооценка здоровья коррелирует с другими, в том числе объективными, показателями здоровья ($n = 12554$ чел. старше 18 лет): чем меньше

¹ Karhina, K., Ng, N., Ghazinour, M., Eriksson, M. Gender differences in the association between cognitive social capital, self-rated health, and depressive symptoms: a comparative analysis of Sweden and Ukraine [Text]. International journal of mental health systems. 2016. Vol. 10 (37). P. 1–14. doi: 10.1186 / s13033-016-0068-4.

индивид имеет хронических заболеваний, тем выше он оценивает свое здоровье (Somers' D=(-)0,525 при $p<0,001$)¹.

Для уточнения связи семейного социального капитала и здоровья был реализован вторичный анализ совместного набора данных ассоциаций World Values Survey (WVSA, Обзор мировых ценностей) и European Values Study (EVS, Исследование европейских ценностей) за 2017-2020 г.г. ($n = 135000$ старше 15 лет)² и European social survey (Европейский социальный опрос) за 2018 год ($n = 49519$ старше 15 лет)³. В результате анализа было установлено влияние некоторых компонентов семейного социального капитала (структура семьи, плотность взаимодействия и доверие в семье) на индивидуальное здоровье. Данные совместного набора показали корреляцию между самооценкой здоровья и количеством членов семьи, проживающих в одном домохозяйстве: чем больше членов семьи проживает с индивидом в одном домохозяйстве, тем выше индивид оценивает состояние своего здоровья (Гамма=(-)0,107 при $p<0,001$). Вывод подтверждается и на данных Европейского исследования (Гамма=(-)0,258 при $p<0,001$). Данная связь объясняется тем, что размер семьи в рамках одного домохозяйства определяет объем потенциальных ресурсов для здоровья индивида. Причем на российской выборке ($n=3635$ человек старше 18 лет) данная связь оказывается сильнее (Гамма=(-)0,203 при $p<0,001$). Кроме этого, для состояния здоровья оказывается важным частота встреч с членами семьи (Гамма=(-)0,224 при $p<0,001$) и доверие в семье (Гамма=0,207 при $p<0,005=1$). При этом доверие в семье сильнее связано с самооценкой здоровья, чем обобщенное (Гамма=0,104 при $p<0,001$) или персонализированное (Гамма = 0,134 при $p<0,001$) доверие. Стоит отметить, что уровень доверия выше в российских семьях (полностью доверяют 87%) в сравнении со всей выборкой (полностью

¹ Российский мониторинг экономического положения и здоровья населения НИУ ВШЭ [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.hse.ru/rlms/spss>. – Дата обращения: 19.02.2022.

² European values study and World values survey [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.worldvaluessurvey.org/WVSEVSjoint2017.jsp> – Дата обращения 05.08.2022

³ European social survey. ESS Round 9 (2018) [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.europeansocialsurvey.org>. – Дата обращения 03.08.2022.

доверяют 80%). Также интересно, что в группы взаимопомощи, которые базируются на нормах реципрокности, чаще вступают «семейные» люди, т.е. находящиеся в браке.

Если сравнивать обращение к государственным структурам и социальным связям по вопросам, касающимся здоровья, в разных странах, то можно отметить, что различия обусловлены политическим режимом стран. Анализ данных «Всемирного обзора ценностей» (англ. World Values Survey Wave 6) за 2010-2014 г.г. позволяют утверждать, что потенциал странового социального капитала выше в странах, где выше уровень демократии, который обуславливает высокие показатели свободной социальной активности и уровня доверия индивидов¹. Ввиду этого граждане демократических стран активнее формируют различные неформальные организации и используют их для решения вопросов в различных сферах жизнедеятельности, в том числе в сфере здоровья, не рассчитывая только на помощь государства. Так, жители США (индекс демократии в 2018 году = 7,96²) в 9 раз меньше (OR – 0,110 ДИ 0,087-0,139) рассчитывают на помощь государственных структур, нежели в России (индекс демократии = 2,94³), где подавляющее большинство (94%) считают, что именно государственные организации должны оказывать медицинский уход (выборка РФ составила 2500 чел. старше 18 лет)⁴. Полученные данные позволяют говорить о том, что в случае дисфункции государства в области защиты и охраны здоровья граждан, жители в странах с низким уровнем демократии оказываются в затруднительном положении в вопросах получения помощи, необходимой для здоровья. Поэтому в этих странах, в том числе в России, необходимо исследовать и поддерживать

¹ World Values Survey [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.worldvaluessurvey.org/wvs.jsp>. – Дата обращения: 26.04.2022.

² Democracy Index 2018: Me too? Political participation, protest and democracy. The Economist Intelligence Unit (The EIU) [Электронный ресурс]. – Режим доступа: https://pages.eiu.com/rs/753-RIQ-438/images/Democracy_Index_2018.pdf. – Дата обращения: 25.01.2021.

³ Democracy Index 2018: Me too? Political participation, protest and democracy. The Economist Intelligence Unit (The EIU) [Электронный ресурс]. – Режим доступа: https://pages.eiu.com/rs/753-RIQ-438/images/Democracy_Index_2018.pdf. – Дата обращения: 25.01.2021.

⁴ Social networks and social resources [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://search.gesis.org/publication/gris-publication-baetc5pat610>. – Дата обращения: 15.12.2022.

иные технологии влияния на индивидуальное здоровье, в частности семейный социальный капитал. Данный вопрос стал особенно актуальным в период пандемии COVID-19, начало которой было объявлено в 2020 году¹.

На сегодняшний день существуют исследования, которые объясняют влияние странового социального капитала на общественное здоровье в период COVID-19. Например, высокий уровень доверия и разделение социальных норм в обществе обуславливают соблюдение гражданами мер по борьбе с COVID-19², и наоборот, недоверие к власти ведет к низкому уровню вакцинирования³. Однако соблюдение строгих профилактических мер по борьбе с коронавирусной инфекцией, такие как социальная самоизоляция, физическое дистанцирование привели к разделению общества на изолированные сегменты (домохозяйства), т.е. к ограничению социального капитала до круга семьи⁴. В связи с чем в период пандемии влияние социального капитала макроуровня уменьшается и образуется новая концепция, которая представляет два важных источника социального капитала: семейные, близкие отношения (*intimate circles*) и онлайн-связи⁵. Виртуальные отношения в виду высокой анонимности не могут служить основным источником социального капитала для решения вопросов, касающихся

¹ ВОЗ объявила о начале пандемии COVID-19. Европейское региональное бюро ВОЗ. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.euro.who.int/ru/health-topics/health-emergencies/coronavirus-covid-19/news/news/2020/3/who-announces-covid-19-outbreak-a-pandemic>. – Дата обращения: 28.11.2021.

² Bartscher, A.K., Seitz, S., Siegloch, S., Slotwinski, M., Wehrhfer, N. Social capital and the spread of COVID-19: insights from European countries [Text]. ZEW - Centre for European economic research discussion paper. 2020. No. 20-023. pp. 1-39. doi: 10.1007/S12208-020-00263-2; Thaker, J. Planning for a COVID-19 vaccination campaign: the role of social norms, trust, knowledge, and vaccine attitudes [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <file:///C:/Users/1/Downloads/Planning%20a%20COVID%2019%20Vaccination%20Communication%20Campaign%20Author%20Details%20HC.pdf>. – Дата обращения: 14.01.2021; Гуриева, С.Д. Доверие как способ преодоления кризиса на примере COVID-19 [Текст] / С.Д. Гуриева, Н.В. Клипова // Современные исследования социальных проблем. – 2020. – № 2. – С. 248-265.

³ Ezeibe, C.C., Ilo, C., Ezeibe, E.N., Oguonu, C.N., Nwankwo, N.A., Ajaero, C.K., Osadebe, N. Political distrust and the spread of COVID-19 in Nigeria [Text]. *Glob public health*. 2020. Vol. 15 (12). pp. 1753-1766. doi: 10.1080/17441692.2020.1828987.

⁴ Pitas, N., Ehmer, C. Social capital in the response to COVID-19 [Text]. *American journal of health promotion*. 2020. Vol. 34(8). pp. 942-944. doi: 10.1177/0890117120924531.

⁵ Bian, Y. Epidemic-specific social capital and its impact on physical activity and health status [Text]. *Journal of sport and health science*. 2020. Vol. 9 (5). pp. 426-429. doi: 10.1016/j.jshs.2020.07.009.

здоровья индивидов¹, поэтому на данный момент внимание исследователей сосредоточено на изучение семейных связей и их влияния на индивидуальное здоровье в период пандемии.

Необходимо отметить, что концепция социального капитала (в частности, поддержание связей) потенциально противоречит мерам изоляции в период пандемии, т.е. социальный капитал, в том числе семейный, не способен уменьшить ее распространение. Так, исследователи из Китая, выявили, что инфицированные до постановки диагноза COVID-19 чаще взаимодействовали с членами семьи (40%)². В другом исследовании была установлена положительная связь между прочностью семейных связей и высоким уровнем заражения COVID-19 по всему миру³. Однако семья за счет сильного социального капитала способна влиять на поведение в сфере здоровья как здорового, так и больного человека, что минимизирует последствия болезни. Например, установлено, что совместное проживание с семьей во время пандемии COVID-19 обуславливает реализацию практик по укреплению здоровья, что помогает преодолевать кризисные состояния с минимальными потерями⁴. Если в семье отсутствуют здоровьесохранные практики, то в период COVID-19 снижается психологическое благополучие членов семьи⁵. Также реализация поведения по укреплению и сохранению здоровья в пандемию коррелирует со сплоченностью в семье ($r=0,31$, $p<0,0001$), а отношения в семье оказывают влияние на психологическое состояние

¹ Гримов, О.А. Механизмы формирования социального капитала в онлайн-социальных сетях [Текст] // Социальный капитал современного общества. Материалы всероссийской научной конференции. – 2012. – С. 210-211.

² Liu, Q., Wen, S. Does social capital contribute to prevention and control of the COVID-19 pandemic? Empirical evidence from China [Text]. International journal of disaster risk reduction. 2021. Vol. 64. pp. 1-10. doi: 10.1016 / j.ijdr.2021.102501.

³ Dores A.R., Carvalho I.P., Burkauskas J., Simonato P., De Luca I., Mooney R., Corazza O. Exercise and use of enhancement drugs at the time of the COVID-19 pandemic: a multicultural study on coping strategies during self-isolation and related risks. [Text] Frontiers in psychiatry. 2021. Vol. 12. pp. 648-501. doi: 10.3389/fpsy.2021.648501.

⁴ Liu, Q., Wen, S. Does social capital contribute to prevention and control of the COVID-19 pandemic? Empirical evidence from China [Text]. International journal of disaster risk reduction. 2021. Vol. 64. pp. 1-10. doi: 10.1016 / j.ijdr.2021.102501.

⁵ Hanson, C.L., Crandall, A., Barnes, M.D., Novilla, M.L. Protection motivation during COVID-19: a cross-sectional study of family health, media, and economic influences [Text]. Health education & Behavior. 2021. Vol. 48 (4). pp. 434–445. doi: 10.1177/10901981211000318.

больного ($r=0,37$, $p<0,0001$)¹. Нарушение сплоченности в семье ведет к более низким показателям приверженности к здоровьесберегающему поведению².

Анализ имеющихся исследований о роли семьи в период пандемии позволил обозначить ряд направлений (задач), которые реализует семья благодаря высокому уровню семейного социального капитала относительно здоровья ее членов. Данные направления были выделены с учетом технологий влияния группового социального капитала на индивидуальное здоровье. Во-первых, семья помогает адекватно идентифицировать опасность заболевания, а также грамотно оценить факторы риска для дальнейшего принятия решения относительно оптимальной поведенческой стратегии, например, самоизоляция, соблюдение социальной дистанции, дезинфекция поверхностей и др.³ Стоит заметить, что семейный социальный капитал может оказывать обратный эффект. Например, в семье могут распространяться недостоверные факты, касающиеся поведения индивида в сфере здоровья в период пандемии, что приводит к увеличению групп инфекционного риска⁴.

Во-вторых, наряду с распространением информации в семье об инфекционных заболеваниях, в том числе о коронавирусной инфекции, семейный социальный капитал помогает реализовывать концепцию семейно-ориентированного ухода за больным COVID-19. Данная концепция подразумевает заботу о больных членах семьи через 1) физическое присутствие «у постели больного» (участие в уходе), 2) поддержание связи с представителями системы здравоохранения (участие в совместном принятии решений), 3) социально-

¹ Cho, I.Y., Moon, S.H., Yun, J.Y. Mediating and moderating effects of family cohesion between positive psychological capital and health behavior among early childhood parents in dual working families: a focus on the COVID-19 pandemic [Text]. *International journal of environmental research and public health*. 2021. Vol. 18 (9). pp. 4781-4792. doi: 10.3390/ijerph18094781.

² Fosco, G.M., LoBraico, E.J., Sloan, C.J., Fang, S., Feinberg, M.E. Family vulnerability, disruption, and chaos predict parent and child COVID-19 health-protective behavior adherence [Text]. *Families systems & Health*. 2022. Vol. 40 (1). pp. 10-20. doi:10.1037/fsh0000649.

³ Rismayanti, I.D., Waloejo, C.S., Iswati, S., Pandin, M.G. Family empowerment in the covid-19 pandemic with the family-centered nursing approach and the utilization of family medicinal plants: a systematic review [Text]. *Systematic Reviews in Pharmacy*. 2020. Vol. 11 (7). pp. 636-647. doi: 10.31838/SRP.2020.7.89.

⁴ Saaranluoma, L. The role of social capital in intra-family succession – ensuring the transition of networks to the second generation [Text]. *International Business and Entrepreneurship*. 2017. 74 p.

психологическая поддержка¹. В период пандемии COVID-19 в зарубежных исследованиях была описана более значимая роль «семейного присутствия» в сравнении с «посещением врача», так как семья выступила важным источником поддержки².

В-третьих, в условиях пандемии высокий семейный социальный капитал помогает семье справляться с несвойственными для нее функциями, традиционно выполняемыми иными институтами, в частности, системой здравоохранения, например, оказание медицинской помощи во время болезни COVID-19 у одного из членов семьи³. Результаты исследования подтверждают, что пандемия увеличила количество задач у здоровых членов семьи по уходу за близкими «больными»⁴. Семья была вынуждена не только оказывать эмоциональную поддержку больному и помощь в выполнении его социальных обязательств (например, приобретать продукты и предметы первой необходимости), но и осуществлять поиск информации для оказания своевременной медицинской помощи. Из-за проблем в системе здравоохранения члены семьи либо через свои контакты обращались за медицинской помощью, либо самостоятельно подбирали схему лечения, осуществляли поиск медицинских препаратов и т.п. для больного. Семейный социальный капитал служил основанием для эффективного компенсирования дисфункции здравоохранения. Результаты исследования здоровья в Канаде доказали, что сильные социальные связи, к числу которых относится семья, способны уменьшать неудовлетворенность системой

¹ Hart, J.L., Turnbull, A.E., Oppenheim, I.M., Courtright, K.R. Family-centered care during the COVID-19 era [Text]. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2020. Vol. 60 (2). pp. 93-97. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2020.04.017.

² Pitas, N., Ehmer, C. Social capital in the response to COVID-19 [Text]. *American journal of health promotion*. 2020. Vol. 34(8). pp. 942-944. doi: 10.1177/0890117120924531.

³ Rismayanti, I.D., Waloejo, C.S., Iswati, S., Pandin, M.G. Family empowerment in the covid-19 pandemic with the family-centered nursing approach and the utilization of family medicinal plants: a systematic review [Text]. *Systematic Reviews in Pharmacy*. 2020. Vol. 11 (7). pp. 636-647. doi: 10.31838/SRP.2020.7.89.

⁴ Irani, E., Niyomyart, A., Hickman, R.L. Family caregivers' experiences and changes in caregiving tasks during the COVID-19 pandemic [Text]. *Clinical Nursing Research*. 2021. Vol. 30 (7). pp. 1088–1097. doi: 10.1177/10547738211014211.

здравоохранения за счет выполнения функций в области медицинского обслуживания¹.

Несмотря на то, что в зарубежных исследованиях описана и доказана высокая роль семейного социального капитала в обеспечении индивидуального здоровья как до, так и в период пандемии COVID-19, отечественные исследования ограничиваются изучением влияния семьи на психологическое благополучие ее членов, в том числе во время пандемии в условиях самоизоляции². Также существует ряд исследований, где освещается мнение некоторых социальных групп о роли семьи в условиях новой коронавирусной инфекции. Например, результаты опроса молодежи Курской области в 2020 г. показали, что молодые люди в период пандемии COVID-19 считают членов своей семьи практически единственным источником помощи и готовы доверить им свое здоровье наравне с медицинскими учреждениями³. Однако на сегодняшний день в России недостаточно данных о том, как больной человек вовлекает и использует семейный социальный капитал для решения задач восстановления здоровья в период болезни коронавирусной инфекцией. Это ведет к ограниченности государственной политики в области поддержания индивидуального здоровья. Исследователи пишут о важности семейного социального капитала для здоровья индивида в период пандемии наряду с обеспечением населения средствами

¹ Baiden, P., Dunnen, W., Arku, G., Mkandawire, P. The role of sense of community belonging on unmet health care needs in Ontario, Canada: findings from the 2012 Canadian community health survey [Text]. *Journal of public health*. 2014. Vol. 22 (5). pp. 467–478. doi: 10.1007/s10389-014-0635-6.

² Харламенкова, Н.Е. Переживание неопределенности, тревоги, беспокойства в условиях COVID-19 / Н.Е. Харламенкова, Ю.В. Быховец, М.В. Дан и др. ИП РАН. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://ipras.ru/cntnt/rus/institut_p/covid-19/kommentariip/har.html?fbclid=IwAR2oJC9T6N8XvicF7wz4neKQ8r8Yc3POe8bqmOzGNFaBJqWO77L6FBUNnok. – Дата обращения: 20.11.2021; Гараева, С.Н. Некоторые аспекты влияния COVID-19 на психическое здоровье человека [Текст] / С.Н. Гараева, А.И. Леорда, Г.В. Постолати // *Архивариус*. – 2021. – № 3 (57). – С. 4-7.

³ Каменева, Т.Н. Роль семьи в формировании отношения к здоровью молодежи в условиях пандемии [Текст] / Т.Н. Каменева, И.Э. Бровкина, И.Э. Надуткина, М.В. Селюков, В.Е. Сакулин // *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. – 2021. – № 29. – С. 758-762.

индивидуальной защиты и тестов для выявления COVID-19¹. Таким образом, нам видится приоритетным исследовать роль семейного социального капитала в обеспечении индивидуального здоровья в период болезни коронавирусной инфекции на выборке российских граждан.

По итогам теоретико-методологического анализа связи социального капитала и здоровья можно сделать следующие выводы:

1. Существует четыре подхода к рассмотрению социального капитала: ресурсный, сетевой, коммунитарный и синтетический. Социальный капитал можно типизировать по двум основаниям: тип социальных отношений и носитель. В результате анализа литературы уточнено определение социального капитала в рамках ресурсного подхода.

2. Влияние социального капитала на здоровье можно представить в виде сегментированного цикла. Групповой социальный капитал оказывается более сильным предиктором. Установлено пять технологий влияния группового социального капитала на индивидуальное здоровье в зависимости от типов влияния: прямое или косвенное, положительное или отрицательное.

3. Среди всех типов группового социального капитала самым высоким уровнем социального капитала обладает семья. Предложена авторская интерпретация «семейного социального капитала», раскрыта его структура и эмпирические индикаторы для дальнейшего исследования в области индивидуального здоровья.

Мы предполагаем, что семейный социальный капитал оказывается важным для граждан России как в ситуации болезни, так и в ситуации восстановления здоровья после перенесенного заболевания COVID-19. Дальнейшее исследование роли семейного социального капитала в обеспечении индивидуального здоровья россиян будет базироваться на понимании семейного социального капитала как ресурсов, которые образуются и накапливаются в семье как малой социальной группе, основанной на браке, родстве, усыновлении, опеке или попечительстве,

¹ Cosci, F., Guidi, J. The role of illness behavior in the COVID-19 pandemic [Text]. *Psychotherapy and psychosomatics*. 2021. Vol. 90. pp. 156–159. doi: 10.1159/000513968.

члены которой могут не характеризоваться общностью быта, но реализуют совместную социальную активность, проявляют доверие друг к другу и разделяют нормы взаимности. А структурными компонентами семейного социального капитала будут полагаться семейные связи, социальная активность, нормы реципрокности и доверие в семье.

ГЛАВА 2. ПРАКТИКИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ СЕМЕЙНОГО СОЦИАЛЬНОГО КАПИТАЛА В СИТУАЦИИ БОЛЕЗНИ COVID-19

2.1 Причины и особенности задействования семейных связей в ситуации болезни COVID-19¹

В России пандемия COVID-19 стала набирать обороты с марта 2020 г. К февралю 2022 г. заболеваемость достигла своего пика – более двухсот тысяч заболевших². Первые десять позиций по числу зараженных коронавирусом заняли следующие регионы России (по состоянию на февраль 2022 г.): Москва, Санкт-Петербург, Московская область, Нижегородская область, Свердловская область, Красноярский край, Воронежская область, Самарская область, Ростовская область и Пермский край.

Сложная эпидемиологическая ситуация из-за вспышки коронавирусной инфекции COVID-19 стала настоящим вызовом для многих социальных институтов, в том числе и для института здравоохранения различных стран. В 2020 г. Всемирная организация здравоохранения изучила влияние COVID-19 на системы здравоохранения 105 стран мира³. Было выявлено, что в 90% изученных случаев наблюдаются проблемы в оказании медицинских услуг, в частности, ограниченность кадровых и финансовых ресурсов не только в амбулаторном лечении, но и в работе экстренной помощи. В России, по словам министра здравоохранения РФ М.А. Мурашко, система здравоохранения не была рассчитана на такой масштаб угрозы, наблюдался дефицит кадров и коечного

¹ Положения параграфа частично изложены в публикации: Шарыпова [Елисеева] С.Ю. Социальный капитал как инструмент компенсации дисфункций здравоохранения в условиях пандемии COVID-19 (ресурсный подход) // Материалы международной научно-практической интернет-конференции «Глобальные вызовы и региональное развитие в зеркале социологических измерений», г. Вологда, 2021. С. 209-213.

² Стопкоронавирус.рф – Официальный Интернет-ресурс для информирования населения по вопросам коронавируса (COVID-19) [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://xn--80aesfpeba.gmfblc0a.xn--p1ai/info/docs/>. – Дата обращения: 04.05.2022.

³ ВОЗ: COVID-19 бьет по системам здравоохранения – как смягчить удар. Европейское региональное бюро ВОЗ. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://news.un.org/ru/story/2020/08/1384832>. – Дата обращения: 28.11.2022.

фонда, а некоторые больницы не отвечали современным санитарным нормам¹. Сложности в функционировании отечественной системы здравоохранения в период пандемии отмечали и граждане. Так, согласно опросу ВЦИОМ 2020 г., россияне говорили о необходимости повышения качества амбулаторной помощи (53%), сокращении времени ожидания скорой медицинской помощи (47%), увеличения количества лекарственных препаратов (45%) и медицинского персонала (39%)².

На основе вторичного анализа данных опроса Фонда общественного мнения в рамках проекта «КоронаФОМ» (ежедневный телефонный опрос, n=300 человек в сутки с 2020 по 2022 гг.) можно сделать вывод: возникшие проблемы в системе здравоохранения привели к сомнению российских граждан в том, что отечественная медицина способна преодолеть пандемию³. В свою очередь, низкий уровень доверия к медицине стал основанием для опасений, что пандемия COVID-19 будет продолжаться. На рис. 5 видно, что большинство россиян, отвечая на вопрос «У Вас есть сомнения в том, что российские медики справятся с лечением коронавируса?», выражают сомнения, при этом количество сомневающихся и опасующихся⁴ каждый раз повышается с увеличением количества заболевших.

Таким образом, пандемия COVID-19 создала неопределенную стрессогенную ситуацию в сфере индивидуального здоровья. Исследователи отмечали, что в сложившихся обстоятельствах государственные структуры, в том числе и здравоохранение, сосредоточили свое внимание на общественном

¹ Мурашко, М.А. Первая пандемия цифровой эпохи: уроки для национального здравоохранения [Текст] // Национальное здравоохранение. – 2020. – Т. 1. – № 1. – С. 4-8.

² ВЦИОМ: Россияне оценивают качество отечественной медицины в период пандемии [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://rg.ru/2020/12/22/vciom-rossiiane-ocenivaiut-kachestvo-techestvennoj-mediciny-v-period-pandemii.html>. – Дата обращения: 03.02.2022.

³ Проект «КоронаФОМ». ФОМ [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://covid19.fom.ru/k-temu>. – Дата обращения: 14.05.2022.

⁴ Формулировка вопроса: «Вы опасаетесь или не опасаетесь, что эпидемия коронавируса будет продолжаться еще долго? Если да, то за последние две-три недели Ваши опасения возросли, снизились или не изменились?»

здоровье, а не на здоровье отдельных индивидов¹. В связи с чем, граждане были вынуждены искать новые источники ресурсов для решения проблем со здоровьем в период коронавирусной инфекции COVID-19.

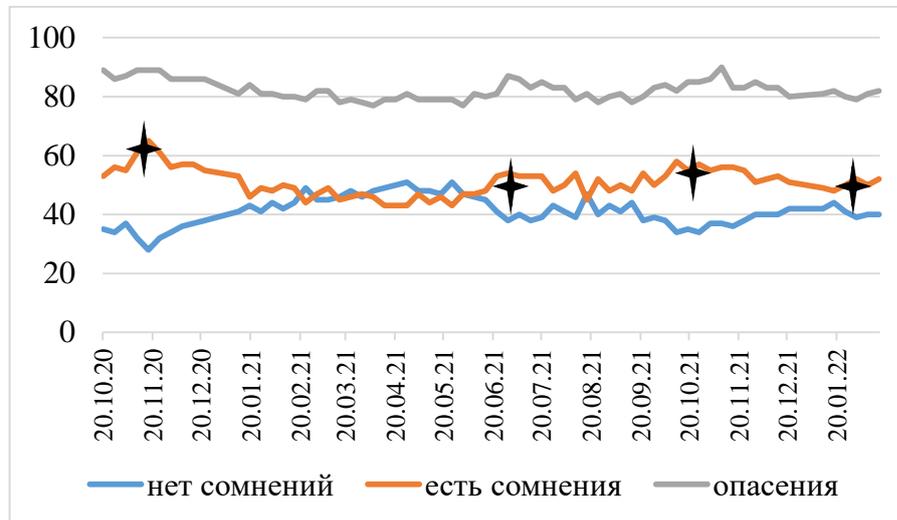


Рисунок 5. Уровень сомнений россиян в способности медиков справиться с лечением COVID-19 и уровень опасений, что пандемия будет продолжаться еще долго (★ – пик заболеваемости), в % к общему числу опрошенных

Для снижения уровня стресса индивиды начали разрабатывать различные копинг-стратегии². Данные стратегии делятся на адаптивные (анализ проблем и поиск решений), относительно адаптивные (временный отход от решения проблемы) и неадаптивные (состояние безнадежности)³. Одна из адаптивных стратегий, в частности среди граждан России, это обращение к социальному капиталу, в большей степени к ближайшему социальному окружению. Так, в исследовании ВЦИОМ (n=1600) было показано, что при возникновении тяжелой жизненной ситуации или проблемы россияне предпочитают (66%) обращаться к родственникам и членам семьи, причем это характерно для разных

¹ Hart, J.L., Turnbull, A.E., Oppenheim, I.M., Courtright, K.R. Family-centered care during the COVID-19 era [Text]. Journal of Pain and Symptom Management. 2020. Vol. 60 (2). pp. 93-97. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2020.04.017.

² Козлова, Л.В. Стресс, вызванный угрозой заражения коронавирусом, и преобладающие копинг-стратегии у молодежи [Текст] // Вестник по педагогике и психологии Южной Сибири. Психологические науки. – 2020. – № 4. – С. 33-48.

³ Косцова, М.В. Специфика копинг-стратегий подростков до и во время пандемии [Текст] / М.В. Косцова, А.В. Гришина // Modern Science. – 2021. – № 9-2. – С. 166-173.

половозрастных групп¹. Это связано с тем, что социальная и инструментальная поддержка, оказываемая близкими людьми, повышает субъективное благополучие россиян в период пандемии². В дополнении к этому Всемирная организация здравоохранения стала ориентировать граждан оказывать поддержку и защиту населения через родственные, соседские и иные доступные социальные связи³.

Вторичный анализ данных опроса «ФОМнибус» 2020 г. (n=1500 из 53 субъектов РФ) позволил описать особенности взаимопомощи граждан России во время пандемии COVID-19⁴. Большинство граждан (74%) отметили, что наша страна относится к числу тех стран, где люди склонны помогать друг другу. Россияне отвечали, что во время пандемии оказывали помощь (34%), при этом 41% сказали, что оказывали помощь даже с большей готовностью. Среди помогающих больше тех, кто делал это самостоятельно, а не через посредников, например, организации. Россияне указали следующие виды помощи незнакомым людям: 1) покупка и доставка продуктов, медикаментов (10%), 2) помощь деньгами (7%), 3) физическая помощь (4%), 4) помощь советом, предоставление информации (3%), 5) предоставление средств эпидемиологической защиты (2%), а также б) медицинская помощь, в особенности от медицинских работников в нерабочее время (например, *«по телефону консультировала пациентов, так как являюсь врачом»*) и др.

¹ Проблемы и трудности: к кому россияне обращаются за поддержкой? Аналитический обзор ВЦИОМ [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://wciom.ru/index.php?id=236&uid=9474>. – Дата обращения: 22.05.2022.

² Рассказова, Е.И. Пандемия как вызов субъективному благополучию: тревога и совладение [Текст] / Е.И. Рассказова, Д.А. Леонтьев, А.А. Лебедева // Консультативная психология и психотерапия. – 2020. – Т. 28. – № 2. – С. 90-108.

³ Поддержка людей старшего возраста во время пандемии COVID-19 – задача каждого человека. Европейское региональное бюро ВОЗ. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.euro.who.int/ru/health-topics/health-emergencies/coronavirus-covid19/news/news/2020/4/supporting-older-people-during-the-covid-19-pandemic-is-everyones-business>. – Дата обращения: 10.07.2022.

⁴ Взаимопомощь во время пандемии. ФОМ [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://fom.ru/TSennosti/14393>. – Дата обращения: 12.10.2022.

Данные ВЦИОМ 2020 г. о солидарности во время пандемии¹ согласуются с описанными выше результатами ФОМ. Респонденты на вопрос «Чем приходилось помогать безвозмездно незнакомым людям?» отмечали: 1) помощь вещами (35%), 2) помощь деньгами (32%), 3) физическая помощь (25%), 4) помощь продуктами (20%) и др. Свое желание помогать россияне в большей степени обосновывали сложившейся ситуацией, при которой многие нуждались в помощи (16%), а также чувствами сострадания, сочувствия и милосердия (13%). Практики взаимопомощи в период пандемии COVID-19 повысили уровень солидарности в нашей стране, о чем заявили 42% опрошенных.

Результаты исследования ФОМ² позволяют отметить, что преимущественно россияне помогали членам семьи и иным родственникам (66%), в меньшей степени друзьям (34%), знакомым (37%) и незнакомым (20%) людям. Важно, что никто из респондентов не выбрал вариант ответа «я не помогаю родственникам, друзьям, знакомым». Примечательно, что чаще других членам семьи помогали респонденты в возрасте 31-45 лет, а точнее – люди среднего возраста с высшим образованием. Пожилые (старше 60 лет) помогали существенно реже, потому что сами были основной группой риска.

Исходя из вторичного анализа данных, можно сделать вывод, что в период пандемии COVID-19 увеличился уровень солидарности и взаимопомощи в России. Граждане активно оказывали поддержку и помощь как знакомым, так и незнакомым людям. В большей степени помощь оказывали именно членам семьи и родственникам – это подтверждает актуальность вопроса о значимости социального капитала, в том числе семейного, в России во время пандемии.

При том, что доказанными можно считать факты влияния семейного социального капитала на индивидуальное здоровье и активное вовлечение и использование семейного социального капитала индивидами в период пандемии

¹ Солидарность во время пандемии. Аналитический обзор ВЦИОМ [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://wciom.ru/analytical-reviews/analiticheskii-obzor/solidarnost-na-fone-pandemii>. – Дата обращения: 25.07.2022.

² Взаимопомощь во время пандемии. ФОМ [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://fom.ru/TSennosti/14393>. – Дата обращения: 12.10.2022.

коронавирусной инфекции COVID-19, открытыми остаются следующие исследовательские вопросы:

1) Какие стратегии использовали больные COVID-19 для управления своим здоровьем в период пандемии?

2) Почему и как использовался семейный социальный капитал в обеспечении (профилактика, помощь в совладании с болезнью, реабилитация) индивидуального здоровья больных COVID-19?

3) Имеется ли связь семейного социального капитала и поведенческих стратегий больных COVID-19?

Для ответа на поставленные исследовательские вопросы были привлечены данные авторских социологических исследований, проведенных с 2019 по 2022 гг. на выборке города Перми. Данный город был выбран в связи с его типичностью для крупнейших (от 1 млн. до 3 млн. чел.) и крупных (от 250 тыс. до 1 млн. чел.) городов Российской Федерации по основным социально-демографическим характеристикам и по эпидемиологическим показателям на период пандемии COVID-19. По данным последней Всероссийской переписи населения Пермь (1034002 чел.) занимает 16 место из 16 городов-миллиоников, т.е. находится на стыке крупнейших и крупных городов, население которых составляет 1/3 населения России и около 40% городских жителей РФ¹. Половозрастное распределение жителей г. Пермь и городских жителей России совпадает (мужчин 45%, женщин 55%; средний возраст 35–39 лет). Кроме этого, по состоянию на июль 2022 г. в России и Пермском крае (г. Пермь является центральной точкой Пермского края) была схожая эпидемиологическая картина по числу заразившихся, погибших и выздоровевших от COVID-19 (см. табл.3)². Вероятно, для населения Москвы и Санкт-Петербурга (что подтверждается данными таблицы), малых городов и сел результаты исследования могут быть

¹ Базы данных показателей муниципальных образований Российской Федерации и Пермского края. Федеральная служба государственной статистики. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: https://rosstat.gov.ru/vpn_popul. – Дата обращения: 25.07.2022.

² Стопкоронавирус.рф – Официальный Интернет-ресурс для информирования населения по вопросам коронавируса (COVID-19) [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://xn--80aesfpeba.gmfblc0a.xn--p1ai/info/docs/>. – Дата обращения: 04.05.2022.

непоказательны, так как они имеют преимущества или ограничения в социально-экономическом плане. Также выделенные города и села имеют свои особенности в работе системы здравоохранения, что может принципиально отличать мотивы и практики обращения людей к семейному социальному капиталу.

Таблица 3. Эпидемиологические показатели COVID-19 по состоянию на июль 2022 г.

		Россия	Пермский край	Москва	Санкт-Петербург
Численность населения		145557576	2556852	13015126	5607916
Заразившихся	чел.	22314520	372130	2785308	1540231
	%	15,3	14,6	21,4	27,5
Погибших	чел.	396216	8845	44297	34223
	%	0,3	0,3	0,3	0,6
Выздоровевших	чел.	21656858	362840	2591906	1502981
	%	14,9	14,2	19,9	26,8

Для описания стратегий и причин вовлечения социального капитала в ситуации болезни в 2019 г. было проведено пилотажное исследование (n=12) с работниками системы образования разных учебных заведений г. Пермь: 1) ГБПОУ «Колледж олимпийского резерва Пермского края», 2) КГАПОУ «Пермский строительный колледж», 3) ЧПОУ «Финансово-экономический колледж», 4) ГБПОУ «Пермский колледж транспорта и сервиса», 5) ФГБОУ ВО «Пермский государственный национальный исследовательский университет». Данная профессиональная группа была выбрана в качестве объекта исследования по двум причинам: во-первых, работники системы образования имеют высокую накопительную способность социального капитала, так как обладают высокими социальными и коммуникативными навыками; во-вторых, они имеют более высокий уровень медицинской грамотности¹. При отборе работников образования использовался критериальный отбор для формирования гомогенной группы по

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

потенциалу накопления индивидуального социального капитала. Критериями выступали: пол, возраст, воспитание в полной семье, проживание в городе с момента рождения. Результаты были обработаны с помощью открытого и осевого кодирования.

С учетом результатов пилотажного исследования с сентября 2020 г. по август 2021 г. было проведено авторское социологическое исследование методом неформализованного интервью, цель которого – описать особенности задействования семейных связей больным COVID-19. Объектом исследования выступили жители г. Пермь старше 18 лет, которые переболели COVID-19 в среднетяжелой (далее – СТ) или тяжелой, сюда же относится крайне тяжелая, (далее – Т) формах (инструментарий исследования см. в Приложении 1). Объем выборочной совокупности – 33 чел. Степень тяжести болезни определялась в соответствии с классификацией, разработанной Министерством здравоохранения РФ. При отборе информантов использовалась выборочная стратегия «критический случай», которая нацелена на поиск источников данных, которые богаты информацией или особенно показательны. При формировании выборочной совокупности учитывался возраст и пол информанта. Так как, во-первых, возраст тесно связан с показателями здоровья, во-вторых, социальный капитал имеет значимые отличия у разных половозрастных групп¹. Были сформированы три равномерные (по 11 чел.) возрастные группы, которые выделяет ВОЗ: «молодость» – до 34 лет, «зрелость» – от 35 до 59 лет и «пожилой возраст» – от 60 лет. Результаты интервью (пример транскрипта см. в Приложении 2) были обработаны с помощью открытого и осевого кодирования.

На основе пилотажного исследования было выявлено, что в ситуации болезни индивиды используют четыре стратегии, в основе которых лежит два показателя: субъективная оценка критичности состояния своего здоровья и

¹ Солодовников, С.Ю. Социальный капитал как фактор экономического роста // Экономика и банки. – 2015. – № 1. – С. 32-42.

наличие опыта у индивида в решении вопросов, связанных со здоровьем (см. табл.4)¹.

Таблица 4. Стратегии индивидов в ситуации болезни

	Критичное состояние здоровья	Некритичное состояние здоровья
Отсутствие опыта	Обращение к официальной медицине	Обращение к своему социальному окружению [×]
Наличие опыта	Обращение к знакомым врачам [×] , использование прошлого опыта обращения к официальной медицине	Самолечение

* Таблица составлена автором

[×]вовлечение разных социальных сетей, как компонента социального капитала

Исходя из выделенных стратегий, можно отметить, что социальные связи, как элемент социального капитала, задействуются в двух случаях. Во-первых, индивид обращается к своему социальному окружению для обмена опытом в ситуации, когда состояние здоровья «некритичное». Во-вторых, если состояние здоровья критичное, но индивид способен оценить ситуацию и решить ее, то он может обратиться за дополнительными ресурсами к знакомым врачам. В остальных случаях индивид либо обращается к официальной медицине, либо занимается самолечением.

Результаты интервью с переболевшими COVID-19 показали, что первые 2–3 дня индивиды использовали стратегию самолечения («пили лекарства, которые пьем обычно» (ж, 35, СТ), «лечились дома самостоятельно, как умеем» (ж, 22, СТ), «сама ушла на самоизоляцию, принимала противовирусные» (ж, 33, СТ)). Когда они предполагали или узнавали, что болеют коронавирусной инфекцией, в силу отсутствия опыта лечения такой болезни все информанты обращались за специализированной медицинской помощью («через 3 дня мы все-таки решили вызвать врача» (ж, 21, СТ); «домашнее лечение не помогло, пришлось вызвать

¹Положения пилотажного исследования частично изложены в публикации: Шарыпова [Елисеева] С.Ю. Социальный капитал в управлении индивидуальным физическим здоровьем // Материалы Международной научно-практической конференции «Здоровье как ресурс: V.2.0», г. Нижний Новгород, 2019. С. 254-259.

врача» (ж, 72, Т)). Стратегию «обращение к официальной медицине» можно подразделить на ряд подстратегий в зависимости от варианта лечения:

1. Амбулаторное лечение:

1.1 Обращение за бесплатной медицинской помощью (за счет средств государства по полису ОМС¹) – лечение дома под наблюдением «бесплатного» врача: *«пошла в больницу... у меня была единственная схема лечения, которую прописали врачи, звонили из больницы»* (ж, 45, СТ); *«неотложка приехала, выдала список лекарств, решил придерживаться лечения медиков»* (м, 43, СТ); *«обратился в неотложку, мне выдали список лекарств, доверился врачам и лечился по схеме дома»* (м, 36, СТ);

1.2 Обращение в частные медицинские организации (за счет личных средств граждан) – лечение дома под наблюдением «платного» врача: *«уже не стал вызывать никаких врачей, записался в частную клинику»* (м, 21, СТ); *«самостоятельно посещала врачей и сдавала анализы в платной поликлинике»* (ж, 28, СТ).

2. Стационарное лечение – обращение за бесплатной медицинской помощью – стационарное лечение (лечение в больнице): *«скорая помощь приехала, сказали собираться в больницу... лечение в стационаре»* (м, 26, Т); *«вызвали скорую, сразу забрали в больницу»* (м, 68, Т); *«стало хуже, положили в стационар»* (ж, 63, Т); *«предложили сразу лечиться в больнице»* (м, 62, Т);

3. Смешанное лечение: *«я попробовала обратиться в бесплатную клинику, мне не очень-то помогли, пришлось пойти в платную»* (ж, 27, СТ); *«вызвала врача... снова вызвала скорую...приезжало трое врачей...четвертый врач сказал, что нужно ехать в больницу»* (ж, 30, Т).

Важно отметить, что не каждое обращение к «официальной медицине» приводило к амбулаторному, стационарному или смешанному лечению. Беспрепятственное получение медицинской помощи отмечали те, кто имеет медицинское образование и чья сфера деятельности связана с медициной,

¹ Оказываемой по полису обязательного медицинского страхования государственными и муниципальными учреждениями здравоохранения.

поэтому в силу особенностей социального капитала, они имели гораздо больше возможностей в сфере здоровья: «я работник поликлиники...меня принял терапевт, отправил на больничный... врач звонил каждый день, делали все по должностной инструкции» (ж, 31, СТ); «я врач, повезло знать врачей...записалась на прием к своему терапевту, лечилась дома под наблюдением» (ж, 37, Т); «я медсестра, дома лечилась, помощь от врачей получала» (ж, 58, СТ). Другие переболевшие коронавирусной инфекцией отмечали, что из-за различных причин после обращения в поликлинику или больницу они были вынуждены использовать стратегию «самолечение»: «позвонила в поликлинику, не дожидаясь врача, стала колоть антибиотики по совету... врач сказала, что я правильно делаю и уехала» (ж, 60, СТ); «вызвала врача... на 6 день еще раз вызвала врача...никто не пришел и не позвонил, занималась самолечением» (ж, 24, СТ).

Еще одной важной стратегией в период болезни коронавирусной инфекцией оказалось обращение к своему «медицинскому кругу». Причем в так называемый «медицинский круг» информанты включают не только знакомых врачей, но и тех, кто имеет/имел опыт работы или образование в медицинской сфере: «я сразу обратилась к знакомым врачам» (ж, 62, СТ); «врач приехал, взял мазок... мы ждали повторно врача, никто не приехал, мама позвонила знакомому врачу» (ж, 21, СТ); «мы не могли дождаться скорую, рассчитывать на медицину не приходится, по связям выходили на тех, кто может помочь» (ж, 35, СТ).

Безусловно, наиболее целесообразной стратегией в ситуации болезни COVID-19 было бы обращение за профессиональной медицинской помощью, потому что: а) заболевание новое, то есть у индивидов отсутствует опыт его лечения, учитывая, что у населения РФ в целом низкий уровень медицинской грамотности¹; б) влияние коронавирусной инфекции на здоровье индивида до конца не изучено, что вызывает дополнительные сомнения и тревожность

¹ Почти половина россиян имеет недостаточный уровень грамотности относительно сохранения здоровья. Медвестник [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://medvestnik.ru/content/news/Pochti-polovina-rossiyan-imeut-nedostatochnyi-uroven-gramotnosti-otnositelno-sohraneniya-zdorovya.html>. – Дата обращения: 15.02.2021.

относительно состояния здоровья. Несмотря на обращение за медицинской помощью, больные COVID-19 активно задействовали социальные связи, в том числе семейные.

Анализ интервью позволил определить три причины задействования социальных связей, в том числе семейных, для лечения и реабилитации больного COVID-19: 1) недоверие к системе здравоохранения и ее представителям, 2) дисфункция системы здравоохранения в период пандемии, 3) последствия болезни. Стоит учитывать, что вовлечение может быть инициировано как самим индивидом при непосредственном обращении к социальным связям, так и членами сети.

Одной из основных причин вовлечения социального капитала в ситуации болезни является низкий уровень институционального доверия к системе здравоохранения и врачам¹. Информанты, которые находились на амбулаторном лечении, поделились на две группы: те, кто доверяет врачам и придерживаются назначенной схемы лечения (*«у меня была единственная схема лечения, так как я полагаюсь на врачей, верю и доверяю им»* (ж, 45, СТ)) и те, кто не доверяет, поэтому предпочитает перепроверять или изменять назначения врача, обращаясь к социальным связям (*«своим детям я доверяю гораздо больше, чем любому другому врачу»* (ж, 72, Т); *«у меня было 3-4 схемы лечения от знакомых, выбирала, что подходит мне»* (ж, 62, СТ); *«не уверен в том, что меня лечили правильно, начал спрашивать других»* (м, 21, СТ)). «Доверяющие» и «не доверяющие» системе здравоохранения встречались во всех половозрастных группах. Результаты интервью подтвердили предположения о том, что именно семье индивиды доверяют в большей степени в вопросах здоровья, поэтому в приоритете обращаются к ним в ситуации болезни после обращения к «официальной медицине»: *«к родным обращалась в первую очередь»* (ж, 45, Т), *«в больнице мне не помогли, пришлось искать помощи у родственников»* (ж, 27, СТ). Больные на стационарном лечении без исключения следовали рекомендациям

¹ Аронсон, П.Я. Утрата институционального доверия в российском здравоохранении [Текст] // Журнал социологии и социальной антропологии. – 2006. – № 2 (35). – С. 120-131.

врачей, однако и среди них были те, кто уточнял лечение: *«я узнавал, как лечили моих друзей, мою супругу, методика лечения в разных больницах своя – это пугает»* (м, 26, Т). Недоверие к врачам, по словам информантов, было обусловлено либо прошлым опытом (*«больница для меня – достаточно неприятное дело»* (м, 43, СТ)), либо существующими дисфункциями в работе здравоохранения в период пандемии (*«рассчитывать на медицину не приходится»* (ж, 35, СТ), *«система работы с больными была очень плохо функционирующей»* (ж, 37, Т)).

Вторая причина вовлечения социального капитала – это компенсация дисфункций системы здравоохранения, с которой информанты сталкивались на протяжении всех этапов болезни. Условно было обозначено 3 этапа болезни (табл. 5): 1 этап – «вхождение» в болезнь, действия до лечения. Проблемы: недоступность бесплатной и своевременной медицинской помощи, сложности в идентификации заболевания и в выборе стратегии лечения; 2 этап – активная стадия болезни, лечение (учитывалось три варианта: а) самолечение, б) амбулаторное лечение, в) стационарное лечение). Проблемы: низкое качество медицинского обслуживания; нехватка медицинского оборудования и персонала, недоступность/дороговизна медикаментов и средств индивидуальной защиты, отсутствие мест в больницах; 3 этап – реабилитация после болезни, восстановление. Проблемы: отсутствие программ реабилитации после болезни.

Информанты не раз отмечали, что указанные выше проблемы невозможно было решить без задействования социальных связей: *«невозможно было бы справиться без помощи близких»* (ж, 45, Т); *«за время лечения я понял, что без помощи окружающих не обойтись»* (м, 43, СТ); *«человек не сможет вылечиться в период коронавируса, если у него нет связей»* (ж, 35, СТ), *«не чувствовалось, что тебе кто-то может помочь, кроме родных и близких»* (ж, 21, СТ) и т.п. Именно семейные связи в наибольшей степени были задействованы для компенсации дисфункции здравоохранения.

Таблица 5. Проблемы здравоохранения, с которыми сталкивались больные COVID-19

1. «Вхождение» в болезнь		
1. недоступность бесплатной и своевременной медицинской помощи	«скорую и врача было не дожидаться» (ж, 21, СТ) «в государственные больницы было попасть невозможно» (ж, 28, СТ) «огромные очереди в поликлиниках» (ж, 31, СТ) «Роспотребнадзор нам не помог» (ж, 35, СТ) «дозвониться было невозможно» (ж, 37, СТ)	
2. сложности в идентификации заболевания и в выборе стратегии лечения	«не знала, чем лечиться, как лечиться» (ж, 64, СТ) «ты не можешь понять, что делать» (ж, 35, СТ)	
2. Активная стадия болезни		
2.1 Самолечение	2.2 Амбулаторное лечение	2.3 Стационарное лечение
3. Низкое качество медицинского обслуживания: «врач утверждает, не основываясь даже на анализах» (ж, 21, СТ); «не интересен я медицине без тяжелого течения» (м, 37, СТ); «в больнице безразличное отношение» (ж, 63, Т)	6. Отсутствие мест в больницах: «больницы были переполнены» (ж, 28, СТ); «меня положили на каталку и оставили в коридоре» (ж, 61, Т); «девочки-медсестры не справлялись» (м, 68, Т)	
4. Нехватка медицинского оборудования и персонала: «машин скорой помощи и врачей не хватало» (ж, 33, СТ); «диспетчеры не успевают обрабатывать звонки» (м, 36, СТ); не было нормального оборудования» (ж, 63, Т)		
5. Недоступность/дороговизна медикаментов и средств индивидуальной защиты: «достать витамины или лекарство было нереально» (ж, 28, СТ); «масок в свободном доступе не было» (ж, 33, СТ); «цены на лекарства очень выросли» (м, 43, СТ)		
3. Реабилитация после болезни		
7. Отсутствие программ реабилитации после болезни	«для реабилитации врачи ничего не прописали» (м, 26, Т) «отсутствуют программы восстановления» (ж, 28, СТ) «восстановления вообще не было» (ж, 30, Т) «страшнее последствия, ими не занимаются» (Ж, 35, СТ) «специальных «было непонятно, как восстанавливаться» (ж, 48, СТ) «врач хотела меня списать, я настояла на реабилитации» (ж, 61, СТ)	

*Таблица составлена автором на основе проведенных интервью

В целом, запрос на поддержку к социальным связям со стороны болеющего COVID-19 формировался с задержкой. Больные обращались к семейным связям чаще на активной стадии болезни для получения ресурсов, необходимых для восстановления здоровья: «я просила детей помочь мне, да они и сами привозили все, что нужно» (ж, 45, Т); «просили родственников, чтобы привозили еду и лекарства» (ж, 35, СТ). Однако анализ интервью позволяет заметить, что семейные связи сами включались уже на первом этапе при оценке опасности заболевания и для определения стратегии поведения больного: «сын сказал срочно вызывать скорую» (б1, ж, Т); «жена дала таблетку, вызвала врача» (м, 52, Т); «родители сказали звонить в неотложку» (м, 36, СТ); «жена забила тревогу, вызвала скорую» (м, 26, Т). Данный вывод в большей степени является характерным для мужчин. Объяснить такое гендерное проявление можно разным уровнем самооценки здоровья у мужчин и женщин. По данным RLMS-HSE НИУ ВШЭ¹, мужчины склонны выше оценивать уровень своего здоровья, нежели женщины, даже в кризисной ситуации для здоровья, поэтому не предпринимают никаких действий. Некоторые пожилые информанты добавили, что члены семьи были включены в процесс реабилитации, например, «дочь мне выбила путевку» (ж, 63, Т), «дочь показала, как делать дыхательную гимнастику» (ж, 61, СТ), «сын оплатил санаторий» (ж, 60, Т). Другие возрастные группы не обращались к семейным связям на этапе восстановления, а задействовали Интернет-ресурсы: «сам себе назначил...посмотрел в Интернете» (м, 26, Т), опыт переболевших: «помогли советы переболевших и интернет» (м, 43, СТ), также указывали на необходимость сопровождения данного этапа со стороны системы здравоохранения: «государство должно составить полноценную программу реабилитации» (ж, 28, СТ).

Вторичный анализ данных опроса Фонда общественного мнения в рамках проекта «КоронаФОМ» (ежедневный телефонный опрос, n=300 человек в сутки с

¹ Российский мониторинг экономического положения и здоровья населения НИУ ВШЭ [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.hse.ru/rlms/spss>. – Дата обращения: 19.02.2022.

2020 по 2022 гг.) позволил определить, что помимо проблем здравоохранения, индивиды столкнулись с рядом других последствий COVID-19: изменения в образе жизни, материальные и психологические проблемы¹. На рис. 6 видно, что подавляющее большинство граждан РФ (более 55%) отмечают данные проблемы, в большей степени – изменения в образе жизни, в меньшей – психологические проблемы, при этом динамика мнений по этим проблемам схожа. Схожие проблемы, связанные с пандемией COVID-19, были обозначены в другом отечественном исследовании 2022 года (n=1010 чел.), а именно: социально-бытовые проблемы в условиях самоизоляции (64%), финансовые (46%) и психологические проблемы (20%) (предполагался множественный выбор)².

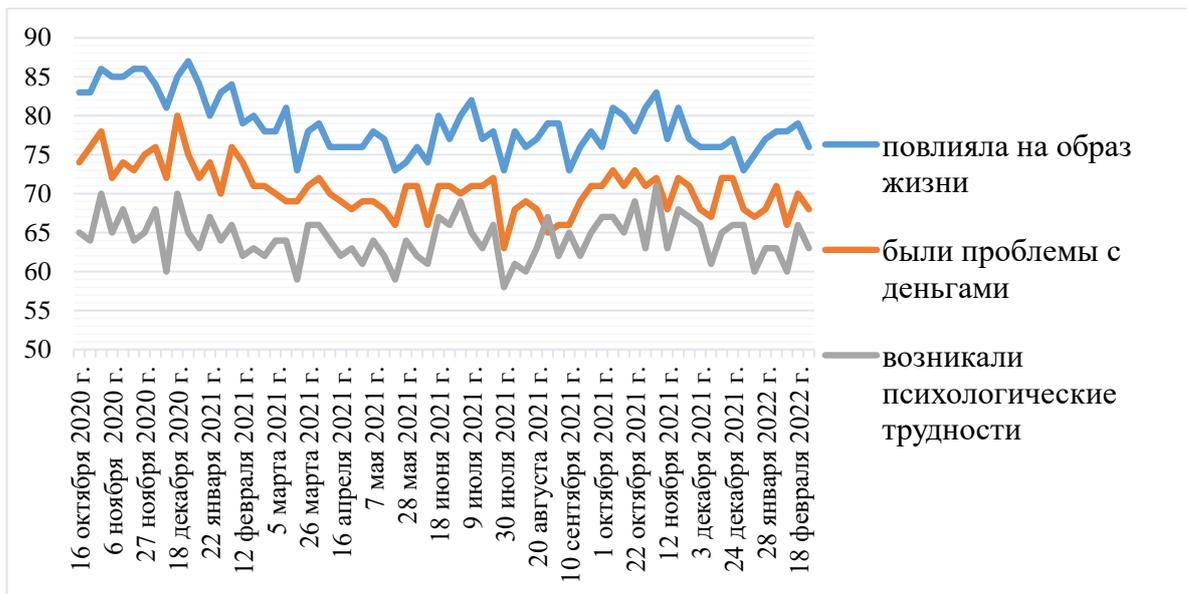


Рисунок 6. Последствия болезни COVID-19 для граждан РФ (в % к общему числу опрошенных за сутки)

Обозначенные последствия COVID-19 нашли отражение в результатах интервью и стали третьей причиной задействования социальных связей. Социальный капитал в данном случае становится основным и практически

¹ Проект «КоронаФОМ». ФОМ [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://covid19.fom.ru/k-temu>. – Дата обращения: 14.05.2022.

² Реутов, Е.В. Пандемическая реальность: актуальные проблемы и перспективы [Текст] / Е.В. Реутов, С.А. Вангородская, Г.Н. Гайдукова // НОМОТНЕТИКА: Философия. Социология. Право. – 2022. – Т. 47. – № 4. – С. 700–711.

единственным источником материальной и социально-психологической поддержки для больных COVID-19. В интервью среди всех прочих проблем чаще всего информанты заявляли о психологических проблемах: *«не чувствовалась, что ты под защитой врачей»* (ж, 21, СТ); *«было трудно и физически, и эмоционально»* (ж, 37, Т); *«очень сильные психологические проблемы»* (м, 62, Т); *«было очень страшно»* (ж, 72, Т) и т.п. Интересно, что обсуждали данные проблемы преимущественно с друзьями и коллегами по работе. Обсуждение психологических проблем с семьей хоть и присутствовало в рассказах, но было ограничено. Информанты объясняли это тем, что беспокоились о психологическом самочувствии своих родственников и старались минимизировать уровень стресса, который итак присутствовал из-за болезни: *«свое психоэмоциональное состояние старался не обсуждать с родственниками... стресс знать, что у родственника проблемы»* (м, 37, СТ). В отличие от решения психологических проблем, запрос на материальную и практическую помощь был адресован исключительно к семейным связям.

Кроме этого, больные COVID-19 вовлекали социальный капитал для получения помощи в выполнении повседневных дел в виду состояния своего здоровья: *«физически невозможно было ничего делать»* (ж, 48, СТ); *«сама я ничего не могла делать»* (ж, 45, СТ). Информанты указывали, что за помощью в большей степени они обращались к членам семьи нежели к другим социальным сетям: *«другие помощь, конечно, предлагали, но зачем, если я могу попросить дочь – она точно поможет»* (ж, 62, СТ). Это можно связать с нормами реципрокности, уровень разделения которых выше между членами семьи, в сравнении с другими социальными сетями.

Сравнения задействования различных социальных сетей больными COVID-19, можно отметить, что семейные связи вовлекаются гораздо чаще других социальных сетей (друзья, коллеги, очень редко – соседи). Информанты объясняли это тем, что самоизоляция ввиду болезни ограничила круг их непосредственного общения до семейных связей: *«общение смещается, становится очень узким – на твою семью»* (ж, 35, СТ). Также именно между

членами семьи наблюдается высокий уровень доверия и разделения норм реципрокности. Значимость семейных связей для индивида подтверждается результатами пилотажного исследования, где была использована методика социального атома, базирующаяся на социометрическом подходе Я. Морено, для визуализации оценки значимости и структуры социальных сетей¹. Полученная структура совпадает со структурой значимости социальных сетей для индивида в период болезни COVID-19 (рис. 7). В ближнем круге («интимная зона») оказались: родители и супруги. Также в этот круг попали акторы с медицинским образованием, при этом неважно к какому типу социальной сети они относятся. Во второй, иными словами «резервный» круг, респонденты поместили детей и других членов семьи. В дальнем круге были обозначены друзья, коллеги и другие знакомые. Критериями определения структуры значимости социальных сетей для индивида в условиях болезни являются компетентность в медицинской сфере, которая определяется образованием или опытом, и близость контактов.

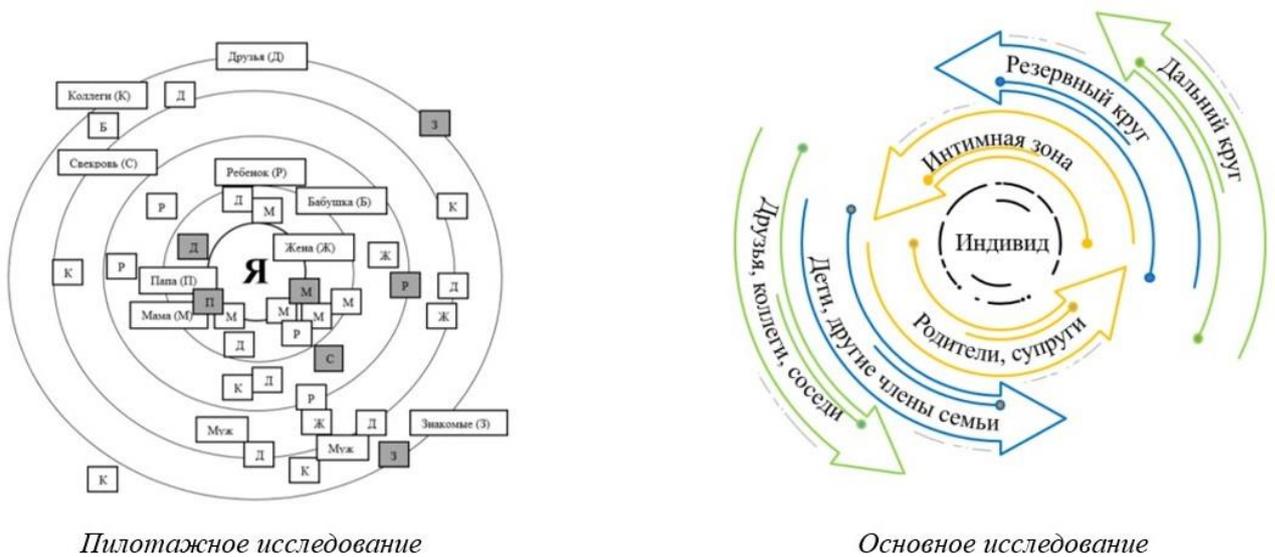


Рисунок 7. Структура значимости социальных сетей для индивида в условиях болезни

¹ Протасенко, Л.Ю. Психология межличностных отношений: типы структур социального атома [Текст] // Научно-технические ведомости Санкт-Петербургского государственного политехнического университета. Гуманитарные и общественные науки. – 2011. – № 3. – С. 132-135.

Таким образом, было выявлено, что в ситуации болезни индивиды используют четыре стратегии поведения: 1) обращение к «официальной медицине», 2) обращение к знакомым врачам или использование прошлого опыта обращения к «официальной медицине», 3) обращение к социальному окружению, 4) самолечение. Несмотря на обращение за медицинской помощью, больные COVID-19 активно задействовали семейные связи в связи с тем, что между членами семьи наблюдается высокий уровень доверия и разделения норм реципрокности. Теоретические допущения, обозначенные в первой главе, о вовлечении семейного социального капитала в период пандемии COVID-19 подтвердились. Больные обращались к семейным связям, во-первых, для совместного принятия решения с членами семьи оптимальной поведенческой стратегии в условиях болезни коронавирусной инфекции, так как не доверяли системе здравоохранения. Во-вторых, для получения медицинской помощи от членов семьи в качестве компенсации дисфункций здравоохранения. В-третьих, для минимизации последствий болезни через реализацию семейно-ориентированного ухода.

2.2 Извлекаемые ресурсы и интенсивность использования семейного социального капитала больными COVID-19

Для описания использования семейного социального капитала больными COVID-19 на основе анализа интервью были определены ресурсы, которые извлекались из семейных связей и использовались в период лечения и реабилитации. Ресурсы были разделены на четыре группы: информационные, материальные, социально-психологические и ресурсы, необходимые для оказания медицинской помощи (рис. 8). Выделенные ресурсы можно разделить в соответствии с классификацией американских исследователей на ресурсы, способствующие 1) действиям (action-facilitating support) и 2) эмоциональному

комфорта (nurturant support)¹. Первые активизируют поведение, направленное на смягчение действия стрессора, вторые обеспечивают психологический комфорт.



Рисунок 8. Группы ресурсов, извлекаемые из семейных связей в ситуации болезни COVID-19

Информационные ресурсы оказались самыми востребованными, так как были наиболее доступными в условиях самоизоляции и позволяли решать/минимизировать многие проблемы: недоверие к системе здравоохранения и недоступность своевременной медицинской помощи, которые обуславливали сложность в идентификации заболевания и в выборе стратегии лечения; низкое качество медицинского обслуживания. В первую очередь информационные запросы касались схем лечения и реабилитации, в том числе приема

¹ Yu, B., Gerido, L.H., He, Z. Exploring text classification of social support in online health communities for people who are D/deaf and hard of hearing [Text]. Proceedings of the association for information science and technology. 2017. Vol. 54(1). pp. 840-841. doi: 10.1002/pr2.2017.14505401179.

лекарственных препаратов: *«спрашивали советы по лечению у родственников, которые уже переболели»* (ж, 22, СТ). Кроме этого, члены семьи помогали в поиске медицинских организаций и работников: *«через бывшего мужа смогла записаться на прием»* (ж, 62, СТ); *«дочь помогла найти платного врача»* (ж, 45, Т). В дополнении к этому информанты обменивались информацией о коронавирусе внутри семьи для того, чтобы в последующем оценивать факторы риски: *«мы обсуждали это в семье, я знал симптомы... предупрежден, значит вооружен»* (м, 21, СТ).

Также часто запрашиваемыми ресурсами были материальные, которые представляли собой оплату или предоставление лекарственных препаратов и средств индивидуальной защиты (*«лекарства покупала внучка»* (ж, 64, СТ); *«лекарства передали родственники через детей»* (ж, 45, Т), *«дети купили мне дыхательный тренажер»* (ж, 63, Т)), медицинских услуг (*«брат отдал свою бирку на КТ»* (ж, 61, СТ)), а также продуктов питания и товаров первой необходимости (*«сестра продукты приносила и предметы первой необходимости»* (ж, 58, СТ)). Стоит отметить, что получение финансовой помощи у трех возрастных групп имеет вид U-образной кривой: молодые, болеющие COVID-19, рассказывали о материальной помощи от своих родителей (*«без моих родителей я бы не справилась»* (ж, 22, СТ), *«благо у меня есть работающие родители»* (м, 21, СТ)), пожилые – от взрослых детей (*«сын все оплатил»* (ж, 60, Т)). Представители среднего возраста хоть и отмечали материальные проблемы, связанные с покупкой лекарственных препаратов, но при этом не задействовали в решение данного вопроса социальные связи.

Ситуация болезни сказывается как на физическом, так и на психологическом самочувствии, в связи с чем больному человеку необходима социально-психологическая помощь. В период пандемии COVID-19 данный вид поддержки стал особенно важным. Один из информантов сообщал: *«лучше болеть коронавирусом всей семьей. Один за всех и все за одного, как говорится. Каждый понимает, что другому тяжело, каждый это ощущает на себе и пытается чем-то помочь: помыть посуду или налить чай»* (м, 22, СТ). В первую

очередь данный вид поддержки оказывает «ближний» круг, то есть те люди, с кем индивид проживает вместе (чаще – члены семьи): *«первым, кто оказал помощь – это муж, потому что мы проживаем вместе, потом уже дети»* (ж, 45, Т). Поддержка семьи оказалась наиболее значимой для пожилых людей, которые отмечали, что страх одиночества в условиях изоляции выше, чем страх умереть от болезни: *«пусть будет она лучше одинокая, здоровая, но она от такого быстрее помрет»* (ж, 64, СТ). Комментируя важность этой проблемы, директор Европейского регионального бюро ВОЗ заявил: «Если сейчас Вы не можете навещать своих бабушек и дедушек ради их же безопасности, просто разговаривайте с ними каждый день, чтобы они не чувствовали себя забытыми. Физическое дистанцирование не должно приводить к социальной изоляции»¹.

Также информанты указывали, что члены семьи не только оказывали психологическую поддержку, но и создавали иные условия для успешного восстановления здоровья. Например, благодаря членам семьи появляется возможность компенсации принятых на себя социальных обязательств: *«муж вместо меня прибирается, гладит, посуду моет»* (ж., 72, Т). Также члены семьи, используя социальный капитал, могут улучшать условия лечения больного: *«у жены родственник – брат двоюродный, вышел на знакомых врачей, чтобы ухаживали за мной и перевели в одноместную палату»* (м, 62, Т).

Выделенные группы ресурсов являются известными и перекликаются с результатами зарубежных исследований: информационные – советы, эмоциональные – поддержка, безопасность и забота, инструментальная – помощь². Однако в ситуации болезни коронавирусной инфекции появляется новая группа ресурсов «медицинской помощи» для компенсации дисфункций системы

¹ Поддержка людей старшего возраста во время пандемии COVID-19 – задача каждого человека. Европейское региональное бюро ВОЗ. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.euro.who.int/ru/health-topics/health-emergencies/coronavirus-covid-19/news/news/2020/4/supporting-older-people-during-the-covid-19-pandemic-is-everyones-business>. – Дата обращения: 10.07.2022.

² House, J.S. Work stress and social support [Text]. Addison-Wesley Reading, Mas. 1981. 156 p. ISBN: 978-0-201-03101-0; Dunseath, J., Beehr, T.A., King, D.W. Job stress-social support buffering effects across gender, education and occupational groups in a municipal workforce [Text]. Review of Public Personnel Administration. 1995. Vol. 15. pp. 60-83. doi: 10.1177 / 0734371X9501500105.

здравоохранения. В соответствии с Федеральным законом № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» медицинскую помощь (мероприятия по поддержанию и восстановлению здоровья) должна оказываться медицинскими организациями. Однако на сегодняшний день отмечается недостаточный уровень качества первичной медико-санитарной помощи и ее доступности для населения¹. Особенно обострилась эта проблема в условиях пандемии COVID-19. В связи с чем семья была вынуждена выполнять несвойственные для нее функции по оказанию медицинской помощи во время болезни у одного из членов семьи. Анализ интервью позволил выделить четыре функции, которые выполняли члены семьи больного коронавирусной инфекции: обеспечение больного специализированной медицинской помощью, уход за больным, оказание первичной медико-санитарной помощи больному и его реабилитация.

В первую очередь члены семьи старались обеспечить больного специализированной медицинской помощью, так как считали это оптимальной стратегией в случае с коронавирусной инфекцией. Информанты часто заявляли, что в начале болезни при обращении к членам семьи за информационной или социально-психологической поддержкой, те указывали им на необходимость обратиться к врачу или самостоятельно вызывали им скорую или неотложную медицинскую помощь: *«когда я заболела, родственники вызывали для меня скорую»* (ж, 68, Т); *«сын контролировал... решил вызвать мне скорую... если бы он не настоял, я бы не легла в больницу»* (ж, 61, Т); *«я первым делом сообщил жене, а она сказала вызвать врача и уходить на больничный»* (м, 43, СТ). В случае если не удавалось получить удовлетворительную медицинскую помощь от врачей, члены семьи брали на себя эти обязательства и оказывали первичную медико-санитарную помощь: *«дочери пришлось научиться ставить уколы»* (ж, 45, СТ); *«дети сказали, какие анализы сдавать, свозили на КТ»* (ж, 60, СТ);

¹ О стратегии развития здравоохранения в Российской Федерации на период до 2025 года: Указ Президента Российской Федерации от 06.06.2019 г. № 254 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_326419/942772dce30cfa36b671bcf19ca928e4d698a928/. – Дата обращения: 26.05.2022.

«родители меня стали лечить самостоятельно, потому что скорую и врача было не дожидаться» (ж, 22, СТ). Кроме этого, члены семьи оказывали комплексный уход за больным, который включал контроль за поведением и здоровьем больного – прием лекарств, соблюдение режима питания и отдыха (*«мама постоянно заходила, заставляла пить лекарства» (ж, 22, СТ); «дети постоянно были со мной на связи, контролировали самочувствие» (ж, 45, Т);* а также обеспечение оптимальных санитарно-гигиенических условий (*«муж привез антибактериальную лампу» (ж, 60, СТ); «у меня были все лекарства и медицинская техника для измерения показателей здоровья» (ж, 27, Т).* И последняя функция, которая целиком и полностью легла на членов семьи – реабилитация больного, так как в системе здравоохранения во время пандемии не оставалось ресурсов для реализации программ восстановления после болезни: *«муж возил меня по разным специализированным врачам, проверял последствия болезни» (ж, 60, Т); «после болезни дочь мне выбила путевку, там меня лечили» (ж, 63, Т); «крестная моих детей закончила медицинский институт, помогала мне в психологическом восстановлении» (м, 62, Т).*

Важно заметить, что если члены семьи не имели в распоряжении необходимых ресурсов для оказания помощи больному COVID-19, то они задействовали «цепи социальных отношений»: *«удалось получить через подругу сестры своей подруги – вот такая цепочка» (ж, 28, СТ); «племянница в садике подружилась с девочкой, у этой девочки – мама терапевт...мы лечились, как она сказала» (ж, 21, СТ); «жена побежала звонить знакомым, искать лечение» (м, 43, СТ), «мама позвонила моим друзьям, они другим и т.д.» (м, 62, Т).*

В результате исследования было выявлено, что использование ресурсов для решения вопросов, связанных со здоровьем, в ситуации болезни коронавирусной инфекции реализуется через должный уровень доверия, основанный на нескольких индикаторах. Во-первых, компетентность человека в медицинской сфере. Информанты обращались в первую очередь к тем родственникам, которые имели образование или опыт работы в медицинской сфере: *«сразу позвонили сестре – она врач-пульмонолог» (ж, 37, Т).* Во-вторых, это теснота и длительность

контактов, уровень которых выше именно в семейных отношениях: *«семье своей я доверяю больше, все-таки мы знаем друг друга всю жизнь»* (ж, 45, Т). Благодаря тесным семейным отношениям в ситуации болезни активно распространяется семейный опыт лечения, даже если он не имеет пользы: *«лечились эфирными маслами – это еще от моих родителей»* (ж, 35, СТ); *«мама лечила народными методами, я доверял ей в этом»* (м, 62, Т). В-третьих, доверие в ситуациях, связанных со здоровьем, основывается на сходстве медицинских показаний. Информанты за уточнением лечения обращались к тем, кто переболел COVID-19: *«доверился врачам, когда узнал, что такое же лечение назначали моим родителям»* (м, 36, СТ) или с кем схожи симптомы заболевания: *«средства от кашля мне посоветовала сестра, которая болела, и ей помогло»* (ж, 48, СТ). Использование социального капитала основано не только на доверии, но и соблюдении норм реципрокности: *«в семье так принято – помогать друг другу»* (ж, 22, СТ). В ситуации болезни коронавирусной инфекцией доверие и нормы реципрокности служили для индивида в качестве основания для использования ресурсов семейных связей.

На основе результатов качественного исследования были выдвинуты гипотезы о влиянии семейного социального капитала на индивидуальное здоровье больного коронавирусной инфекцией, для проверки которых в январе-феврале 2022 г. было проведено авторское социологическое исследование в количественной традиции методом анкетирования. Объектом исследования выступили жители г. Пермь в возрасте от 20 лет и старше (n=500), которые переболели COVID-19 в среднетяжелой или тяжелой (включая крайне тяжелую) формах (инструментарий исследования см. в Приложении 3). Для отбора респондентов была использована квотная выборка (квотами являются: пол, возраст и тяжесть заболевания). Степень тяжести болезни определялась в соответствии с классификацией, разработанной Министерством здравоохранения РФ. Распределение квот по полу и возрасту было сделано в соответствии с

половозрастной структурой городского округа города Пермь на 2021 г. на основе данных Федеральной службы государственной статистики (табл. 6)¹.

Таблица 6. Характеристики генеральной и выборочной совокупностей формализованного опроса населения г. Перми

Пол / Возраст	Генеральная совокупность				Выборочная совокупность	
	Мужчины		Женщины		Количество	
	Количество	%	Количество	%	Мужчины	Женщины
20–34	102962	13	117670	15	64	74
35–59	161734	20	200302	25	101	125
60 и старше	69553	9	147386	18	44	92
Итого	N=799607				n=500	

Результаты формализованного опроса позволили оценить и проанализировать использование семейного социального капитала пермяками в период болезни коронавирусной инфекцией. Было доказано, что в ситуации болезни COVID-19 индивиды действительно активно задействовали семейные связи. Установлено, что 87% переболевших получали помощь от членов семьи. Остальные 13% не обращались за помощью к семье в силу объективных (физическое дистанцирование или болезнь членов семьи) или субъективных (забота о физическом и психологическом состоянии членов семьи, отсутствие близких связей с членами семьи, а также «*привычка решать свои проблемы самому*») факторов. О субъективных факторах также говорили информанты в ходе неформализованного интервью. В основном, выделение субъективных причин характерно для мужчин, которые обосновывали свой выбор гендерной ролью «я же мужчина».

Корреляционный анализ показал отсутствие связей между переменной «Помогали ли Вам члены семьи во время болезни?» и различными социально-демографическими характеристиками переболевшего COVID-19 (пол, возраст, образование), что позволяет сделать вывод о том, что в ситуации болезни в

¹ Базы данных показателей муниципальных образований Российской Федерации и Пермского края. Федеральная служба государственной статистики. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: https://rosstat.gov.ru/vpn_popul. – Дата обращения: 25.07.2022.

дополнительной «семейной помощи» нуждаются представители различных демографических групп, а не только группы, находящиеся в зоне риска по здоровью. Причем даже связь индивида с медицинской сферой не влияет на наличие помощи членов семьи: те, кто имеет опыт работы или образование в медицинской сфере, получали помощь от семьи в 80% случаев – практически в равной степени с теми, кто никак не связан с медицинской сферой (87%), то есть их «медицинский круг» не компенсирует полностью потребность в помощи во время болезни.

На основе анализа данных была построена диаграмма, которая характеризует помощь членов семьи для больного коронавирусной инфекцией (табл. 7). Данные представлены отдельно для членов семьи, которые живут в одном домохозяйстве и которые живут в разных домохозяйствах, так как физическая близость проживания оказывает влияние на оказание помощи (Гамма = 0,333 при $p < 0,001$).

Таблица 7. Использование ресурсов больными COVID-19 (множественный выбор, %)

№	Ресурсы	Одно домохозяйство		Разные домохозяйства	
		Помогли	Не нуждался	Помогли	Не нуждался
1	Предоставление информации (совет) для постановки диагноза	68,7	24,5	55,8	35,1
2	Предоставление информации (совет) для лечения и реабилитации	61,9	29,2	53,3	33,1
3	Предоставление информации о медицинских работниках	56,6	35,1	47,9	38,9
4	Предоставление информации о медицинских организациях	65,9	26	38,9	43,3
5	Оплата необходимых товаров и услуг	84,3	10,7	41,1	39,6
6	Доставка продуктов и товаров	82,6	13,8	52,3	31,8
7	Поиск лекарств и (или) средств индивидуальной защиты	80,4	15,7	49,7	32,8
8	Оказание психологической поддержки	88,9	8,6	57,8	29,2
9	Оказание помощи в выполнении повседневных дел	78,3	16,4	43,2	42
10	Помощь в получении медицинских услуг	65,8	29,2	35	44,3
11	Оказание первичной медицинской помощи	70,7	25,4	31,3	46,5

№	Ресурсы	Одно домохозяйство		Разные домохозяйства	
		Помогли	Не нуждался	Помогли	Не нуждался
12	Уход во время болезни	73	23,9	42,9	39,7
13	Оказание помощи в восстановлении после болезни	68,1	30,1	42,2	42,1

Полученные данные позволяют сделать вывод, что в наибольшей мере члены семьи обеспечивали индивида в период болезни COVID-19 необходимыми товарами и продуктами питания и оказывали психологическую поддержку. Имеются различия в оказании помощи членов семьи одного и разных домохозяйств. Члены семьи, которые с больным являются одним домохозяйством, чаще осуществляли поиск (80%) и покупку (84%) товаров и услуг для больного, оказывали помощь в выполнении повседневных дел (78%), а также реализовывали уход во время болезни (73%). Члены семьи, проживающие отдельно, предоставляли информационные ресурсы для постановки диагноза (56%) и для лечения, реабилитации (54%).

Предоставление информационных ресурсов членами семьи зависела от того, есть ли в семье индивид, имеющий медицинское образование или опыт работы в медицинской сфере (Somers'D = 0,141 при $p < 0,05$, зависимая – информационная помощь). Такой вывод подтверждает тезис о том, что компетентность человека в медицинской сфере является важным индикатором доверия в вопросах здоровья. Несмотря на это, было выявлено, что большинство членов семьи (почти 71%), которые проживали вместе с больным коронавирусной инфекцией, достаточно активно (среднее значение оценки помощи=1,5 по шкале от 1 до 5, где 1 соответствует варианту «полностью помогли», а 5 – «полностью не помогли») предоставляли больному «медицинские» ресурсы. В первую очередь семья старалась обеспечить больного специализированной помощью, т.е. вызвать скорую или неотложную медицинскую помощь, осуществляла контроль над поведением и здоровьем больного. Также семья сама оказывала помощь в лечении и реабилитации. Хотя между предоставлением такого рода ресурсов и наличием в семье человека с медицинским «багажом» статистически значимой связи не обнаружено. При такой ситуации увеличивается риск передачи

недостовверного семейного опыта лечения, о котором упоминали информанты в неформализованном интервью. При всем этом данные выводы позволяют говорить о том, что семейный социальный капитал выступал инструментом компенсации дисфункции системы здравоохранения.

В целом, члены семьи, проживающие на одной территории с больным COVID-19, в большей степени реализуют семейно-ориентированный уход через предоставление преимущественно материальных и социально-психологических ресурсов, тогда как другие члены семьи гораздо меньше вовлекались в лечение и уход за больным, но больше оказывали информационную поддержку. Сделанные выводы согласуются с теорией М. Грановеттера о том, что ресурсы членов одной группы (в данном случае – одного домохозяйства) являются одинаковыми, поэтому для получения «новых» (в значении «других», «ранее не использованных») информационных ресурсов индивиды обращаются к представителям других групп (в данном случае – других домохозяйств). Этот же тезис объясняет предоставление информационных ресурсов членами семьи через задействование цепей социальных отношений. Около 6% респондентов указали, что члены семьи помогли им найти тех, кто поделился с ними необходимой информацией для восстановления здоровья. Причем относительно других ресурсов задействование «цепей» практически не происходило (по каждому пункту не более 1%).

Использование ресурсов больными COVID-19 во время болезни коррелирует с социально-демографическими характеристиками. Во-первых, существуют гендерные различия в использовании социального капитала, которые обуславливаются разным опытом социализации у мужчин и женщин¹. Социальные сети женщин во многом обеспечивают им прочную социальную поддержку, но они не такие инструментальные, как у мужчин². Данные тезисы нашли отражение в результатах проведенного исследования. Например, было

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

² Нилов, В.М. Гендерные аспекты социального капитала [Текст] // Научный диалог. – 2015. – № 3 (39). – С. 150-162.

выявлено, что мужчины в 2,5 раза чаще, чем женщины обращаются к членам семьи за помощью в поиске лекарств и средств индивидуальной защиты (OR – 2,525 ДИ 1,012-6,300). Женщины, в свою очередь, в 2,4 раза чаще, чем мужчины, получают психологическую поддержку от членов семьи (OR – 0,417 ДИ 0,202-0,862).

Во-вторых, в зависимости от возраста индивиды по-разному используют социальный капитал. К примеру, были обнаружены связи между возрастом и оказанием членами семьи 1) медицинской помощи (ρ -Спирмена = (-)0,136 при $p < 0,05$), 2) информационной помощи для лечения (ρ -Спирмена = (-)0,157 при $p < 0,05$) и реабилитации (ρ -Спирмена = (-)0,268 при $p < 0,05$), а также 3) социально-психологической поддержки (ρ -Спирмена = -0,257 при $p < 0,05$). Все корреляции имеют отрицательное направление, что означает, что с возрастом запрос на поддержку от членов семьи возрастает. Это перекликается с результатами исследования ФОМ в 2020 г.¹, где каждый второй из группы «пожилые 60+» не знает симптомов коронавируса и каждый третий не знает мер против заражения. Такие данные иной раз подтверждают вывод о том, что пожилые люди в особенности нуждаются в помощи членов семьи, так как оказываются в зоне риска из-за отсутствия знаний и навыков, а также из-за низкого уровня возможностей в сфере здоровья.

В-третьих, в большей степени на использование социального капитала в ситуации, связанной со здоровьем, оказывает уровень образования. Высокий уровень образования повышает способность человека к восприятию новых знаний в области здоровья². Поэтому люди с высшим образованием обладают высокой медицинской грамотностью и меньше вовлекают социальные сети для решения данных вопросов³. Было установлено, что чем выше уровень образования, тем

¹ Проект «КоронаФОМ». ФОМ [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://covid19.fom.ru/k-temy>. – Дата обращения: 14.05.2022.

² Панова, Л.В. Модель социальных детерминант как основа многоуровневой методологии изучения здоровья [Текст] // Петербургская социология сегодня. – 2013. – № 4. – С. 221-252.

³ Байсунова, Г.С. Влияние демографических, социально-экономических и поведенческих детерминант на уровень медицинской грамотности населения алматинской области [Текст] /

чаще респонденты отмечали, что не нуждались в помощи членов семьи относительно лечения и реабилитации (ρ -Спирмена = 0,138 при $p < 0,05$) и в оказании ему медицинской помощи (ρ -Спирмена = 0,123 при $p < 0,05$).

Результаты количественного исследования позволили установить влияние сформированности (качества) семейного социального капитала на его использование членами семьи в ситуации болезни COVID-19. Сформированность семейного социального капитала оценивалась через отдельные его компоненты по разработанной в рамках данной работы структуре семейного социального капитала. Учитывались следующие эмпирические индикаторы: 1) размер семьи; 2) физическая близость членов семьи; 3) характер взаимоотношений в семье, 4) частота общения и совместного времяпрепровождения членов семьи, 5) установки членов семьи на оказание помощи и их ожидания в получении помощи, 6) уровень «воспринимаемого» доверия в семье. Использование семейного социального капитала было представлено двумя характеристиками, которые были получены путем модификации данных через определение средних значений: 1) «интенсивность использования», которая измерялась по шкале от 1 до 5, где 1 – высокая степень интенсивности, 5 – низкая степень интенсивности; 2) «уровень использования», от 0 до 26, где каждый балл оценивался как определённый вид ресурса, который предоставляют члены семьи.

В ходе анализа было выявлено, что пермяки имеют достаточно высокий уровень сформированности компонентов семейного социального капитала. В среднем респонденты указывали от двух до пяти членов семей (максимальное указанное значение – 11 чел.). При этом только треть опрошенных (36%) проживают с членами семьи, остальные проживают отдельно или с представителями других социальных связей (друзьями, коллегами по работе). При этом почти 60% указали, что члены семьи проживают близко. Большинство пермяков отметили, что имеют хорошие, дружеские (64%) или нормальные (31%) отношения между членами семьи. Лишь 5% сообщили, что отношения в семье

напряженные, имеются ссоры или конфликты. Члены пермских семей достаточно часто общаются и проводят время вместе. Так, 90% сказали, что члены семьи общаются между собой не менее одного раза в неделю. Плотность взаимодействия с членами семьи уменьшается с увеличением возраста (ρ -Спирмена = 0,211 при $p < 0,001$), что объясняется снижением социальной активности пожилых людей. Кроме этого, в пермских семьях наблюдается высокий уровень разделения норм реципрокности: более 70% указали, что в их семье принято помогать друг другу, так как члены семьи знают, что могут рассчитывать на помощь в ответ. Также около 90% высказались о доверительных отношениях внутри семьи. Все это позволяет говорить о высоком потенциале семейного социального капитала для жителей г. Пермь.

Все показатели семейного социального капитала коррелируют с оказанием помощи больному от членов семьи во время болезни COVID-19 (см. рис. 9). В большей степени коррелируют такие компоненты как семейные связи и нормы реципрокности.

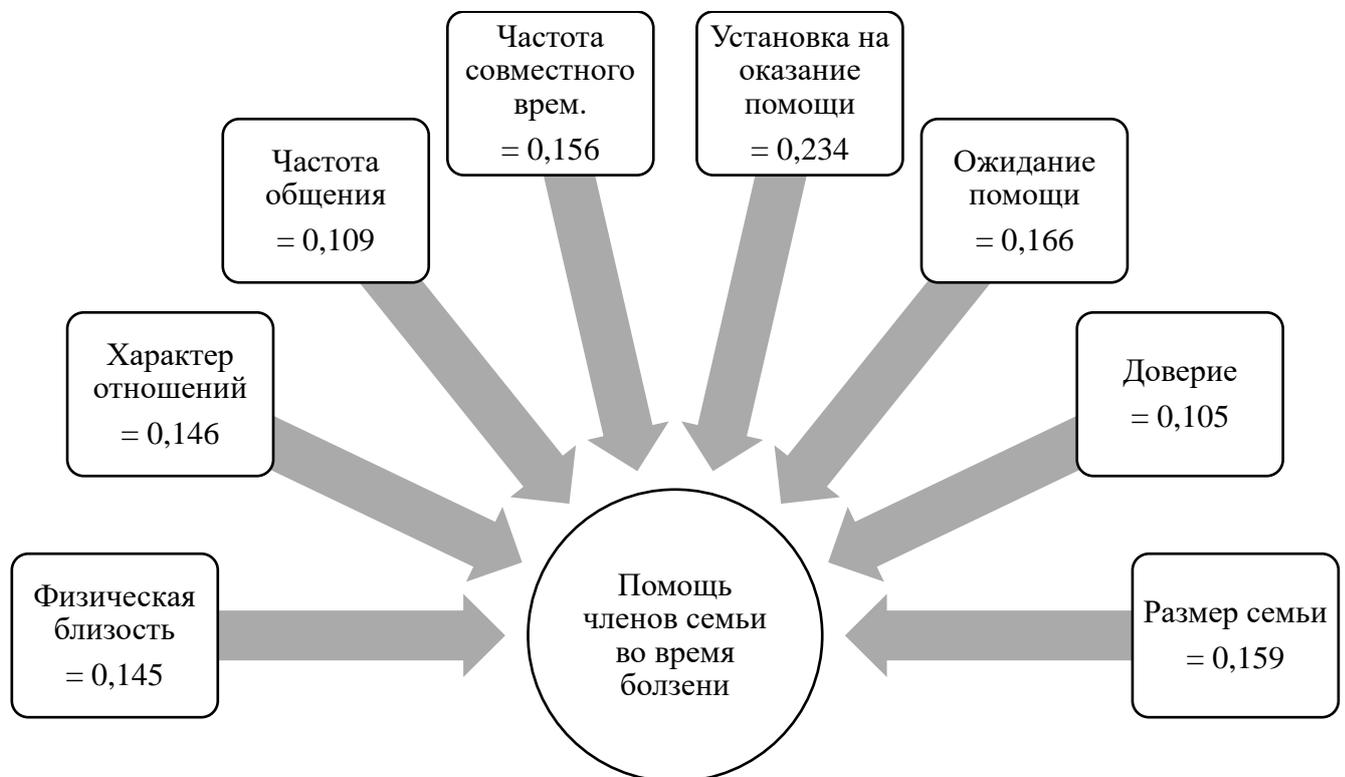


Рисунок 9. Связь компонентов семейного социального капитала с получением помощи от членов семьи в период болезни COVID-19 (значения коэффициента ρ -Спирмена и r -Пирсона при $p < 0,001$)

Исходя из этого, была сформулирована гипотеза: высокая сформированность семейного социального капитала обуславливает высокие показатели его использования в период болезни коронавирусной инфекции. Данные показали, что в среднем степень интенсивности поддержки членов семей у пермяков в период болезни достаточно высокая (среднее = 1,57 из 5), а количество оказываемых ресурсов в среднем сводится к 10 из 26. Однако не все компоненты социального капитала оказывают прямое влияние на интенсивность и уровень его использования (см. табл.8).

Таблица 8. Связь компонентов семейного социального капитала и его использования в период болезни COVID-19

Компонент семейного социального капитала	Эмпирический индикатор	Корреляция (при $p < 0,05$) с интенсивностью использования	Корреляция (при $p < 0,05$) с уровнем использования
Семейные связи	Размер семьи	r-Пирсона= 0,187	r-Пирсона= 0,187
	Физическая близость членов семьи	<i>Отсутствует статистически значимая связь</i>	ρ -Спирмена= 0,189
	Характер взаимоотношений членов семьи	<i>Отсутствует статистически значимая связь</i>	ρ -Спирмена= 0,050
Социальная активность семьи	Частота общения членов семьи	<i>Отсутствует статистически значимая связь</i>	ρ -Спирмена= 0,078
	Частота совместного времяпрепровождения членов семьи	<i>Отсутствует статистически значимая связь</i>	ρ -Спирмена= 0,088
Нормы реципрокности в семье	Установка членов семьи на оказание помощи	<i>Отсутствует статистически значимая связь</i>	r-Пирсона= 0,125
	Ожидание членов семьи в получении помощи	<i>Отсутствует статистически значимая связь</i>	ρ -Спирмена= 0,103

Компонент семейного социального капитала	Эмпирический индикатор	Корреляция (при $p < 0,05$) с интенсивностью использования	Корреляция (при $p < 0,05$) с уровнем использования
Доверие в семье	Уровень «воспринимаемого» доверия в семье	r -Пирсона = 0,139	<i>Отсутствует статистически значимая связь</i>

Большинство компонентов семейного социального капитала, кроме доверия, коррелируют лишь с уровнем его использования в период болезни COVID-19, т.е. больше ресурсов получили те пермяки, у кого теснее семейные связи, выше плотность взаимодействия и уровень разделения норм реципрокности в семье. Размер семьи оказался значимым и определяющим для использования социального капитала семьи. Была выявлена зависимость: чем больше членов семьи у индивида, тем чаще и интенсивнее семья оказывала ему помощь во время болезни. С доверием дело обстоит иначе: было выявлено влияние доверия только на интенсивность использования, т.е. чем выше уровень доверия в семье, тем активнее члены семьи помогали больному. Доверие не влияет на количество предоставляемых ресурсов в период болезни. Это можно объяснить тем, что вопросы, касающиеся здоровья, относятся к «личным/интимным» вопросам, обсуждением которых происходит не со всеми членами семьи. Доверие в ситуации со здоровьем выступает неким «фильтром» получения помощи: чем ниже уровень доверия в семье, тем реже индивиды отвечали, что получали помощь от членов семьи во время болезни (Гамма = 0,274 при $p < 0,05$).

Таким образом, использование семейного социального капитала в ситуации лечения и реабилитации больного COVID-19 было оценено с позиции качественных (виды ресурсов) и количественных (уровень и интенсивность использования) характеристик. На основе результатов исследования были выделены группы ресурсов, которые индивиды извлекают из семейных связей для решения вопросов восстановления своего здоровья: информационные,

материальные и социально-психологические. Полученные данные согласуются с результатами других исследований¹. Однако в отличие от других заболеваний больные коронавирусной инфекцией, вовлекают семейный социальный капитал не только для получения «известных» ресурсов, но и для компенсации дисфункции здравоохранения, которая образовалась в период пандемии. Семейные связи обеспечивали больного COVID-19 так называемыми «медицинскими» ресурсами, при этом члены семьи не имели медицинского образования: обеспечение больного специализированной медицинской помощью (вызов скорой или неотложной медицинской помощи), уход за больным (контроль за поведением и здоровьем), медико-санитарная помощь (медицинские манипуляции) и реабилитация больного.

При оценке использования семейного социального капитала в ситуации болезни COVID-19 было выявлено, что на объем ресурсов внутри семьи, которыми члены семьи в последующем могут обмениваться, влияют все компоненты семейного социального капитала. Обмен и накопление ресурсов внутри семьи регулирует доверие, т.е. этот компонент определяет степень включенности членов семьи в эти процессы.

2.3 Связь семейного социального капитала и индивидуальных стратегий поведения во время болезни²

Имеются исследования³, которые показывают наличие разнообразных поведенческих стратегий индивидов в ситуации болезни COVID-19¹,

¹ House, J.S. Work stress and social support [Text]. Addison-Wesley Reading, Mas. 1981. 156 p. ISBN: 978-0-201-03101-0.

² *Положения параграфа частично изложены в публикации: Шарыпова [Елисеева] С.Ю., Лебедева-Несевря Н.А. Стратегии поведения взрослых горожан в ситуации болезни COVID-19 // Материалы Всероссийской научной конференции «Актуальные проблемы моделирования, проектирования и прогнозирования социальных и политических процессов в мультикультуральном пространстве современного общества», г. Ростов-на-Дону, 2022. С. 64-70.*

³ Alegana, V., Wright, J., Pezzulo, C., Tatem, A., Atkinson, P. Treatment-seeking behaviour in low- and middle-income countries estimated using a Bayesian model [Text]. BMC Medical research methodology. 2017. Vol. 17 (1). pp. 67-75. doi: 10.1186/s12874-017-0346-0; 1. Ward, H., Mertens,

варьирующихся от немедленного обращения за медицинской помощью при обнаружении первых симптомов инфекции до полного игнорирования симптомов заболевания². Успешность противодействия коронавирусной инфекции во многом зависела от того, какую стратегию выбирал индивид. На основе данных качественного исследования были определены типы поведенческих стратегий больного COVID-19. Данные количественного исследования позволили проанализировать распространённость данных стратегий и определить роль семейного социального капитала при выборе стратегии.

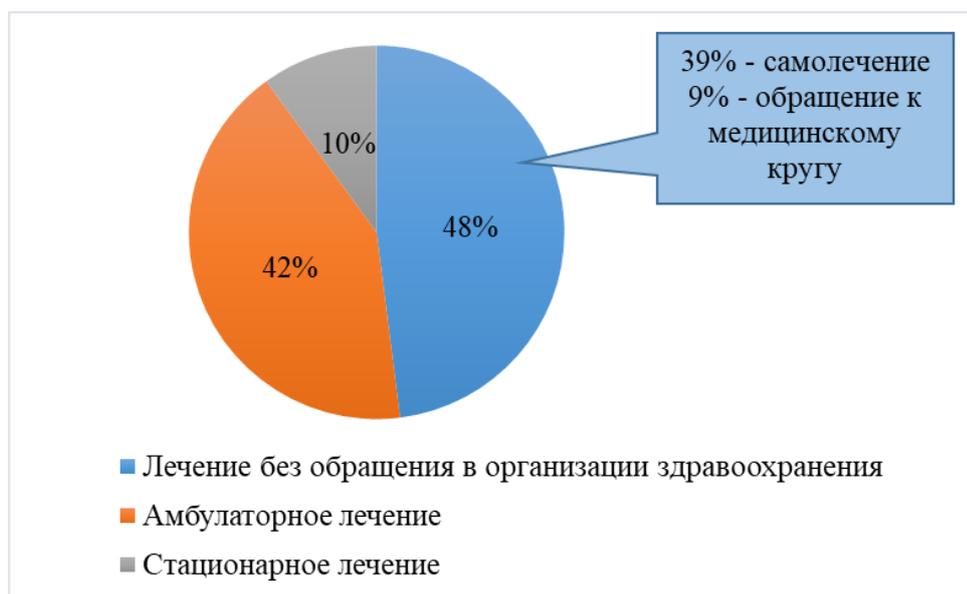


Рисунок 10. Поведенческие стратегии больных в ситуации болезни COVID-19

В соответствии с рекомендацией Минздрава для среднетяжелых и тяжелых больных COVID-19 лечение под наблюдением медицинского специалиста

T.E., Thomas, C. Health seeking behaviour and the control of sexually transmitted disease [Text]. Health policy and planning. 1997. Vol. 12 (1). pp. 19–28. doi: 10.1093/heapol/12.1.19.

¹ В рамках данного исследования «поведение во время болезни» (illness behaviour) подразделялось на два типа – «поведение, связанное с обращением за медицинской помощью» (healthcare-seeking behaviour) и «поведение, связанное с поиском лечения» (treatment seeking behaviour). Данные типы описывают действия/бездействия индивидов, которые полагают себя больными или отмечают какие-либо проблемы со здоровьем.

² 127. Cosci, F., Guidi, J. The role of illness behavior in the COVID-19 pandemic [Text]. Psychotherapy and psychosomatics. 2021. Vol. 90. pp. 156–159. doi: 10.1159/000513968.

является обязательным¹. Несмотря на это, к помощи сотрудников организаций здравоохранения прибегали лишь 52% пермяков (рис. 10). Почти половина переболевших ориентировалась на другие варианты: 39% занимались самолечением и 9% обращались к «медицинскому кругу», т.е. знакомым, которые имеют опыт работы или образование в медицинской сфере.

Стационарно лечились от коронавирусной инфекции в основном люди из группы риска по здоровью. Например, среди тех, кто проходил лечение в больнице, больше пожилых людей (63%) в возрасте 60 лет и старше (связь между переменными установлена по коэффициенту Гамма= $(-)$ 0,631 при $p < 0,001$). Стратегию самолечения в большей степени (67%) использовали те, кто оценивает состояние своего здоровья выше среднего (Гамма = 0,274 при $p < 0,001$). К стратегии «обращение к медицинскому кругу» преимущественно прибегали респонденты, имеющие медицинское образование или чья сфера деятельности связана с медициной, что существенно повышает возможности их социального капитала в сфере здоровья. Респонденты, связанные с медициной, в 4 раза чаще обращались к знакомым врачам, нежели другие (OR – 3,962 ДИ 1,844-8,511). Кроме этого, большое влияние на обращение к знакомым врачам оказывает наличие такого «специфического» социального капитала у членов семьи. Пермяки, у кого члены семьи имеют опыт работы или образование в медицинской сфере, в 5 раз чаще прибегали к помощи «медицинского круга» во время болезни COVID-19 (OR – 5,226 ДИ 2,737-9,976).

Амбулаторное и стационарное лечение, а также вовлечение «медицинского круга» составляют почти 61% поведенческих стратегий пермяков, т.е. большинство в период болезни получали медицинскую помощь. Тем не менее, многие респонденты, в особенности те, кто не имел «медицинского круга», демонстрировали иное поведение, связанное с поиском лечения (treatment seeking behaviour) в ситуации болезни коронавирусной инфекцией. Анализ

¹ Стопкоронавирус.рф – Официальный Интернет-ресурс для информирования населения по вопросам коронавируса (COVID-19) [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://xn--80aesrpeba-gmfblc0a.xn--p1ai/info/docs/>. – Дата обращения: 04.05.2022.

неформализованных интервью позволил определить три причины проявления иного поведения: 1) недоверие к системе здравоохранения и ее представителям, 2) дисфункция системы здравоохранения в период пандемии, 3) последствия болезни.

В ходе формализованного опроса было установлено, что пермяки демонстрируют низкий уровень доверия к «бесплатным» медицинским организациям¹. Всего 16% указали, что полностью доверяют «бесплатным» больницам и поликлиникам, а среднее значение доверия равняется 3 по шкале от 1 до 5, где 1 – «полностью доверяю», 5 – «полностью не доверяю». Чуть больше пермяки полностью доверяют врачам (21%), а еще больше (25%) – платным медицинским организациям. Это обусловлено тем, что россияне считают платные медицинские услуги более качественными². Это подтверждается и на выборке пермяков. В интервью все информанты говорили об обращении за медицинской помощью в период болезни коронавирусной инфекции, но по результатам анкетирования многие даже не обращались в медицинские организации, несмотря на среднетяжелую или тяжелую форму COVID-19. Такое поведение обусловлено как раз-таки недоверием к системе здравоохранения. Например, была установлена связь между самолечением и недоверием к «бюджетной» медицине: чем больше пермяки не доверяют бесплатным медицинским организациям, тем чаще прибегают к самостоятельному лечению (Гамма = -0,248 при $p < 0,05$). При этом стоит отметить, что лечение коронавирусной инфекции в стенах больницы повышает уровень доверия пермяков, в частности к «бесплатной» медицине (Somers' D = 0,105 при $p < 0,001$, зависимая – доверие).

Кроме фактора недоверия, предполагалось, что пермяки, которые занимались самолечением, не обращались в медицинские организации из-за проблем в системе здравоохранения в период пандемии. Однако данные не

¹ Под «бесплатными» медицинскими организациями в обыденном сознании подразумеваются организации, где не требуется оплата медицинских услуг самим клиентом.

² Нодельман, В. Россияне считают платные мед. услуги более качественными / В. Нодельман, Н. Беришвили/ [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://iz.ru/708435/valeriia-nodelman-nataliia-berishvili/rossiiane-schitaiut-platnye-meduslugi-bolee-kachestvennymi>. – Дата обращения: 21.04.2021.

подтвердили гипотезу. Напротив, те, кто выбирал только стратегию самолечения, например, в два раза меньше сталкивались с проблемами, нежели те, кто обращался за медицинской помощью (OR – 0,373 ДИ 0,210-0,661). Т.е. доверие было определяющим фактором не обращения за медицинской помощью. Тем не менее, дисфункции в работе здравоохранения стали причиной самолечения для тех пермяков, кто все же изначально предпринимал попытку обращения в медицинские организации, например, они в 2,5 раза чаще сообщали о нехватке медицинского персонала (OR – 2,419 ДИ 1,416-4,135).

В целом, пермяки отметили следующие проблемы в системе здравоохранения (множественный выбор): дороговизна лекарственных препаратов (63%), нехватка медицинского персонала (41%), низкое качество бесплатного медицинского обслуживания (39%), в том числе отсутствие программ по реабилитации после болезни (34%), недоступность бесплатной медицинской помощи – очереди, невозможность записаться на прием (29%), нехватка лекарств (31%), дороговизна средств индивидуальной защиты (29%), отсутствие мест в больницах (15%), нехватка медицинского оборудования (16%) и средств индивидуальной защиты (15%). Хотя проблемы в системе здравоохранения были основными (71%) для болеющих COVID-19, респонденты так же отмечали иные проблемы (множественный выбор): социальные – невозможность вести привычный образ жизни (69%), материальные – проблемы с финансами (26%) и психологические (26%). Такие же блоки проблем были выделены по результатам исследования ВЦИОМ¹. Сравнивая результаты двух исследований, можно сделать вывод, что в период болезни COVID-19 для пермяков более существенными оказались проблемы системы здравоохранения. При этом проблемы в большей степени коснулись пожилых людей, женщин и индивидов с низким уровнем образования и самооценкой здоровья. Результаты интервью раскрыли, что при решении вышеуказанных проблем в качестве «иного

¹ Прощай, COVID-19? Два года пандемии, адаптация и смена повестки. Аналитический обзор ВЦИОМ [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://wciom.ru/analytical-reviews/analiticheskii-obzor/proshchai-covid-19-dva-goda-pandemii-adaptacija-i-smena-povestki>. – Дата обращения: 07.04.2022.

источника помощи» большинство респондентов (87%) задействовали семейные связи. Результаты исследования подтвердили, что благодаря высокому уровню семейного социального капитала больные коронавирусной инфекции получали необходимую помощь для лечения и реабилитации от членов семьи.

Для описания типов использования семейного социального капитала в условиях болезни COVID-19 был реализован кластерный анализ методом k-средних. Кластеризация осуществлялась на основе двух характеристик использования семейного социального капитала: уровень и интенсивность, так как данные характеристики обусловлены качеством семейного социального капитала и повышают успешность различных стратегий в противодействии коронавирусной инфекции (в интервью пермяки не раз говорили про невозможность быстрого выздоровления без помощи семьи). В результате кластерного анализа было выделено четыре кластера по типу использования семейного социального капитала в период болезни COVID-19 (табл. 9). Первый кластер (17%) характеризуется активным использованием семейного социального капитала. Во второй кластер вошли пермяки с умеренным уровнем использования семейного социального капитала – данный кластер является самым большим по количеству человек (41%). Пермяки со слабым использованием образовали третий кластер (27%). И четвертый кластер (15%) был образован по остаточному признаку: туда вошли те, кто не использовал семейный социальный капитал по разным причинам в период болезни коронавирусной инфекцией.

Таблица 9. Типология использования семейного социального капитала (ССК) индивидами во время болезни COVID-19 (кластерный анализ методом k-средних)

№	Тип использования ССК	Кол-во	%	Значения центров кластеров	
				Уровень использования ССК (от 1 до 26)	Интенсивность использования ССК (от 1 до 5)
1	Активно использовавшие	87	17,4	21	1,7
2	Умеренное использовавшие	205	41,0	12	1,8
3	Слабо использовавшие	134	26,8	6	2,0
4	Не использовавшие	74	14,8	0	0
ИТОГО:		500	100		

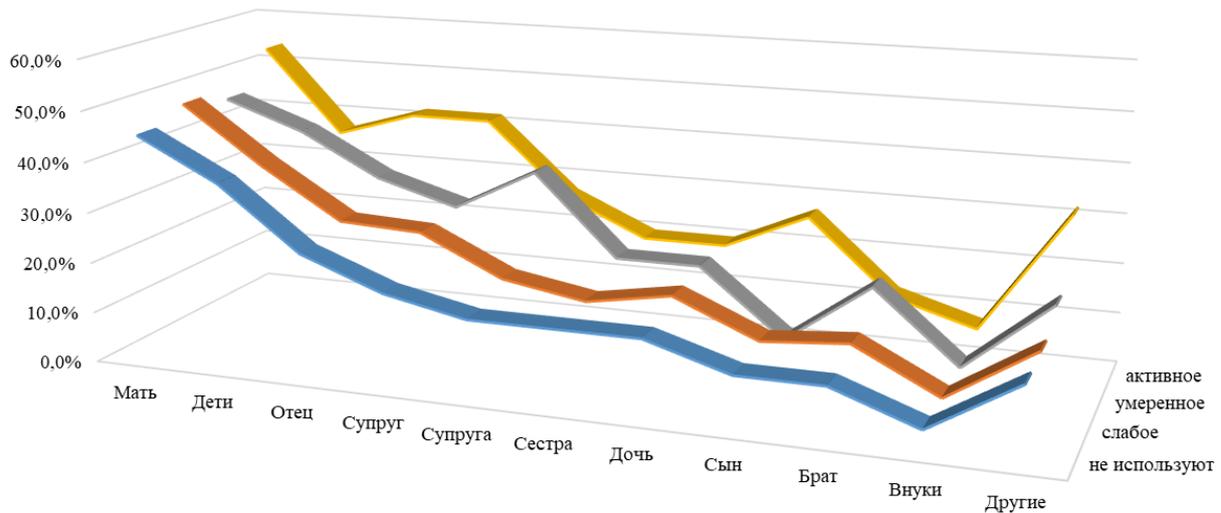
При соотнесении поведенческих стратегий больных и использования социального капитала семьи в ситуации болезни, можно заметить, что представители «активного» и «умеренного» кластеров чаще прибегали к медицинской помощи, а в двух других кластерах – к самолечению. Таким образом, была опровергнута гипотеза о том, семейный социальный капитал в большей степени используется как дополнительный источник ресурсов при самолечении. Наоборот, переболевшие COVID-19, кому члены семьи помогали во время болезни, почти в 2 раз реже занимались самолечением, нежели те, кому члены семьи не помогали (OR – 0,538 ДИ 0,330-0,878). Это свидетельствует о том, что семейный социальный капитал в условиях дисфункции системы здравоохранения был способен обеспечить больного специализированной медицинской помощью, например, через задействование цепей социальных отношений. В интервью информанты говорили, что члены семьи помогли попасть в больницу или записаться на прием к врачу.

В представленных кластерах мужчины и женщины находятся почти в одинаковом соотношении. Однако в четвертом кластере, где не использовали семейный социальный капитал, оказалось чуть больше мужчин (45%), чем в остальных. Это опять же подтверждает результаты интервью, где в основном мужчины, руководствуясь гендерной ролью «я же мужчина», говорили, что не нуждаются в помощи. Имеются различия по возрастным группам. Кластер «не использовавших» семейный социальный капитал в большей степени представлен людьми среднего возраста от 34–50 лет (45%). Это соотносится с данными, полученными в интервью: люди среднего возраста меньше всего говорили о вовлечении членов семьи, так как полагались на свои силы. В отличие от других кластеров в группе «активное использование» больше всего пожилых людей (36%) – это иной раз доказывает, что люди старше 60 лет оказались в зоне риска и особенно нуждались в семейной поддержке. Кроме этого, отличается уровень образования у представителей разных кластеров. Среди тех, кто слабо использовал или совсем не использовал социальный капитал, более 51% имеют

высшее образование. Возможно, это можно объяснить тем, что наличие высшего образования у индивида повышает требования к компетентности окружающих в вопросах здоровья. В связи с чем, при заболевании индивид обращается либо к специализированной медицинской помощи, либо к «медицинскому кругу». Слова информанта из пилотажного интервью подтверждают это предположение: *«Друзья, коллеги – это не тот вариант... Я думаю, что это не та аудитория, которая должна советовать. Ну, потому что уровень компетентности не тот, который нужно».*

Значительно отличаются кластеры по признаку «семейное положение». Активно получали помощь от членов семьи в ситуации болезни пермяки, которые состоят в зарегистрированном и незарегистрированном браке (70%). Среди всех кластеров группа, не имеющих партнера (никогда не состоял в браке, находится в разводе или потерял партнера), в основном распределена по кластерам «слабое использование» (47%) и «не использование» (55%). При этом не только семейное положение оказывается значимым, но и проживание с членами семьи в одном домохозяйстве. Примечательно, что среди тех, кому члены семьи активно оказывали помощь, нет никого, кто проживал бы один. В остальных кластерах эта группа составляет от 27 до 37%. То есть обосновывается значимость близости проживания как фактор поддержки в ситуации болезни. Пермяки в интервью указывали, что в ситуации тяжелой формы болезни, члены семьи временно переезжали к ним.

Интересными оказываются отличия кластеров по ролевой структуре семьи (рис. 11). Чаще всего в качестве членов семьи пермяки упоминают родителей, детей и супругов – тех, кто составляют с больным одно домохозяйство.



	Мать	Дети	Отец	Супруг	Супруга	Сестра	Дочь	Сын	Брат	Внуки	Другие
■ не используют	44,9%	36,7%	24,5%	18,4%	15,0%	15,0%	15,0%	10,0%	10,0%	4,0%	14,3%
■ слабое	47,9%	36,6%	26,8%	26,0%	18,3%	15,5%	18,3%	11,3%	12,7%	4,2%	15,0%
■ умеренное	45,8%	40,2%	31,8%	27,1%	35,5%	19,6%	19,6%	6,5%	18,7%	4,7%	18,7%
■ активное	53,7%	36,6%	41,5%	41,5%	26,8%	19,5%	19,5%	26,8%	12,2%	7,3%	31,7%

Рисунок 11. Ролевая структура семьи представителей разных кластеров¹

Количество различных членов семьи возрастает с каждым кластером, начиная от того, где не использовали семейный капитал и заканчивая тем, кто использовал активно. Представители кластера «активное использование» указывают гораздо больше и разнообразнее членов семьи, нежели другие. Кроме этого, важно отметить различия в кластерах по типу семьи. Дж. Коулман в своей концепции семейного социального капитала предполагал, что в неполных семьях семейный социальный капитал хуже накапливается, нежели в полных². Данный тезис был подтверждён на выборке жителей г. Пермь. В ходе анализа была обнаружена статистически значимая связь между количеством ресурсов, которые индивид получает в период болезни, и типом семьи индивида (r -Пирсона = -0,214 при $p < 0,05$). Полные семьи чаще встречались в первом (36%) и во втором (47%) кластерах. Также медианное значение количества членов семьи, в которых не использовался семейный социальный капитал для лечения и реабилитации

¹ В подгруппу «другие» включены следующие варианты ответа (в формулировке респондентов): «прабабушка», «молодой человек / девушка», «племянник», «зять», «тетя», «дядя», «двоюродная сестра / брат», «свекровь», «теща», «правнуки».

² Коулман, Дж. Капитал социальный и человеческий (Перевод Л. Стрельникова, А. Стасенко) [Текст] // Общественные науки и современность. – 2001. – № 3. – С. 121-139.

большого коронавирусной инфекцией, равно двум, тогда как в семьях с активным использованием социального капитала это значение равняется четырем.

Характеристики семьи оказывают влияние на качество семейного социального капитала и соответственно на его использование в ситуации болезни, так как они находятся в прямой зависимости. Была проанализирована интенсивность помощи по различным группам ресурсов в зависимости от кластера (рис. 12). Активное использование семейного социального капитала предполагает равномерное предоставление различных видов ресурсов. В «среднем» кластере пермяки так же получали необходимые ресурсы от членов семьи, но в меньшей степени. Слабое использование, как показали результаты исследования, не предполагает оказание «медицинских» ресурсов. В этом кластере больше всего было оказано социально-психологической помощи больному. Это можно объяснить семейным положением респондентов из третьего кластера. Так, пермяки, не имеющие партнера (вдовец/вдова или разведен), в большей степени нуждались в психологической поддержке.

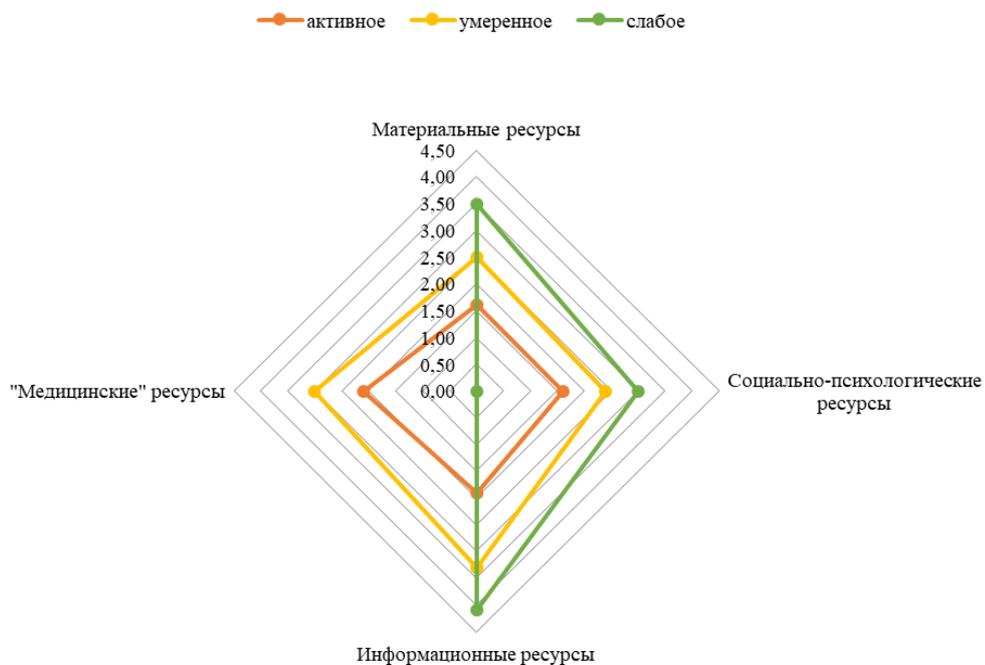


Рисунок 12. Интенсивность помощи по различным группам ресурсов в зависимости от кластера

Результаты исследований позволили установить, что определяющее значение при выборе стратегии оказывает социальный капитал индивида. Жители Перми, имеющие опыт работы или образование в медицинской сфере, а также членов семьи, связанных с медициной, предпочитали обращаться к своему «медицинскому кругу», нежели к медицинским организациям. Несмотря на амбулаторное, стационарное лечение и вовлечение «медицинского круга», подавляющее большинство опрошенных различных социально-демографических групп задействовали семейные связи в ситуации болезни COVID-19, которые обеспечивали индивида дополнительными ресурсами, в том числе в сфере медицины для лечения и реабилитации. Анализ типов использования семейного социального капитала позволил установить тех, кто оказались в зоне повышенного риска в период болезни коронавирусной инфекцией: неполные семьи, пожилые люди, дети и те, кто в ситуации болезни не обращается ни за медицинской помощью, ни к членам семьи. Было установлено, что пермяки не используют семейный социальный капитал по причине объективных (физическое дистанцирование или болезнь членов семьи) или субъективных (забота о физическом и психологическом состоянии членов семьи, отсутствие близких связей с членами семьи, а также *«привычка решать свои проблемы самому»*) факторов.

По результатам теоретико-методологического анализа и проведенных эмпирических исследований можно сделать следующий вывод о роли семейного социального капитала в обеспечении индивидуального здоровья различных групп населения в контексте пандемии COVID-19. Семейный социальный капитал как фактор индивидуального здоровья может оказывать прямое или опосредованное влияние. Данные виды влияния имеют разные технологии и могут оказывать как положительное влияние, способствующее сохранению и восстановлению здоровья индивида, так и отрицательное.

Пандемия COVID-19 создала сложную эпидемиологическую обстановку, при которой семейный социальный капитал оказался почти единственным полноценно функционирующим для оказания помощи больному. Индивиды чаще

всего в ситуации болезни задействовали семейные связи, во-первых, для совместного принятия решения с членами семьи оптимальной поведенческой стратегии в условиях болезни коронавирусной инфекции, так как не доверяли системе здравоохранения. Во-вторых, для получения медицинской помощи от членов семьи в качестве компенсации дисфункций здравоохранения. В-третьих, для минимизации последствий болезни через реализацию семейно-ориентированного ухода. Использование семейного социального капитала представлено ресурсами «действия» и «комфорта», которые извлекались из семейных связей в период лечения и реабилитации: информационные, материальные и социально-психологические и медицинские ресурсы. Эмпирические данные позволили установить положительное влияние качества семейного социального капитала на его использование семьей в ситуации болезни COVID-19.

На выборке г. Пермь были показаны разные типы использования семейного социального капитала больными COVID-19: активное (17%), умеренное (41%), слабое (27%) и не использование (15%). Выделенные группы имеют социально-демографические различия, а также различия в поведенческих стратегиях в ситуации болезни, что позволило определить группы риска: неполные семьи, пожилые люди, дети и те, кто в ситуации болезни не обращается ни за медицинской помощью, ни к членам семьи.

Результаты исследования в рамках этой работы позволили определить, что значимым потенциалом в управлении индивидуальным здоровьем обладают семейные связи. Семейная среда, в которую включен практически каждый индивид, ресурсы, которые предоставляют члены семьи, семейные нормы – это то, что влияет на принятие решений в сфере здоровья. Семейный социальный капитал является важным источником информации о здоровье, здоровьесохранных практик, а также компенсирует дисфункции здравоохранения в период болезни. Понимание вовлечения и использования семейного социального капитала поможет предложить иные (новые) подходы к профилактике и лечению заболеваний в современном мире.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В 2020 г. пандемия COVID-19 создала сложную эпидемиологическую ситуацию в России и «оголила» проблемы отечественного здравоохранения. Решение вопросов, связанных со здоровьем, в условиях дисфункции здравоохранения сместилось в сторону задействования социальных связей индивида, которые образуют его социальный капитал.

Обобщая различные подходы к интерпретации социального капитала в социологической науке можно выделить четыре подхода: ресурсный, сетевой, коммунитарный и синтетический. Также можно определить два основания для типизации социального капитала в зависимости 1) от типа социальных отношений и 2) от носителя. Доминирующим подходом в исследованиях здоровья является ресурсный, предлагающий рассматривать социальный капитал как образующиеся и накапливающиеся в социальных сетях ресурсы, доступ к которым и обмен которыми обеспечивается посредством социальной активности, разделения норм взаимности и доверия внутри сети.

Влияние социального капитала на здоровье представлено в виде сегментированного цикла через основные четыре компонента социального капитала. Установлено, что групповой социальный капитал в большей степени обуславливает индивидуальное здоровье, в связи с чем выделено пять технологий данного влияния в зависимости от типов: прямое или косвенное, положительное или отрицательное.

Среди всех форм социального капитала в России самым высоким уровнем обладает семейный социальный капитал. Именно социальный капитал семьи стал основным и практически единственным источником помощи в ситуации болезни COVID-19. Семейный социальный капитал предлагается интерпретировать как ресурсы, которые образуются и накапливаются в семье как малой социальной группе, основанной на браке, родстве, усыновлении, опеке или попечительстве, члены которой могут не характеризоваться общностью быта, но реализуют совместную социальную активность, проявляют доверие друг к другу и разделяют

нормы взаимности. Структура семейного социального капитала как фактора индивидуального здоровья представлена следующими компонентами и их эмпирическими индикаторами: семейные связи, социальная активность, нормы реципрокности и доверие в семье. Для анализа влияния семейного социального капитала на индивидуальное здоровье предлагается отдельно учитывать сформированность (качество) социального капитала и его использование (уровень и интенсивность).

На результатах эмпирического исследования на выборке г. Пермь выявлено, что, несмотря на среднетяжелую или тяжелую форму болезни COVID-19, при которых является обязательным лечение под наблюдением медицинского специалиста, почти половина опрошенных задействовали для борьбы с болезнью именно семейные связи. Доминирующими причинами выступили: 1) недоверие к системе здравоохранения и ее представителям, 2) дисфункции системы здравоохранения в период пандемии, 3) последствия болезни. Семейные связи оказались наиболее доступными для индивидов, так как самоизоляция разделила общество на изолированные сегменты (домохозяйства), и значимыми, так как в семье наблюдается высокий уровень доверия и разделения норм реципрокности.

Использование семейного социального капитала представлено ресурсами «действия» и «комфорта», которые извлекались из семейных связей в период лечения и реабилитации: информационные, материальные и социально-психологические и медицинские ресурсы. Установлено положительное влияние качества семейного социального капитала на его использование семьей в ситуации болезни COVID-19. Также доказано, что социальный капитал семьи в ситуации болезни влияет на выбор поведенческой стратегии, предоставляет медицинскую помощь в качестве компенсации дисфункций здравоохранения и минимизирует последствия болезни через реализацию семейно-ориентированного ухода.

Значимость семейного социального капитала в формировании индивидуального здоровья актуализирует вопрос о способах управления капиталом для решения задач здоровьесбережения. На данный момент в России

существует ряд федеральных программ и инициатив с ориентацией на здоровье населения, в особенности направленных на уязвимые группы граждан. Однако, проводимая политика зачастую не носит системного и комплексного характера, в частности, она не учитывает социальные детерминанты здоровья, в том числе роль семейного социального капитала.

Целесообразным представляется усиление внимания лиц, принимающих решения, к различным механизмам поддержания и восстановления здоровья граждан, подключающихся в случае дисфункции государственных структур, как это произошло в пандемию COVID-19. В первую очередь, важно обратить внимание на проблемы, ограничивающие обращение индивидов за профессиональной медицинской помощью, в том числе в период COVID-19. Во-вторых, необходима оптимизация работы социальных служб для уязвимых групп населения по оказанию помощи во время болезни.

К существующим мерам, затрагивающим развитие социального капитала семьи, можно отнести реализацию Концепции государственной семейной политики в РФ. Однако данная концепция в большей степени подразумевает поддержку семей в правовом и экономическом полях, а также укрепление семейных ценностей. Для поддержания и развития семейного социального капитала необходимо принимать меры не только по укреплению семейных ценностей, но и семейных связей, что предполагает внесение изменений в Концепцию государственной семейной политики. Рекомендуется в качестве значимой задачи добавить «укрепление семейных связей». Данное направление можно реализовывать через введение вновь в средства массовой информации социальной рекламы, пропагандирующей ценность семейных отношений, или через введение семейно-ориентированных предметов в образовательные программы в школах и вузах. В рамках занятий «Разговоры о важном» в общеобразовательных учреждениях можно поднимать темы значимости внутрисемейной поддержки, взаимопомощи, заботы.

Также необходимо формировать и развивать активные социальные сети между членами семьи через создание и поддержку жизнеспособных

неформальных механизмов. В период пандемии члены семьи стали самостоятельно объединяться для решения различных задач, связанных со здоровьем, на Интернет-платформах, образуя тем самым виртуальный социальный капитал. Этот тип отличается своей структурой, имея, например, собственные социальные поля (поле краудфандинга) и виртуальные ресурсы. Исходя из этого, необходимо изучать данный феномен и поддерживать такую инициативу на государственном уровне посредством создания новых онлайн-форм взаимодействий членов семьи.

С целью укрепления семейных социальных связей предлагается пересмотреть подходы к развитию пространства (физического и социального) населенных пунктов. Современные направления городского дизайна должны быть ориентированы на создание специальных зон внутри мегаполисов, где разные поколения членов семьи могут встречаться, обсуждать различные проблемы и их решения. Среда, которая позволяет семьям выстраивать и сохранять социальное взаимодействие, называется «поддерживающей» (supporting environments). В частности, такая среда будет способствовать реализации семейных практик ведения здорового образа жизни. Возможно поддерживать такие инициативы за счет деятельности различных структур, например, ГТО (системы физкультурно-спортивного воспитания). Такие организации могут предоставлять спортивные площадки для поддержания семейных здоровьесохранных практик, а также оказывать профессиональную помощь в этих вопросах.

Стоит отметить, что способы накопления семейного социального капитала в большинстве своем эндогенно детерминированы. Необходимо учитывать, что на это влияют индивидуальные особенности, личные предпочтения, процесс социализации членов семей, которые не поддаются изменению с помощью управления на мезо- и макроуровнях. Поэтому важно распространять информацию о способах развития индивидуальных навыков по предоставлению и получению поддержки в сфере здоровья. Такое информирование может проходить как через интернет-платформу, так и через мастер-классы отдельных успешных личностей и цикл лекций, например, в образовательных учреждениях.

В образовательных учреждениях развитие данных навыков может проходить в рамках предмета «Основы безопасности жизнедеятельности».

Кроме этого, необходимо повышать медицинскую грамотность граждан, чтобы впоследствии минимизировать обмен недостоверной информацией внутри семьи. Например, предлагается распространять опыт проведения образовательных Школ для пациентов и Школ здоровья. Данные школы окажутся наиболее значимыми для тех больных, кто совсем не обращается в медицинские организации в ситуации болезни. Через Школы здоровья возможно внедрить новую концепцию ответственного самолечения ВОЗ. Данная концепция предполагает разумное применение лекарственных средств, которые обладают высоким профилем безопасности и находятся в свободной продаже, для профилактики и лечения заболеваний. Например, в 2008 г. ВОЗ разработала концепцию по укреплению здоровья на рабочем месте (HPW) посредством повышения медицинской грамотности.

В целом, обращение к категории социального капитала при анализе способов сохранения и укрепления здоровья населения в современном мире может оказаться в значительной степени продуктивным. С помощью реализации мероприятий, направленных на укрепление семейных социальных связей может быть повышена эффективность риск-коммуникации в сфере здоровья и скорость распространения значимой информации. Понимание значимости семейного социального капитала в детерминации здоровья определяет необходимость разработки новых подходов к развитию современных городов, в которых неизбежные процессы атомизации индивидов должны замедляться путем создания условий для «сильных сообществ», способных за счет социальных связей, доверия и норм взаимопомощи создать среду, максимально благоприятствующую сохранению здоровья граждан.

Видится перспективным в плане последующих научных исследований: 1) более детальная разработка параметров для измерения качества семейного социального капитала, уровня и интенсивности его использования, что позволит создать интегральный индекс для измерения социального капитала семьи как

фактора индивидуального здоровья; 2) изучение условий и факторов формирования качества семейного социального капитала и его использования, в особенности для семей, находящихся в зарегистрированном и незарегистрированном браке; 3) исследование различных типов обращения («выявительный» и «заявительный») к семейному социальному капиталу для обеспечения индивидуального здоровья; 4) рассмотрение влияния семейного социального капитала на примере других ситуаций, связанных с индивидуальным здоровьем.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Александрова, Е. «Рекомендовано лучшими друзьями» или как россияне выбирают стоматолога [Текст] // Социальная реальность. – 2008. – № 2. – С. 20-27.
2. Алмакаева, А.М. Динамика социального капитала в России [Текст] / А.М. Алмакаева, О.В. Волченко // Мониторинг общественного мнения: экономические и социальные перемены. – 2018. – № 4. – С. 271-292.
3. Аронсон, П.Я. Утрата институционального доверия в российском здравоохранении [Текст] // Журнал социологии и социальной антропологии. – 2006. – № 2 (35). – С. 120-131.
4. База социологических данных ВЦИОМ [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://bd.wciom.ru/>. – Дата обращения 12.01.2022.
5. Базы данных показателей муниципальных образований Российской Федерации и Пермского края. Федеральная служба государственной статистики. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: https://rosstat.gov.ru/vpn_popul. – Дата обращения: 25.07.2022.
6. Байсунова, Г.С. Влияние демографических, социально-экономических и поведенческих детерминант на уровень медицинской грамотности населения алматинской области [Текст] / Г.С. Байсунова, Б.С. Турдалиева, К.А. Тулебаева, Д.В. Загулова // Вестник Казахского национального медицинского университета. – 2016. – № 1. – С. 613-618.
7. Барсукова, С.Ю. Реципрокные взаимодействия. Сущность, функции, специфика [Текст] // Социологические исследования. – 2004. – № 9 (245). – С. 20-30.
8. Белов, В.Б. Социальный капитал и здоровье населения [Текст] / В.Б. Белов, А.Г. Роговина // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2013. – № 6. – С. 3-5.
9. Близкие и волонтеры взяли на себя работу государства. Центр НИУ ВШЭ представил исследование о работе НКО в пандемийный период

- [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.rbc.ru/newspaper/2021/06/21/60cc7f659a7947d9665e437e>. – Дата обращения: 30.08.2022.
10. Блок, М. Социальный капитал: к обобщению понятия [Текст] / М. Блок, Н.А. Головин // Вестник Санкт-Петербургского университета. Серия «Теория, методология и история социологии». – 2015. – № 4. – С. 99-111.
 11. Бурдые, П. Формы капитала (перевод М.С. Добряковой) [Текст] // Экономическая социология. – 2002. – Т.3. – № 5. – С. 60-75.
 12. Бюссе, С. Социальный капитал и неформальная экономика в России [Текст] // Мир России. – 2002. – № 2. – С. 93–104.
 13. Взаимопомощь во время пандемии. ФОМ [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://fom.ru/TSennosti/14393>. – Дата обращения: 12.10.2022.
 14. ВОЗ объявила о начале пандемии COVID-19. Европейское региональное бюро ВОЗ. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.euro.who.int/ru/health-topics/health-emergencies/coronavirus-covid-19/news/news/2020/3/who-announces-covid-19-outbreak-a-pandemic>. – Дата обращения: 28.11.2021.
 15. ВОЗ: COVID-19 бьет по системам здравоохранения – как смягчить удар. Европейское региональное бюро ВОЗ. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://news.un.org/ru/story/2020/08/1384832>. – Дата обращения: 28.11.2022.
 16. ВОЗ: распространение COVID-19 остается чрезвычайной ситуацией международного значения. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://news.un.org/ru/story/2022/07/1427622>. – Дата обращения: 11.10.2022.
 17. Воронов, В.В. Институциональное и межличностное доверие как индикатор здоровья современного общества [Текст] / В.В. Воронов, Г.С. Ромашкин // *Ekonomia i Zarządzanie*. – 2011. – Т. 3. – № 1. – С. 48-54.
 18. ВЦИОМ: Россияне оценивают качество отечественной медицины в период пандемии [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://rg.ru/2020/12/22/vciom-rossiiane-ocenivaiut-kachestvo-techestvennoj-mediciny-v-period-pandemii.html>. – Дата обращения: 03.02.2022.

19. Гараева, С.Н. Некоторые аспекты влияния COVID-19 на психическое здоровье человека [Текст] / С.Н. Гараева, А.И. Леорда, Г.В. Постолати // Архивариус. – 2021. – № 3 (57). – С. 4-7.
20. Герасимчук, Д.Н. Социальный капитал как фактор конкуренции субъектов регионального рынка труда: дис. ... канд. социол. наук: 22.00.04. – Сахалинский гос. университет, Южно-Сахалинск, 2015. – 192 с.
21. Германов, И.А. Концептуализация и операционализация понятия «социальный капитал» в исследованиях организаций [Текст] / И.А. Германов, Е.Б. Плотникова // Вестник Пермского университета. Серия «Философия. Психология. Социология». – 2017. – № 1. – С. 106-114.
22. Грановеттер, М. Сила слабых связей [Текст] // Экономическая социология. – 2009. – Т. 10. – № 4. – С. 31-50.
23. Гримов, О.А. Механизмы формирования социального капитала в онлайн-социальных сетях [Текст] // Социальный капитал современного общества. Материалы всероссийской научной конференции. – 2012. – С. 210-211.
24. Гудкова, Т.В. Социальный капитал как фактор социокультурного и экономического развития общества [Текст] // Философия хозяйства. – 2015. – № 2. – С. 197–207.
25. Гужавина, Т.А. Формирование социального капитала школьников: опыт социологического анализа [Текст] / Т.А. Гужавина, Н.Н. Ясников, Н.Д. Лясникова // – Молодой ученый. – 2018. – № 36. – С. 85-91.
26. Гуриева, С.Д. Доверие как способ преодоления кризиса на примере COVID-19 [Текст] / С.Д. Гуриева, Н.В. Клипова // Современные исследования социальных проблем. – 2020. – № 2. – С. 248-265.
27. Дубров, Д.И. Внутрисемейный социальный капитал как предиктор субъективного благополучия родителей и подростков [Текст] // Казанский педагогический журнал. – 2016. – № 6. – С. 184-190.

28. Дюркгейм, Э. Самоубийство: Социологический этюд/ Пер, с фр. с сокр.; Под ред. В. А. Базарова [Текст]. – М.: Мысль, 1994. – 399 с. ISBN 5-244-00574-X.
29. Единый план по достижению национальных целей развития Российской Федерации на период до 2024 года и на плановый период до 2030 года. Министерство экономического развития РФ [Электронный ресурс]. – Режим доступа: https://www.economy.gov.ru/material/dokumenty/edinyy_plan_po_dostizheniyu_nacionalnyh_celey_razvitiya_rossiyskoy_federacii_na_period_do_2024_goda_i_na_planovyy_period_do_2030_goda.html – Дата обращения: 11.10.2022.
30. Здоровье, безопасность, семья и работа. Аналитический обзор ВЦИОМ [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://wciom.ru/analytical-reviews/analiticheskii-obzor/zdorove-bezopasnost-semya-i-rabota>. – Дата обращения: 16.11.2022.
31. Здравоохранение в России. 2021: Стат.сб./Росстат. - М., 2021. – 171 с.
32. Здравоохранение: Национальный проект 2019-2024. Минздрав России. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://government.ru/info/35561/>. – Дата обращения: 11.10.2022.
33. Зинатуллина, Г.Ф. Конвертация социального капитала сельской семьи региона [Текст] // Регионология. – 2015. – № 1 (90). – С. 134-142.
34. Игумнов, О.А. Становление концепций социального капитала: обзор теоретических подходов [Текст] // Социология. – 2019. – № 1. – С. 41-49.
35. Ищенко, И.Г. Теоретические подходы к формированию понятия социальный капитал [Текст] // Известия ПГПУ. Серия «Экономические науки». – 2006. – № 2 (6). – С. 28-32.
36. Каменева, Т.Н. Роль семьи в формировании отношения к здоровью молодежи в условиях пандемии [Текст] / Т.Н. Каменева, И.Э. Бровкина, И.Э. Надуткина, М.В. Селюков, В.Е. Сакулин // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2021. – № 29. – С. 758-762.

37. Кислицына, О.А. Влияние социальной поддержки на здоровье москвичей [Текст] / О.А Кислицына, С. Ферландер // Социологические исследования. – 2008. – № 4 (288). – С. 81-83.
38. Кислицына, О.А. Социально-экономические факторы риска психических расстройств и подростков [Текст] // Социологические исследования. – 2009. – № 8. – С. 92-99.
39. Козлова, Л.В. Стресс, вызванный угрозой заражения коронавирусом, и преобладающие копинг-стратегии у молодежи [Текст] // Вестник по педагогике и психологии Южной Сибири. Психологические науки. – 2020. – № 4. – С. 33-48.
40. Компания Synovate провела глобальное исследование социальных сетей. Центр гуманитарных технологий [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://gtmarket.ru/news/media-advertising-marketing/2008/09/04/1764>. – Дата обращения: 18.12.2019.
41. Комплексное наблюдение условий жизни населения. Официальный сайт Федеральной службы государственной статистики [Электронный ресурс]. – Режим доступа: https://www.gks.ru/free_doc/new_site/KOUZ18/index.html. – Дата обращения: 20.04.2020.
42. Коньков, А.Т. Социальный капитал и экономическое взаимодействие: монография [Текст]. – М.: Издательство Российского ун-та дружбы народов, 2006. – 222 с. ISBN 5-209-00821-5.
43. Копылова, П.В. Здоровье индивида как социальный капитал общества: теоретико-методологический анализ проблемы [Текст] // Социальная политика и политология. – 2013. – Т.2. – № 4. – С. 206-213.
44. Косцова, М.В. Специфика копинг-стратегий подростков до и во время пандемии [Текст] / М.В. Косцова, А.В. Гришина // Modern Science. – 2021. – № 9-2. – С. 166-173.
45. Коулман, Дж. Капитал социальный и человеческий (Перевод Л. Стрельникова, А. Стасенко) [Текст] // Общественные науки и современность. – 2001. – № 3. – С. 121-139.

46. Кузнецов, А.Е. Эмпирическая состоятельность концепта «социальный капитал». Проблема дезориентированных ответов [Текст] // Вестник Пермского университета. Серия «Философия. Психология. Социология». – 2018. – № 3 (35). – С. 450-462.
47. Курбатова, М.В. Социальный капитал предпринимателя: формы его проявления и особенности в современной российской экономике [Текст] / М.В. Курбатова, Н.Ф. Апарина // Экономический вестник Ростовского государственного университета. – 2008. – Т. 6. – № 4. – С. 45-61.
48. Леушкин, Р.В. Виртуальный социальный капитал: место и роль в системе современного общества [Текст] // Социодинамика. – 2016. – № 2. – С.67-76.
49. Лифинцева, А.А. Социальная поддержка как фактор преодоления негативных последствий стресса [Текст] // Вестник Балтийского федерального университета им. И. Канта. Серия: Филология, педагогика, психология. – 2012. – № 5. – С. 56-61.
50. Магдеева, М.Р. Социальный капитал: понятие и подходы к исследованию [Текст] / М.Р. Магдеева, Н.Н. Жилина, Т.С. Загидуллина // Экономическая теория. – 2017. – Т. 1. – № 3. – С. 18-23.
51. Мачеринскене, И.М. Социальный капитал организации: методология исследования [Текст] / И.М. Мачеринскене, Р.В. Минкуте-Генриксон, Ж.Й. Симанавичене // Экономика образования. – 2009. – № 2. – С. 28-38.
52. Миронова, А.А. Родственная межпоколенная солидарность в России [Текст] // Социологические исследования. – 2014. – №. 10. – С. 136–142.
53. Мурашко, М.А. Первая пандемия цифровой эпохи: уроки для национального здравоохранения [Текст] // Национальное здравоохранение. – 2020. – Т. 1. – № 1. – С. 4-8.
54. Нилов, В.М. Гендерные аспекты социального капитала [Текст] // Научный диалог. – 2015. – № 3 (39). – С. 150-162.
55. Нилов, В.М. Материнский социальный капитал как фактор здоровья и благополучия детей [Текст] / В.М. Нилов, Ю.А. Петровская // Женщина в российском обществе. – 2010. – № 1(54). – С. 43-50.

56. Нилов, В.М. Социальный капитал и здоровье: методологические проблемы исследований [Текст] // Вестник Санкт-Петербургского университета. Психология и социология здоровья. – 2011. – Сер. 12. – В. 1. – С. 217-220.
57. Новоселова, Е.Н. Роль семьи в формировании здорового образа жизни и смягчении факторов риска, угрожающих здоровью детей и подростков [Текст] // Анализ риска здоровью. – 2019. – № 4. – С. 175-185.
58. Нодельман, В. Россияне считают платные мед. услуги более качественными / В. Нодельман, Н. Беришвили/ [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://iz.ru/708435/valeriia-nodelman-nataliia-berishvili/rossiiane-schitaiut-platnye-meduslugi-bolee-kachestvennymi>. – Дата обращения: 21.04.2021.
59. О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Российской Федерации в 2020 году: Государственный доклад [Текст]. – М.: Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, 2021. – 256 с. ISBN 978–5–7508–1849–5.
60. О стратегии развития здравоохранения в Российской Федерации на период до 2025 года: Указ Президента Российской Федерации от 06.06.2019 г. № 254 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_326419/942772dce30cfa36b671bcf19ca928e4d698a928/. – Дата обращения: 26.05.2022.
61. Панова, Л.В. Модель социальных детерминант как основа многоуровневой методологии изучения здоровья [Текст] // Петербургская социология сегодня. – 2013. – № 4. – С. 221-252.
62. Патнэм, Р. Чтобы демократия сработала. Гражданские традиции в современной Италии (перевод А. Захарова) [Текст]. – М.: Ad Marginem, 1996. – 287 с. ISBN 5-88059-014-3.
63. Перечень инициатив социально-экономического развития Российской Федерации до 2030 года: Распоряжение Правительства РФ от 6 октября 2021 г. № 2861-р. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://static.government.ru/media/files/jwsYsyJKWGQQAaCSMGrd7q82RQ5xECo3.pdf>. – Дата обращения: 11.10.2022.

64. Поддержка людей старшего возраста во время пандемии COVID-19 – задача каждого человека. Европейское региональное бюро ВОЗ. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.euro.who.int/ru/health-topics/health-emergencies/coronavirus-covid-19/news/news/2020/4/supporting-older-people-during-the-covid-19-pandemic-is-everyones-business>. – Дата обращения: 10.07.2022.
65. Поде, Т. Критика понятия «социальный капитал» (перевод А. Захарова) [Текст] // Неприкосновенный запас. Дебаты о политике и культуре. – 2018. – № 3 (119). – С.211-220.
66. Полюшкевич, О.А. Оценка социального капитала и перспективы консолидации: гендерные аспекты [Текст] // Женщина в российском обществе. – 2013. – № 1. – С. 60-71.
67. Полякова, О.В. Теоретические аспекты категории «социальный капитал» [Текст] // Актуальные вопросы экономических наук. – 2010. – № 11-1. – С. 54-59.
68. Попов, Д.Д. Социальный капитал в сетевых экономических структурах [Текст] // Вестник КГУ им. Н.А. Некрасова. – 2011. – № 3. – С. 393-395.
69. Послание Президента РФ Федеральному Собранию, 21.04.2021 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_382666/. – Дата обращения: 06.06.2022.
70. Почти половина россиян имеет недостаточный уровень грамотности относительно сохранения здоровья. Медвестник [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://medvestnik.ru/content/news/Pochti-polovina-rossiyan-imeut-nedostatochnyi-uroven-gramotnosti-otnositelno-sohraneniya-zdorovya.html>. – Дата обращения: 15.02.2021.
71. Проблемы и трудности: к кому россияне обращаются за поддержкой? Аналитический обзор ВЦИОМ [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://wciom.ru/index.php?id=236&uid=9474>. – Дата обращения: 22.05.2022.
72. Проект «КоронаФОМ». ФОМ [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://covid19.fom.ru/k-temy>. – Дата обращения: 14.05.2022.

73. Протасенко, Л.Ю. Психология межличностных отношений: типы структур социального атома [Текст] // Научно-технические ведомости Санкт-Петербургского государственного политехнического университета. Гуманитарные и общественные науки. – 2011. – № 3. – С. 132-135.
74. Прощай, COVID-19? Два года пандемии, адаптация и смена повестки. Аналитический обзор ВЦИОМ [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://wciom.ru/analytical-reviews/analiticheskii-obzor/proshchai-covid-19-dva-goda-pandemii-adaptacija-i-smena-povestki>. – Дата обращения: 07.04.2022.
75. Психологи среди нас. Аналитический обзор ВЦИОМ [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://wciom.ru/analytical-reviews/analiticheskii-obzor/psikhologi-sredi-nas-2020>. – Дата обращения: 13.12.2020.
76. Радаев, В.В. Понятие капитала, формы капиталов и их конвертация [Текст] // Экономическая социология. – 2002. – № 4. – С. 20-32.
77. Рассказова, Е.И. Пандемия как вызов субъективному благополучию: тревога и совладение [Текст] / Е.И. Рассказова, Д.А. Леонтьев, А.А. Лебедева // Консультативная психология и психотерапия. – 2020. – Т. 28. – № 2. – С. 90-108.
78. Реутов, Е.В. Пандемическая реальность: актуальные проблемы и перспективы [Текст] / Е.В. Реутов, С.А. Вангородская, Г.Н. Гайдукова // НОМОТНЕТІКА: Философия. Социология. Право. – 2022. – Т. 47. – № 4. – С. 700–711.
79. Российский мониторинг экономического положения и здоровья населения НИУ ВШЭ [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.hse.ru/rlms/spss>. – Дата обращения: 19.02.2022.
80. Рощина, Я.М. Типы социального капитала россиян и их детерминанты [Текст] / Я.М. Рощина, Е.Д. Куфлина // Мониторинг общественного мнения: экономические и социальные перемены. – 2022. – № 1. – С. 307-327.
81. Русинова, Н.Л. Здоровье в странах Европы: статусные неравенства и влияние социального капитала [Текст] / Н.Л. Русинова, В.В. Сафронов // Социологический журнал. – 2015. – Т. 21. – № 4. – С. 34-60.

82. Русинова, Н.Л. Здоровье и социальный капитал (опыт исследования в Санкт-Петербурге) [Текст] / Н.Л. Русинова, Л.В. Панова, В.В. Сафронов // Социологические исследования. – 2010. – № 1. – С. 87-100.
83. Русинова, Н.Л. Значение социального капитала для здоровья в странах Европы [Текст] / Н.Л. Русинова, В.В. Сафронов // Журнал социологии и социальной антропологии. – 2014. – № 3. – С. 112-133.
84. Русинова, Н.Л. Медиаторы структурных неравенств в здоровье в странах Европы: социальный капитал близкого окружения и доверия людям [Текст] / Н.Л. Русинова, В.В. Сафронов // Журнал социологии и социальной антропологии. – 2020. – Т. 23. – № 1. – С. 35-64.
85. Русинова, Н.Л. Проблема социальных неравенств в здоровье: сравнительное исследование в России в европейском контексте [Текст] / Н.Л. Русинова, В.В. Сафронов // Вестник Института социологии. – 2019. – Т. 10. – № 1. – С. 139-161.
86. Сапоровская, М.В. Межпоколенные отношения как социальный капитал: о социально-психологической поддержке в семье [Текст] // Вестник Костромского государственного университета. Серия: Педагогика. Психология. Социокинетика. – 2012. – № 3(18). – С. 55-59.
87. Сасаки, М. Доверие как элемент социального капитала современной России (компаративистский анализ) [Текст] / Сасаки М., Давыденко В.А., Латов Ю.В., Ромашкин Г.С. // Мир России. – 2010. – № 2. – С. 78-97.
88. Соболева, И.В. Социальный капитал или социальный ресурс? // Экономическая наука современной России. – 2006. – № 3(34). – С. 16-29.
89. Солидарность во время пандемии. Аналитический обзор ВЦИОМ [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://wciom.ru/analytical-reviews/analiticheskii-obzor/solidarnost-na-fone-pandemii>. – Дата обращения: 25.07.2022.
90. Солодовников, С.Ю. Социальный капитал как фактор экономического роста // Экономика и банки. – 2015. – № 1. – С. 32-42.

91. Стопкоронавирус.рф – Официальный Интернет-ресурс для информирования населения по вопросам коронавируса (COVID-19) [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://xn--80aesfpeba-gmfblc0a.xn--p1ai/info/docs/>. – Дата обращения: 04.05.2022.
92. Сурки, М. Инвестиции в здоровье: ключевое условие успешного экономического развития стран Восточной Европы и Центральной Азии / М. Сурки, М. МакКи, Л. Рокко [Текст]. – Копенгаген: Европейская Обсерватория по системам и политике здравоохранения, 2008. – 274 с. ISBN 978-92-89071-92-5.
93. Сысоев, С.А. Внутрисемейный социальный капитал как стимул инвестиций в человеческий капитал [Текст] // Вопросы регулирования экономики. – 2010. – № 1(4). – С. 1-5.
94. Тихонова, Н.Е. Социальный капитал как фактор неравенства [Текст] // Общественные науки и современность. – 2004. – № 4. – С. 24–35.
95. Укрепление общественного здоровья: Федеральный проект 2019-2024. Минтруд России. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://mintrud.gov.ru/ministry/programms/demography/4>. – Дата обращения: 11.10.2022.
96. Фукуяма, Ф. Доверие: социальные добродетели и путь к процветанию: Пер. с англ. [Текст] / Ф. Фукуяма. – М.: ООО «Издательство АСТ»: ЗАО НПП «Ермак», 2004. – 736 с. ISBN 5-17-024084-8.
97. Фукуяма, Ф. Социальный капитал [Текст] // Культура имеет значение. Каким образом ценности способствуют общественному прогрессу. Под ред. Л. Харрисона и С. Хантингтона. (Lawrence Harrison, Samuel Huntington (eds.) Culture Matters: How Values Shape Human Progress. – New York: Basic Books, 2000.) – М.: Московская школа политических исследований, 2002. – С. 129-149. ISBN 5-93895-037-6.
98. Харламенкова, Н.Е. Переживание неопределенности, тревоги, беспокойства в условиях COVID-19 / Н.Е. Харламенкова, Ю.В. Быховец, М.В. Дан и др. ИП РАН. [Электронный ресурс]. – Режим доступа:

- http://ipras.ru/cntnt/rus/institut_p/covid-19/kommentarii-sp/har.html?fbclid=IwAR2oJC9T6N8XvicF7wz4neKQ8r8Yc3POe8bqmOzGNFaBJqWO77L6FBU
Nnok. – Дата обращения: 20.11.2021.
99. Цели в области устойчивого развития // Resolution adopted by the General Assembly on 25 September 2015, Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: https://www.un.org/en/development/desa/population/migration/generalassembly/docs/globalcompact/A_RES_70_1_E.pdf. – Дата обращения: 13.09.2022.
 100. Шестопалова, Л.Ф. Социальный капитал как фактор мотивации поведения студентов в отношении собственного здоровья [Текст] / Л.Ф. Шестопалова, В.Б. Никишина, Т.В. Недуруева, Е.А. Петраш // Курский научно-практический вестник «Человек и его здоровье». – 2014. – № 3. – С. 87-93.
 101. Шиняева, О.В. Семейный капитал и его зависимость от социальных характеристик семей [Текст] / О.В. Шиняева, Ю.В. Ушкова // Известия высших учебных заведений. Поволжский регион. Общественные науки. – 2018. – № 1 (45). – С. 120-133.
 102. Штырбул, С.А. Социальный капитал и социальный потенциал: субъекты и функции: автореферат дис. ... кандидата экономических наук: 08.00.01. – Моск. гос. ун-т им. М.В. Ломоносова, Москва, 2010. – 24 с.
 103. Abbott, P., Wallace, C. Talking about health and well-being in post-soviet Ukraine and Russia [Text]. *Journal of communist studies and transition politics*. 2007. Vol. 23 (2). pp. 181-202. doi: 10.1080/13523270701317455.
 104. Agneessens, F., Waege, H., Lievens, J. Diversity in social support by role relations: a typology [Text]. *Social networks*. 2006. No. 28. pp. 427-441. doi:10.1016/j.socnet.2005.10.001.
 105. Alegana, V., Wright, J., Pezzulo, C., Tatem, A., Atkinson, P. Treatment-seeking behaviour in low- and middle-income countries estimated using a Bayesian model [Text]. *BMC Medical research methodology*. 2017. Vol. 17 (1). pp. 67-75. doi: 10.1186/s12874-017-0346-0.

106. Altschuler, A., Somkin, C.P., Adler, N.E. Local services and amenities, neighborhood social capital, and health [Text]. *Social science and medicine*. 2004. Vol. 59. (6). pp. 1219–1229. doi: 10.1016/J.SOCSCIMED.2004.01.008.
107. Alvarez, E.C., Kawachi, I., Romani, J.R. Family social capital and health - a systematic review and redirection [Text]. *Sociology of health & Illness*. 2017. Vol. 39 (1). pp. 5-29. doi: 10.1111/1467-9566.12506.
108. Arezzo, M.F., Giudici, C. The effect of social capital on health among European older adults: an instrumental variable approach [Text]. *Social indicators research*. 2017. Vol. 134. pp. 153–166. doi: 10.1007/s11205-016-1411-5.
109. Arrow, K. Observations on social capital [Text]. *Social capital: a multifaceted perspective (English)*. Washington, D.C.: World Bank Group. 2000. pp. 3-5. ISBN 0-8213-4562-1.
110. Baiden, P., Dunnen, W., Arku, G., Mkandawire, P. The role of sense of community belonging on unmet health care needs in Ontario, Canada: findings from the 2012 Canadian community health survey [Text]. *Journal of public health*. 2014. Vol. 22 (5). pp. 467–478. doi: 10.1007/s10389-014-0635-6.
111. Baker, W. Market networks and corporate behavior [Text]. *American journal of sociology*. 1990. Vol. 96 (3). pp. 589-625. doi: 10.1086/229573.
112. Baptista, N., Pinho, J.C., Alves, H. Examining social capital and online social support links: a study in online health communities facing treatment uncertainty [Text]. *International review on public and nonprofit marketing*. 2020. Vol. 18 (2). P. 1–38. doi: 10.1007/s12208-020-00263-2.
113. Bartscher, A.K., Seitz, S., Siegloch, S., Slotwinski, M., Wehrhfer, N. Social capital and the spread of COVID-19: insights from European countries [Text]. *ZEW - Centre for European economic research discussion paper*. 2020. No. 20-023. pp. 1-39. doi: 10.1007/S12208-020-00263-2.
114. Berkman, L.F. The role of social relations in health promotion [Text]. *Psychosomatic Medicine*. 1995. Vol. 57 (3). pp. 245-254. doi: 10.1097/00006842-199505000-00006.

115. Berkman, L.F., Glass, T. Social integration, social networks, social support, and health [Text]. *Social epidemiology in: eds. L.F. Berkman and I. Kawachi. New York: Oxford University Press. 2000. pp. 137-173. ISBN: 0-19-508331-8.*
116. Bhattacharya, G. Acculturating Indian immigrant men in New York City: applying the social capital construct to understand their experiences and health [Text]. *Journal of immigrant and minority health. 2008. Vol. 10 (2). pp. 91–101. doi: 10.1007/s10903-007-9068-4.*
117. Bian, Y. Epidemic-specific social capital and its impact on physical activity and health status [Text]. *Journal of sport and health science. 2020. Vol. 9 (5). pp. 426-429. doi: 10.1016/j.jshs.2020.07.009.*
118. Boeck, T., Fleming, J. Social policy – a help or a hindrance to social capital? [Text]. *Social policy and society. 2005. Vol. 4 (3). pp. 259-270. doi:10.1017/S1474746405002.*
119. Borgonovi, F., Andrieu, E. The role of social capital in promoting social distancing during the COVID-19 pandemic in the US [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://voxeu.org/article/social-capital-and-social-distancing-us>. – Дата обращения: 05.03.2022.
120. Bott, E. Family and social network: roles, norms, and external relationships in ordinary urban families [Text]. *London: Tavistock Publications, 1971. 252 p. ISBN 9780422734905.*
121. Brown, T. Predicting young adult civic involvement from adolescent activities and family structure: a social capital approach [Text]. *International journal of social inquiry. 2011. Vol. 4 (1). pp. 65-92.*
122. Bryant, T., Leaver, C., Dunn, J. Unmet healthcare need, gender, and health inequalities in Canada [Text]. *Health Policy. 2009. Vol. 91 (1). pp. 24–32. doi: 10.1016/j.healthpol.2008.11.002.*
123. Burt, R.S. The network structure of social capital [Text]. *Research in organizational behavior. 2000. Vol. 22. P. 345-423. http://dx.doi.org/10.1016/S0191-3085 (00)22009-1.*

124. Cene, C.W., Akers, A.Y., Lloyd, S.W. et al. Understanding social capital and HIV risk in rural African American communities [Text]. *Journal of general internal medicine*. 2011. Vol. 26 (7). pp. 737–744. doi:10.1007/s11606-011-1646-4.
125. Chen, E., Brody, G.H., Miller, G.E. Childhood close family relationships and health [Text]. *American psychologist*. 2017. Vol. 72 (6). pp. 555-566. doi: 10.1037/amp0000067.
126. Chen, X., Wang, P., Wegner, R. et al. Measuring social capital investment: scale development and examination of links to social capital and perceived stress [Text]. *Social indicators research*. 2015. Vol 120 (3). pp. 669–687. doi: 10.1007/s11205-014-0611-0.
127. Cho, I.Y., Moon, S.H., Yun ,J.Y. Mediating and moderating effects of family cohesion between positive psychological capital and health behavior among early childhood parents in dual working families: a focus on the COVID-19 pandemic [Text]. *International journal of environmental research and public health*. 2021. Vol. 18 (9). pp. 4781-4792. doi: 10.3390/ijerph18094781.
128. Cohen, S., Wills, T.A. Stress, social support, and the buffering hypothesis [Text]. *Psychological bulletin*. 1985. Vol. 98 (2). pp. 310-357. doi: 10.1037/0033-2909.98.2.310.
129. Coleman, J. Foundations of social theory [Text]. *Cambridge (Mass.); London: Belknap press of Harvard univ. press*. 1994. 993 p. ISBN 0-674-31225-2.
130. Cosci, F., Guidi, J. The role of illness behavior in the COVID-19 pandemic [Text]. *Psychotherapy and psychosomatics*. 2021. Vol. 90. pp. 156–159. doi: 10.1159/000513968.
131. Cullen, M., Whiteford, H. The interrelations of social capital with health and mental health [Text]. *Commonwealth of Australia*. 2001. 58 p. ISBN 0-642-50330-3.
132. Democracy Index 2018: Me too? Political participation, protest and democracy. The Economist Intelligence Unit (The EIU) [Электронный ресурс]. – Режим

- доступа: https://pages.eiu.com/rs/753-RIQ-438/images/Democracy_Index_2018.pdf. – Дата обращения: 25.01.2021.
133. Dores A.R., Carvalho I.P., Burkauskas J., Simonato P., De Luca I., Mooney R., Corazza O. Exercise and use of enhancement drugs at the time of the COVID-19 pandemic: a multicultural study on coping strategies during self-isolation and related risks. [Text] *Frontiers in psychiatry*. 2021. Vol. 12. pp. 648-501. doi: 10.3389/fpsyt.2021.648501.
 134. Dunseath, J., Beehr, T.A., King, D.W. Job stress-social support buffering effects across gender, education and occupational groups in a municipal workforce [Text]. *Review of Public Personnel Administration*. 1995. Vol. 15. pp. 60-83. doi: 10.1177 / 0734371X9501500105.
 135. Egolf, B., Lasker, J., Wolf, S., Potvin, L. The Roseto Effect: a 50-year comparison of mortality rates [Text]. *American journal of public health*. 1992. Vol. 82 (8). pp. 1089-1092. doi: 10.2105/ajph.82.8.1089.
 136. El-Dardiry, G., Dimitrakaki, C., Tzavara, C. et al. Child health-related quality of life and parental social capital in Greece: an exploratory study [Text]. *Social indicators research: an international and interdisciplinary journal for quality-of-life measurement*. 2012. Vol. 105 (1). pp. 75–92. doi: 10.1007/s11205-010-9764-7.
 137. Eriksson, M. Social capital and health: implications for health promotion [Text]. *Global health action*. 2011. Vol. 4 (5611). doi: 10.3402/gha.v4i0.5611.
 138. Eriksson, M., Ng, N. Neighborhood social capital and women's self-rated health - is there an age pattern?: A multi-level study from Northern Sweden [Text]. *Social capital as a health resource in later life: the relevance of context*. 2015. P. 127-143. doi: 10.1007/978-94-017-9615-6_8.
 139. European social survey. ESS Round 9 (2018) [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.europeansocialsurvey.org>. – Дата обращения 03.08.2022.
 140. European values study and World values survey [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.worldvaluessurvey.org/WVSEVSjoint2017.jsp> – Дата обращения 05.08.2022.

141. Ezeibe, C.C., Ilo, C., Ezeibe, E.N., Oguonu, C.N., Nwankwo, N.A., Ajaero, C.K., Osadebe, N. Political distrust and the spread of COVID-19 in Nigeria [Text]. *Glob public health*. 2020. Vol. 15 (12). pp. 1753-1766. doi: 10.1080/17441692.2020.1828987.
142. Faber, A.D., Wasserman, S. Social support and social networks: synthesis and review [Text]. *Social networks and health (advances in medical sociology, Vol. 8)*, Emerald group publishing limited, Bingley. 2002. pp. 29-72. [https://doi.org/10.1016/S1057-6290\(02\)80020-1](https://doi.org/10.1016/S1057-6290(02)80020-1).
143. Fosco, G.M., LoBraico, E.J., Sloan, C.J., Fang, S., Feinberg, M.E. Family vulnerability, disruption, and chaos predict parent and child COVID-19 health-protective behavior adherence [Text]. *Families systems & Health*. 2022. Vol. 40 (1). pp. 10-20. doi:10.1037/fsh0000649.
144. Fukuyama, F. Social capital, civil society and development [Text]. *Third world quarterly*. 2001. Vol. 22 (1). pp. 7-20. doi: 10.1080/713701144.
145. Furstenberg, F., Kaplan, S. Social capital and the family [Text]. In I.M. Richards, J. Scott, J. Treas (Eds.), *Blackwell companion to the sociology of families*. 2004. pp. 218– 232. doi:10.1002/9780470999004.ch13.
146. Gannon, B., Roberts, J. Social capital: exploring the theory and empirical divide [Text]. *Empirical Economics*. 2020. Vol. 58 (4). pp. 899–919. doi: 10.1007/s00181-018-1556-y.
147. Gittell, R., Vidal, A. Community organizing: building social capital as a development strategy [Text]. *SAGE Publications, Inc*. 1998. 206 p. ISBN: 9780803957923.
148. Han, S., Kim, H., Lee, E. et al. The contextual and compositional associations of social capital and subjective happiness: a multilevel analysis from Seoul, South Korea [Text]. *Journal of Happiness Studies*. 2013. Vol. 14. pp. 1183–1200. doi: 10.1007/S10902-012-9375-X.
149. Hanson, C.L., Crandall, A., Barnes, M.D., Novilla, M.L. Protection motivation during COVID-19: a cross-sectional study of family health, media, and economic

- influences [Text]. *Health education & Behavior*. 2021. Vol. 48 (4). pp. 434–445. doi: 10.1177/10901981211000318.
150. Hart, J.L., Turnbull, A.E., Oppenheim, I.M., Courtright, K.R. Family-centered care during the COVID-19 era [Text]. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2020. Vol. 60 (2). pp. 93-97. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2020.04.017.
 151. Hori, D., Takao, S., Kawachi, I. et al. Relationship between workplace social capital and suicidal ideation in the past year among employees in Japan: a cross-sectional study [Text]. *BMC Public Health*. 2019. Vol. 19 (1). pp. 1–11. doi: 10.1186/s12889-019-7244-9.
 152. House, J.S. Work stress and social support [Text]. *Addison-Wesley Reading, Mas*. 1981. 156 p. ISBN: 978-0-201-03101-0.
 153. Hume, D. A Treatise of human nature [Text]. *Oxford: Oxford University Press*. 1978. 763 p. ISBN: 9780198245889.
 154. Hyden, G. The social capital crash in the periphery: an analysis of the current predicament in sub-Saharan Africa [Text]. *Journal of Behavioral and Experimental Economics (formerly The Journal of Socio-Economics)*. 2001. Vol. 30 (2). pp. 161-163. doi:10.1016 / S1053-5357(00)00098-6.
 155. Hyyppä, M.T., Mäki, J. Social participation and health in a community rich in stock of social capital [Text]. *Health education research*. 2003. Vol. 18. pp. 770–779. doi: 10.1093/her/cyf044.
 156. Irani, E., Niyomyart, A., Hickman, R.L. Family caregivers' experiences and changes in caregiving tasks during the COVID-19 pandemic [Text]. *Clinical Nursing Research*. 2021. Vol. 30 (7). pp. 1088–1097. doi: 10.1177/10547738211014211.
 157. Iversen, T. An exploratory study of associations between social capital and self-assessed health in Norway [Text]. *Health economics, policy, and law*. 2008. Vol. 3 (4). P. 349-364.
 158. Jang, Y., Park, N.S., Chiriboga, D.A. et al. Social capital in ethnic communities and mental health: a study of older Korean immigrants [Text]. *Journal of cross-*

- cultural gerontology*. 2015. Vol. 30 (2). pp. 131–141. doi: 10.1007/s10823-015-9258-9.
159. Ji, Y., Yun, Q., Jiang, X., Chang C. Family SES, family social capital, and general health in Chinese adults: exploring their relationships and the gender-based differences [Text]. *BMC Public Health*. 2020. Vol. 20 (1). pp. 1-9. doi: 10.1186/s12889-020-09508-5
 160. Karhina, K., Ng, N., Ghazinour, M., Eriksson, M. Gender differences in the association between cognitive social capital, self-rated health, and depressive symptoms: a comparative analysis of Sweden and Ukraine [Text]. *International journal of mental health systems*. 2016. Vol. 10 (37). P. 1–14. doi: 10.1186 / s13033-016-0068-4.
 161. Kawachi, I., Berkman, L. Social cohesion, social capital, and health [Text]. *New York: Oxford University Press*, 2000. pp. 174-190.
 162. Kawachi, I., Berkman, L.F. Neighborhoods and Health [Text]. *New York: Oxford University Press*. 2003. 368 p. <http://dx.doi.org/10.1093/acprof:oso/9780195138382.001.0001>.
 163. Kawachi, I., Kennedy, B.P., Glass, R. Social capital and self-rated health: a contextual analysis [Text]. *American journal of public health*. 1999. Vol. 89 (8). pp. 1187-1193. doi:10.2105/AJPH.89.8.1187.
 164. Kawachi, I., Subramanian, S., Kim, D. Social capital and health [Text]. *Springer, New York*. 2008. 26 p. https://doi.org/10.1007/978-0-387-71311-3_1.
 165. Keating, N., Dosman, D. Social capital and the care networks of frail seniors [Text]. *Canadian review of sociology = Revue canadienne de sociologie*. 2009. Vol. 46 (4). pp. 301-318. doi:10.1111/J.1755-618X.2009.01216.X.
 166. Kim, A., Ryu, J., Lee, C. et al. Sport participation and happiness among older adults: a mediating role of social capital [Text]. *Journal of happiness studies*. 2021. Vol. 22 (2). P. 1-20. doi: 10.1007/s10902-020-00288-8.
 167. Kobayashi, T., Suzuki, E., Noguchi, M., Kawachi, I., Takao, S. Community-level social capital and psychological distress among the elderly in Japan: a population-

- based study [Text]. *PLoS One*. 2015. Vol. 10 (11). pp. 1-11. doi: 10.1371/journal.pone.0142629.
168. Lau, M., Li, W.X. The extent of family and school social capital promoting positive subjective well-being among primary school children in Shenzhen, China [Text]. *Children and youth services review*. 2011. Vol. 33 (2). pp. 1573– 82. doi:10.1016/j.chilyouth.2011.03.024.
169. Li, S., Delva, J. Does gender moderate associations between social capital and smoking? An Asian American study [Text]. *Journal of health behavior and public health*. 2011. Vol. 1 (1). pp. 41-49. doi: 10.1177/0164027517739032.
170. Lim, J.Y., Lee, H.H., Hwang, Y.H. Trust on doctor, social capital and medical care use of the elderly [Text]. *The European journal of health economics*. 2011. Vol. 12 (2). pp. 175–188. doi: 10.1007/s10198-010-0288-5.
171. Lin, N. Building a network theory of social capital [Text]. *Connections*. 1999. Vol. 22 (1). pp. 28–51.
172. Lin, N. Social capital: a theory of social structure and action [Text]. *Cambridge: Cambridge University Press*. 2001. 278 p. ISBN 0-521-47431-0.
173. Linden-Boström, M., Persson, C., Eriksson, C. Neighbourhood characteristics, social capital and self-rated health – a population-based survey in Sweden [Text]. *BMC Public health*. 2010. Vol. 10 (1). pp. 1–29. doi: 10.1186/1471-2458-10-628.
174. Lindström, M. Social capital, desire to increase physical activity and leisure-time physical activity: a population-based study [Text]. *Public health*. 2011. Vol. 125 (7). pp. 442-447. doi: 10.1016/j.puhe.2011.01.015.
175. Lindström, M., Hanson, B.S., Ostergren, P.O. Socioeconomic differences in leisure-time physical activity: the role of social participation and social capital in shaping health related behavior [Text]. *Social science and medicine*. 2001. Vol. 52 (3). pp. 441–451. doi: 10.1016/s0277-9536(00)00153-2.
176. Litwin, H., Shiovitz-Ezra, S. Social network type and subjective well-being in a national sample of older Americans [Text]. *Gerontologist*. 2011. Vol. 51 (3). pp. 379– 88. doi: 10.1093/geront/gnq094.

177. Litwin, H., Stoeckel, K.J. Confidant network types and well-being among older Europeans [Text]. *Gerontologist*. 2014. Vol. 54 (5). pp. 762-772. doi: 10.1093/geront/gnt056.
178. Liu, Q., Wen, S. Does social capital contribute to prevention and control of the COVID-19 pandemic? Empirical evidence from China [Text]. *International journal of disaster risk reduction*. 2021. Vol. 64. pp. 1-10. doi: 10.1016 / j.ijdr.2021.102501.
179. Lucumi, D., Gomez, L.F., Brownson, R.C., Parra, D. Social capital, socioeconomic status, and health-related quality of life among older adults in Bogotá (Colombia) [Text]. *Journal of aging and health*. 2015. Vol. 27 (4). pp. 730–750. doi: 10.1177/0898264314556616.
180. Lynch, J.W., Smith, G.D., Kaplan, G.A., House, J.S. Income inequality and mortality: Importance to health of individual income, psychosocial environment, or material conditions [Text]. *British medical journal*. 2000. Vol. 320. pp. 1200-1204. doi: 10.1136/bmj.320.7243.1200.
181. Marcaletti, F., Cavallotti, R. An exploratory study on family social capital and its relations with other forms of social capital in Spain [Text]. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*. 2021. Vol. 173. Pp. 47-68. doi: 10.5477/cis/reis.173.47.
182. Marmot, M. Status syndrome: how your social standing directly affects your health and life expectancy [Text]. *Owl Books*. 2005. 336 p. ISBN: 978-0805078541.
183. Mohnen, S.M., Völker, B., Flap, H., Groenewegen, P.P. Health-related behavior as a mechanism behind the relationship between neighborhood social capital and individual health-a multilevel analysis [Text]. *BMC public health*. 2012. Vol. 12. 116 p. doi: 10.1186/1471-2458-12-116.
184. Moore, S., Daniel, M., Gauvin, L., Dube, L. Not all social capital is good capital [Text]. *Health & place*. 2009. Vol. 15 (4). pp. 1071-1077. doi: 10.1016/j.healthplace.2009.05.005.

185. Morgan, A., Haglund, J.A. Social capital does matter for adolescent health: evidence from the English HBSC study [Text]. *Health promotion international*. 2009. Vol. 4. pp. 363–372. doi: 10.1093/heapro/dap028.
186. Morozumi, R., Matsumura, K., Hamazaki, K., Tsuchida, A., Takamori, A., Inadera, H., et al. Impact of individual and neighborhood social capital on the physical and mental health of pregnant women: the Japan Environment and Children's Study (JECS) [Text]. *BMC pregnancy and childbirth*. 2020. Vol. 20 (1). pp. 1–16. doi: 10.1186 / s12884-020-03131-3.
187. Moxley, R.L., Jicha, K.A., Thompson, G.H. Testing the importance of family solidarity, community structure, information access, and social capital in predicting nutrition health knowledge and food choices in the Philippines [Text]. *Ecology of food and nutrition*. 2011. Vol. 50 (3). pp. 215-39. doi: 10.1080/03670244.2011.568907.
188. Nahapiet, J., Ghoshal, S. Social capital, intellectual capital, and the organizational advantage [Text]. *Academy of Management Review*. 1998. Vol. 23 (2). pp. 242-266. doi: 10.2307/259373.
189. Narayan, D., Pritchett, L. Cents and sociability: household income and social capital in rural Tanzania [Text]. *Economic development and cultural change*. 1999. Vol. 47 (4). pp. 871-897. doi: 10.1086/452436.
190. Nawa, N., Isumi, A., Fujiwara, T. Community-level social capital, parental psychological distress, and child physical abuse: a multilevel mediation analysis [Text]. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. 2018. Vol. 53 (11). pp. 1221–1229. doi: 10.1007/s00127-018-1547-5.
191. Norton, D.E., Froelicher, E.S., Waters, C.M., Carrieri-Kohlman, V. Parental influence on models of primary prevention of cardiovascular disease in children [Text]. *European journal of cardiovascular nursing*. 2003. Vol. 2 (4). pp. 311-322. doi: 10.1016/S1474-5151(03)00072-0.
192. Oh, H., Kilduff, M., Brass, D.J. Communal social capital, linking social capital, and economic outcomes [Text]. *Paper presented at the annual meeting of the academy of management, Chicago*. 1999.

193. Pennings, J.M., Lee, K. Social capital of organization: conceptualization, level of analysis, and performance implications [Text]. In: *Leenders, R.T.A.J., Gabbay, S.M. (eds) Corporate Social Capital and Liability. Springer, Boston, MA. 1999. pp. 43-67. https://doi.org/10.1007/978-1-4615-5027-3_3.*
194. Pettit, G.S., Erath, S.A., Lansford, J.E., Dodge, K.A., Bates, J.E. Dimensions of social capital and life adjustment in the transition to early adulthood [Text]. *International journal of behavioral development. 2011. Vol. 35 (6). pp. 482-489. doi: 10.1177/0165025411422995.*
195. Pitas, N., Ehmer, C. Social capital in the response to COVID-19 [Text]. *American journal of health promotion. 2020. Vol. 34(8). pp. 942-944. doi: 10.1177/0890117120924531.*
196. Poortinga, W. Do health behaviors mediate the association between social capital and health? [Text]. *Preventive medicine. 2006. Vol. 43 (6). pp. 488–493. doi: 10.1016/j.ypmed.2006.06.004.*
197. Portes, A. Social capital: its origins and applications in modern sociology [Text]. *Annual review of sociology. 1998. Vol. 24. pp. 1-24. doi: 10.1146/annurev.soc.24.1.1.*
198. Prandini, R. Il capitale sociale familiare: cos'è, come si distribuisce e quali correlazioni ha con gli altri capitali sociali [Text]. En: *Donati, P. y Colozzi, I. (eds.). Capitale sociale delle famiglie e processi di socializzazione. Milano: Franco Angeli. 2006. pp. 19-66. doi: 10.1400/94166.*
199. Putnam, R.D. Bowling alone: America is declining social capital [Text]. *Journal of democracy. 1995. Vol 6 (1). pp. 65–78.*
200. Putnam, R.D. Bowling alone: the collapse and revival of American community / Robert D. Putnam [Text]. New York [etc.]: Simon & Schuster, cop. 2000. 541 p. ISBN 0-7432-0304-6.
201. Quick, V., Delaney, C., Eck, K., Byrd-Bredbenner, C. Family social capital: links to weight-related and parenting behaviors of mothers with young children [Text]. *Nutrients. 2021. Vol. 13 (5). pp. 1428-1435. doi: 10.3390/nu13051428.*

202. Rismayanti, I.D., Waloejo, C.S., Iswati, S., Pandin, M.G. Family empowerment in the covid-19 pandemic with the family-centered nursing approach and the utilization of family medicinal plants: a systematic review [Text]. *Systematic Reviews in Pharmacy*. 2020. Vol. 11 (7). pp. 636-647. doi: 10.31838/SRP.2020.7.89.
203. Rocco, L., Suhrcke, M. Is social capital good for health? A European perspective [Text]. *Copenhagen, WHO Regional Office for Europe*. 2012. 24 p. ISBN 978-92-890-0273-8.
204. Rostila, M. A resource-based theory of social capital for health research: Can it help us bridge the individual and collective facets of the concept? [Text]. *Social Theory & Health*. 2011. Vol. 9. pp. 109–129. doi: 10.1057/STH.2011.4.
205. Saaranluoma, L. The role of social capital in intra-family succession – ensuring the transition of networks to the second generation [Text]. *International Business and Entrepreneurship*. 2017. 74 p.
206. Sharma, R. The family and family structure classification redefined for the current times [Text]. *Journal of family medicine and primary care*. 2013. Vol. 2 (4). pp. 306-310. doi: 10.4103/2249-4863.123774.
207. Siegloch, S. The power of social capital during a pandemic [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://wol.iza.org/opinions/the-power-of-social-capital-during-a-pandemic>. – Дата обращения: 30.08.2022.
208. Social networks and social resources [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://search.gesis.org/publication/gris-publication-6aetc5pat610>. – Дата обращения: 15.12.2022.
209. Sohail, T., Usman, A. Performative dimension of family social capital in marital interactions [Text]. *Journal of archaeology of Egypt*. 2021. Vol. 18 (17). pp. 608-620.
210. Szreter, S., Woolcock, M. Health by association? Social capital, social theory, and the political economy of public health [Text]. *International journal of epidemiology*. 2004. Vol. 33 (4). pp. 650–667. doi: 10.1093 /ije /dyh013.

211. Thaker, J. Planning for a COVID-19 vaccination campaign: the role of social norms, trust, knowledge, and vaccine attitudes [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <file:///C:/Users/1/Downloads/Planning%20a%20COVID%2019%20Vaccination%20Communication%20Campaign%20Author%20Details%20HC.pdf>. – Дата обращения: 14.01.2021.
212. Tofani, A.A., Lamarca, G., Sheiham, A., Vettore, M.V. The different effects of neighbourhood and individual social capital on health-compromising behaviours in women during pregnancy: a multi-level analysis [Text]. *BMC public health*. 2015. Vol. 15 (890). pp. 1–17. doi: 10.1186/s12889-015-2213-4.
213. Turner, B. Social capital, inequality, and health: the Durkheimian revival [Text]. *Social theory and health*. 2003. Vol. 1 (1). pp. 4-20. doi: 10.1057/PALGRAVE.STH.8700001.
214. Uchino, B.N., Carlisle, M., Birmingham, W., Vaughn, A.A. Social support and the reactivity hypothesis: conceptual issues in examining the efficacy of received support during acute psychological stress [Text]. *Biological psychology*. 2011. Vol. 86 (2). pp. 137–142. doi: 10.1016/j.biopsycho.2010.04.003.
215. Umberson, D., Montez, J.K. Social relationships and health: a flashpoint for health policy [Text]. *Journal of health and social behavior*. 2010. Vol. 51 (1). pp. 54-66. doi: 10.1177/0022146510383501.
216. UNESCO The changing family in Asia: Bangladesh, India, Japan, Philippines, and Thailand [Text]. *Bangkok: Principal Regional Office for Asia and the Pacific*. 1992.
217. Veenstra, G., Luginaah, I., Wakefield, S., Birch, S., Eyle, S. J., Elliott, S. Who you know, where you live: social capital, neighborhood and health [Text]. *Social science & medicine*. 2005. Vol. 60 (12). pp. 2799-2818. doi: 10.1016/j.socscimed.2004.11.013.
218. Villalonga-Olives, E., Kawachi, I. The dark side of social capital: a systematic review of the negative health effects of social capital [Text]. *Social science and medicine*. 2017. Vol. 194. pp. 105–127. doi: 10.1016/j.socscimed.2017.10.020.

219. Ward, H., Mertens, T.E., Thomas, C. Health seeking behaviour and the control of sexually transmitted disease [Text]. *Health policy and planning*. 1997. Vol. 12 (1). pp. 19–28. doi: 10.1093/heapol/12.1.19.
220. Wellman, B., Worthley, S. Different strokes from different folks: community ties and social support [Text]. *American journal of sociology*. 1990. Vol. 96 (3). pp. 558-588. doi: 10.1086/229572.
221. Widmer, E.D., Chevalier, M., Dumas, P. Le family network method (FNM): Un outil d’investigation des configurations familiales à disposition des thérapeutes [Text]. *Thérapie familiale*. 2005. Vol. 26 (4). pp. 423-441.
222. Widmer, E.D., Kempf-Constantin, N., Robert-Tissot C., Lanzi, F., Carminati, G.G. How central and connected am I in my family? Family-based social capital of individuals with intellectual disability [Text]. *Research in developmental disabilities*. 2008. Vol. 29 (2). pp. 176-87. doi: 10.1016/j.ridd.2012.07.006.
223. Woolcock, M., Narayan, D. Social capital: implication for development theory, research and policy [Text]. *The World Bank research observer*. 2000. Vol. 15 (2). pp. 229-230. doi: 10.1093/wbro/15.2.225.
224. World Values Survey [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.worldvaluessurvey.org/wvs.jsp>. – Дата обращения: 26.04.2022.
225. Yiengprugsawan, V., Welsh, J., Kendig, H. Social capital dynamics and health in mid to later life: findings from Australia [Text]. *Quality of Life Research*. 2018. Vol. 27 (5). pp. 1277-1282. doi: 10.1007/s11136-017-1655-9.
226. Yu, B., Gerido, L.H., He, Z. Exploring text classification of social support in online health communities for people who are D/deaf and hard of hearing [Text]. *Proceedings of the association for information science and technology*. 2017. Vol. 54(1). pp. 840-841. doi: 10.1002/pr2.2017.14505401179.

Список публикаций соискателя по теме диссертации

Статьи, опубликованные в научных журналах, рекомендуемых ВАК РФ:

1. Лебедева-Несевря Н.А., Шарыпова [Елисеева] С.Ю. Социальный капитал как фактор формирования здоровья населения: аналитический обзор // Анализ риска здоровью. – 2018. – № 3. – С. 156-165. (1,13 п.л./0,79 п.л.)
2. Лебедева-Несевря Н.А., Шарыпова [Елисеева] С.Ю. Семейный социальный капитал как фактор формирования здорового образа жизни детей и подростков // Социология медицины. – 2020. № 1. – Т. 19. – С. 18-24. (0,88 п.л./0,70 п.л.)
3. Шарыпова [Елисеева] С.Ю. Групповой социальный капитал и индивидуальное здоровье: обзор зарубежных исследований // Вестник Нижегородского университета им. Н.И. Лобачевского. Серия: Социальные науки. – № 3 (63). – Н. Новгород: Изд-во ННГУ им. Н.И. Лобачевского, 2021. – С. 133-141. (1,05 п.л./1,05 п.л.)
4. Гордеева С.С., Шарыпова С.Ю. Культурные факторы формирования доверия в организации: социологический анализ // Вестник Пермского университета. Философия. Психология. Социология. – 2022. – Вып. 3. – С. 494–503. (1,16 п.л./0,81 п.л.)

Другие публикации:

5. Шарыпова [Елисеева] С.Ю. Структурные компоненты индивидуального социального капитала // Социальные и гуманитарные науки: теория и практика. – Пермь: Издательский центр ПГНИУ. – 2017. – Вып. 1. – С. 413-419. (0,35 п.л./0,35 п.л.)
6. Шарыпова [Елисеева] С.Ю. Социальные связи в структуре виртуального социального капитала // Глобальные социальные трансформации XX – начала XXI вв.: материалы Всероссийской научной конференции XI Ковалевские чтения, г. Санкт-Петербург, 9-11 ноября 2017 г. / отв. Редактор: Ю.В. Асочаков. – Спб.: Скифия-принт, 2017. – С. 744-746. (0,21 п.л./0,21 п.л.)

7. Шарыпова [Елисеева] С.Ю., Булгакова Д.А. Социальный и коммуникативный капитал индивида: к вопросу соотношения понятий // Глобальные и региональные коммуникации: настоящее и будущее: тезисы докладов студентов XIX Международного Балтийского коммуникационного форума, г. Санкт-Петербург, 30 ноября-2 декабря 2017 г.: в 3-х частях. – СПб.: СПбГУТ, 2017. – Ч. 2. – С. 39-42. (0,13 п.л./0,10 п.л.)
8. Лебедева-Несевря Н.А., Шарыпова [Елисеева] С.Ю. Оценка риска, связанного с воздействием поведенческих факторов на здоровье работающего населения России // Здоровье населения и среда обитания. – 2018. – № 5 (302). – С. 8-12. (0,42 п.л./0,26 п.л.)
9. Лебедева-Несевря Н.А., Шарыпова [Елисеева] С.Ю. Субъективные характеристики здоровья работающих пенсионеров в современной России // Глобальные вызовы и региональное развитие в зеркале социологических измерений: материалы III межд. науч.-практ. интернет-конф., г. Вологда, 26-30 марта 2018 г.: в 2 частях. – Вологда: ВолНЦ РАН, 2018. – Ч. II. – С. 247-252. (0,52 п.л./0,36 п.л.)
10. Шарыпова [Елисеева] С.Ю., Лебедева-Несевря Н.А. Индивидуальное здоровье в субъективных оценках российской работающей молодежи // Омские социально-гуманитарные чтения: материалы XI Междунар. науч.-практ. конф. (Омск, 24–26 апр. 2018 г.) / М-во обр-я Ом. обл.; Ом. отделение Рос. о-ва социологов; ОмГТУ, фак. гум. обр-я, каф. социологии, социальной работы и политологии; [отв. ред. Л. А. Кудринская]. – Омск: Изд-во ОмГТУ, 2018. – С. 52-57. (0,35 п.л./0,28 п.л.)
11. Шарыпова [Елисеева] С.Ю., Лебедева-Несевря Н.А. Доверие как фактор здоровья работающего населения России // Актуальные проблемы моделирования, проектирования и прогнозирования социальных и политических процессов в мультикультуральном пространстве современного общества: материалы II Всероссийской научной конференции (с международным участием) молодых ученых (г. Ростов-на-Дону, 12-14

- апреля 2018 г.). – Ростов н/Д: Фонд науки и Изд-во Ростовского отделения РИА, 2018. – С. 108-113. (0,35 п.л./0,28 п.л.)
12. Шарыпова [Елисеева] С.Ю. Обобщенное доверие и субъективные характеристики здоровья экономически активного населения России // Здоровье населения и развитие: труды 4-ой Международной научно-практической конференции молодых ученых, аспирантов и студентов, г. Москва, 20-21 апреля 2018 г. – Национальный исследовательский университет «Высшая школа экономики», 2018. – С. 174-179. (0,23 п.л./0,23 п.л.)
 13. Лебедева-Несевря Н.А., Цинкер М.Ю., Шарыпова [Елисеева] С.Ю. Здоровье работающего населения России в объективных и субъективных оценках // Актуальные вопросы анализа риска при обеспечении санитарно-эпидемиологического благополучия населения и защиты прав потребителей: материалы VIII Всероссийской научно-практической конференции с международным участием / под ред. проф. А.Ю. Поповой, акад. РАН Н.В. Зайцевой. – Пермь: Изд-во Перм. нац. исслед. политехн. ун-та, 2018. – С. 525-529. (0,49 п.л./0,2 п.л.)
 14. Лебедева-Несевря Н.А., Шарыпова [Елисеева] С.Ю. Социальный капитал как ресурс сохранения и укрепления здоровья населения в современной России // Социальная динамика населения и устойчивое развитие: сборник тезисов Всероссийской научно-практической конференции с международным участием, 4 октября 2018 г., Москва, МГУ имени М.В. Ломоносова, социологический факультет /под общ. ред. А.И. Антонова. – М.: МАКС Пресс, 2018. – С. 203-207. (0,16 п.л./0,11 п.л.)
 15. Шарыпова [Елисеева] С.Ю. Развитие социального капитала в современной России: механизмы стимулирования // Актуальные вопросы экономики и социологии: сборник статей XIV Осенней конференции в новосибирском Академгородке, г. Новосибирск, 22-24 октября 2018 г./ под ред. О.В. Тарасовой – Новосибирск: ИЭОПП СО РАН, 2018. – С. 96-100. (0,27 п.л./0,27 п.л.)

16. Лебедева-Несевря Н.А., Шарыпова [Елисеева] С.Ю. Роль индивидуального социального капитала в решении вопросов, связанных с физическим здоровьем // Актуальные вопросы анализа риска при обеспечении санитарно-эпидемиологического благополучия населения и защиты прав потребителей: материалы IX Всерос. науч.-практ. конф. с междунар. участием / под ред. проф. А.Ю. Поповой, акад. РАН Н.В. Зайцевой. – Пермь: Изд-во Перм. нац. исслед. политехн. ун-та, 2019. – С. 689-694. (0,49 п.л./0,39 п.л.)
17. Шарыпова [Елисеева] С.Ю. Социальный капитал в управлении индивидуальным физическим здоровьем // Здоровье как ресурс: V. 2.0: сборник материалов Международной научно-практической конференции (26–27 сентября 2019 г., г. Нижний Новгород, ННГУ им. Н.И. Лобачевского) / Под общей редакцией проф. З.Х. Саралиевой. – Н. Новгород: Изд-во НИСОЦ, 2019. –С. 254-258. (0,29 п.л./0,29 п.л.)
18. Шарыпова [Елисеева] С.Ю. Методологические перспективы использования теории сетей в изучении вопросов социальной обусловленности здоровья // Актуальные проблемы развития человеческого потенциала в современном обществе [Электронный ресурс]: материалы VI Всерос. (с междунар. уч.) науч.-практ. конф. (3-4 декабря 2019 г.) / Перм. гос. нац. исслед. ун-т. – Электрон. дан. – Пермь, 2019. С. 141-145. (0,25 п.л./0,25 п.л.)
19. Шарыпова [Елисеева] С.Ю., Лебедева-Несевря Н.А. Анализ связи между здоровьем работников промышленных предприятий Пермского края и показателем доверия на рабочих местах // XXII Уральские социологические чтения. Национальные проекты и социально-экономическое развитие Уральского региона: материалы Всероссийской научно-практической конференции (Екатеринбург, 17–18 марта 2020 г.) / [под общ. ред. Ю.Р. Вишневого, М.В. Певной] ; Мин-во науки и высш. образования РФ. – Екатеринбург: Изд-во Урал. ун-та, 2020. – С. 215-218. (0,23 п.л./0,18 п.л.)
20. Шарыпова [Елисеева] С.Ю. Социальный капитал в практиках сохранения и восстановления физического здоровья индивида // Социология и общество:

- традиции и инновации в социальном развитии регионов [Электронный ресурс]: Сборник докладов VI Всероссийского социологического конгресса (Тюмень, 14–16 октября 2020 г.) / Отв. ред. В. А. Мансуров; ред. Е. Ю. Иванова. – Москва: РОС; ФНИСЦ РАН, 2020 – С. 2584-2593. (0,68 п.л./0,68 п.л.)
21. Шарыпова [Елисеева] С.Ю. Нормы реципрокности и здоровье: анализ связи // Социальные процессы современной России: материалы международной научно-практической конференции (19–20 ноября 2020 г., г. Нижний Новгород, ННГУ им. Н.И. Лобачевского) / Под общей редакцией проф. З.Х. Саралиевой: В 2 т. Т. 2. – Н. Новгород: Изд-во НИСОЦ, 2020. – С. 288-292. (0,29 п.л./0,29 п.л.)
22. Шарыпова [Елисеева] С.Ю. Механизмы влияния соседского социального капитала на здоровье (по материалам зарубежных исследований) // Социальная динамика населения и устойчивое развитие: Сборник тезисов: III Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием, 1 декабря 2020 г., Москва, МГУ имени М.В. Ломоносова, социологический факультет / под общ. ред. А.И. Антонова. – Москва: МАКС Пресс, 2020. – С. 131-133. (0,16 п.л./0,16 п.л.)
23. Шарыпова [Елисеева] С.Ю., Лебедева-Несевря Н.А. Роль семьи в лечении и реабилитации больных коронавирусной инфекцией COVID-19 (на материалах глубинных интервью) // Актуальные проблемы моделирования, проектирования и прогнозирования социальных и политических процессов в мультикультуральном пространстве современного общества: материалы V Всероссийской научной конференции (с международным участием) молодых ученых (г. Ростов-на-Дону, 6-7 апреля 2021 г.). Ростов н/Д: Изд-во Фонд науки и образования, 2021. – С. 57-60. (0,23 п.л./0,18 п.л.)
24. Шарыпова [Елисеева] С.Ю. Социальный капитал как инструмент компенсации дисфункций здравоохранения в условиях пандемии COVID-19 (ресурсный подход) // Глобальные вызовы и региональное развитие в зеркале социологических измерений: материалы VI междунар. науч.-практ.

- интернет-конф. (г. Вологда, 29 марта – 2 апреля 2021 г.): в 2-х частях. – Ч. 2. Вологда: ФГБУН ВолНЦ РАН, 2021. – С. 209-212. (0,35 п.л./0,35 п.л.)
25. Лебедева-Несевря Н.А., Шарыпова [Елисеева] С.Ю. Социальный капитал пожилых и его роль во время болезни COVID-19 // Старшее поколение современной России / Под общей редакцией проф. З.Х. Саралиевой. – Н. Новгород: Нижегородский госуниверситет им. Н.И. Лобачевского, 2021. – С. 149-154. (0,35 п.л./0,28 п.л.)
26. Шарыпова [Елисеева] С.Ю. Роль онлайн-сообществ в решении вопросов, касающихся здоровья индивида // Актуальные проблемы развития человеческого потенциала в современном обществе [Электронный ресурс]: материалы VIII Всероссийской (с междун. уч.) научно-практической конференции (7-8 декабря 2021 г.) / Пермский государственный национальный исследовательский университет. – Электронные данные. – Пермь, 2021. С. 290-295. (0,28 п.л./0,28 п.л.)
27. Шарыпова [Елисеева] С.Ю., Лебедева-Несевря Н.А. Стратегии поведения взрослых горожан в ситуации болезни COVID-19 // Актуальные проблемы моделирования, проектирования и прогнозирования социальных и политических процессов в мультикультуральном пространстве современного общества: материалы VI Всероссийской научной конференции (с международным участием) молодых ученых (г. Ростов-на-Дону, 7-8 апреля 2022 г.). Ростов н/Д: Изд-во Фонд науки и образования, 2022. – С. 64-70. (0,41 п.л./0,32 п.л.)
28. Гордеева С.С., Шарыпова [Елисеева] С.Ю. Значение семейного социального капитала для индивидуального здоровья в период пандемии COVID-19 // Человек и пандемия COVID-19: философские, психолого-педагогические и медицинские аспекты: Международная междисциплинарная коллективная монография / под ред. Бахтина М. В., Кохана С. Т. – Рагуза – Чита – Москва: Энциклопедист-Максимум, 2022. – С. 58-65. (0,50 п.л./0,40 п.л.)
29. Шарыпова [Елисеева] С.Ю. Специфика вовлечения и использования семейного социального капитала больными COVID-19 в России // «Омские

- социально-гуманитарные чтения – 2022: материалы XV Междунар. науч.-практ. конф. (Россия, Омск, 22–24 марта 2022 г.) / М-во образования Ом. обл. [и др.]; отв. ред. Л. А. Кудринская. – Омск: Изд-во ОмГТУ, 2022. – С. 43-48 (0,34 п.л./0,34 п.л.)
30. Гордеева С.С., Шарыпова [Елисеева] С.Ю. Социологический анализ связи социального капитала и психического здоровья // Актуальные вопросы аддиктологии: сборник материалов I Всероссийского межведомственного научно-практического антинаркотического форума (17-18 мая 2022 г., Нижний Новгород). – Н. Новгород: Издательство Приволжского исследовательского медицинского университета, 2022. – С. 273-278. (0,29 п.л./0,20 п.л.)
31. Шарыпова С.Ю. Опросные методы измерения доверия как компонента социального капитала // Социальные и гуманитарные науки: теория и практика. – Пермь: Издательский центр ПГНИУ. – 2022. – Вып. 1 (6). – С. 125-133. (0,42 п.л./0,42 п.л.)
32. Шарыпова С.Ю., Лапин П.М. Факторы формирования вертикального доверия в организации // Актуальные проблемы развития человеческого потенциала в современном обществе [Электронный ресурс]: материалы IX Всероссийской (с междунар. участием) научно-практической конференции (6–7 декабря 2022 г.) / Пермский государственный национальный исследовательский университет. – Пермь, 2022. – С. 50-56. (0,39 п.л./0,27 п.л.)

Приложение 1. Путеводитель неформализованного интервью

Путеводитель интервью

Вступление

Здравствуйте, меня зовут _____. В рамках исследования я провожу интервью с теми, кто перенес среднюю или тяжелую стадию COVID-19 с целью узнать, с какими проблемами во время лечения и после болезни Вы столкнулись, и каким образом решали данные проблемы. Нашу с Вами беседу я буду записывать на диктофон. С этими записями буду работать только я, они не будут воспроизводиться в какой-либо другой аудитории. Результаты исследования будут представлены анонимно и будут использованы только в рамках научного исследования. Поэтому прошу Вас отвечать полно и открыто. Давайте начнем. Вы готовы? Как к Вам можно обращаться?

Расскажите, пожалуйста, о себе.

1. Гранд-тур вопрос («вход» в болезнь)

Расскажите, пожалуйста, историю вашей болезни COVID-19

- Расскажите о начале болезни. Как Вы узнали о том, что больны COVID-19?
- Что Вы предприняли, когда почувствовали недомогание?
- Когда и куда Вы обратились за медицинской помощью?
- Почему Вы выбрали решение следовать этой схеме лечения?
- Какое участие в этом принимали ваши близкие или знакомые?

Подталкивания:

Качество и доступность медицинской помощи	Недоступность и дороговизна лекарств Недоступность медицинской помощи (отсутствие информации о лечении)	1. обращение к знакомым врачам за лечением 2. обращение к близким / знакомым, которые уже переболели Ковид 3. самолечение на основе имеющегося опыта
Обеспечение безопасности населения	Недоступность и дороговизна средств индивидуальной защиты	4. интернет-источники, общественные организации

2. Гранд-тур вопрос (активная стадия болезни)

С какими проблемами Вы столкнулись во время лечения?

- Как Вы решали проблемы...?
- К кому и куда Вы обращались за помощью?

Подталкивания:

Качество и доступность медицинской помощи	Низкое качество или недоступность медицинского обслуживания	1. нахождение в стационаре 2. лечение на больничном в условиях изоляции 3. самолечение в условиях самоизоляции
Обеспечение безопасности населения	Психологические проблемы	
Создание условий для реализации функции здоровьесбережения	Невозможность выполнения повседневных дел, организация нового быта в условиях изоляции	

3. Гранд-тур вопрос (реабилитация, борьба с последствиями)

Расскажите о Вашем периоде восстановления после COVID-19.

- Какое участие в этом принимали ваши близкие или знакомые?

4. Как бы Вы оценили помощь близких и знакомых во время вашей болезни?

Приложение 2. Пример транскрипта интервью

Информант № 12: женщина, 37 лет, тяжелая форма COVID-19

Вступление

И: Расскажите в целом, как Вы организовывали свою жизнь до заражения COVID в сентябре-ноябре 2020 г (?) Нас особенно интересует именно осенний период того года. Чем Вы занимались (?) Какой была Ваша жизнь до заражения (?)

Р: (.) Хмм, ну, так, в целом, про то как жила и работала до (.) болезни, да (?)

И: Да, Вы верно поняли.

Р: Ага, ну (...) я работала и работаю в детской поликлинике имени Пичугина №7, педиатром, сижу на приёме (.) в дневную или вечернюю смену (.), это зависит от установленного администрацией поликлиники расписания, вот. Ещё, параллельно с этим работаю в неотложке, а-а (.), то есть в скорой неотложной помощи. И вот, выполняю свои должностные обязанности (смех). А, если говорить о (.) какой-то личной жизни, то я, наверное, как любая мать и жена (.), а-а (.), ну занимаюсь семейными вопросами: хожу за продуктами в магазин (.), вот, готовлю, прибираю и так далее. Встречаюсь с друзьями, коллегами по работе, когда позволяет эта самая работа (смех), в основном в выходные, хотя (...), мы же говорим об осени, у нас, тогда, а-а, получается там началась вторая волна, по словам специалистов в изучении этого вопроса (.), так что, в основном, вся моя жизнь тогда была и продолжает быть (смех) в рамках «работа-семья», как-то так.

И: Ага...

Р: ...Ах, ну, да (смех), это как бы входит в работу участкового педиатра (...), просто не знаю, нужно ли упоминать (.), я также обслуживаю вызова. То есть, осуществляю приём не только в стенах, да (?), больницы, но самостоятельно тоже хожу на приём к детям на закрепленном за мной участке.

И: Да, спасибо, а как Вы пытались защититься от коронавируса в этот период до непосредственного заражения (?)

Р: Ой (...), ну, конечно, как ответственный гражданин, да (?), я носила и продолжаю носить маску, когда выхожу из дома в магазин или в общественном транспорте по пути на работу (.). И у нас же, как это назвать, предписание (?), правило (?), на приёме и, посещая дома больных по вызову, я обязательно надеваю ту же защитную маску, перчатки, вот летом, да (?), если у больного ребёнка были симптомы пневмонии, либо подозрения на ковид, я надевала специальный защитный костюм (смех), нам их выдавали на работе (...). Правда осенью (.), таких случаев наблюдалось гораздо меньше. Ну вот, в основном это маски и перчатки (.). А (.), ну ещё, возможно, да (.), наверное, тоже нужно назвать: различные противовирусные или просто витамины, для укрепления иммунитета. Давала своей семье, и сама принимала. А ещё (.), к нам периодически наведываются разные представители фармакологических фирм и компаний, вот (.), советуемые им препараты тоже попробовали, правда (.), видимо, ха-ха, не помогли (смех).

И: Ага, а какие другие профилактические меры Вы проводили (?)

Р: (растянуто) А-а, ох (.), Боже, сомневаюсь, что я ещё что-то делала, либо уже просто забыла (...). Наверное, (.), в целом и для детей, и для мужа (.), да и сама старалась соблюдать правила социального дистанционирования, ну-у (.), то есть (.), вот этой самоизоляции.

И: А, не могли бы поподробнее раскрыть этот момент, Вы уже отчасти об этом говорили, но какие другие правила самоизоляции Вы соблюдали (?) Помимо самоизоляции и использования средств индивидуальной защиты (?)

Р: Да, хорошо. Ну, помимо использования масок и перчаток в местах большого скопления людей, соблюдения дистанции в людных местах (.), я также мыла руки, после прихода с улицы и дезинфицировала их (.), я также это делаю и на работе, когда захожу в дома к детям на осмотр. Ну и старалась перейти в формат Интернет-общения со своими пациентами (.), а ещё друзьями и другими коллегами (.), правда мне это было достаточно трудно.

И: А, в чём именно заключались трудности (?)

Р: Я уже достаточно взрослая, постепенно старею, вот (.). Эти проблемы были ещё только в начале ковида (.), когда все оперативки и совещания переносились в онлайн-формат и ещё научно-практические конференции, а также родительские собрания у ребёнка в школе (...). Было сложно разобраться в этих программах, типа зума или дискорда (.), (смех) я сама к компьютеру подхожу не так часто, но просила помощи семьи – детей и мужа, они в этом плане молодцы, всё быстро делают и хорошо объясняют, учат, вот.

И: Угу, спасибо большое. Возможно, какие другие, нетрадиционные, народные средства и способы Вы использовали (?)

Р: Ха-ха (смех), знаете, я как врач должна сказать, что не доверяю и не верю такому (.), все эти чаи с имбирём и тому подобное, да (?), все эти Интернет-советчики, которым я не верю. Я не воспринимаю эти советы как действенный метод защититься от коронавируса (.). Но, вот в целом, есть больше фруктов и овощей, хорошо проветривать помещение и типа этого (.), тоже можно отнести к таким советам не-врачей, хотя и врачи тоже рассматривают их в качестве рекомендаций (.), и, вот их, я, конечно, старалась придерживаться и прислушиваться к ним (.). Чтобы укрепить иммунитет, опять же, и свой, и семьи.

И: Угу, спасибо. А с какими проблемами Вы столкнулись на этапе до заражения, кроме уже названной Вами адаптации к условиям, необходимости использовать Интернет-сервисы и платформы для проведения конференций и встреч (?)

Р: Угу, м-м (.), это, наверное, то, что было уже давно, и к чему мы с коллегами уже привыкли (.) – у нас в больнице по официальному приказу все маски и другие средства защиты должна предоставлять сама больница (.), ну точнее (.), её руководство. А на деле, что в марте, когда маску было невозможно купить в любой аптеке, что сейчас (...) Их довольно трудно достать, и к нам они приходят в малых количествах (.), с учётом, что их нужно менять каждые час-два, поэтому приходилось покупать их самостоятельно, заказывать в этих Интернет-сервисах, типа Wildberries или AliExpress (.), правда, ждать долго, и а-а... А нужны они были срочно и всегда (.), но вот как-то сами пытались их раздобыть, я даже одно время стирала маски, которые (.), а-а, одноразовые, просто потому что нужно было, хоть это и неправильно. А ещё с лекарствами (.), достать противовирусные или другие таблетки было сложно в самих аптеках, когда приходила туда лично (.), но дети (улыбается) научили заказывать с помощью приложения, да (?), я их там покупала, а потом уже приходила и получала свой товар. А и цены на эти препараты скакнули (.), то ли это потому что я их давно не покупала вообще (.), то ли из-за роста заболеваемости.

И: Хорошо, большое спасибо, давайте теперь перейдём к периоду самой болезни. М-м (.), **расскажите о Вашем процессе протекания болезни, вызванной COVID.** з

Р: Ага, ну 26 октября я пошла к своему начальнику, главной заведующей по больнице (.), а-а, с вопросом относительно возможности мне уйти на больничный. У нас просто так принято, сначала предупредить главную, а потом уже идти в больницу за официальным больничным (...) В тот же день, я записалась и пошла на приём к своему лечащему терапевту, и там же сдала мазок на определение, есть ли у меня ковид, кстати (.), повезло, что по воле случая, а-а, раз уж мы работаем в одной сфере (.), мы с ней дружим, а поэтому мне удалось проскочить все очереди и записи к ней (...), а так, я знаю, что люди, даже родители детей, которых я наблюдаю и лечу, ждут очень долго, чтобы попасть ко мне на приём, но сделать мы ничего не можем (.), к несчастью, очень большая загруженность была и есть сейчас, дети (.), и взрослые тоже болеют, очень часто и серьёзно. Мы не можем обслуживать по 80 и больше пациентов чисто физически (.), поэтому загруженность во взрослой поликлинике я тоже понимаю... Вот, после этого я около 10 дней лежала дома с повышенной температурой (.), очень плохо себя чувствовала (.), была слабость, с кровати иногда вставать было сложно, (смех) полный список симптомов, так сказать (.), в магазин было трудно сходить, семья помогала (...) Хотя вот здесь я как врач и родитель, поступила неправильно, осталась дома, даже и только с подозрением на ковид (.), всё равно, получается, подвергла их опасности, они потом тоже заболели (.). Но у меня на тот момент не было возможности снять комнату, да (?) или просто переехать куда-то к другим

родственникам (.), да и, если бы стало хуже – здесь ближе к больнице. А 3 ноября меня уже увезли в больницу (.), госпитализировали. Я позвонила своей сестре, она работает там (.), мне очень сильно повезло, т.к. состояние ухудшилось, нужно было срочно попасть в больницу, ведь дома... Ну ни родные, ни я в таком состоянии бы не справилась сама. Мне сразу сделали КТ, как потом пояснила сестра (.), а-а, в первые дни, когда только понимаешь, что начинаешь чувствовать себя плохо (.), её делать нет смысла. В больнице я пролежала достаточно долго, (смех), меня сестра, мой лечащий врач не отпускала (.), говорила уж долечится до конца (смех), и дождаться результатов третьего, по-моему, теста на ковид (.), а-а, мазок этот. Меня выписали 20 ноября, и после этого, а-а, я ещё (.), недели три была на больничном, восстанавливалась и набиралась сил.

И: Угу (.), а расскажите, пожалуйста, как Вы узнали, что заразились (?)

Р: Ну вот как-то это само собой произошло (.). Я не знаю, кто конкретно меня заразил, но (.), полагаю это произошло за неделю-две до того, как мне действительно стало плохо (.). Наверное, (.) ох, это была одна из мамочек детей, или они сами (.), мои пациенты, они ведь тогда тоже болели (.), некоторые из них. Потому как в других местах, на улице и старалась максимально держаться от людей подальше (смех). А на работе приходилось осматривать больных детей, разговаривать с их родителями (...). Дети же легче переносят это заболевание, поэтому не всегда, а точнее никогда (.), а-а, нельзя с уверенностью сказать, что тот ребёнок, которого ты видишь перед собой болен именно ковидом, а не обычной простудой или насморком (.), вот. И когда уже начала замечать симптомы (.), первая же мысль была, а вдруг – коронавирус (.), самая страшная тогда догадка, которую я хотела сразу откинуть, потому что... В моём возрасте, мне чуть больше 45 (смех), многие переносят эту инфекцию очень тяжело, да и верчусь в определённых кругах (.), где о смерти от этой болезни, точнее осложнений, которые она вызывает (.) умирают реальные люди. Так что было страшно, но, надежда, что это просто ОРВИ (.), оставалась до получения результатов мазка. (с грустью) А, потом стало ещё страшнее.

И: Угу, а расскажите, пожалуйста, подробнее о самом начале болезни (?)

Р: Ну, (растянуто) а-а (.), было трудно и очень плохо (.), и физически, и в каком-то смысле эмоционально (.), я, наверное, себя сразу настроила на худший конец (...), опять же из-за случаев знакомых мне людей. Но семья, друзья всячески помогали: и морально поддерживали, да (?), и закупились жаропонижающими и другими лекарствами, а также выполняли работу по дому (.), ну и заботились обо мне. Когда мне дали больничный (.), я просто самостоятельно ввела для себя (смех) постельный режим. Закрылась в комнате, куда попросила по возможности не входить остальных членов семьи (.), мало, что делала, практически не ела, не читала книги (.), ни с кем не разговаривала... Просто абстрагировалась и много спала, хотя это тоже было тяжело – из-за температуры.

И: Мг-м, а, если Вы обращались за помощью ко врачу, вызывали скорую помощь на дом или пользовались другой медицинской помощью, куда и к кому Вы обращались (?)

Р: Нет, вроде (.), да, точно (...) За меня в то время всё делали дети и муж: они покупали лекарства (.), они звонили моей сестре, она врач-пульмонолог, я уже говорила (.), консультировались с ней. Скорую, слава Богу (.), я вызвала только непосредственно в момент госпитализации, хотя прождали мы её достаточно долго – минут 40 (.), учитывая, что эта больница находится от нас в 10-15 минутах езды (.), так что вот... Только закупка препаратов в аптеке моей семьёй и консультации у семейного (смех) специалиста.

И: Угу, а, возможно, Вы спрашивали или интересовались у своей семьи, какие проблемы, (растянуто) а-а (.), сложности с приобретением, покупкой лекарственных средств в аптеках они испытывали (?)

Р: (растянуто) А-а (.), да, они говорили, звонили мне или моей сестре (.) ... Когда дети приходили в аптеку и просили определённые лекарства, которые сестра рекомендовала (.), им сообщали, что таких нет в наличии (.), и, тогда (.), они звонили мне или сестре, чтобы спросить, чем их можно заменить (.), их аналоги, вот, наверное, если Вы про это (?)

И: Мг-м, а, если Вы или Ваша семья заметили, каким образом изменились цены на привычные для Вас препараты и лекарственные средства в аптеках (?)

Р: (з.) Честно, я уверена, что муж точно не обращал на это внимание (.), да он и не знал цены до пандемии на самые типичные препараты типа Парацетамола, Ибупрофена (смех), даже Терафлю (.) Но вот соседи, знакомые и те женщины, с которыми я лежала дальше в одной палате, да... Говорили и возмущались, как скакнули цены на препараты и всё в этом духе.

И: Хорошо, спасибо, а, с **какими проблемами Вы сами столкнулись во время болезни** (?)

Р: (...) (тяжело) О-ой, а-ах (.), я (.), сложно... Слишком много всего, тут, наверное, что вот сразу приходит в голову (.), какие-то трудности в эмоциональном плане, было сложно, из-за страха за свою жизнь (.), и жизнь моих близких, семьи (.), не думать в негативном ключе об этой болезни (.). Не воспринимать её как конец (.), не думать, о реальной возможности не выбраться (.), а-а, а (.), просто представлять её как обычную ОРВИ или тяжёлую стадию пневмонии.

И: Угу, спасибо, а с какими трудностями социального характера, плана Вы сами столкнулись во время болезни (?) Возможно, что-то связанное с работой медицинских учреждений (?)

Р: Я даже не знаю (.), секунду (...) Ну, вот сама система (.), сам процесс, который контролирует, так сказать, перемещение потенциально больного сначала в режим повышенной опасности, да (?), я имею ввиду его перевод на карантин, самоизоляцию (.), а дальше... Уже с получением положительно результата теста на ковид, прохождением КТ и других мелочей и формальностей, в конце госпитализации в больницу (.)... Вот эта система была очень плохо функционирующей, наверное, до конца во многом такой и оставалась (.), хотя утверждать не буду. Если бы не мои знакомства, я бы сдала мазок только с Божьей помощью, и (.), наверное, (.) недели так через две, потому как вызвать, попросить специального человека прийти на дом, взять образец – очень трудно, приходится долго ждать. Да и сами результаты готовятся очень долго. Но опять же, спасибо сестре (.), она работает, работала (.) в учреждении, где можно было запросить результаты быстрее, и они бы с большей вероятностью пришли к ней быстрее, после запроса, чем, как обычно, для простых людей... Только не подумайте, я не пытаюсь хвастаться, я понимаю, что из-за такого, большинство реально больных (.)... Им не могут оказать помощь вовремя (.), но я тоже была одной из таких больных, просто повезло, знать врачей... Дк, вот (.) очень долго пришлось ждать результаты, их сначала отправляют в другие города России, по моему, в Киров, а уже оттуда – возвращают к нам.

И: А, как Вы организовывали свою жизнь будучи госпитализированной (?) Как Вы продолжали поддерживать связь с семьёй, близкими людьми (?)

Р: Опять же, с помощью сестры, через которую муж и дети передавали одежду, например, ... И с помощью разных приложений, Viber, да (?), где я могла позвонить, написать, увидеть их (.), пообщаться.

И: А, какой в целом была Ваша жизнь на этапе госпитализации, в самой больнице (?)

Р: Если честно, мало, что помню (.), я первые дни вообще только спала и ходила на процедуры. И лежала я тогда в палате отдельной, точнее рядом были места, но они были пустыми. А после недели, или чуть меньше... Когда мне стало лучше, и в палату подселили двух женщин (.), я стала активно с ними общаться, обсуждать общие проблемы, вопросы... и с сестрой виделась часто, она тогда была моим, официально (.), моим лечащим врачом, вот. С семьёй часто общалась, коллеги тоже звонили, узнавали, как дела (.), как самочувствие.

И: Ага, спасибо большое, а какие трудности у Вас возникали при госпитализации (.), в самой больнице (?)

Р: Ну, наверное, это проблемы самой больницы, не мои (.), но ночью, иногда (.), когда становилось плохо (...), температура повышалась сильно или ещё что, было сложно найти и попросить лечащего врача, хотя (.), на ночных дежурствах больше остаётся именно медсестёр... Вот (.), было сложно получить помощь, потому что, возможно, их просто не было на этаже (.), в моём крыле. Я просила соседок помочь (.), позвать кого-нибудь.

И: Мг-м, а, что касается, вопросов технической оснащённости больниц, как Вам показалось, было ли достаточно аппаратов КТ и ИВЛ в том учреждении, где Вы находились (?)

P: Угу, ну вот, (растянуто) а-а, думаю, да. Мне самой КТ делали в этой больнице (.), и я не ждала очень долго, не было каких-то очередей не эту процедуру. Хотя опять же, возможно (.), постаралась сестра... И, когда под кислородным баллоном лежала, тоже. Я думаю, и уверена, что в больнице, где я лежала, их было достаточное количество.

И: Угу, а, может, Вы бы могли что-нибудь рассказать о ресурсной обеспеченности больницы: лекарственных препаратах, средствах индивидуальной защиты, самих больничных местах, достаточно ли их было (?)

P: (растянуто) Ну-у (.), я ничего такого не заметила. Все лекарства и мне, и соседкам всегда давали по расписанию. А сами врачи, а-а, были полностью в защитных костюмах, с масками и перчатками, само-собой (...). Касательно мест (.), я слышала от знакомых и соседей дома, что очень трудно иногда бывает попасть в больницу, но, говорю же, в начале своей госпитализации я лежала одна в палате, поэтому (.), не заметила с этим как-либо трудностей, вот.

И: Ага, спасибо, какие трудности Вы испытывали при выписке из больницы (?)

P: (пауза) Сомневаюсь, что это трудность, просто неудобство (.), когда вот уже выздоровела, чувствуешь себя невероятно счастливой (.), морально и физически готова ехать домой к семье... Тебе говорят остаться ещё (.), подождать финального подтверждения – отрицательного результата теста, и только тогда можно будет ехать домой. Вот такая формальность (.), а-а, несильно, но довольно неприятно ощущается... Хотя (.), я понимаю, что это сделано для того (.), чтобы я не заразила своих близких людей, семью и просто знакомых при встрече.

И: Угу, а, вот (.), немного отходя от этой темы с госпитализацией (.), а-а, как Вы помогли Вашей семье защититься от COVID (?)

P: (растянуто) Ну-у, скорее, я им, наоборот (.), помешала это сделать, потому как, в конечном итоге, (растянуто) а-а, они тоже заразились. (быстро) Правда, перенесли болезнь в лёгкой форме: дети только температурили, а муж самостоятельно организовал карантин для себя. Но я ещё до болезни (.), покупала противовирусные, просила их надевать средства защиты, а-а, банально, мыть руки и пользоваться спиртовыми антисептиками и так далее... Думаю, можно сказать (.), что я сама потом стала примером, что может произойти даже с тем (.), кто соблюдает все правила и медицинские предписания, относительно соблюдения режима самоизоляции в целях (...) не заразиться.

И: Хорошо, спасибо, а не могли бы вы ещё раз подробнее остановиться на теме того, **как Вы справлялись с возникающими в процессе болезни трудностями** (?)

P: Да, конечно (пауза) Наверное, по большей части я самостоятельно (.), сначала пыталась не допустить, (растянуто) а-а, потом известными мне способами и препаратами вылечиться... То есть, сначала я, а потом моя семья покупали лекарственные препараты (.), мы все старались соблюдать правила самоизоляции в то время, когда я болела... Например (.), или консультировались по вопросам, связанным со здоровьем у сестры (.), врача... Да, кстати, во многом именно семья, включая сестру помогали справиться с болезнью, поддерживали (.), благодаря Кате (.), а-а, это имя сестры (.), мне удалось быстро лечь в больницу, поправится и вернуться домой.

И: Угу, а, помимо Вашей семьи, к помощи каких других людей (.) или социальных организаций Вы прибегали (?)

P: Ой, ну, ах, да (...) Моя знакомая из взрослого отделения поликлиники, которая помогла мне быстро попасть на приём, сдать мазок (.), да, наверное, её можно сюда отнести. А ещё, наверно (?) персонал больницы, где я лежала (.), особенно две медсестры, я, к сожалению, не помню их имён... Они работают вместе с моей сестрой, поэтому часто помогали мне, оказывая поддержку (.), очень приятные и добрые люди... А, и ещё, хм-м, две женщины, с которыми мы лежали в одной палате (.), очень весёлые и шумные, но... От их бесед мне становилось намного лучше (.), мы даже успели подружиться (смех), вот... А, к каким-то социальным организациям я не обращалась... (быстро) Хотя нет... Знаете, правда, это было до болезни, но мы с коллегами обращались к администрации поликлиники, да (?), обеспечить нас необходимыми средствами индивидуальной защиты (.), либо хотя бы возместить потраченные наши деньги на их покупку, но (...), результатов как таковых это не принесло, вот.

И: Хорошо, спасибо Вам большое, теперь, **расскажите о Вашем периоде восстановления после COVID-19**, пожалуйста.

Р: Очень непросто... Как это было только после выписки, так и сейчас чувствуется остаточная слабость иногда. Я уже, по-моему, говорила, что 3 недели после больницы была дома (.), на больничном. В это время, я откровенно была овощем... Всю работу по дому за меня делали дети, они же ходили за покупками (.), (быстро) старшая ходила, потому что только у неё не взяли мазок, и формально, она не болела коронавирусом... Я же первое время не могла даже ходить нормально (.), из-за долгого лежания на больничной койке. Когда по лестнице поднималась в квартиру (.), хоть мы и живём на третьем этаже, дважды останавливалась, восполняла силы (смех). Я в целом просто лежала, кушала бульон, который дети готовили (.), отдыхала, можно сказать, потому как температуры уже не было, дышала спокойно (.), только слабость никуда не делась.

И: Угу, спасибо, как Вы восстанавливались и восстанавливаетесь после болезни (?)

Р: (растянуто) Ну-у, я не хожу на какие-либо процедуры, если Вы про это. Всё делаю самостоятельно (.), вот в начале (.), занималась физкультурой, чтобы организм окреп, а-а, после (.), принимала витамины, опять же знакомые, которые тоже переболели ковидом (.), порекомендовали витаминный комплекс, и, а-а, я решила попробовать. Ну и стараюсь придерживаться всем известных правил здорового образа жизни, например, (.) кушать меньше жареного и жирного, чтобы не загружать сердечную систему (.), включать в рацион питания больше свежих фруктов и овощей... Совершать прогулки на свежем воздухе с семьёй в выходные, вот.

И: Мг-м, что для Вас представляется самым трудным сейчас, на послеболезенном этапе (?)

Р: О-ох, наверное, обратно включится в рабочую среду (.), возвращаться к работе после почти двух месяцев «отпуска» было очень сложно, да. А ещё (смех), возвращаться к семейным обязанностям тоже трудно (.), т.к. привыкла жить уже так, что дети всё приготовят, приберут (смех), а сама как-то отвыкла от этого. Ой, ну и ещё (.), это конечно (.), такие отголоски болезни. Для всех абсолютно, с кем я сталкиваюсь по работе (.), да и в жизни (.), ковид несёт за собой какие-то осложнения на организм (.), или какую-то определённую систему организма: на печень, почки, а-а, из-за антибиотиков... Вот у меня волосы начали выпадать, витаминов (.), видимо не хватает (.), то есть это всё ещё остаётся в плане физическом, вот так.

И: Угу, как Ваше окружение, друзья или коллеги относятся к Вам теперь, после выздоровления (?)

Р: Да, в целом, так же, как и всегда (смех), ничего не поменялось (.). Разве что (.), поначалу особенно... Относились с понимаем к ошибкам, промахам, которые я делала на работе или дома (.), а также помогали с поручениями и заданиями (.), брали на себя мою часть, за что я им очень благодарна. Большинство из моего окружения столкнулись с ковидом, поэтому понимали (.), как мне было нелегко, и я в свою очередь (.), старалась помочь им: поддержать, высказать соболезнования, когда знакомые (.), кто-то из их семей умирал, вот.

И: Угу, спасибо большое Вам! Наше интервью подходит к концу (.) Хотели бы Вы добавить или уточнить что-то к сказанному Вами ранее (?)

Р: Да нет, вроде бы (.), только жаль, что это интервью закончилось как-то (.), на печальной ноте.

И: Мг-м, понимаю, в любом случае, спасибо большое за Ваши ответы в ходе интервью, Вы нам очень помогли. Информация, предоставленная Вами важна для нас и нашего исследования! До свидания, и ещё раз спасибо!

Р: Ага, Вам тоже!

Приложение 3. Инструментарий формализованного опроса

Код респондента	
Дата заполнения	

АНКЕТА

Уважаемый участник опроса!

ПГНИУ проводит исследование для изучения роли семьи во время болезни коронавирусной инфекции. Прочитайте вопросы и предложенные варианты ответа. Выберете тот ответ, который подходит Вам и обведите его номер «кружком». Если Вы ошиблись, зачеркните неверный вариант и укажите новый. Там, где предусмотрены свободные строки, Вы можете вписать свою формулировку ответа. Опрос является анонимным, его данные будут использоваться только в обобщенном виде без упоминаний имен и фамилий.

Благодарим за сотрудничество!

ДЛЯ НАЧАЛА НЕСКОЛЬКО ВОПРОСОВ О ВАС

1. ПОЛ

1. Мужской

2. Женский

2. ВОЗРАСТ

_____ *укажите полное количество лет*

3. ОБРАЗОВАНИЕ

1. Основное общее (8-9 классов)

2. Общее среднее (10-11 классов)

3. Среднее профессиональное (колледж, техникум, училище)

4. Незаконченное высшее (3 курса вуза включительно)

5. Высшее

4. СЕМЕЙНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ

1. Никогда в браке не состоял(а)

2. Состою в зарегистрированном браке, живем вместе

3. Живем вместе, но не зарегистрированы

4. Разведен(а)

5. Вдовец / вдова

6. Состою в зарегистрированном браке, но вместе не живем

5. СВЯЗАНА ЛИ ВАША ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ С МЕДИЦИНОЙ?

1. Да

2. Нет

99. Затрудняюсь ответить

выберите число от 1 до 5, считая, что 1 соответствует вариант «очень хорошее», а 5 – «очень плохое»

6. ОЦЕНИТЕ СОСТОЯНИЕ ВАШЕГО ЗДОРОВЬЯ

1. Очень хорошее	2.	3.	4.	5. Очень плохое	99. Затрудняюсь ответить
------------------	----	----	----	-----------------	--------------------------

НЕСКОЛЬКО ВОПРОСОВ О ВАШЕЙ БОЛЕЗНИ COVID-19

7. СКОЛЬКО РАЗ ВЫ БОЛЕЛИ COVID-19?

_____ *укажите количество раз*

8. КОГДА ВЫ БОЛЕЛИ COVID-19? <i>(укажите все разы, когда Вы болели, в отдельных строках, укажите месяц и год, например, сентябрь 2020)</i>	8.1
	8.2
	8.3
	8.4
	8.5

ДАЛЕЕ БУДЕМ ГОВОРИТЬ О ТОМ, КАК ВЫ БОЛЕЛИ В ПЕРВЫЙ РАЗ

9. ОБРАЩАЛИСЬ ЛИ ВЫ ЗА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ ВО ВРЕМЯ БОЛЕЗНИ COVID-19?
(можно выбрать несколько вариантов)

1. Обращался в бесплатные медицинские организации (поликлиника, неотложная и скорая мед. помощь), проходил лечение дома под наблюдением врача
2. Обращался в бесплатные медицинские организации (поликлиника, неотложная и скорая мед. помощь), но лечился дома самостоятельно
3. Проходил стационарное лечение в больнице
4. Обращался в платные медицинские организации, проходил лечение дома под наблюдением врача
5. Обращался к знакомым врачам
6. Не обращался, лечился дома самостоятельно
7. Другое (впишите) _____

10. КОГДА ВЫ БОЛЕЛИ COVID-19, С КАКИМИ ПРОБЛЕМАМИ ВЫ СТОЛКНУЛИСЬ?
(можно выбрать несколько вариантов)

1. Психологические проблемы
2. Материальные проблемы (проблемы с деньгами)
3. Проблемы в выполнении повседневных дел
4. Недоступность бесплатной медицинской помощи
5. Низкое качество бесплатного медицинского обслуживания
6. Нехватка медицинского персонала в государственных медицинских организациях
7. Нехватка медицинского оборудования в государственных медицинских организациях
8. Нехватка лекарств
9. Нехватка средств индивидуальной защиты
10. Дороговизна лекарств
11. Дороговизна средств индивидуальной защиты
13. Отсутствие мест в больницах
14. Отсутствие программ по восстановлению после болезни
15. Не сталкивался с проблемами
16. Другое (впишите) _____

11. НАСКОЛЬКО ВЫ ДОВЕРЯЕТЕ БЕСПЛАТНЫМ МЕДИЦИНСКИМ ОРГАНИЗАЦИЯМ?

выберите число от 1 до 5, считая, что 1 соответствует вариант «полностью доверяю», а 5 – «полностью не доверяю»

1. Полностью доверяю	2.	3.	4.	5. Полностью не доверяю	6. Не обращаюсь	99. Затрудняюсь ответить
-------------------------	----	----	----	-------------------------	--------------------	-----------------------------

12. НАСКОЛЬКО ВЫ ДОВЕРЯЕТЕ ПЛАТНЫМ МЕДИЦИНСКИМ ОРГАНИЗАЦИЯМ?

выберите число от 1 до 5, считая, что 1 соответствует вариант «полностью доверяю», а 5 – «полностью не доверяю»

1. Полностью доверяю	2.	3.	4.	5. Полностью не доверяю	6. Не обращаюсь	99. Затрудняюсь ответить
-------------------------	----	----	----	-------------------------	--------------------	-----------------------------

13. НАСКОЛЬКО ВЫ ДОВЕРЯЕТЕ ВРАЧАМ?

выберите число от 1 до 5, считая, что 1 соответствует вариант «полностью доверяю», а 5 – «полностью не доверяю»

1. Полностью доверяю	2.	3.	4.	5. Полностью не доверяю	6. Не обращаюсь	99. Затрудняюсь ответить
-------------------------	----	----	----	-------------------------	--------------------	-----------------------------

ТЕПЕРЬ НЕСКОЛЬКО ВОПРОСОВ О ВАШЕЙ СЕМЬЕ

<p>14. УКАЖИТЕ ЧЛЕНОВ ВАШЕЙ СЕМЬИ <i>(например, мама, брат, супруга и т.д. Каждого членам семьи укажите в отдельной строке)</i></p>	14.1
	14.2
	14.3
	14.4
	14.5
	14.6
	14.7
	14.8
	14.9
	14.10
	14.11
	14.12
	14.13

<p>15. УКАЖИТЕ, С КЕМ ИЗ УКАЗАННЫХ ЧЛЕНОВ СЕМЬИ ВЫ ВМЕСТЕ ПРОЖИВАЕТЕ <i>(например, мама, брат, супруга и т.д. Каждого членам семьи укажите в отдельной строке)</i></p>	15.1
	15.2
	15.3
	15.4
	15.5
	15.6
	15.7
	15.8
	15.9
	15.10

ДАЛЕЕ БУДЕМ ГОВОРИТЬ ОБ УКАЗАННЫХ ЧЛЕНАХ СЕМЬИ В ЦЕЛОМ

16. НАСКОЛЬКО ДАЛЕКО ОТ ВАС ПРОЖИВАЮТ ДРУГИЕ ЧЛЕНЫ СЕМЬИ?

1. Очень близко
2. Близко
3. Далеко
4. Очень далеко
5. Некоторые проживают близко, некоторые - далеко
99. Затрудняюсь ответить / нет таких членов семьи

17. ЕСТЬ В ВАШЕЙ СЕМЬЕ ТЕ, КТО ИМЕЕТ ОПЫТ РАБОТЫ ИЛИ ОБРАЗОВАНИЕ В МЕДИЦИНСКОЙ СФЕРЕ?

1. Да
2. Нет
99. Затрудняюсь ответить

18. ОЦЕНИТЕ ВЗАИМООТНОШЕНИЯ МЕЖДУ ЧЛЕНАМИ ВАШЕЙ СЕМЬИ

1. Хорошие, дружеские
2. Нормальные
3. Напряженные, имеются ссоры
4. Плохие, частые семейные конфликты
99. Затрудняюсь ответить

19. КАК ЧАСТО ЧЛЕНЫ ВАШЕЙ СЕМЬИ ОБЩАЮТСЯ МЕЖДУ СОБОЙ?

1. Каждый день
2. Несколько раз в неделю
3. Один раз в неделю
4. Несколько раз в месяц
5. Один раз в месяц
6. Реже одного раза в месяц
99. Затрудняюсь ответить

20. КАК ЧАСТО ЧЛЕНЫ ВАШЕЙ СЕМЬИ ПРОВОДЯТ ВРЕМЯ ВМЕСТЕ?

1. Каждый день
2. Несколько раз в неделю
3. Один раз в неделю
4. Несколько раз в месяц
5. Один раз в месяц
6. Реже одного раза в месяц
99. Затрудняюсь ответить

21. В ВАШЕЙ СЕМЬЕ В БОЛЬШИНСТВЕ СЛУЧАЕВ ПРИНЯТО ПОМОГАТЬ ДРУГ ДРУГУ ИЛИ ЧАЩЕ ВСЕГО КАЖДЫЙ ЗАБОТИТСЯ ТОЛЬКО О СЕБЕ?

выберите число от 1 до 5, считая, что 1 соответствует вариант «каждый заботится только о себе», а 5 – «принято помогать друг другу»

1. Каждый заботится только о себе	2.	3.	4.	5. Принято помогать друг другу	99. Затрудняюсь ответить
-----------------------------------	----	----	----	--------------------------------	--------------------------

22. ОЦЕНИТЕ

ВЫСКАЗЫВАНИЕ: «В НАШЕЙ СЕМЬЕ ЛЮБОЙ, КТО ОКАЗЫВАЕТ ПОМОЩЬ, ЗНАЕТ, ЧТО ПРИ НЕОБХОДИМОСТИ ЕМУ ТОЖЕ ПОМОГУТ»

1. Полностью согласен
2. Скорее согласен
3. Скорее не согласен
4. Полностью не согласен
99. Затрудняюсь ответить

выберите число от 1 до 4, считая, что 1 соответствует вариант «полностью доверяют», а 4 – «полностью не доверяют»

23. НАСКОЛЬКО ЧЛЕНЫ ВАШЕЙ СЕМЬИ ДОВЕРЯЮТ ДРУГ ДРУГУ?

1. Полностью доверяют	2.	3.	4. Полностью не доверяют	99. Затрудняюсь ответить
-----------------------	----	----	--------------------------	--------------------------

24. ПОМОГАЛИ ЛИ ВАМ УКАЗАННЫЕ ВЫШЕ ЧЛЕНЫ СЕМЬИ ВО ВРЕМЯ БОЛЕЗНИ COVID-19?

1. Да (**ПЕРЕЙДИТЕ К ВОПРОСУ № 26**)
2. Нет (**ПЕРЕЙДИТЕ К ВОПРОСУ № 25**)
99. Затрудняюсь ответить

25. ПОЧЕМУ ВЫ НЕ ОБРАЩАЛИСЬ ЗА ПОМОЩЬЮ К ЧЛЕНАМ СЕМЬИ ВО ВРЕМЯ БОЛЕЗНИ COVID-19?

ЗАВЕРШИТЕ ОПРОС!

НЕСКОЛЬКО ВОПРОСОВ О ТОМ, КАК СЕМЬЯ ПОМОГАЛА ВАМ ВО ВРЕМЯ ВАШЕЙ БОЛЕЗНИ COVID-19

26. НА КАКОМ ЭТАПЕ БОЛЕЗНИ COVID-19 ЧЛЕНЫ СЕМЬИ ПОМОГАЛИ ВАМ?

(можно выбрать несколько вариантов)

1. В начале болезни (до определения COVID-19)
2. На активной стадии болезни (во время лечения)
3. В период реабилитации (во время восстановления после болезни)
4. На протяжении всей болезни
5. Другое (впишите) _____

27. ОЦЕНИТЕ ПОМОЩЬ ЧЛЕНОВ СЕМЬИ, С КОТОРЫМИ ВЫ ВМЕСТЕ ПРОЖИВАЕТЕ, В РЕШЕНИИ СЛЕДУЮЩИХ ВОПРОСОВ ВО ВРЕМЯ БОЛЕЗНИ COVID-19?

выберите число от 1 до 5, считая, что 1 соответствует вариант «полностью помогли решить вопрос», а 5 – «не помогли» (ответьте, пожалуйста, по каждой строке отдельно)

	1. Полностью помогли решить вопрос	2.	3.	4.	5. Не помогли	6. Помогли найти тех, кто помог в решении вопроса	7. Не нуждался в помощи	99. Затрудняюсь ответить	199. проживаю один или члены семьи не способны оказать помощь
27.1 Предоставление	1	2	3	4	5	6	7	99	

информации (совет) для постановки диагноза										
27.2 Предоставление информации (совет) для лечения и реабилитации	1	2	3	4	5	6	7	99		
27.3 Предоставление информации о медицинских работниках	1	2	3	4	5	6	7	99		
27.4 Предоставление информации о медицинских организациях	1	2	3	4	5	6	7	99		
27.5 Оплата необходимых товаров и услуг	1	2	3	4	5	6	7	99		
27.6 Доставка продуктов и товаров	1	2	3	4	5	6	7	99		
27.7 Поиск лекарств и (или) средств индивидуальной защиты	1	2	3	4	5	6	7	99		
27.8 Оказание психологической поддержки	1	2	3	4	5	6	7	99		
27.9 Оказание помощи в выполнении повседневных дел	1	2	3	4	5	6	7	99		
27.10 Помощь в получении медицинских услуг (например, сопровождение в больницу или вызов врача)	1	2	3	4	5	6	7	99	199	
27.11 Оказание первичной медицинской помощи (например, определяли схему лечения, ставили уколы)	1	2	3	4	5	6	7	99		
27.12 Уход во время болезни (например, контроль приема лекарств, режима питания и отдыха)	1	2	3	4	5	6	7	99		
27.13 Оказание помощи в восстановлении после болезни	1	2	3	4	5	6	7	99		
27.14 Другое (впишите и оцените)	1	2	3	4	5	6				

28. ОЦЕНИТЕ ПОМОЩЬ ЧЛЕНОВ СЕМЬИ, КОТОРЫЕ ЖИВУТ ОТДЕЛЬНО, В РЕШЕНИИ СЛЕДУЮЩИХ ВОПРОСОВ ВО ВРЕМЯ БОЛЕЗНИ COVID-19?

выберите число от 1 до 5, считая, что 1 соответствует вариант «полностью помогли решить вопрос», а 5 – «не помогли» (ответьте, пожалуйста, по каждой строке отдельно)

	1. Полностью помогли решить вопрос	2.	3.	4.	5. Не помогли	6. Помогли найти тех, кто помог в решении вопроса	7. Не нуждался в помощи	99. Затрудняюсь ответить	199. нет членов семьи, которые живут отдельно
28.1 Предоставление	1	2	3	4	5	6	7	99	

информации (совет) для постановки диагноза									
28.2 Предоставление информации (совет) для лечения и реабилитации	1	2	3	4	5	6	7	99	
28.3 Предоставление информации о медицинских работниках	1	2	3	4	5	6	7	99	
28.4 Предоставление информации о медицинских организациях	1	2	3	4	5	6	7	99	
28.5 Оплата необходимых товаров и услуг	1	2	3	4	5	6	7	99	
28.6 Доставка продуктов и товаров	1	2	3	4	5	6	7	99	
28.7 Поиск лекарств и (или) средств индивидуальной защиты	1	2	3	4	5	6	7	99	
28.8 Оказание психологической поддержки	1	2	3	4	5	6	7	99	199
28.9 Оказание помощи в выполнении повседневных дел	1	2	3	4	5	6	7	99	
28.10 Помощь в получении медицинских услуг (например, сопровождение в больницу или вызов врача)	1	2	3	4	5	6	7	99	
28.11 Оказание первичной медицинской помощи (например, определяли схему лечения, ставили уколы)	1	2	3	4	5	6	7	99	
28.12 Уход во время болезни (например, контроль приема лекарств, режима питания и отдыха)	1	2	3	4	5	6	7	99	
28.13 Оказание помощи в восстановлении после болезни	1	2	3	4	5	6	7	99	
28.14 Другое (впишите и оцените)	1	2	3	4	5	6			

БЛАГОДАРИМ ЗА УЧАСТИЕ В ОПРОСЕ!

Приложение 4. Табулированный отчет

Вопрос / Варианты ответа	Частота	Процент ответивших
ПОЛ		
1. Мужской	209	41,8
2. Женский	291	58,2
ВОЗРАСТ		
1. 20-34	138	27,6
2. 35-59	226	45,2
3. старше 59	136	27,2
ОБРАЗОВАНИЕ		
1. Основное общее (8-9 классов)	17	3,4
2. Общее среднее (10-11 классов)	59	11,8
3. Среднее профессиональное (колледж, техникум, училище)	153	30,6
4. Незаконченное высшее (3 курса вуза включительно)	40	8,0
5. Высшее	231	46,2
СЕМЕЙНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ		
1. Никогда в браке не состоял(а)	110	22,0
2. Состою в зарегистрированном браке, живем вместе	252	50,4
3. Живем вместе, но не зарегистрированы	40	8,0
4. Разведен(а)	44	8,8
5. Вдовец / вдова	44	8,8
6. Состою в зарегистрированном браке, но вместе не живем	10	2,0
СВЯЗАНА ЛИ ВАША ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ С МЕДИЦИНОЙ?		
1. Да	44	8,8
2. Нет	451	90,2
99. Затрудняюсь ответить	5	1,0
ОЦЕНИТЕ СОСТОЯНИЕ ВАШЕГО ЗДОРОВЬЯ		
1. Очень хорошее	86	17,2
2.	187	37,4
3.	159	31,8
4.	44	8,8
5. Очень плохое	14	2,8
99. затрудняюсь ответить	10	2,0
СКОЛЬКО РАЗ ВЫ БОЛЕЛИ COVID-19?		
1	399	79,8
2	93	18,6
3	8	1,6
ОБРАЩАЛИСЬ ЛИ ВЫ ЗА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ ВО ВРЕМЯ БОЛЕЗНИ COVID-19?		
1. Обращался в бесплатные медицинские организации (поликлиника, неотложная и скорая мед. помощь), проходил лечение дома под наблюдением врача	213	37,6
2. Обращался в бесплатные медицинские организации (поликлиника, неотложная и скорая мед. помощь), но лечился дома самостоятельно	145	25,6
3. Проходил стационарное лечение в больнице	54	9,5
4. Обращался в платные медицинские организации, проходил лечение дома под наблюдением врача	29	5,1

5. Обращался к знакомым врачам	248	8,5
6. Не обращался, лечился дома самостоятельно	77	13,6
7. Другое: лечила супруга-медик		
КОГДА ВЫ БОЛЕЛИ COVID-19, С КАКИМИ ПРОБЛЕМАМИ ВЫ СТОЛКНУЛИСЬ?		
1 Психологические проблемы	129	27,6
2 Материальные проблемы (проблемы с деньгами)	130	27,8
3 Проблемы в выполнении повседневных дел	344	73,5
4 Недоступность бесплатной медицинской помощи	144	30,8
5 Низкое качество бесплатного медицинского обслуживания	191	40,8
6 Нехватка медицинского персонала в государственных медицинских организациях	201	42,9
7 Нехватка медицинского оборудования в государственных медицинских организациях	81	17,3
8 Нехватка лекарств	142	30,3
9 Нехватка средств индивидуальной защиты	76	16,2
10 Дороговизна лекарств	312	66,7
11 Дороговизна средств индивидуальной защиты	110	23,5
12 Отсутствие мест в больницах	74	15,8
13 Отсутствие программ по восстановлению после болезни	168	35,9
14. Другое: неправильное лечение, плохое питание в больнице, нет обработки квартиры, нет наблюдения после выписки		
НАСКОЛЬКО ВЫ ДОВЕРЯЕТЕ БЕСПЛАТНЫМ МЕДИЦИНСКИМ ОРГАНИЗАЦИЯМ?		
1. Полностью доверяю	75	15,0
2.	100	20,0
3.	178	35,6
4.	64	12,8
5. Полностью не доверяю	44	8,8
6. Не обращался	16	3,2
99. Затрудняюсь ответить	22	4,4
НАСКОЛЬКО ВЫ ДОВЕРЯЕТЕ ПЛАТНЫМ МЕДИЦИНСКИМ ОРГАНИЗАЦИЯМ?		
1. Полностью доверяю	107	21,4
2.	136	27,2
3.	116	23,2
4.	36	7,2
5. Полностью не доверяю	36	7,2
6. Не обращался	51	10,2
99. Затрудняюсь ответить	18	3,6
НАСКОЛЬКО ВЫ ДОВЕРЯЕТЕ ВРАЧАМ?		
1. Полностью доверяю	98	19,6
2.	160	32,0
3.	146	29,2
4.	49	9,8
5. Полностью не доверяю	19	3,8
6. Не обращался	6	1,2
99. Затрудняюсь ответить	22	4,4
КОЛИЧЕСТВО ЧЛЕНОВ СЕМЬИ		
1-3	299	59,9
4-6	162	32,5
7-9	28	5,6
10 и более	10	2

НАСКОЛЬКО ДАЛЕКО ОТ ВАС ПРОЖИВАЮТ ДРУГИЕ ЧЛЕНЫ СЕМЬИ?		
1. Очень близко	35	7,0
2. Близко	177	35,5
3. Далеко	124	24,8
4. Очень далеко	31	6,2
99. Затрудняюсь ответить / нет таких членов семьи	132	26,5
ЕСТЬ В ВАШЕЙ СЕМЬЕ ТЕ, КТО ИМЕЕТ ОПЫТ РАБОТЫ ИЛИ ОБРАЗОВАНИЕ В МЕДИЦИНСКОЙ СФЕРЕ?		
1. Да	161	32,2
2. Нет	331	66,2
99. Затрудняюсь ответить	7	1,4
ОЦЕНИТЕ ВЗАИМООТНОШЕНИЯ МЕЖДУ ЧЛЕНАМИ ВАШЕЙ СЕМЬИ		
1. Хорошие, дружеские	317	63,4
2. Нормальные	155	31
3. Напряженные, имеются ссоры	17	3,4
4. Плохие, частые семейные конфликты	5	1,0
99. Затрудняюсь ответить	5	1,0
КАК ЧАСТО ЧЛЕНЫ ВАШЕЙ СЕМЬИ ОБЩАЮТСЯ МЕЖДУ СОБОЙ?		
1. Каждый день	311	62,2
2. Несколько раз в неделю	112	22,4
3. Один раз в неделю	24	4,8
4. Несколько раз в месяц	30	6,0
5. Один раз в месяц	4	0,8
6. Реже одного раза в месяц	9	1,8
99. Затрудняюсь ответить	9	1,8
КАК ЧАСТО ЧЛЕНЫ ВАШЕЙ СЕМЬИ ПРОВОДЯТ ВРЕМЯ ВМЕСТЕ?		
1. Каждый день	178	35,6
2. Несколько раз в неделю	108	21,6
3. Один раз в неделю	55	11,0
4. Несколько раз в месяц	62	12,4
5. Один раз в месяц	34	6,8
6. Реже одного раза в месяц	42	8,4
99. Затрудняюсь ответить	20	4,0
В ВАШЕЙ СЕМЬЕ В БОЛЬШИНСТВЕ СЛУЧАЕВ ПРИНЯТО ПОМОГАТЬ ДРУГ ДРУГУ ИЛИ ЧАЩЕ ВСЕГО КАЖДЫЙ ЗАБОТИТСЯ ТОЛЬКО О СЕБЕ?		
1. Каждый заботится только о себе	23	4,6
2.	13	2,6
3.	31	6,2
4.	63	12,6
5. Принято помогать друг другу	363	72,6
99. Затрудняюсь ответить	6	1,2
ОЦЕНИТЕ ВЫСКАЗЫВАНИЕ: «В НАШЕЙ СЕМЬЕ ЛЮБОЙ, КТО ОКАЗЫВАЕТ ПОМОЩЬ, ЗНАЕТ, ЧТО ПРИ НЕОБХОДИМОСТИ ЕМУ ТОЖЕ ПОМОГУТ»		
1. Полностью согласен	367	73,4
2. Скорее согласен	110	22,0
3. Скорее не согласен	10	2,0
4. Полностью не согласен	3	0,6
99. Затрудняюсь ответить	8	1,6

НАСКОЛЬКО ЧЛЕНЫ ВАШЕЙ СЕМЬИ ДОВЕРЯЮТ ДРУГ ДРУГУ?		
1. Полностью доверяют	291	58,2
2.	155	31,0
3.	28	5,6
4. Полностью не доверяют	12	2,4
99. Затрудняюсь ответить	13	2,6
ПОМОГАЛИ ЛИ ВАМ ЧЛЕНЫ СЕМЬИ ВО ВРЕМЯ БОЛЕЗНИ COVID-19?		
1. Да	430	86,5
2. Нет	69	13,5
НА КАКОМ ЭТАПЕ БОЛЕЗНИ COVID-19 ЧЛЕНЫ СЕМЬИ ПОМОГАЛИ ВАМ?		
1. В начале болезни (до определения COVID-19)	63	13,0
2. На активной стадии болезни (во время лечения)	128	26,4
3. В период реабилитации (во время восстановления после болезни)	23	4,7
4. На протяжении всей болезни	271	55,9
ОЦЕНИТЕ ПОМОЩЬ ЧЛЕНОВ СЕМЬИ, С КОТОРЫМИ ВЫ ВМЕСТЕ ПРОЖИВАЕТЕ, В РЕШЕНИИ СЛЕДУЮЩИХ ВОПРОСОВ ВО ВРЕМЯ БОЛЕЗНИ COVID-19?		
Предоставление информации (совет) для постановки диагноза		
1. Полностью помогли в решении вопроса	146	29,2
2.	30	6,0
3.	22	4,4
4.	10	2,0
5. Не помогли	24	4,8
6. Помогли найти тех, кто помог в решении вопроса	33	6,6
7. Не нуждался в помощи	86	17,8
99. Затрудняюсь ответить	12	2,4
199. Проживаю один или члены семьи не способны оказать помощь (например, маленькие дети)	67	13,4
Предоставление информации (совет) для лечения и реабилитации		
1. Полностью помогли в решении вопроса	119	23,8
2.	33	6,6
3.	23	4,6
4.	7	1,4
5. Не помогли	31	6,2
6. Помогли найти тех, кто помог в решении вопроса	34	6,8
7. Не нуждался в помощи	102	20,4
99. Затрудняюсь ответить	14	2,8
199. Проживаю один или члены семьи не способны оказать помощь (например, маленькие дети)	67	13,4
Предоставление информации о медицинских работниках		
1. Полностью помогли в решении вопроса	111	22,2
2.	23	4,6
3.	27	5,4
4.	12	2,4
5. Не помогли	29	5,8
6. Помогли найти тех, кто помог в решении вопроса	25	5,0
7. Не нуждался в помощи	123	24,6
99. Затрудняюсь ответить	13	2,6
199. Проживаю один или члены семьи не способны оказать помощь (например, маленькие дети)	67	13,4

Предоставление информации о медицинских организациях		
1. Полностью помогли в решении вопроса	162	32,4
2.	29	5,8
3.	19	3,8
4.	6	1,2
5. Не помогли	29	5,8
6. Помогли найти тех, кто помог в решении вопроса	20	4,0
7. Не нуждался в помощи	93	18,6
99. Затрудняюсь ответить	5	1,0
199. Проживаю один или члены семьи не способны оказать помощь (например, маленькие дети)	67	13,4
Оплата необходимых товаров и услуг		
1. Полностью помогли в решении вопроса	256	51,2
2.	24	4,8
3.	19	3,8
4.	3	0,6
5. Не помогли	18	3,6
6. Помогли найти тех, кто помог в решении вопроса	13	0,6
7. Не нуждался в помощи	39	7,8
99. Затрудняюсь ответить	1	0,2
199. Проживаю один или члены семьи не способны оказать помощь (например, маленькие дети)	67	13,4
Доставка продуктов и товаров		
1. Полностью помогли в решении вопроса	262	52,4
2.	18	3,6
3.	10	2,0
4.	2	0,4
5. Не помогли	13	2,6
6. Помогли найти тех, кто помог в решении вопроса	8	1,6
7. Не нуждался в помощи	50	10,0
199. Проживаю один или члены семьи не способны оказать помощь (например, маленькие дети)	67	13,4
Поиск лекарств и (или) средств индивидуальной защиты		
1. Полностью помогли в решении вопроса	243	48,6
2.	26	5,2
3.	14	2,8
4.	5	1,0
5. Не помогли	14	2,8
6. Помогли найти тех, кто помог в решении вопроса	4	0,8
7. Не нуждался в помощи	57	11,4
199. Проживаю один или члены семьи не способны оказать помощь (например, маленькие дети)	67	13,4
Оказание психологической поддержки		
1. Полностью помогли в решении вопроса	258	51,6
2.	35	7,0
3.	15	3,0
4.	9	1,8
5. Не помогли	9	1,8
6. Помогли найти тех, кто помог в решении вопроса	4	0,8
7. Не нуждался в помощи	31	6,2

199. Проживаю один или члены семьи не способны оказать помощь (например, маленькие дети)	67	13,4
Оказание помощи в выполнении повседневных дел		
1. Полностью помогли в решении вопроса	234	46,8
2.	22	4,4
3.	15	3,0
4.	4	0,8
5. Не помогли	19	3,8
7. Не нуждался в помощи	6	1,2
199. Проживаю один или члены семьи не способны оказать помощь (например, маленькие дети)	67	13,4
Помощь в получении медицинских услуг (например, сопровождение в больницу или вызов врача)		
1. Полностью помогли в решении вопроса	176	35,2
2.	35	7,0
3.	13	2,6
4.	4	0,8
5. Не помогли	18	3,6
6. Помогли найти тех, кто помог в решении вопроса	8	1,6
7. Не нуждался в помощи	105	21,0
99. Затрудняюсь ответить	4	0,8
199. Проживаю один или члены семьи не способны оказать помощь (например, маленькие дети)	67	13,4
Оказание первичной медицинской помощи (например, определяли схему лечения, ставили уколы)		
1. Полностью помогли в решении вопроса	185	37,0
2.	38	7,6
3.	16	3,2
4.	6	1,2
5. Не помогли	14	2,8
6. Помогли найти тех, кто помог в решении вопроса	10	2,0
7. Не нуждался в помощи	92	18,4
99. Затрудняюсь ответить	2	0,4
199. Проживаю один или члены семьи не способны оказать помощь (например, маленькие дети)	67	13,4
Уход во время болезни (например, контроль приема лекарств, режима питания и отдыха)		
1. Полностью помогли в решении вопроса	191	38,2
2.	35	7,0
3.	20	4,0
4.	7	1,4
5. Не помогли	11	2,2
6. Помогли найти тех, кто помог в решении вопроса	9	1,8
7. Не нуждался в помощи	86	17,2
99. Затрудняюсь ответить	4	0,8
199. Проживаю один или члены семьи не способны оказать помощь (например, маленькие дети)	67	13,4
Оказание помощи в восстановлении после болезни		
1. Полностью помогли в решении вопроса	75	15,0
2.	17	3,4
3.	11	2,2

4.	4	,8
5. Не помогли	3	,6
6. Помогли найти тех, кто помог в решении вопроса	5	1,0
7. Не нуждался в помощи	50	10,0
99. Затрудняюсь ответить	3	0,6
199. Проживаю один или члены семьи не способны оказать помощь (например, маленькие дети)	38	7,6
ОЦЕНИТЕ ПОМОЩЬ ЧЛЕНОВ СЕМЬИ, КОТОРЫЕ ЖИВУТ ОТДЕЛЬНО, В РЕШЕНИИ СЛЕДУЮЩИХ ВОПРОСОВ ВО ВРЕМЯ БОЛЕЗНИ COVID-19?		
Предоставление информации (совет) для постановки диагноза		
1. Полностью помогли в решении вопроса	95	19,0
2.	32	6,4
3.	21	4,2
4.	4	,8
5. Не помогли	43	8,6
6. Помогли найти тех, кто помог в решении вопроса	16	3,2
7. Не нуждался в помощи	105	21,0
199. Нет членов семьи, которые живут отдельно	113	22,6
Предоставление информации (совет) для лечения и реабилитации		
1. Полностью помогли в решении вопроса	88	17,6
2.	24	4,8
3.	17	3,4
4.	8	1,6
5. Не помогли	41	8,2
6. Помогли найти тех, кто помог в решении вопроса	11	2,2
7. Не нуждался в помощи	121	24,2
Предоставление информации о медицинских работниках		
1. Полностью помогли в решении вопроса	72	14,4
2.	16	3,2
3.	13	2,6
4.	7	1,4
5. Не помогли	56	11,2
6. Помогли найти тех, кто помог в решении вопроса	13	2,6
7. Не нуждался в помощи	136	27,2
Предоставление информации о медицинских организациях		
1. Полностью помогли в решении вопроса	87	17,4
2.	12	2,4
3.	15	3,0
4.	7	1,4
5. Не помогли	61	12,2
6. Помогли найти тех, кто помог в решении вопроса	8	1,6
7. Не нуждался в помощи	125	25,0
Оплата необходимых товаров и услуг		
1. Полностью помогли в решении вопроса	105	21,0
2.	23	4,6
3.	17	3,4
4.	8	1,6
5. Не помогли	50	10,0
6. Помогли найти тех, кто помог в решении вопроса	10	2,0
7. Не нуждался в помощи	100	20,0

Доставка продуктов и товаров		
1. Полностью помогли в решении вопроса	112	22,4
2.	13	2,6
3.	17	3,4
4.	9	1,8
5. Не помогли	55	11,0
6. Помогли найти тех, кто помог в решении вопроса	5	1,0
7. Не нуждался в помощи	103	20,6
Поиск лекарств и (или) средств индивидуальной защиты		
1. Полностью помогли в решении вопроса	117	23,4
2.	28	5,6
3.	17	3,4
4.	14	2,8
5. Не помогли	41	8,2
6. Помогли найти тех, кто помог в решении вопроса	5	1,0
7. Не нуждался в помощи	92	18,4
Оказание психологической поддержки		
1. Полностью помогли в решении вопроса	108	21,6
2.	29	5,8
3.	17	3,4
4.	10	2,0
5. Не помогли	46	9,2
6. Помогли найти тех, кто помог в решении вопроса	2	,4
7. Не нуждался в помощи	98	19,6
Оказание помощи в выполнении повседневных дел		
1. Полностью помогли в решении вопроса	66	13,2
2.	11	2,2
3.	15	3,0
4.	11	2,2
5. Не помогли	65	13,0
6. Помогли найти тех, кто помог в решении вопроса	6	1,2
7. Не нуждался в помощи	139	27,8
Помощь в получении медицинских услуг (например, сопровождение в больницу или вызов врача)		
1. Полностью помогли в решении вопроса	62	12,4
2.	11	2,2
3.	8	1,6
4.	10	2,0
5. Не помогли	70	14,0
6. Помогли найти тех, кто помог в решении вопроса	7	1,4
7. Не нуждался в помощи	147	29,4
Оказание первичной медицинской помощи (например, определяли схему лечения, ставили уколы)		
1. Полностью помогли в решении вопроса	54	10,8
2.	16	3,2
3.	12	2,4
4.	11	2,2
5. Не помогли	69	13,8
6. Помогли найти тех, кто помог в решении вопроса	5	1,0
7. Не нуждался в помощи	146	29,2

Уход во время болезни (например, контроль приема лекарств, режима питания и отдыха)		
1. Полностью помогли в решении вопроса	80	16,0
2.	20	4,0
3.	17	3,4
4.	13	2,6
5. Не помогли	55	11,0
6. Помогли найти тех, кто помог в решении вопроса	5	1,0
7. Не нуждался в помощи	126	25,2
Оказание помощи в восстановлении после болезни		
1. Полностью помогли в решении вопроса	38	7,6
2.	20	4,0
3.	14	2,8
4.	10	2,0
5. Не помогли	25	5,0
6. Помогли найти тех, кто помог в решении вопроса	1	,2
7. Не нуждался в помощи	50	10,0