

МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
Федеральное государственное автономное образовательное учреждение
высшего образования
«ТЮМЕНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ»

ФИНАНСОВО-ЭКОНОМИЧЕСКИЙ ИНСТИТУТ
Кафедра общей и экономической социологии

РЕКОМЕНДОВАНО К ЗАЩИТЕ В ГЭК

Заведующий кафедрой

к.социол.н., доцент


Е.В. Андрианова

2023 г.

ВЫПУСКНАЯ КВАЛИФИКАЦИОННАЯ РАБОТА

магистерская диссертация

СОЦИАЛЬНЫЙ КАПИТАЛ ЗДОРОВЬЯ

39.04.01 Социология

Магистерская программа «Экономическая социология»

Выполнил работу
обучающийся 2 курса
очной формы обучения



Агафонова Дарья Юрьевна

Научный руководитель
к. социол. наук, доцент



Батырева Мария Владимировна

Рецензент
заместитель директора -
главного врача по развитию
ООО «ДОКТОР
АРБИТАЙЛО»



Михалевич Ирина Яновна

Тюмень
2023

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	3
ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ИССЛЕДОВАНИЯ СОЦИАЛЬНОГО КАПИТАЛА ЗДОРОВЬЯ.....	13
1.1. СОЦИАЛЬНЫЙ КАПИТАЛ: АНАЛИЗ И ОБОБЩЕНИЕ ТЕОРЕТИЧЕСКИХ ПОДХОДОВ.....	13
1.2. СОЦИАЛЬНЫЙ КАПИТАЛ ЗДОРОВЬЯ: ТЕОРЕТИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ	30
ГЛАВА 2. ЭМПИРИЧЕСКОЕ ИЗУЧЕНИЕ СОЦИАЛЬНОГО КАПИТАЛА ЗДОРОВЬЯ.....	46
2.1. СОЦИАЛЬНЫЙ КАПИТАЛ КАК ДЕТЕРМИНАНТА ЗДОРОВЬЯ: ПО РЕЗУЛЬТАТАМ МАССОВОГО ОПРОСА.....	46
2.2. СОЦИАЛЬНЫЙ КАПИТАЛ ДОВЕРИЯ В СИСТЕМЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ: ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ЭКСПЕРТНОГО ОПРОСА	83
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	98
БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК	109
ПРИЛОЖЕНИЕ 1. ТАБЛИЦЫ.....	117
ПРИЛОЖЕНИЕ 2. ТРАНСКРИПТЫ ИНТЕРВЬЮ.....	123

ВВЕДЕНИЕ

Важность здоровья в системе ценностей априорна, а потому поиск ресурсов его сохранения и укрепления является первостепенной задачей науки и практики. Центричный на протяжении длительного времени медикалистский подход к пониманию здоровья, состояние которого зависело, в первую очередь, от возможностей медицины и доступа к ресурсам здравоохранения, оказался несостоятельным в решении ряда методологических и практических вопросов. Так, на сегодняшний день приоритет в научном дискурсе приобрела социальная парадигма здоровья, в рамках которой факторами признаются как характеристики внешней, в том числе, социальной среды, так и личности и ее социальных отношений. Теоретический концепт – «социальный капитал» был введен в конце 1990-х годов в обсуждение социальной детерминированности здоровья.

Социальный капитал стал устоявшейся концепцией социальных исследований, улавливая и систематизируя в широкую теоретическую парадигму ряд давних интуиций и дискурсов о важности социальных отношений в форме накопленных ресурсов как для отдельных людей, так и для общества. По мере распространения идеи социального капитала литература, которая либо обсуждает ее, либо использует ее как причинный фактор, либо инструмент интерпретации, умножается экспоненциально.

В контексте здоровья объяснительная сила социального капитала заключается в том, что ресурсы, встроенные в социальные отношения, действуют как структурный (определяющий здоровье), так и промежуточный фактор, через воздействие на другие факторы, такие как экономический рост, образование, доступность медицинских услуг. Несмотря на то, что связь между социальным капиталом и здоровьем изучается уже более тридцати лет, данный вопрос до сих пор остается дискуссионным. Одной из главных причин такой неопределенности является отсутствие единого подхода к определению сущности и структурных компонентов социального капитала.

В настоящее время вопросы, связанные с формированием как индивидуального, так и общественного здоровья, стали важными приоритетами в социальной сфере для российского государства, что зафиксировано в стратегических документах [Прогноз долгосрочного...; Стратегия развития здравоохранения...]. Последние геополитические события (Covid-19 и СВО в Украине) серьёзно сказались на здоровье и медико-демографических показателях населения, а ресурс здоровья в условиях современных потрясений / турбулентностей, сопряженных неясными последствиями фундаментальной неопределенности, стоит особенно остро.

Все исследователи социальных процессов в современной России единодушны в оценке состояния ее общественного здравоохранения как неблагоприятного, поскольку ожидаемая продолжительность жизни в Российской Федерации растет очень медленно, а продолжительность здоровой жизни снижается. Многие годы система здравоохранения страдает от недостаточного финансирования, низкой эффективности и организации, что приводит к неудовлетворительным результатам в лечении и профилактике заболеваний. Кроме того, уровень заболеваемости и смертности в России по-прежнему остается одним из самых высоких в мире [Здравоохранение России 2022–2023 гг...., с. 6–7].

В современной России проблемы в сфере здравоохранения стали одними из наиболее острых и актуальных вопросов, требующих немедленного решения. Решение проблем в сфере здравоохранения зависит не только от развития медико-профилактических технологий, но также от поиска новых потенциально значимых ресурсов для здоровья граждан. Одними из таких ресурсов являются макро- и микросоциальные детерминанты здоровья. Одна в литературе недостаточно исследована связь между здоровьем и микросредой, создаваемой социальными связями и взаимоотношениями, которые могут способствовать формированию моделей поведения в области здоровья. Обсуждение роли социальных отношений в контексте решения задач сохранения и восстановления здоровья определило появление концепта в дискурсе социальной

обусловленности здоровья – «социальный капитал», определяемый через социальные связи индивида (“social networks”), уровень доверия (“trust”) и наличие социальных норм, в том числе норм взаимопомощи (“norms of reciprocity”).

Степень научной разработанности проблемы. Среди основных исследований на экономико-социологическом уровне обобщения, посвященных природе социального капитала, можно назвать труды Н. Лина (Lin N.), П. Бурдьё (Bourdieu P.), Х. Флэпа (Flap H.), Р. Патнэма (Putnam R.), Дж. Коулмана (Coleman J.S.), А. Портеса (Portes A.), Ф. Фукуямы (Fukuyama F.), Д. Нарояна (Narayan D.) и М. Вулкока (Woolcock M.). В России концепция социального капитала была проанализирована рядом отечественных авторов, включая В. В. Радаева, Н. Е. Тихонову, Ю. В. Латова, Д. А. Давыдова.

Стоит отметить, что на сегодняшний день еще не существует единого определения понятия социального капитала. Различные зарубежные и отечественные исследователи представляют данную концепцию в разных теоретических моделях и интерпретациях. Некоторые авторы отмечают недостаточную теоретическую разработанность данного понятия, проблематичность его операционализации и использования для изучения российского общества [Давыдов, с. 20].

Утверждение, что социальный капитал играет роль в определении фактического и предполагаемого здоровья, общепринято в исследованиях общественного здравоохранения: Kawachi I., Kim D. Социальный капитал связан с психическим и физическим здоровьем: (Berkman L. F., House J.S., Pescosolido V. A., Smith K.P., Umberson D.) как на индивидуальном: Berkman L. F., Glass T., Brissette I., Seeman T. E., так и на общественном уровнях анализа: Wilkinson R. J., Kawachi I., Kim D. Теория социального капитала П. Бурдьё (Bourdieu P.) и ее применений в научной литературе по здравоохранению отмечена в работах Zirsh A. M., Carriano R. M. Концепция социального капитала, разработанная Н. Лином (Lin N.), применена в исследованиях Erickson B.H., Song L. В обширной литературе изучались связи форм социального капитала, как его понимает Р.

Патнэм (Putnam R.) с результатами в области здоровья и социального благополучия: Schultz J.A., Petru S., Kupek E., Lochner K.A.

В контексте исследований российского общества концепция социального капитала здоровья используются авторами, среди которых можно назвать Роуза Р., Русинову Н. Л., Сафронова В. В., Белова В. Б., Роговину А. Г.

Два критических вопроса возникли в результате предыдущих исследований по этой теме.

Во-первых, социальный капитал — очень многомерное явление, и нет однозначных данных о том, какое из его измерений полезно для здоровья. Взаимосвязь между многочисленными аспектами социального капитала и здоровья зависит от контекста и варьируется в зависимости от ряда индивидуальных, социальных и институциональных особенностей.

Во-вторых, даже если во многих исследованиях социальный капитал определяется как важный предиктор индивидуального здоровья, есть основания подозревать, что этот результат связан с ложной корреляцией. Кажется, разумным предположить существование обратной причинности: нездоровые люди могут сталкиваться с препятствиями в социальном взаимодействии, в то время как здоровые люди могут быть более склонны к определенным видам деятельности в отношениях, таким как, например, занятия спортом с другими.

Проблема исследования заключается в том, что из-за различий в концептуализации и операционализации конструкции социального капитала понимание его взаимосвязи с показателями фактического и предполагаемого здоровья остается неполным. Отдельные попытки изучения связей социального капитала и здоровья предпринимались в отечественном дискурсе, однако ограничиваются несколькими научными работами. Теоретические и эмпирические связи между социальным капиталом и здоровьем все еще не выяснены, а также значения различных форм индивидуального и коллективного социального капитала и их последствия для здоровья требуют дальнейшего исследования в контексте российского общества.

Целью исследования является оценка влияния социального капитала на индивидуальное и общественное здоровье россиян.

В соответствии с целью исследования были поставлены следующие задачи:

1. Проанализировать основные теоретико-методологические подходы к изучению концепции социального капитала;
2. Провести анализ теоретического обоснования социального капитала здоровья через отечественный и зарубежный опыт исследования;
3. Обосновать взаимосвязь между структурным и когнитивным аспектами социального капитала, социальным благополучием и самооценкой здоровья в широкой, репрезентативной на национальном уровне выборке российского населения;
4. Выявить основные направления изменений как в межличностных доверительных отношениях во взаимоотношениях врач – пациент, так и в институциональных, опираясь на экспертные оценки российских врачей.
5. Разработать практические рекомендации, направленные на повышение эффективности системы здравоохранения в качестве механизма восстановления общественного доверия.

Объект (теоретический): социальный капитал здоровья.

Объект (эмпирический): население Российской Федерации от 18 лет и старше; эксперты в сфере здравоохранения.

Предмет исследования: социальный капитал как структурная и промежуточная детерминанта, определяющая ресурс здоровья.

Основная гипотеза исследования: компоненты социального капитала детерминируют здоровье, при этом ресурсы социального капитала на микро- и макроуровне анализа демонстрируют различные структурные взаимосвязи со состоянием здоровья.

Решающий вклад диссертационного исследования заключается в конфигурации социального капитала в контексте российского общества путем рассмотрения включенности в социальные сети, доверие и нормы взаимности,

трех ключевых компонентов, пронизывающих разнообразную литературу о социальном капитале. В частности, социальное доверие изучено путем деления на обобщенное доверие и доверие к медицинским работникам, системе здравоохранения, то есть межличностное и институциональное. Социальные сети рассмотрены путем изучения включенности в онлайн и офлайн сети. Нормы взаимности изучены путем деления инструментальную, материальную и информационную поддержку.

Научная новизна исследования:

1. Обоснован объяснительный потенциал концепции социального капитала для результатов в области здоровья. Выделены четыре взаимоукрепляющие механизма, на которых основана причина-следственная связь влияния социального капитала на здоровье.
2. Установлена статистически значимая корреляция между структурными и когнитивными компонентами социального капитала и здоровьем населения.
3. Проведено сравнительное исследование изменений в структуре социального капитала, здоровья и социального благополучия населения России за период с 2006 по 2021 год.
4. Сформированы содержательные контексты дефицита межличностного и институционального доверия в системе коммуникации врач – пациент, что сказывается на эффективности лечения и оказания медицинской помощи.
5. Сформулированы практические рекомендации, основанные на тезисе, что необходимо управлять эффективностью системы здравоохранения в качестве механизма восстановления общественного доверия.

Методология и методы исследования: в работе был применён качественный и количественный методы исследования. В рамках качественного метода осуществлён анализ результатов 12 экспертных интервью, которые были проведены со специалистами в сфере здравоохранения. В рамках количественного метода был осуществлён анализ результатов открытой базы данных. Эмпирическую базу исследования составили данные лонгитюдного обследования: «Российский мониторинг экономического положения и здоровья

населения НИУ ВШЭ (RLMS HSE)», проводимый Национальным исследовательским университетом «Высшая школа экономики» и ООО «Демоскоп» при участии Центра народонаселения Университета Северной Каролины в Чапел Хилле и Института социологии Федерального научно-исследовательского социологического центра РАН. Использовались репрезентативные данные по индивидам за 2006–2021 года обследования. Данные подверглись аналитическому описанию, корреляционному анализу наряду с методами описательной статистики. Применены индексный метод и факторный методы. Обработка данных осуществлялась с помощью специализированного программного комплекса SPSS ver. 22.0.

Методологически работа опирается на концепцию социального капитала, его актуализацию и влияния на здоровье. Методологической основой диссертации выступают капиталистическая, неокapиталистическая теория и структурно-функциональный подход, позволяющие рассмотреть структурные и функциональные особенности исследуемых процессов, механизм их формирования.

Диссертационное исследование имеет научно-теоретическую и практическую значимость. Теоретическая значимость состоит в расширении научного знания о социальном капитале и его влиянии на здоровье. Практическая значимость заключается в том, что результаты исследования могут быть использованы представителями органов государственной власти, политическим сообществом на федеральном уровне для расширения представлений о процессах, происходящих в социуме. Особая значимость исследования заключается в том, что полученные результаты исследования верифицируют гипотезу о влиянии социального капитала на здоровье населения и систему здравоохранения, позволили разработать ряд практических рекомендаций. Результаты исследования могут быть применены при разработке и принятии Стратегии охраны здоровья населения для достижения целей по улучшению здоровья населения Российской Федерации.

Положения, выносимые на защиту:

1. Объяснительный потенциал концепции социального капитала для результатов в области здоровья сводится к выделению четырех взаимоукрепляющих механизмов, на которых основана эта взаимосвязь. Во-первых, взаимопомощь: в случае болезни включенность в социальные сети дает возможность использовать материальные и организационные ресурсы данной сети. Во-вторых, нормы здорового образа жизни: социальные взаимодействия могут способствовать развитию норм, способствующее укреплению здоровья. В-третьих, «эффект буфера»: вовлеченность в социальные сети (родственные, дружеские) обеспечивает индивида различными формами социальной поддержки (эмоциональной, инструментальной и информационной), минимизируя негативное воздействия стрессовых факторов. В-четвертых, социальный капитал как механизм компенсации неэффективности формальных институтов. «Сети доверия» (сети взаимодействия) могут выступать в качестве альтернативного средства решения задач, которые не могут быть решены посредством обращения к государственным структурам.

2. На микроуровне анализа показатели социального капитала детерминируют индивидуальное состояние здоровья, при этом ресурсы социального капитала демонстрируют различные структурные взаимосвязи со состоянием здоровья. Ресурсы социального капитала не выстраиваются в виде однонаправленного фактора. Сети дружеских отношений в большей степени детерминируют индивидуальное состояние здоровья. Родственные отношения - в меньшей степени доверие - детерминируют эмоциональное самочувствие. Так, воздействия на здоровье через ресурсы близкого окружения (в сравнении с ресурсами доверия) с большей отчетливостью проявляются в контексте российского общества. Пол, возраст, образование и место жительства являются важными факторами различий в структуре социального капитала и его детерминации индивидуального здоровья.

3. На макроуровне анализа социальное благополучие, как кумулята: удовлетворенности жизнью, материальным положением, социальный оптимизм, защищенность, материальное благополучие - можно частично рассматривать как

социальный результат накопления индивидуального социального капитала в российском обществе. Была подтверждена позитивная динамика социального благополучия за весь анализируемый период в индексах удовлетворенности жизнью, материальным положением и защищенность.

4. Установлена позитивная тенденция в самооценке уровня здоровья в динамике: самооценка уровня здоровья населением существенно зависит от возраста и пола, что является предсказуемым результатом. Индекс самооценки здоровья имеет обратную линейную связь: с увеличением возраста респондента, снижаются показатели самооценки здоровья. Женщины оценивают состояние своего здоровья хуже, чем мужчины.

5. В российском обществе потенциальные социальные ресурсы в первую очередь включают поддержку семьи и родственников, в меньшей степени близких друзей и неравномерно распределены по образовательной структуре. Так, люди с хорошим состоянием здоровья располагают большими ресурсами поддержки в трудной ситуации. Люди с высоким уровнем образования в целом получают больше поддержки, особенно от близких друзей и коллег, данное наблюдение подтверждает тезис, что «капитал тянется к капиталу». Преобладает закрытый тип социального капитала: тесные и сильные связи с близким окружением. Низкий радиус доверия: динамика изменения уровня доверия в обществе происходит очень медленно, в социуме больше людей, которым не доверяют, чем тем, которым доверяют.

6. В контексте российского здравоохранения произошли серьезные изменения как в межличностных доверительных отношениях, так и в институциональных. Дефицит доверия обусловлен несколькими факторами: изменения в организационной структуре медицинского обслуживания, культуре оказания медицинской помощи, появление более информированных, потенциально требовательных пациентов, недостаточный уровень коммуникативных, психологических компетенций медицинских специалистов для установления доверительно-эмоциональных отношений между врачом и пациентом.

7. Существующая система здравоохранения требует серьезных изменений. Необходимо ввести новые принципы разделения ответственности между врачами, пациентами и государством за здоровье и результаты лечения. Существует запрос со стороны медицинского сообщества на создание новой партнерской модели взаимодействия врач-пациент, основанной на доверии и сотрудничестве, как возможность решить проблему конфликтности, дефицита доверия и профессиональной экспертности врача.

Апробация отдельных теоретических и эмпирических положений магистерской диссертации была представлена в рамках VIII Международной научно-практической интернет-конференции ФГБУН ВолНЦ РАН (доклад на тему: «Модернизация системы здравоохранения: региональный аспект») Вологда, 27–31 марта 2023 г. (диплом III степени), в финале VI сезона «Я-профессионал» по направлению «Социология» (диплом Победителя).

Структура работы включает введение, две главы, состоящие из 4 параграфов, заключение, библиографический список, который включает 71 наименование и два приложения.

В процессе подготовки выпускной квалификационной работы реализована сформированность способности к самоорганизации и саморазвитию, в том числе здоровьесбережению, знанию основ безопасности жизнедеятельности (умение управлять своим временем, управлять саморазвитием, поддерживать свой уровень физической подготовленности для обеспечения полноценной социальной и профессиональной деятельности, способности создавать и поддерживать безопасные условия жизнедеятельности и др.)