

СОЦИОЛОГИЯ ЗДОРОВЬЯ

Н.Л. Русинова, В.В. Сафронов

ЗНАЧЕНИЕ СОЦИАЛЬНОГО КАПИТАЛА ДЛЯ ЗДОРОВЬЯ В СТРАНАХ ЕВРОПЫ*

Статья посвящена проблеме влияния социального капитала на здоровье в разных общественных контекстах. Данные Европейского социального исследования 2008 (репрезентативные выборки населения 28 стран) и статистика Мирового банка и ВОЗ анализировались с применением статистических методов двухуровневого линейного моделирования. Результаты показывают, что самочувствие участников опросов слабо связано с запасами индивидуального «структурного» капитала — вследствие большего влияния социальной демографии и его дефицита у пожилых людей и представителей нижних общественных слоев. Общественные ресурсы такого капитала, указывающие на распространенность в обществе социальных сетей и ассоциаций, также не влияют на здоровье — ни прямо, ни через интеракции с его индивидуальными запасами. Доверие индивида другим людям создает предпосылки для улучшения его самочувствия, причем воздействие этой переменной на здоровье усиливается по мере продвижения страны в направлении постмодернизации.

Ключевые слова: *здоровье в странах Европы, социальный капитал, социальные сети и доверие людям, влияние общественного контекста, Европейское социальное исследование 2008, двухуровневое линейное моделирование.*

Здоровье и социальный капитал: противоречивые результаты исследований

Одно из быстро развивающихся направлений в современной социологии здоровья связано с понятием социального капитала (Islam et al. 2006; Kawachi, Berkman 2000; Macinko, Starfield 2001; Social Capital Debate 2004; Social capital and health 2008; Szreter, Woolcock 2004). Исследования свидетельствуют, что

* Исследование выполнено при поддержке РГНФ, грант № 14-03-00697.

Русинова Нина Львовна — кандидат экономических наук, зав. сектором социологии здоровья Социологического института РАН (nrusinova@gmail.com)

Nina Rusinova — Candidate of Science (Economics), Head of the Sociology of Health Department, Sociological Institute, Russian Academy of Sciences (nrusinova@gmail.com)

Сафронов Вячеслав Владимирович — старший научный сотрудник Социологического института РАН (vsafonov@list.ru)

Viacheslav Safronov — Senior Researcher, Sociological Institute, Russian Academy of Sciences (vsafonov@list.ru)

наличие социального капитала является благоприятным условием для поддержания здоровья людей (см., например, Hawe, Schiell 2000; Kawachi et al. 1997; Kawachi, Kennedy, 1999; Lomas 1998; Veenstra 2000).

Теоретические основания этих исследований составляют два основных подхода к пониманию социального капитала. В первом под этим капиталом, в традициях П. Бурдьё и Дж. Коулмена, подразумеваются ресурсы индивида, доступ к которым формируется благодаря его вхождению в социальные сети (Bourdieu 1986; Coleman 1988). В другом подходе, опирающемся на концептуализацию Р. Патнэма, социальный капитал — приверженность гражданской активности, нормы взаимности и доверие между людьми — рассматривается как свойство сообщества, облегчающее достижение общих целей (Putnam 2000; Putnam, Leonardi, Nanetti 1993).

Согласно «сетевой» теории, социальный капитал служит для индивидов источником поддержки, обеспечивая им в случае необходимости психологическую и материальную помощь со стороны социального окружения и выступая буфером, смягчающим негативные последствия стрессов (Cohen 2004; Szreter, Woolcock 2004). Влияние коллективного социального капитала на здоровье может быть связано с усилением государственной социальной политики — вследствие развития институтов гражданского общества, массовой активности граждан в добровольных ассоциациях и ее влияния на демократическую подотчетность властей. Кроме того, укрепление в обществе доверия между людьми и формирование культуры доверительных отношений способствуют психологическому комфорту в социальных взаимодействиях и устранению стрессов, сопутствующих социальным конфликтам и изоляции (Kawachi, Berkman 2000; Kawachi, Kennedy, Glass 1999; Jen et al. 2010).

Еще одно важное концептуальное разграничение в исследованиях социального капитала предполагает отделение его «структурных» (поведенческих) характеристик — вовлеченности людей в сети социальных взаимодействий, от характеристик «когнитивных» (аттитюдных), свидетельствующих об их приверженности нормам доверия и взаимности (Harpham, Grant, Thomas 2002; Lochner et al. 2003; Putnam, Leonardi, Nanetti 1993). Признается также и важность вычленения двух типов поведенческого капитала (вслед за М. Грановеттером, указавшим на значение «сильных» и «слабых» социальных связей, Granovetter 1973): один — взаимодействие членов однородной социальной группы или близких людей (“bonding” social capital), а другой — социальные связи, объединяющие представителей разных общественных групп (“bridging” social capital) (Kawachi 2006; Lochner, Kawachi, Kennedy 1999; Harpham 2008; Putnam 2000; Szreter, Woolcock 2004).

До недавнего времени исследования влияния социального капитала на здоровье осуществлялись либо на «экологическом» уровне, подразумевающим сопоставление его коллективных запасов и состояния здоровья сообщества или общества в целом, либо на индивидуальном уровне анализа — различий в здоровье людей, обусловленных особенностями взаимодействия индивида со своим социальным окружением и его отношением к другим людям. В последние годы все чаще такое влияние изучается с учетом обеих уровней — воздействия

индивидуальных запасов социального капитала и его контекстуальных, общественных ресурсов на здоровье, а также интеракции между индивидуальными и контекстуальными факторами (Kawachi, Subramanian, Kim 2008).

Так, например, экологические исследования, проводившиеся в США, свидетельствуют о том, что социальный капитал, зафиксированный на уровне штатов, оказывает самостоятельное влияние на показатели смертности и субъективного здоровья (Kawachi, Kennedy, Glass 1999; Kawachi et al. 1997; Putnam 2000). Такой же вывод был сделан и по результатам исследования российских регионов (Kennedy, Kawachi, Brainerd 1998). Сравнительный анализ смертности, продолжительности жизни и воспринимаемого здоровья граждан ряда европейских стран, однако, этого заключения не подтверждает: общественный капитал, измеряемый агрегированными индексами доверия и организационного участия, существенного воздействия на национальное здоровье не оказывал (Kennelly, O'Shea, Garvey 2003; Lindstrom C., Lindstrom M. 2006; Lynch et al. 2001). Многочисленные исследования, выполненные на индивидуальном уровне, согласуются с результатами предшествующих работ, посвященных роли социальных сетей и социальной поддержки для здоровья (см. Berkman, Glass 2000; Cohen 2004), демонстрируя, что у людей, сильнее вовлеченных в социальные взаимодействия и склонных доверять другим, здоровье, как правило, лучше, чем у тех, кто не обладает этими ресурсами, даже при контроле их социально-демографических различий (см., например, Barefoot, et al. 1998; Carlson 1998; 2004; Нурра, Маки 2001; Islam et al. 2006; Rose 2000; Social capital and health 2008). В методологической критике этих исследований отмечается, что, с одной стороны, эффекты, выявляемые при экологическом подходе, могут в действительности быть обусловлены индивидуальными различиями или композицией населения, а с другой — при учете только индивидуальных запасов капитала могут остаться незамеченными контекстуальные особенности их влияния на здоровье (Lochner, Kawachi, Kennedy 1999; Poortinga 2006b; Subramanian, Kawachi 2004; Veenstra 2005).

Развитие статистических методов многоуровневого моделирования позволяет сегодня проверять предположения о влиянии на здоровье не только индивидуального социального капитала и его общественных ресурсов, но и учитывать взаимодействие тех и других факторов (Diez-Roux 1998; 2000; Duncan, Jones, Moon 1998). Учет этого взаимодействия дает возможность выявлять социетальные контексты, в которых для здоровья особенно важна социальная поддержка, где оно в большей степени зависит от развития гражданской активности, а также общественные условия, благоприятные для проявления зависимости самочувствия людей от их доверительного отношения к другим (см., напр., Kawachi et al. 2004; Subramanian, Kim, Kawachi 2002).

Однако сравнительно немногочисленные исследования, выполненные с применением многоуровневой методологии, также не привели пока к однозначным выводам. В одних работах связи социального капитала со здоровьем были обнаружены на обоих уровнях анализа — социетальном и индивидуальном (Jen et al. 2010; Poortinga 2006a; Snelgrove, Pikhart, Stafford 2009), в то время как другие исследования, не выявив контекстуальных эффектов, подтвержда-

ют, что только индивидуальные социальные ресурсы важны для поддержания здоровья (Poortinga 2006b; Subramanian, Kim, Kawachi 2002).

Результаты изучения интеракций между контекстуальными и индивидуальными переменными социального капитала (Carpiano 2007; Han, Kim, Lee 2012; Jen et al. 2010; Kim, Kawachi 2006; Mansyur et al. 2008; Meng, Chen 2014; Poortinga 2006b; Subramanian, Kim, Kawachi 2002) также остаются противоречивыми. Так, было обнаружено (Kim, Kawachi 2006; Subramanian, Kim, Kawachi 2002), что люди, склонные доверять другим, чувствуют себя лучше в высоко доверяющем сообществе, в то время как здоровье тех его членов, кто с подозрением относится к окружающим, в такой культурной среде имеет тенденцию к ухудшению. В другом исследовании интеракция между переменными доверия первого и второго уровней для европейских стран проявлялась по-иному: доверие между людьми оказывало наиболее отчетливое влияние на самочувствие в обществах с более развитой культурой доверительных отношений, причем индивиды, придерживающиеся норм этой культуры, — доверяющие другим, отличались заметно лучшим здоровьем по сравнению с теми, кто ее норм не разделял (Poortinga 2006b). Это было подтверждено и другими авторами (Jen et al. 2010; Meng, Chen 2014). Но есть и работы, в которых подобных интеракций не обнаруживается (Mansyur et al. 2008).

Еще более запутанной остается ситуация с взаимодействием переменных «структурного» социального капитала двух уровней. Согласно одним данным, высокая плотность социальных сетей в сообществе или обществе в целом способствует улучшению здоровья людей, в меньшей степени вовлеченных в социальные взаимоотношения с окружающими (Carpiano 2007; Han, Kim, Lee 2012; Kim, Kawachi 2006; Mansyur et al. 2008). По другим сведениям, здоровье в таких контекстах, напротив, лучше у тех, кто способен воспользоваться этим коллективным капиталом, будучи сам активным участником сетевых взаимодействий (Poortinga 2006b). Встречаются также исследования, в которых эффекта межуровневых интеракций между контекстуальными и индивидуальными переменными «структурного» социального капитала на здоровье обнаружено не было (Meng, Chen 2014).

Противоречивость результатов многоуровневых исследований, как отмечается аналитиками, может объясняться многими факторами — отсутствием единообразия используемых индикаторов социального капитала, различием в уровнях анализа, на которых осуществляется поиск контекстуальных влияний социального капитала (Kawachi et al. 2004; Murayama, Fujiwara, Kawachi 2012), своеобразием композиционного состава сопоставляемых стран (Mansyur et al. 2008), а также неучтенными характеристиками общественной среды, способными оказывать самостоятельное воздействие как на коллективные запасы социального капитала в обществе, так и на здоровье населения (Engstrom et al. 2008). Высказываются предположения, согласно которым связи различных индикаторов социального капитала и здоровья населения могут отражать эффекты таких параметров социетального контекста, как уровень абсолютной экономической депривации и бедность (Franzini et al. 2005; Jen et al. 2010), выраженность доходных неравенств (Kawachi et al. 1997; Wilkinson 1996), типы

политической системы (Navarro, Shi 2001) и «государства благосостояния» (Rostila 2007), эффективность функционирования демократических институтов (Bobak et al. 2007), различия в культуре (Eckersley 2006; Forbes, Wainwright 2001) и, наконец, исторические события и условия жизни в прошлом (Poraу 2000).

Таким образом, для устранения противоречий, описывающих влияние контекстуального социального капитала на здоровье и его взаимодействия с индивидуальными запасами этого капитала, необходимы дальнейшие эмпирические исследования. Они необходимы и для вычленения существенных контекстуальных факторов, способных повлиять на характер зависимости между индивидуальным социальным капиталом и здоровьем, включая экономическое развитие стран, их социальную политику, качество работы государственных структур и особенности культуры. В представленном исследовании предпринимается попытка внести вклад в прояснение некоторых из этих вопросов.

Задачи и методы исследования

Настоящее исследование исходит из методологического представления о влиянии на здоровье людей не только их индивидуальных характеристик, но и общественного контекста. На индивидуальном уровне, согласно теории социальных неравенств, различия в здоровье людей отражают их положение в демографической и социальной структурах общества. Теория социального капитала позволяет предположить, что такие различия связаны и с вовлеченностью индивида в сети социальных взаимодействий с близкими и знакомыми, с его участием в работе добровольных ассоциаций граждан и доверием другим людям. Эти социальные ресурсы позволяют человеку рассчитывать на получение материальной и психологической поддержки в трудных жизненных обстоятельствах — ослабляют негативное воздействие на здоровье лишений и стрессов. Наряду с переменными индивидуального уровня, на здоровье людей может оказывать влияние общественный контекст — оно лучше в странах с развитой экономикой и сильным социальным государством, с эффективным государственными и политическими институтами, действующими в интересах граждан. Общественные ресурсы социального капитала — распространенность в стране социальных сетей и ассоциаций и культура доверительных отношений между людьми — также, возможно, являются условием, благоприятно сказывающимся на здоровье. Есть основания предполагать, что контекстуальные факторы важны не столько сами по себе, сколько во взаимодействии с переменными социальной демографии и социального капитала индивидуального уровня. Так, социальная поддержка со стороны ближайшего окружения может оказаться важнее для здоровья людей в менее развитых странах, чем в богатом обществе с сильной социальной политикой, где защиту обеспечивает государство. Социальная интеграция общества, поддерживаемая широким распространением сетей социальных взаимодействий, добровольных ассоциаций и культуры взаимного доверия, способна позитивно сказываться на здоровье тех, кто пользуется этими общественными ресурсами — сам вовлечен в сети и склонен

доверять другим, но она может усугублять проблемы со здоровьем у людей, плохо интегрированных в социальную ткань общества и не разделяющих доминирующих культурных норм.

Ориентируясь на изложенные концептуальные положения, авторы данной работы предпринимают попытку сравнительного анализа состояния здоровья граждан европейских стран, направленного на решение трех общих задач.

Первая задача — проверить, способствуют ли ресурсы индивидуального «структурного» социального капитала (вхождение в сети социальных взаимодействий и участие в работе добровольных объединений граждан) поддержанию здоровья и связано ли такое влияние с общественным контекстом. Предполагается выяснить, действительно ли в менее развитых странах (по уровню развития экономики, социального государства и эффективности управления) важным условием для сохранения здоровья является наличие у человека близкого социального окружения — родственников, друзей, товарищей по работе — и поддержание с ними постоянных контактов. В более развитых странах социальную поддержку оказывает государство, и такие взаимодействия становятся, возможно, менее значимыми, однако большую роль в них могут играть добровольные ассоциации — гражданское общество, обеспечивающее активистам возможности для отстаивания своих интересов посредством демократического политического участия. Кроме того, нужно установить, и в этом заключается *вторая задача*, способствуют ли укреплению здоровья людей общественные ресурсы капитала социальных взаимодействий (распространенность в стране социальных сетей и ассоциаций) и является ли их воздействие дифференцированным — большим, как было обнаружено в некоторых работах, для людей, интегрированных в социальные взаимодействия, в отличие от тех, кто оказался в изоляции. *Третья задача* связана с анализом «аттитюдной» составляющей социального капитала — доверия между людьми. Предстоит прояснить, лучше ли самочувствие у тех людей, которые с доверием относятся к другим, и меняется ли степень выраженности такой зависимости в странах с неодинаковыми уровнями общественного развития и укоренения культуры доверительных межчеловеческих отношений. В обществах, дальше других продвинувшихся в направлении постмодернизации, формируется культура социальной толерантности и взаимного доверия между людьми, позволяющая каждому надеяться на помощь с их стороны, если возникнет такая необходимость, и испытывать чувство психологического комфорта в дружелюбном социальном мире. Именно в этих обществах социальный капитал доверия, возможно, играет наиболее важную роль. Атмосфера социального комфорта может оказаться особенно благоприятной для здоровья тех, кто разделяет ценности и нормы этой культуры — относится с доверием к другим людям. Но те, кто их не разделяет, полагая, что большинству доверять нельзя, могут, напротив, испытывать стрессы отчуждения и психологической изоляции, оказывающие на здоровье негативное воздействие.

При решении указанных задач использовались данные репрезентативных массовых опросов, проведенных в 28 странах Европы (и ее ближайших соседей) в конце 2008 — начале 2009 гг. в рамках «Европейского социального исследова-

ния» (European Social Survey... 2008; далее — ESS; население в возрасте 15 лет и старше, средний объем национальной выборки — около 2000 респондентов), а также статистические сведения об этих странах Всемирного банка и Всемирной организации здравоохранения. Изучавшиеся страны: Бельгия, Болгария, Великобритания, Венгрия, Германия, Греция, Дания, Израиль, Испания, Кипр, Латвия, Нидерланды, Норвегия, Польша, Португалия, Россия, Румыния, Словакия, Словения, Турция, Украина, Финляндия, Франция, Хорватия, Чехия, Швейцария, Швеция и Эстония.

Состояние здоровья — зависимая переменная — измерялось в ESS с помощью стандартного анкетного вопроса: «Как Вы оцениваете состояние своего здоровья в целом? По Вашему мнению, оно ... 1. Очень хорошее, 2. Хорошее, 3. Среднее, 4. Плохое, 5. Очень плохое» (эту шкалу можно с известной долей условности, допускаемой задачами нашего исследования, считать метрической).

«Структурный» социальный капитал на индивидуальном уровне фиксировали три показателя. Дихотомия живет ли человек один или не один и индекс частоты встреч на досуге с родственниками, друзьями и коллегами (количество раз в месяц) говорят о его включенности в «сильные» социальные связи, а показатель работы (на протяжении последних 12 месяцев) в политической партии или иной добровольной ассоциации (направленной на улучшение дел в стране или избежание принятия неправильных решений) — о вхождении в сети «слабых» связей, гражданское общество. Об «аттitudном» капитале индивида позволяет судить индекс доверия людям (среднее арифметическое трех тесно связанных оценок, показывающих мнение опрошенных — шкалы 0–10 — о том, можно ли доверять большинству людей, склонны ли они к обману и готовы ли прийти на помощь; обсуждение этой операционализации см. Reeskens, Hooghe 2008). Четыре переменные социальной демографии, которые будут использоваться в нашем анализе, — пол, возраст (лет), образование (лет обучения в формальных образовательных учреждениях) и оценка респондентом своего уровня жизни (1 — жить на такой доход очень трудно, 2 — довольно трудно, 3 — дохода нам в принципе хватает, 4 — живем, не испытывая материальных затруднений).

Контекстуальные факторы социального капитала, говорящие о различиях между странами, были получены благодаря агрегированию индексов индивидуального уровня. Это — доля в стране одиноких людей, средняя частота встреч в свободное время с близкими людьми и товарищами по работе, доля лиц, работавших в течение года в той или иной добровольной общественной организации, а также среднее значение для страны индекса доверия людям.

Неодинаковое общественное развитие ESS стран измерялось с помощью индекса, полученного при факторном (компонентном) анализе трех переменных, отражающих состояние экономики, социального государства и эффективности управления и демократического контроля (подробнее см. Русинова, Сафронов 2013). Уровень экономического развития измерялся по показателю ВНД (валового национального дохода) на душу населения (GNI per capita, PPP, current international \$, 2008) (World Bank 2008a). Выраженность социальной ориентации в государственной политике — по индексу душевых расходов государства на поддержание здоровья (Per capita government expenditure on health,

PPP, international \$, 2008) (World Health Organization 2011: 127–138, Table 7). Способность общества и государства контролировать коррупцию отображалась по композитному показателю, входящему в состав Worldwide Governance Indicators (WGI, Control of Corruption, 2008) (World Bank 2008b).

Математический анализ эмпирических данных осуществлялся с помощью методов многоуровневого моделирования, поскольку сведения о здоровье респондентов и их социальных характеристиках, полученные в ESS, относятся к первому уровню, представленному индивидами, а контекстуальные переменные, отражающие различия между странами, — ко второму уровню, надстроенному над первым. Использовался специализированный статистический пакет HLM (Hierarchical Linear and Nonlinear Modeling by Stephen Raudenbush, Anthony Bryk, and Richard Congdon, см. <http://www.ssicentral.com/hlm/>) (Raudenbush, Bryk 2002; ниже при описании результатов применяется система обозначений, принятых в этой книге). Основная разновидность наших моделей описывается линейными уравнениями со «случайными» коэффициентами для переменных первого уровня и взаимодействиями этих переменных с факторами второго уровня, характеризующими страны.

Состояние здоровья в европейских странах

Национальное здоровье в странах ESS с низким (по европейским масштабам) уровнем общественного развития очень сильно отличается от его состояния в государствах с высокими показателями индекса развития. Эта зависимость отчетливо видна на рис. 1, на котором представлены средние значения шкалы оценок участниками опросов своего здоровья (от 1 — очень хорошего до 5 — очень плохого, говорят о выраженности нездоровья) для стран, упорядоченных по степени развитости.

Так, наиболее развитые страны по нашему индексу — Норвегия, Дания, Нидерланды, Швейцария — отличаются и лучшим здоровьем населения. Следом за ними и по развитию и выраженности нездоровья идут Швеция, Финляндия, Германия и Великобритания (несколько нарушают эту закономерность Греция и Кипр — при средней в лучшем случае развитости у них лучшие показатели самочувствия).

На Украине и в России, отличающихся худшими показателями состояния общественных дел, с наибольшей отчетливостью проявляется неблагополучие в сфере здоровья народа. Неважно обстоят дела в этой сфере и во многих других странах из бывшего лагеря социализма — Латвии, Эстонии, Венгрии, а также Словении, Румынии, Словакии, Польше и Болгарии, которые тоже заметно уступают по уровню развития продвинутым странам Европы.

Значение социальных взаимодействий для здоровья и общественное развитие

Исследование значения социального капитала для здоровья начнем с проверки предположений о благотворном воздействии на самочувствие людей (а) сетей социальной поддержки — со стороны близких или коллег и (б) их активного участия в общественной жизни и влияния на политические решения посредством работы в гражданских добровольных ассоциациях.

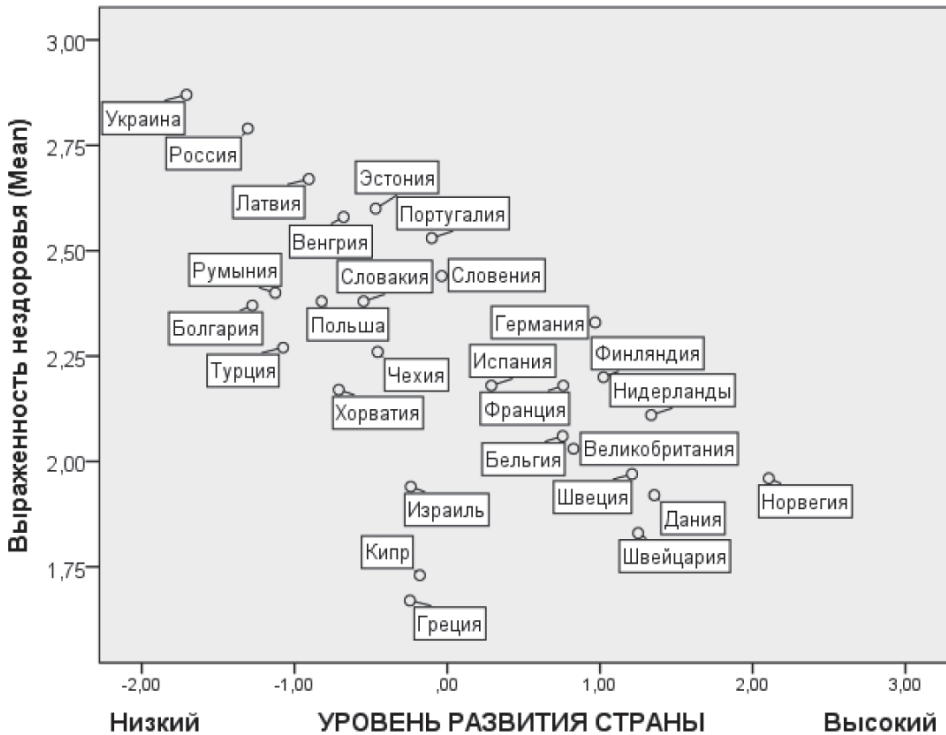


Рис. 1. Состояние здоровья в странах Европы и уровень их общественного развития

Поскольку наши показатели «структурного» социального капитала на индивидуальном уровне — одинокие / неодинокие, частота встреч на досуге с близким окружением и работа в добровольной организации — очень слабо связаны между собой, все они были одновременно включены в уравнение модели 1, представленной в табл. 1.

В этой модели коэффициенты связей указанных переменных со здоровьем были сделаны «случайными» — проверялось, отличаются ли они в рассматриваемых странах. Отрицательные значения гамма-коэффициентов для каждой из трех переменных, оказавшиеся статистически значимыми на высоком уровне, показывают, что у неодиноких людей самочувствие, как правило, лучше, чем у тех, кто живет в одиночестве, лучше оно и у тех, кто чаще встречается в свободное время со своими близкими и знакомыми и кто был вовлечен в работу гражданских ассоциаций. Дисперсии, характеризующие вариативность этих коэффициентов, также были статистически значимыми (значения не приводятся), что подтверждает представление о неодинаковой роли, которую играет социальный капитал в поддержании здоровья в разных частях Европы.

Эта роль может зависеть, как отмечалось ранее, от уровня общественного развития страны: социальная поддержка важнее там, где у человека дефицит ре-

курсов, необходимых для сохранения здоровья, и где государство не способно этот дефицит компенсировать за счет направленной социальной политики. Проверка такого предположения осуществлялась с помощью модели 2 (табл. 1). В дополнение к модели 1 здесь в уравнение включался фактор второго уровня — индекс общественного развития и три интеракции этого фактора с каждой из переменных социального капитала первого уровня. С ростом уровня развития страны, как свидетельствует значимая гамма для этого индекса, показатель выраженности нездоровья для ее населения существенно понижается. Кроме того, при этом снижается и влияние на здоровье переменных социальных взаимодействий с близкими людьми: об этом говорят значимые гаммы для интеракций индекса развития страны с дихотомией одинокие / неодинокие и с показателем частоты встреч с родственниками, друзьями и коллегами (а воздействие работы в ассоциации остается сходным вне зависимости от степени развитости страны).

Таблица 1

Факторы здоровья в странах Европы: социальные взаимодействия, социальная демография и общественное развитие (Двухуровневые линейные модели)

ПЕРЕМЕННЫЕ	Модель 1		Модель 2		Модель 3	
	γ	Sig.	γ	Sig.	γ	Sig.
УРОВЕНЬ 1:						
Intercept	2.280	.000	2.279	.000	2.300	.000
Одинокие / Неодинокие	-0.387	.000	-0.388	.000	-0.059	.000
Частота встреч на досуге	-0.014	.000	-0.014	.000	-0.004	.000
Работа в ассоциации	-0.079	.000	-0.077	.000	-0.004	.749
Пол (Ж=0, М = 1)					-0.069	.000
Возраст (лет)					0.020	.000
Образование (лет)					-0.024	.000
Оценка уровня жизни					-0.189	.000
УРОВЕНЬ 2:						
Индекс развития страны			-0.193	.000	-0.109	.018
ИНТЕРАКЦИИ:						
Индекс x Неодинокие			0.104	.000	-0.007	.541
Индекс x Частота встреч			0.004	.001	0.001	.175
Индекс x Ассоциации			0.006	.676	-0.025	.072
Индекс x Пол					0.046	.001
Индекс x Возраст					-0.005	.000
Индекс x Образование					0.002	.268
Индекс x Уровень жизни					-0.021	.014

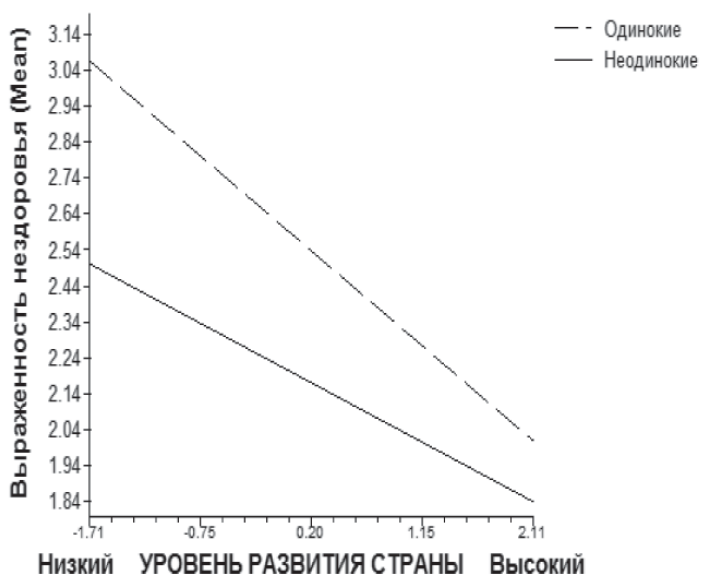
В моделях 1 и 2 N1 (уровень 1, индивиды) = 54138, в модели 3 N1 = 52681; N2 (уровень 2, страны) = 28.

Описанные результаты моделирования наглядно представляют рис. 2а, 3а и 4а. На двух первых хорошо видно, что в слаборазвитых странах, таких как Украина или Россия, самочувствие людей, входящих в сети социальных взаимодействий с окружающими, было намного лучшим, чем у одиноких или тех, кто был лишен возможности встречаться со своими родственниками, друзьями, знакомыми или делал это изредка. В развитых обществах указанные различия проявляются с меньшей отчетливостью. Работа в добровольной ассоциации, согласно последнему рисунку, положительно сказывается на здоровье, причем сходным образом в разных частях Европы, однако такое влияние является очень слабым (хотя статистически значимым).

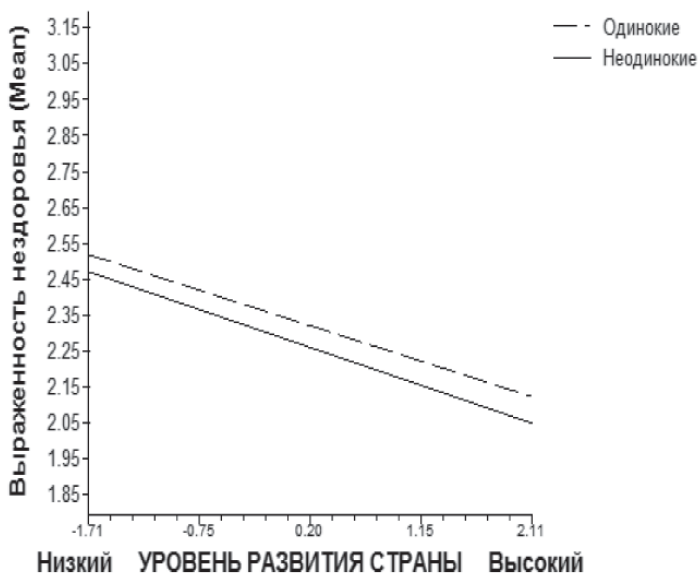
Поскольку в сети социальных взаимодействий и ассоциации с большей вероятностью вовлечены представители определенных социальных страт (одиночки, например, пожилые, у общественных активистов, как правило, — высокий уровень образования), в модели 3, приведенной в табл. 1, анализ социального капитала проводился при контроле переменных социальной демографии (пола, возраста, образования и воспринимаемого уровня жизни) и их интеракций с индексом общественного развития.

Работа в ассоциации теперь становится несущественным для здоровья фактором, и это справедливо для стран с любым уровнем развития. Становятся статистически незначимыми и две другие интеракции, свидетельствующие о влиянии на здоровье сетей социальной поддержки в зависимости от уровня развития страны. Это отчетливо видно на рисунках 2б, 3б и 4б. При учете неравномерного распределения ресурсов социального капитала по уровням демографической и социальной структуры, его влияние на здоровье резко сокращается, особенно — в менее развитых странах. Именно в этих странах те, кто больше других нуждается в социальной поддержке — люди старших возрастов и представители нижних общественных слоев, оказываются ее лишены.

Отметим, что гамма-коэффициенты в третьей модели, характеризующие влияние на здоровье социальной демографии в разных общественных контекстах, подтверждают полученные нами ранее результаты (при использовании логистического моделирования, см. Русинова, Сафронов 2013; 2014). У высокообразованных людей самочувствие гораздо лучше по сравнению с теми, кто не получил хорошего образования, и эта закономерность сходным образом проявляется в обществах с неодинаковым уровнем развития. Высокий уровень жизни способствует поддержанию здоровья, что особенно заметно в том случае, когда индивидуальные ресурсы удается полнее использовать в условиях, которые обеспечивает общественное развитие. В менее развитых странах у женщин здоровье заметно хуже, чем у мужчин, но с ростом значений индекса общественного развития эти различия постепенно стираются. Если в отстающих странах преобладающее большинство людей старших возрастов страдают от неважного самочувствия, очень сильно отличаясь в этом отношении от молодежи, то в наиболее развитых государствах такой разрыв резко сокращается — вследствие сохранения даже очень пожилыми гражданами активного здоровья.



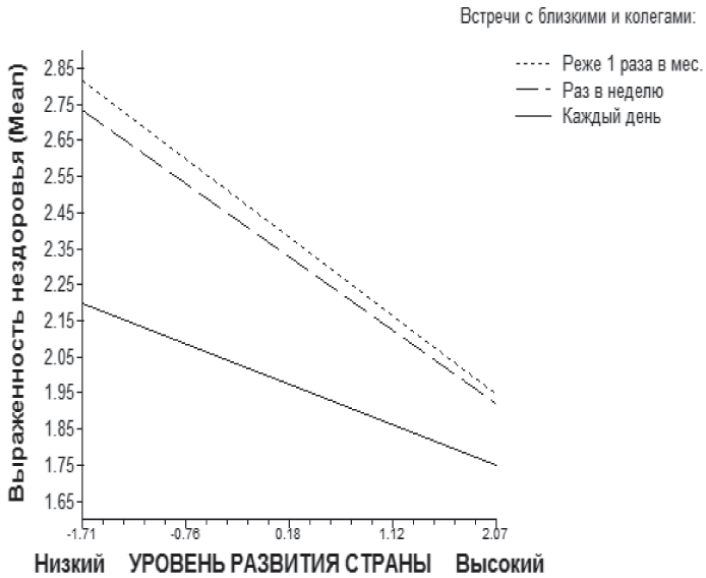
(а) Без контроля демографии (Модель 2)



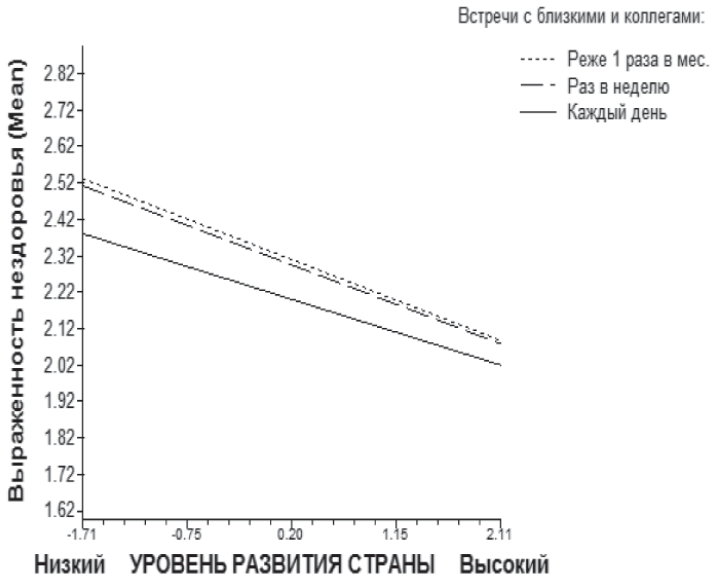
(б) При контроле демографии (Модель 3)

Рисунки построены при средних значениях не отображенных на данном графике переменных

Рис. 2. Здоровье одиноких и неодиноких людей: значение общественного развития



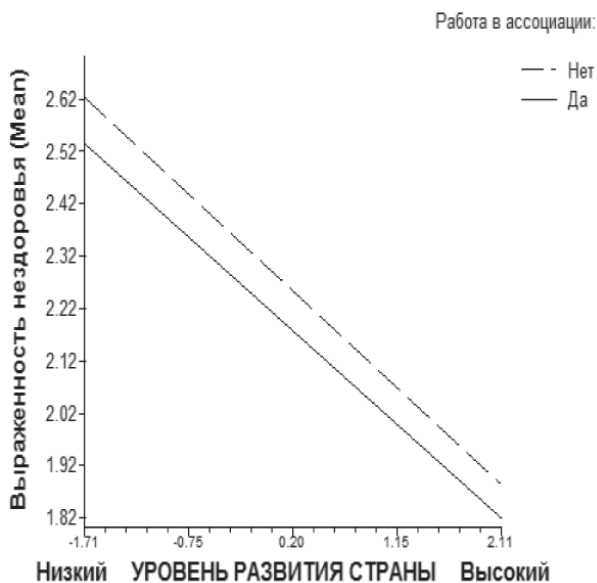
(а) Без контроля демографии (Модель 2)



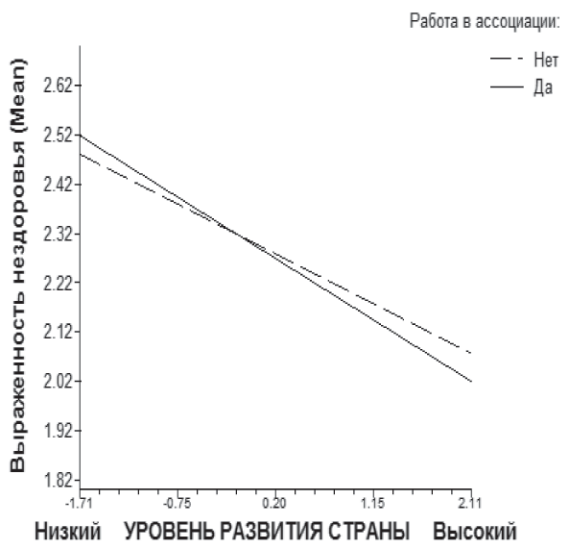
(б) При контроле демографии (Модель 3)

Рисунки построены при средних значениях не отображенных на данном графике переменных

Рис. 3. Здоровье и встречи с близким окружением в контексте общественного развития



(а) Без контроля демографии (Модель 2)



(б) При контроле демографии (Модель 3)

Рисунки построены при средних значениях не отображенных на данном графике переменных

Рис. 4. Здоровье, работа в добровольной ассоциации и общественное развитие

**Значение для здоровья общественных ресурсов социальных взаимодействий
(Двухуровневые линейные модели)**

ПЕРЕМЕННЫЕ	Модель 4		Модель 5		Модель 6	
	γ	Sig.	γ	Sig.	γ	Sig.
УРОВЕНЬ 1:						
Intercept	2.282	.000	2.280	.000	2.282	.000
Неодинокие	-0.054	.000				
Частота встреч на досуге			-0.004	.000		
Работа в ассоциации					-0.010	.470
УРОВЕНЬ 2:						
Доля: одинокие	0.007	.435				
Средняя частота встреч			-0.016	.398		
Доля: работали в ассоциации					-0.004	.077
ИНТЕРАКЦИИ:						
Доля: Одинокие x Неодинокие	0.005	.007				
Средняя частота встреч x Частота встреч			-0.000	.533		
Доля: Работали x Работа в ассоциации					-0.001	.086

Во всех моделях на 1-ом уровне контролировались переменные пола, возраста, образования, оценок уровня жизни индивидов и учитывалось, что их связи со здоровьем в изучавшихся странах неодинаковы. N1 (уровень 1, индивиды): Модель 4 = 53344, Модель 5 = 52951, Модель 6 = 53098. N2 (уровень 2, страны) = 28.

Улучшению здоровья человека могут способствовать не только социальные сети «сильных» и «слабых» связей, но и, как предполагается в некоторых исследованиях, накопление таких сетевых ресурсов в обществе и возможности их использования как раз теми людьми, которые в такие сети вовлечены. Эти соображения проверялись в моделях 4, 5 и 6, представленных в табл. 2. Каждая из них содержала на первом уровне одну из наших трех индивидуальных переменных социальных взаимодействий, на втором уровне соответствующую агрегированную характеристику общественного социального капитала, а также интеракции между ними (в каждом уравнении осуществлялся контроль четырех переменных социальной демографии и учитывалось их неодинаковое воздействие на здоровье в разных странах).

Согласно модели 4, фактор второго уровня, свидетельствующий о представительстве в стране одиноких людей, не оказывает самостоятельного влияния на самочувствие граждан (гамма статистически незначима). Однако интеракция этого фактора с дихотомией одинокие / неодинокие оказалась статистически значимой: если в странах, где много одиноких людей, здоровье тех, кто живет один, не отличается от его состояния у живущих в семье, то по мере сокращения в обществе доли одиноких улучшение самочувствия особенно отчет-

ливо происходит как раз у тех, кто не один. Отсутствие семьи с особенной остротой ощущается тогда, когда у других она есть, и, вероятно, это порождает углубленные стрессы изоляции, сказывающиеся, в конечном счете, на состоянии здоровья одиноких людей. Правда, несмотря на статистическую значимость, описанной закономерности все же не следует придавать большого значения (она едва намечается, даже в странах с наибольшим ресурсом семейных отношений разница по нашей 5-ти членной шкале оценок здоровья между одинокими и неодинокими — при средних значениях прочих контролируемых переменных — составляет лишь 0.11).

Модели 5 и 6 также не подтверждают предположения о влиянии общественных ресурсов социальных связей с близкими и знакомыми и распространенности гражданской активности на здоровье. Оба эти контекстуальных фактора оказались несущественными, как и их интеракции с соответствующими переменными социального капитала первого уровня.

Таким образом, соображения о позитивном значении для здоровья общественных запасов «структурного» социального капитала или о негативном его влиянии на самочувствие людей, оказавшихся в социальной изоляции, не находят подтверждения в нашем исследовании.

Влияние доверия между людьми на здоровье и общественный контекст

В обзоре исследований отмечалось, что для здоровья, возможно, важен еще один аспект социального капитала — доверие между людьми. Сконструированный нами индекс доверия очень слабо коррелирует с показателями «поведенческого» социального капитала (заслуживает упоминания — в соответствии с теоретическим прогнозом — связь для всех участников ESS между работой в добровольной ассоциации и доверием, $r = 0.15$, $p < 0.000$), и анализируется ниже отдельно от них.

Результаты моделирования, посвященного вопросу о влиянии на здоровье доверия людям, сведены в табл. 3 (во всех моделях осуществлялся, как и прежде, контроль индивидуальной социальной демографии и композиции населения стран по четырем соответствующим переменным).

Модель 7 показывает, что участники опросов, доверяющие большинству людей, испытывают, как правило, меньше проблем со здоровьем, чем те, кто другим не верит. Как показывает дисперсия, характеризующая вариативность таких зависимостей в Европе, они не случайным образом отличаются в изучавшихся нами странах. В модели 8 предпринимается попытка объяснить эти вариации с помощью индекса общественного развития. Кроме уже известного нам факта — снижения нездоровья с ростом значений этого индекса, модель показывает, что между ним и показателем доверия есть статистически значимая (на высоком уровне) интеракция. Общественное развитие сопровождается ускоренным улучшением самочувствия как раз у тех, кто доверяет другим.

В следующем уравнении — модель 9 — проверялись полученные нашими предшественниками результаты, согласно которым распространение в обществе доверительных отношений способствует по преимуществу укреплению здоровья тех людей, которые сами разделяют эту норму, и может, напротив,

**Влияние доверия между людьми на здоровье в европейском контексте
(Двухуровневые линейные модели)**

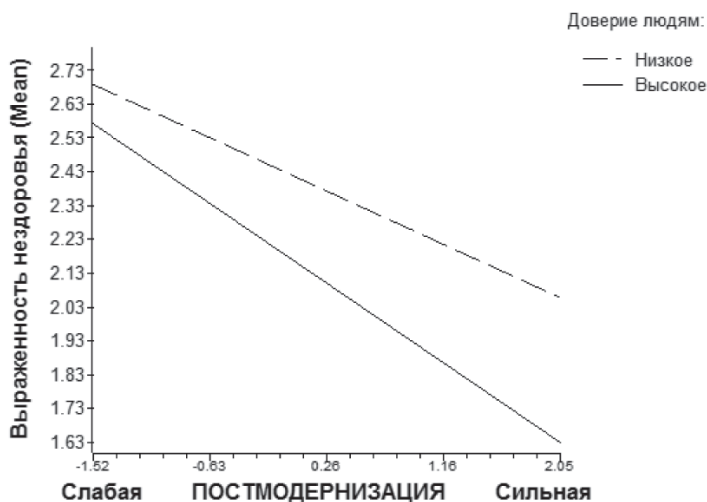
ПЕРЕМЕННЫЕ	Модель 7		Модель 8		Модель 9		Модель 10	
	γ	Sig.	γ	Sig.	γ	Sig.	γ	Sig.
УРОВЕНЬ 1:								
Intercept	2.295	.000	2.294	.000	2.294	.000	2.294	.000
Доверие людям	-0.044	.000	-0.044	.000	-0.044	.000	-0.044	.000
УРОВЕНЬ 2:								
Индекс развития страны			-0.254	.000				
Культура доверия					-0.064	.166		
Постмодернизация							-0.221	.000
ИНТЕРАКЦИИ:								
Индекс x Доверие			-0.014	.000				
Культура доверия x Доверие					-0.013	.000		
Постмодернизация x Доверие							-0.015	.000
ДИСПЕРСИИ:	τ	Sig.	τ	%Exp	τ	%Exp	τ	%Exp.
Влияние: Доверие людям	.00029	.000	.00009	69%	.00009	69%	.00007	76%

Во всех моделях контролировались на 1-ом уровне переменные пола, возраста, образования и оценок уровня жизни индивидов и принималось во внимание, что их связи со здоровьем в изучавшихся странах неодинаковы. Доли объясненных дисперсий (%Exp.) — по отношению к дисперсии модели 7. N1 (уровень 1, индивиды) = 52505; N2 (уровень 2, страны) = 28.

негативно повлиять на его состояние, если человек не вписывается в доминирующую культуру. Значимая интеракция фактора культуры доверия и переменной индивидуального доверия подтверждает эти результаты. Как и при рассмотрении индекса общественного развития, при учете степени распространенности этой культуры нам удастся объяснить 69 % дисперсии, свидетельствующей о неодинаковом влиянии индивидуального доверия на здоровье в ESS странах.

Укоренение культуры доверия в европейских странах было связано с ростом благосостояния людей, их социальной защиты со стороны государства и гражданского демократического контроля за деятельностью властей — индекс общественного развития и уровень доверительных отношений в стране тесно взаимосвязаны ($r = 0.85$, $p < 0.000$). В модели 10 рассматривался интегральный показатель продвижения страны в направлении постмодернизации, сконструированный с помощью факторного (главных компонент) анализа трех переменных, входящих в индекс развития, и агрегированного индикатора до-

верия. Этот показатель позволяет с несколько большей полнотой объяснить интересующую нас вариативность влияния индивидуального доверия на здоровье в Европе, чем факторы общественного развития или культуры доверия по отдельности (объясненная дисперсия 76 % по отношению к 69 %). Иллюстрацией к выявленной нами зависимости служит рис. 5.



Линии представляют показатели нездоровья, усредненные для нижнего и верхнего квартиля индекса индивидуального доверия, при средних значениях социально-демографических переменных.

Рис. 5. Здоровье и доверие между людьми в контексте общественных изменений (по результатам моделирования)

Согласно приведенным на рис. 5 данным, в обществах, менее других продвинувшихся по пути постмодернизации, индивидуальное доверие слабо влияет на самочувствие: средние оценки нездоровья в нижнем и верхнем квартилях индекса — 2.69 и 2.57. По мере продвижения по этому пути такое влияние заметно усиливается, разрыв между соответствующими показателями увеличивается — их значения для стран, располагающихся на противоположном полюсе шкалы постмодернизации, составляют 2.06 и 1.63.

Наш анализ показывает, что в обществе постмодерна один из важных факторов укрепления здоровья — доверие людям. Это связано, по-видимому, с дальнейшим нарастанием значимости в этом обществе социальных взаимодействий, выходящих за рамки ближайшего окружения на работе и дома, и сопряженного с этим культурного изменения в направлении социальной терпимости и доверия людям. Меньшинство, остающееся не интегрированным в эти процессы, может оказаться подверженным длительным стрессам, обусловленным социальным и культурным отчуждением. И результат этого отчуждения — неважное самочувствие.

Заключение

Одно из направлений в исследованиях влияния социального капитала на здоровье было связано в последние годы с изучением изменений этого влияния в разных социетальных контекстах. Результаты, полученные в пока еще немногочисленных работах, нередко противоречивы, зависят от изучавшихся данных и методов анализа и заслуживают дополнительной проверки. В настоящей работе представлен сравнительный анализ состояния здоровья жителей 28 европейских стран, базирующийся на материалах Европейского социального исследования (4-й раунд, 2008 г.) и мировой статистики, к которым применялись статистические методы двухуровневого линейного моделирования.

Выявленные факты подтверждают, что социальный капитал, обретаемый человеком благодаря вхождению в сети взаимодействий с близким окружением, работе в добровольных ассоциациях граждан и доверительному отношению к людям, помогает поддержанию его здоровья. Систематические контакты с родственниками, друзьями и знакомыми особенно важны для здоровья в странах с невысоким уровнем развития экономики, социального государства и неэффективным государственным управлением, тогда как в развитых странах их значение уменьшается вследствие государственной защиты и высокого уровня жизни значительной части населения. Однако именно в первых странах такой социальный капитал неравномерно распределяется по социальной структуре: люди, которые больше всего в нем нуждаются — представители старших возрастных категорий и нижних общественных слоев, оказываются его лишены. Общественные ресурсы «структурного» капитала, указывающие на распространенность в обществе социальных сетей и ассоциаций, не влияют, по нашим данным, на здоровье — ни прямо, ни через интеракции с его индивидуальными запасами. Доверие индивида другим людям создает предпосылки для улучшения его самочувствия, причем воздействие этой переменной на здоровье усиливается по мере продвижения страны в направлении постмодернизации — высокого уровня развития общественных структур и культурного изменения, предполагающего укоренение в обществе норм доверия.

Литература

Русинова Н., Сафронов В. Социальные особенности здоровья в Европе и России: влияние индивидуальных и контекстуальных факторов // Телескоп: журнал социологических и маркетинговых исследований, 2013, 3, с. 16–32.

Русинова Н.Л., Сафронов В.В. Состояние здоровья в Европе и России: общественный контекст и социальные неравенства // Социологический журнал, 2014 (в печати).

Barefoot, J.C., Maynard K.E., Beckham J.C., Brummett B.H., Hooker K., and Siegler I.C. Trust, health, and longevity, *Journal of Behavioral Medicine*, 1998, 21 (6), pp. 517–526.

Berkman L.F., and Glass T. Social Integration, Social Networks, Social Support, and Health, in: eds. L.F. Berkman, and I. Kawachi, *Social epidemiology*. Cambridge: Oxford University Press, 2000, pp. 137–173.

Bobak M., Murphy M., Rose R., Marmot M. Societal characteristics and health in the former communist countries of Central and Eastern Europe and the former Soviet Union:

a multilevel analysis, *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2007, 61 (11), pp. 990–996.

Bourdieu P. The forms of capital, in: ed. J. Richardson, *Handbook of Theory and Research for the Sociology of Education*. New York: Greenwood Press, 1986, pp. 241–258.

Carlson P. Self-perceived health in East and West Europe: Another European health divide, *Social Science and Medicine*, 1998, 46 (10), pp. 1355–1366.

Carlson P. The European health divide: a matter of financial or social capital?, *Social Science and Medicine*, 2004, 59 (9), pp. 1985–1992.

Carpiano R.M. Neighborhood social capital and adult health: an empirical test of a Bourdieu-based model, *Health and Place*, 2007, 13 (3), pp. 639–655.

Cohen, Sh. Social Relationships and Health, *American Psychologist*, 2004, 59 (8), pp. 676–684.

Coleman J.S. 1988. Social Capital in the Creation of Human Capital, *The American Journal of Sociology*, 1988, 94 (Supplement: Organizations and Institutions: Sociological and Economic Approaches to the Analysis of Social Structure), pp. S95–S120.

Diez Roux A. V. Bringing context back into epidemiology: Variables and fallacies in multilevel analysis, *American Journal of Public Health*, 1998, 88 (2), pp. 216–222.

Diez-Roux A. V. Multilevel analysis in public health research, *Annual Review of Public Health*, 2000, 21 (1), pp. 171–192.

Duncan C., Jones K., and Moon G. Context, composition and heterogeneity: Using multilevel models in health research, *Social Science and Medicine*, 1998, 46 (1), pp. 97–117.

Eckersley R. Is modern western culture a health hazard?, *International Journal of Epidemiology*, 2006, 35 (2), pp. 252–258.

Engstrom K., Mattsson F., Jaerleborg A., Hallqvist J. Contextual social capital as a risk factor for poor self-rated health: A multilevel analysis, *Social Science and Medicine*, 2008, 66 (11), pp. 2268–2280.

European Social Survey Round 4 Data. Data file edition 4.1. Norwegian Social Science Data Services, Norway — Data Archive and distributor of ESS data.

URL: < <http://ess.nsd.uib.no/ess/round4/> >

Forbes A. and Wainwright S.P. On the methodological, theoretical and philosophical context of health inequalities research: A critique, *Social Science and Medicine*, 2001, 53 (6), pp. 801–816.

Franzini L., Caughy M., Spears W., and Fernandez Esquer M. E. Neighbourhood Economic Conditions, Social Processes, and Self-rated Health in Low-income Neighbourhoods in Texas: A Multilevel Latent Variables Model, *Social Science and Medicine*, 2005, 61 (6), pp. 1135–1150.

Granovetter, M. S. The Strength of Weak Ties // *American Journal of Sociology*, 1973, 78 (5), pp. 1360–1380.

Han S., Kim H., and Lee H-S. A multilevel analysis of social capital and self-reported health: evidence from Seoul, South Korea, *International Journal for Equity in Health*, 2012, 11 (1), pp. 1–12.

Harpham T. The measurement of community social capital through surveys, in: eds. I. Kawachi, S.V. Subramanian, and D. Kim, *Social capital and health*. New York, NY: Springer, 2008, pp. 51–62.

Harpham T., Grant E., and Thomas E. Measuring social capital within health surveys: key issues, *Health Policy and Planning*, 2002, 17 (1), pp. 106–111.

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

- Hyppa M.T. and Maki J. Individual-Level Relationships between Social Capital and Self-Rated Health in a Bilingual Community, *Preventive Medicine*, 2001, 32 (2), pp. 148–155.
- Islam M. K., Merlo J., Kawachi I., Lindström M., and Gerdtham U-G. Social capital and health: Does egalitarianism matter? A literature review, *International Journal for Equity in Health*, 2006, 5 (1), pp. 3–30.
- Jen M.H., Sund E.R., Johnston R., Jones K. Trustful societies, trustful individuals, and health: An analysis of self-rated health and social trust using the World Value Survey, *Health and Place*, 2010, 16 (5), pp. 1022–1029.
- Kawachi I. Commentary: Social capital and health: making the connections one step at a time, *International Journal of Epidemiology*, 2006, 35 (4), pp. 989–993.
- Kawachi I., Berkman L.F. Social cohesion, social capital, and health, in: eds. L.F. Berkman, I. Kawachi, *Social epidemiology*. New York: Oxford University Press, 2000, pp. 174–190.
- Kawachi I., Kennedy B. P., Lochner K., and Prothrow-Stith D. Social Capital, Income Inequality, and Mortality, *American Journal of Public Health*, 1997, 87 (9), pp. 1491–1498.
- Kawachi I. Kennedy B.P., and Glass R. Social Capital and Self-Rated Health: A Contextual Analysis, *American Journal of Public Health*, 1999, 89 (8), pp. 1187–1193.
- Kawachi I., Kim D., Coutts A., Subramanian S. Commentary: reconciling the three accounts of social capital, *International Journal of Epidemiology*, 2004, 33 (4), pp. 682–690.
- Kawachi I., Subramanian S.V., and Kim D. Social capital and health: A decade of progress and beyond, in: eds. I. Kawachi, S.V. Subramanian, and D. Kim, *Social capital and health*. New York, NY: Springer, 2008, pp. 1–26.
- Kennedy B.P., Kawachi I., and Brainerd E. The Role of Social Capital in the Russian Mortality Crisis, *World Development*, 1998, 26 (11), pp. 2029–2043.
- Kennelly B., O’Shea E., Garvey E. Social capital, life expectancy and mortality: a cross-national examination, *Social Science and Medicine*, 2003, 56 (12), pp. 2367–2377.
- Kim D., Kawachi I. A Multilevel Analysis of Key Forms of Community- and Individual-Level Social Capital as Predictors of Self-Rated Health in the United States, *Journal of Urban Health*, 2006, 83 (5), pp. 813–826.
- Lindström C. and Lindström M. “‘Social capital,’” GNP per capita, relative income, and health: an ecological study of 23 countries, *International Journal of Health Services*, 2006, 36 (4), pp. 679–696.
- Lochner, K. A., Kawachi, I., Brennan, R. T., and Buka, S. L. Social capital and neighborhood mortality rates in Chicago, *Social Science and Medicine*, 2003, 56 (8), pp. 1797–1805.
- Lochner K., Kawachi I., and Kennedy B. P. Social capital: A guide to its measurement, *Health and Place*, 1999, 5 (4), pp. 259–270.
- Lomas J. Social capital and health: implications for public health and epidemiology, *Social Science and Medicine*, 1998, 47 (9), pp. 1181–1188.
- Lynch J., Smith G. D., Hillemeier M., Shaw M., Raghunathan T., Kaplan G. (2001). Income inequality, the psychosocial environment, and health: comparisons of wealthy nations, *The Lancet*, 2001, 358 (9277), pp. 194–200.
- Macinko J., and Starfield B. The utility of social capital in research on health determinants, *The Milbank Quarterly*, 2001, 79 (3), pp. 387–427.
- Mansyur C., Amick B.C., Harrist R.B., Franzini L. Social capital, income inequality, and self-rated health in 45 countries, *Social Science and Medicine*, 2008, 66 (1), pp. 43–56.
- Meng T. Chen H. A multilevel analysis of social capital and self-rated health: Evidence from China, *Health and Place*, 2014, 27 (in progress), pp. 38–44.

- Murayama H., Fujiwara Y., and Kawachi I. Social capital and health: A review of Prospective Multilevel Studies, *Journal of Epidemiology*, 2012, 22 (3), pp. 179–187.
- Navarro V. and Shi L. The political context of social inequalities and health, *Social Science and Medicine*, 2001, 52 (3), pp. 481–491.
- Poortinga W. Social relations or social capital? Individual and community health effects of bonding social capital, *Social Science and Medicine*, 2006a, 63 (1), pp. 255–270.
- Poortinga W. Social capital: An individual or collective resource for health?, *Social Science and Medicine*, 2006b, 62 (2), pp. 292–302.
- Popay J. Social Capital: the Role of Narrative and Historical Research, *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2000, 54 (6), p. 401.
- Putnam R.D. *Bowling Alone: the Collapse and Revival of American Community*. New York: Simon & Schuster, 2000.
- Putnam R.D., Leonardi R., Nanetti R. *Making Democracy Work: Civic Traditions in Modern Italy*. Princeton: Princeton University Press, 1993.
- Raudenbush S.W., Bryk A.S. *Hierarchical Linear Models: Applications and Data Analysis Methods*. Thousand Oaks, CA: Sage, 2002.
- Reeskens T., Hooghe M. Cross-cultural measurement equivalence of generalized trust. Evidence from the European Social Survey (2002 and 2004), *Social Indicators Research*, 2008, 85 (3), pp. 515–532.
- Rose R. How Much does Social Capital Add to Individual Health? A Survey Study of Russians, *Social Science and Medicine*, 2000, 51 (9), pp. 1421–1435.
- Rostila M. Social capital and health in European welfare regimes: a multilevel approach, *Journal of European Social Policy*, 2007, 17 (3), pp. 223–239.
- Social Capital Debate, *International Journal of Epidemiology*, 2004, 33 (4), pp. 667–709.
- Social capital and health*, eds. I. Kawachi, S.V. Subramanian, and D. Kim. New York, NY: Springer, 2008.
- Snelgrove J.W., Pikhart H., Stafford M. A multilevel analysis of social capital and self-rated health: evidence from the British Household Panel Survey, *Social Science and Medicine*, 2009, 68 (11), pp. 1993–2001.
- Subramanian S. V. and Kawachi I. Income inequality and health: What have we learned so far?, *Epidemiologic Reviews*, 2004, 26 (1), pp. 78–91.
- Subramanian S.V., Kim D.J., and Kawachi I. Social Trust and Self-Rated Health in US Communities: a Multilevel Analysis, *Journal of Urban Health*, 2002, 79 (4), Supplement 1, pp. S21–S34.
- Szreter S. and Woolcock M. Health by association? Social capital, social theory, and the political economy of public health, *International Journal of Epidemiology*, 2004, 33 (4), pp. 650–667.
- Veenstra G. Social capital, SES and health: An individual-level analysis, *Social Science and Medicine*, 2000, 50 (5), pp. 619–629.
- Veenstra G. Location, Location, Location: Contextual and Compositional Health Effects of Social Capital in British Columbia, Canada, *Social Science and Medicine*, 2005, 60 (9), pp. 2059–2071.
- Wilkinson R. *Unhealthy societies: The afflictions of inequality*. London: Routledge, 1996.
- World Bank. *GNI per capita, PPP, current international \$*, 2008a.
URL: < <http://data.worldbank.org/indicator/NY.GNP.PCAP.PP.CD> >.
- World Bank. *Worldwide Governance Indicators (WGI). Control of Corruption*, 2008b.
URL: < <http://info.worldbank.org/governance/wgi/> >
- World Health Organization. *World Health Statistics 2011*. Geneva: WHO Press, 2011.