

DOI: [10.14515/monitoring.2024.4.2536](https://doi.org/10.14515/monitoring.2024.4.2536)



**Н. Л. Русинова, В. В. Сафронов**

## **МЕДИАЦИИ СТАТУСНЫХ НЕРАВЕНСТВ В ЗДОРОВЬЕ: ЗАВИСИМОСТЬ ЭФФЕКТОВ СОЦИАЛЬНОГО КАПИТАЛА ОТ ВОЗРАСТА**

### **Правильная ссылка на статью:**

Русинова Н. Л., Сафронов В. В. Медиации статусных неравенств в здоровье: зависимость эффектов социального капитала от возраста // Мониторинг общественного мнения: экономические и социальные перемены. 2024. № 4. С. 243—265. <https://doi.org/10.14515/monitoring.2024.4.2536>.

### **For citation:**

Rusinova N. L., Safronov V. V. (2024) Mediating Status Inequalities in Health: Age-Dependent Social Capital Effects. *Monitoring of Public Opinion: Economic and Social Changes*. No. 4. P. 243–265. <https://doi.org/10.14515/monitoring.2024.4.2536>. (In Russ.)

Получено: 11.12.2023. Принято к публикации: 21.06.2024.

## МЕДИАЦИИ СТАТУСНЫХ НЕРАВЕНСТВ В ЗДОРОВЬЕ: ЗАВИСИМОСТЬ ЭФФЕКТОВ СОЦИАЛЬНОГО КАПИТАЛА ОТ ВОЗРАСТА

*РУСИНОВА* Нина Львовна — кандидат экономических наук, заведующий сектором социологии здоровья, Социологический институт РАН — филиал ФНИСЦ РАН, Санкт-Петербург, Россия  
E-MAIL: [nrusinova@gmail.com](mailto:nrusinova@gmail.com)  
<https://orcid.org/0000-0001-8904-551X>

*САФРОНОВ* Вячеслав Владимирович — старший научный сотрудник, Социологический институт РАН — филиал ФНИСЦ РАН, Санкт-Петербург, Россия  
E-MAIL: [vsafronov@list.ru](mailto:vsafronov@list.ru)  
<https://orcid.org/0000-0002-5971-1777>

**Аннотация.** Исследование посвящено проблеме социально-структурных неравенств в здоровье и воздействия на них социального капитала. Согласно результатам предыдущих исследований, с повышением образования, дохода, профессионального статуса наблюдается заметное улучшение состояния здоровья людей. Оно улучшается и при обладании индивидами социальным капиталом, в частности, когда человек получает доступ к важным ресурсам благодаря социальным связям с лицами, занимающими достаточно высокое положение в обществе. Развитие теоретических представлений о причинах неравенства в сфере здоровья в последние годы было связано с проверкой предположений, согласно которым социальный капитал может опосредовать влияние социально-экономического статуса на здоровье. Результаты эмпирического тестирования, однако, противоречивы: одни подтверждают наличие медиаций, но другие их не находят. Причем подтверждения были получены в определенных группах населения, в частности среди пожилых.

## MEDIATING STATUS INEQUALITIES IN HEALTH: AGE-DEPENDENT SOCIAL CAPITAL EFFECTS

*Nina L. RUSINOVA*<sup>1</sup> — *Cand. Sci. (Econ.), Leading Researcher, Head of the Sociology of Health Department*  
E-MAIL: [nrusinova@gmail.com](mailto:nrusinova@gmail.com)  
<https://orcid.org/0000-0001-8904-551X>

*Viacheslav V. SAFRONOV*<sup>1</sup> — *Senior Researcher*  
E-MAIL: [vsafronov@list.ru](mailto:vsafronov@list.ru)  
<https://orcid.org/0000-0002-5971-1777>

<sup>1</sup> Sociological Institute of the Russian Academy of Sciences (branch) of the Federal Center of the Theoretical and Applied Sociology RAS, Saint Petersburg, Russia

**Abstract.** The study addresses the issue of social and structural inequalities in health and the impact of social capital on them. It is well established that health improves markedly with education, income, and occupational status. It also improves when individuals possess social capital, in particular when they have access to resources important for health through social ties with individuals of sufficiently high status in society. In recent years, the development of theoretical insights aimed at addressing this issue has been linked to testing the hypothesis that social capital may mediate the effects of socioeconomic status on health. The results of empirical testing, however, turn out to be contradictory — some confirm the presence of mediations, but others do not find them. Moreover, confirmation was obtained in certain groups of the population, in particular among the elderly. The presented analysis of Russian survey data collected under the International Social Survey Program (ISSP 2017) was aimed at substantiating the above theoretical provisions and implied the iden-

Представленный анализ российских опросных данных, собранных по Программе международного социального исследования (ISSP 2017), направлен на обоснование указанных теоретических положений и подразумевает выявление медиативных эффектов социального капитала (профессионального статуса близких и знакомых индивида) при рассмотрении образовательных, а также доходных и профессиональных неравенств в здоровье. Анализируются возрастные особенности проявления таких медиаций — возраст выступает модератором посреднических эффектов. Результаты подтверждают, что в нашей стране с полной определенностью проявляются статусные неравенства в здоровье и социальный капитал играет важную роль в его сохранении. Обнаружены непрямые эффекты социального капитала, объясняющие эти неравенства. Причем возраст действительно выступает модератором медиативного влияния социального капитала — оно практически незаметно в младших возрастах и нарастает, обретая статистическую значимость, к старшим.

**Ключевые слова:** структурные неравенства в здоровье, социальный капитал, профессиональный статус близких и знакомых, медиация неравенств в здоровье социальным капиталом, модерация посреднических эффектов возрастом, ISSP 2017

tification of mediating effects of social capital (professional status of an individual's relatives and acquaintances) when considering educational, income, and occupational inequalities in health. The authors analyze age differences in the manifestation of such mediations where age acts as a moderator of mediation effects. The results confirm that in Russia status inequalities in health are manifested with full certainty and social capital plays an important role in its preservation. Indirect effects of social capital were found to explain these inequalities to a certain extent. Moreover, age does act as a moderator of the mediating influence of social capital — it is almost imperceptible in younger ages and increases, gaining statistical significance, in older ages.

**Keywords:** structural inequalities in health, social capital, professional status of relatives and acquaintances, mediation of inequalities in health by social capital, moderation of mediation effects by age, ISSP 2017

### **Статусные различия здоровья и социальный капитал: состояние исследований**

Многочисленные исследования свидетельствуют о существовании социально-экономических неравенств в здоровье: чем более привилегированное положение занимают люди в социальной структуре, тем лучше у них здоровье и выше продолжительность жизни. Такие структурные неравенства можно обнаружить в любом современном обществе, будь то страны с низким, средним или высоким уровнем дохода [Huisman et al., 2013; Mackenbach, 2012; Mackenbach et al., 2008]. Более того, в последние десятилетия, несмотря на значительный прогресс в медицинской науке и увеличение расходов на здравоохранение, эти неравенства

сохраняются и даже растут [Hu et al., 2016; Mackenbach et al., 2015; Vonneilich, Lüdecke, von dem Knesebeck, 2020]. Для их объяснения все больше внимания стало уделяться психосоциальным факторам, в том числе социальным отношениям [Arcaya, Arcaya, Subramanian, 2015]. Было показано, что поддержка со стороны близкого круга и социальная интеграция долговременно благотворно воздействуют на физическое здоровье, психологическое благополучие, стили жизни и долголетие [Holt-Lunstad, 2021]. Напротив, ограниченность доступа к социальным ресурсам поддержки, недоверие людям, изоляция и одиночество, по результатам масштабных лонгитюдных проектов, выступают факторами риска серьезных последствий для физического здоровья [Valtorta et al., 2016; Cohen, 2021; Cheng, Leung, Chan, 2014] и проявляются в снижении самооценки здоровья [Giordano, Lindström, 2010; Giordano, Björk, Lindström, 2012], нарастании рисков депрессии [Carr, 2020; Landstedt et al., 2016; Stansfeld, Fuhrer, Shipley, 1998], ослаблении когнитивных способностей и преждевременной смертности в старших возрастах [Holt-Lunstad et al., 2015; Piolatto et al., 2022; Rico-Uribe et al., 2018].

Между тем возможности опереться на столь значимые для поддержания здоровья и долголетия ресурсы, обеспечиваемые включенностью индивида в социальные сети, распределяются в обществе неравномерно. Эмпирические факты подтверждают, что характер социальных отношений неодинаков на разных уровнях социальной иерархии: в нижних общественных слоях они менее разнообразны и не обеспечивают необходимой поддержки [Pichler, Wallace, 2008; Stringhini et al., 2012; Weyers et al., 2008]. Выявленные закономерности позволяют предположить, что различные аспекты социальных отношений, помимо независимых прямых воздействий на здоровье, могут выполнять посредническую функцию в передаче влияния социально-экономического статуса на здоровье, внося свой вклад в объяснение его социального структурирования. Однако, несмотря на обширную литературу о важности социальных отношений для здоровья, фактические данные, касающиеся их роли в объяснении социально-структурных неравенств в здоровье, неоднозначны. Целый ряд исследований, проведенных в Германии, Корею, Китае, России и других странах мира, — в подтверждение теоретических аргументов и гипотез, обосновывающих возможную медиативную роль социальных отношений в формировании неравенств в здоровье [Link, Phelan, 1995; Berkman, Krishna, 2014; Bourdieu, 1986; Lin, 1999, 2000], — свидетельствует, что различия в его состоянии у людей с разными уровнями образования, дохода, профессионального статуса действительно отчасти могут объясняться тем, насколько они вовлечены в социальные отношения [Кислицына, Ферландер 2015; Han et al., 2018; Klein et al., 2012; Vonneilich et al., 2012]. Полученные в этих исследованиях результаты в целом подкрепляются и анализом данных масштабных международных проектов (European social survey, ESS; Survey of Health, Ageing, and Retirement in Europe, SHARE), охватывающих большинство европейских стран [Русина, Сафронов, 2020; Craveiro, 2017; Rostila, 2013; Vonneilich, Lüdecke, von dem Knesebeck, 2020]. В то же время встречаются и работы, в которых убедительных доказательств социальной медиации связи между социально-экономическим статусом и здоровьем получить не удается [Aartsen, Veenstra, Hansen, 2017; Dahl, Malmberg-Heimonen, 2010; Gorman, Sivaganesan, 2007; Huurre et al., 2007; von dem Knesebeck, Geyer, 2007].

Критически оценивая положение дел в обсуждаемой предметной области, авторы недавних обзоров литературы призывают обратить более пристальное внимание в оценке социальных отношений и их значения для здоровья на те структурные характеристики социальных сетей, которые давали бы более полное представление о заключенных в этих сетях ресурсах [Meanley et al., 2020; Vonneilich, 2022]. Это делается в рамках относительно самостоятельно развивающегося направления исследований социальных отношений, которое основывается на теории социального капитала Н. Лина [Lin 1982, 2001]. Внимание сосредоточивается на иерархической структуризации социальных позиций участников сети и потенциальных возможностях доступа индивида к ценным для здоровья ресурсам благодаря контактам с лицами, занимающими высокое положение в обществе и обладающими властью, деньгами, престижем, знаниями и полезными социальными связями<sup>1</sup>. В этой теории, как отмечалось нами ранее [Русина, Сафронов, 2023], предполагается, что профессиональный статус адекватно отражает распределение важных ресурсов в обществе и что контакты с лицами определенного профессионального уровня открывают для индивида дополнительные возможности получения доступа к материальным благам и иным ресурсам — жилью, услугам здравоохранения и образования, связям с полезными людьми, а также к ценной информации, помогающей в решении проблем. Считается, что эти контакты могут способствовать укреплению ориентации на нормы здорового поведения, уменьшению подверженности стрессу, усилению чувства социальной принадлежности и ослаблению относительной депривации, повышению психологической уверенности в своих силах и контроле над обстоятельствами жизни, самоуважения, что в конечном счете отразится на физическом здоровье и психологическом благополучии [Song, Frazier, Pettis, 2018].

Результаты целого ряда эмпирических исследований, в которых рассматривались статусные позиции в сети, свидетельствуют, что знакомство с людьми, занимающими высокое положение в обществе, как и предсказывает теория, действительно ведет к улучшению здоровья и стимулирует поведение, способствующее его укреплению [см. обзоры Meanley et al., 2020; Song, 2013; Song, Frazier, Pettis, 2018]. Однако остается неясным, как доступный в сети статус взаимодействует с социальными детерминантами здоровья на индивидуальном уровне — прежде всего с социально-экономическим статусом самого индивида. Положение индивида в общественной структуре, согласно существующим теоретическим представлениям [Bourdieu, 1986; Lin, 2001], во многом определяет характер его сетевых взаимодействий. Люди, занимающие более высокие социально-экономические позиции в обществе, обладают большими структурными возможностями для установления контактов с теми, кто, как и они сами, принадлежит к привилегированному общественным слоям. Они также распоряжаются большими ресурсами, которые к тому же способны более умело инвестировать в налаживание социальных

<sup>1</sup> Для отображения сетевой иерархии Н. Лин и коллеги разработали специальный опросный инструмент — *position generator*, или измеритель статусных позиций в сети [Lin and Dumin, 1986; Lin, Fu, Hsung, 2001]. С его помощью выясняется, есть ли у респондентов среди знакомых люди, имеющие профессии из предложенного списка, в который включены распространенные специальности с низкими, средними и высокими статусами [Verhaeghe, Li, 2015]. При измерении позиционного социального капитала используются такие показатели, как максимальный статус сетевого партнера, разница между максимальным и минимальным статусами, средний статус лиц в сети респондента и др.

связей и получение доступа к высокостатусным сетевым партнерам. Кроме того, они могут оказаться и более привлекательными для представителей влиятельных кругов в силу общей склонности людей к общению с себе подобными (гомофилии) [McPherson, Smith-Lovin, Cook, 2001].

Таким образом, есть все основания предполагать, что позиционный социальный капитал, как и другие аспекты социальных взаимодействий, может служить медиатором, связывающим социально-экономическое положение индивида со здоровьем. Однако исследования, нацеленные на проверку этого предположения, только начинают развиваться, ограничиваясь пока единичными работами, подтверждающими посреднический эффект позиционного социального капитала в объяснении социально-структурных неравенств в здоровье. Так, согласно результатам двух исследований, анализирующих репрезентативные данные взрослых американцев [Song, 2011; Song, Pettis, Piya, 2017], социальный капитал, обозначаемый средними показателями престижности доступных профессий, действует как посредник, связывающий структурные факторы (возраст, пол, расу / этническую принадлежность, образование, профессию и доход семьи) с психологическим дистрессом [Song, 2011], а показатели среднего и максимального образования сетевых партнеров опосредуют влияние образования самого индивида на индикаторы массы тела [Song, Pettis, Piya, 2017]. Этот медиатор позволяет также объяснить — на небольшой подгруппе беременных женщин в США — образовательные различия в принятии решения о вакцинации в период пандемии гриппа, особенно опасного для этой подгруппы [Hernandez, Pullen, Brauer, 2019]. Еще в одной работе — на данных для Монреаля — обнаружено, что разнообразие сети, общее число партнеров в ней и наибольший доступный профессиональный статус выступают медиаторами связи между уровнем образования индивида и самооценкой здоровья, физической активностью и гипертонией [Moore, Stewart, Teixeira, 2014]. В нашей стране также можно найти исследования, посвященные систематическому анализу социальных сетей и их социальной структуризации [Каравай 2021, 2022]. Появляются работы, в которых показано, что социальный капитал, измеренный как максимальный статус партнера в сети, оказывает самостоятельное существенное влияние на здоровье при контроле прочих релевантных переменных [Русинава, Сафронов, 2023]. Все это говорит о важности развития исследований, в которых предпринимаются попытки объяснения структурных неравенств в здоровье с помощью анализа посреднических эффектов ресурсоемкости сетей, отражающей социально-экономические позиции сетевых партнеров.

Теоретическое продвижение при исследовании таких медиаций может быть связано с обоснованием и эмпирической проверкой соображений о различиях эффектов в разных социально-демографических группах. Исследователи уже обратили внимание на особенно отчетливые воздействия социального капитала на здоровье в старших возрастах [Muckenhuber, Stronegger, Freidl, 2013]. При анализе жизненного цикла отмечалось также, что доступ к статусным ресурсам в сети позволяет пожилым людям поддерживать здоровье, однако при этом происходит дальнейшее усиление неравенств, поскольку такая зависимость не проявляется у индивидов с невысоким социально-экономическим статусом [Volker, 2020]. В одной из работ показано, что посреднические эффекты вовлеченности в социальную активность,

объясняющие образовательные неравенства в здоровье, заметно различаются в разных возрастах: у пожилых они оказались намного более отчетливыми, чем в других возрастных категориях [Vonnelich, Lüdecke, von dem Kneesebeck, 2020]. В настоящем исследовании предполагается найти дополнительные аргументы для обоснования этой теоретической перспективы и проверить, опираясь на анализ опросных российских данных, действительно ли социальный капитал, свидетельствующий о статусных ресурсах в сети, позволяет объяснить структурные различия в здоровье и связана ли выраженность таких эффектов с возрастом.

### **Задачи и методология исследования**

В представленном исследовании рассматривается проблема социально-структурных неравенств в здоровье в России и медиативного влияния на них в разных возрастах ресурсов социального капитала. Оно было нацелено на прояснение неопределенности, характеризующей состояние дел в изучаемой области, и предполагало решение следующих задач. Во-первых, заслуживает подтверждения тезис о социальном структурировании здоровья в России и его зависимости от ресурсов социального капитала. Во-вторых, предполагается проверить, действительно ли в нашей стране социально-структурные неравенства в здоровье могут в определенной мере объясняться посредническим влиянием социального капитала. В-третьих, предстоит выяснить, различаются ли такие посреднические эффекты в зависимости от возраста — усиливаются ли они в старших возрастах по сравнению с младшими.

Поставленные задачи решались с использованием данных репрезентативного российского опроса, проведенного «Левада-Центром»<sup>2</sup> по Международной программе социальных исследований (International Social Survey Program, ISSP) в 2017 г.<sup>3</sup> Именно в этом году в программе рассматривались интересующие нас социальные сети и социальные ресурсы [Muckenhuber, Höllinger, Hadler, 2019]. Для настоящего исследования из выборки были исключены молодые люди (до 25-летнего возраста), поскольку не всем из них можно было приписать определенные статусные характеристики (например, многие еще не закончили учиться), а здоровье — в силу естественных биологических причин — еще очень слабо зависело от различия статусов (такой подход нередко используется при изучении социально-экономических неравенств в здоровье [Gorman, Sivaganesan 2007]). При включении переменной возраста без такого ограничения, то есть с 18 лет и старше, описанные ниже результаты меняются мало.

Материалы ISSP содержат сведения о здоровье опрошенных, полученные с помощью широко используемого инструмента самооценок его состояния — респондентам было предложено ответить на следующий вопрос анкеты: «Как вы оценили бы в целом свое здоровье (имеется в виду и физическое, и психическое здоровье)? 1. Отличное, 2. Очень хорошее, 3. Хорошее, 4. Удовлетворительное, 5. Слабое». Такое измерение здоровья, несмотря на простоту, признается валидным, надежным, отражающим физическое и психическое состояния индивида, общее социальное благополучие [Jylhä, 2009; Quesnel-Vallée, 2007]. Оно выступает предиктором за-

<sup>2</sup> Российское юридическое лицо, признанное выполняющим функции иностранного агента.

<sup>3</sup> Выборка — общенациональная многоступенчатая стратифицированная вероятностная выборка объемом в 1560 человек, представляющая взрослое население в возрасте от 18 лет. Метод сбора данных — личные интервью.

болеваемости и смертности [Benyamini, 2011; DeSalvo et al. 2006; Idler, Benyamini 1997], широко применяется на протяжении десятилетий в массовых опросах по всему миру и рекомендовано ВОЗ для мониторинга здоровья и качества жизни населения (Health Interview Survey, 1996). Зависимая переменная в дальнейшем анализе будет представлена дихотомическим признаком оценок здоровья, отделяющим респондентов со слабым или удовлетворительным здоровьем (градация «0») от тех, кто оценил его как хорошее, очень хорошее или отличное (градация «1»).

В нашем исследовании основной независимой переменной, свидетельствующей о социально-структурных различиях, выступает образование, но для подтверждения обнаруживаемых зависимостей дополнительно будут рассматриваться и два других показателя таких различий: доход и профессиональный статус. Образование измерялось по суммарному количеству лет, в течение которых респондент обучался в формальных образовательных учреждениях (школе, училище, колледже, институте, университете, аспирантуре и т. п.). Материальное благосостояние оценивалось по общему месячному доходу семьи (полученному ее членами из всех источников, в рублях). Профессиональные позиции рассчитываются в ISSP на основе содержащихся в материалах опроса сведений о работе респондентов (открытые вопросы: «Опишите Вашу работу: по какой профессии и в какой должности Вы работаете (работали) на основном месте работы? В чем именно заключается (заключалась) Ваша работа? Чем занимается то подразделение организации (предприятия), где Вы работаете (работали)?», которые кодируются в соответствии с Международной стандартной классификацией профессий (International Standard Classification of Occupations, ISCO 08 [International Labour Office, 2012]). Эти коды преобразовывались нами в стобалльную шкалу Международного социально-экономического индекса (International Socio-Economic Index ISEI)<sup>4</sup>, который используется ниже в качестве показателя профессионального статуса.

Медиатором статусных неравенств в здоровье, как предполагается, может выступать социальный капитал — ресурсы, потенциально доступные в сети индивиду благодаря связям с лицами, занимающими более высокое положение в общественной структуре. Медиатор — это переменная, которая опосредует влияние независимой переменной (образования, дохода, профессионального статуса) на зависимую (самооценки здоровья): состояние здоровья в определенной мере зависит от социального капитала, а сам он — от позиции в социальной структуре. Для фиксации такого социального капитала в ISSP, как описано в другой нашей работе [Русина, Сафронов, 2023], применялся так называемый измеритель статусных позиций («position generator») — респондентам было предложено указать, есть ли среди их близких, друзей или знакомых: 1) водитель автобуса или большегрузной машины, 2) директор крупной компании, 3) уборщица, 4) парикмахер, 5) менеджер по подбору персонала, 6) адвокат, юрист, 7) автомеханик, 8) медсестра, 9) сотрудник полиции и 10) школьный учитель. Указанные профессии едва ли наилучшим образом подходят для оценки сетевых статусных ресурсов в России, однако их отбор был обусловлен стремлением исследователей, подготавливающих анкету, создать инструмент, работающий в очень сильно различающихся странах мира [Жоу,

<sup>4</sup> Об этом преобразовании см. [Ganzeboom, Treiman, 2010].



Sapin, Wolf, 2019]. Каждой профессии приписываются баллы по уже знакомой нам стобальной шкале Международного социально-экономического индекса профессионального статуса (ISEI). Так, адвокату, юристу присваивается самый высокий балл, равный 85, исполнительному директору компании — 70 баллов, менеджеру по кадрам — 69, а школьному учителю — 67,5 балла. У уборщицы самая низкая оценка, 16 баллов, несколько выше она у парикмахера — 29, водителя — 32 и автомеханика — 34, наконец, ближе к середине ранжированного списка располагаются профессии медсестры — 40,5 и полицейского — 50 баллов. Для фиксации сетевых статусных ресурсов нами использовался один из показателей, которым аналитики измеряют профессиональный статус близких или знакомых респондента — среднее значение для участников сети (в отличие от индикатора наибольшего статуса сетевых партнеров одно из важных преимуществ этого показателя для нашего анализа связано с нескошенным распределением, напоминающим нормальное). Медиативные воздействия социального капитала рассматривались при их модерации фактором возраста (различавшегося в годах). Указанные медиации и модерации статусных неравенств в здоровье анализировались при контроле ряда дополнительных переменных, связанных с различиями самочувствия людей, включая пол, семейное положение (проживающие вместе супруги или партнеры) и место жительства (сельская местность, небольшой или крупный город).

Схема анализа медиативных эффектов с учетом возрастной модерации представлена на рисунке 1. Воздействие социально-экономического статуса на состояние здоровья может быть отображено с помощью прямого эффекта ( $c'$ ) и непрямых эффектов — через социальный капитал (произведение  $ab$ ).

Рис. 1. Неравенства в здоровье, социальный капитал и возраст: аналитическая схема



Перед индивидами с более высоким статусом открываются новые возможности по поддержанию здоровья благодаря росту не только материального благосостояния, но и социального капитала — доступа к ресурсам, которыми обладают его близкие и знакомые, также занимающие достаточно высокое положение в обществе. Опосредованное влияние общественного статуса на здоровье через социальный капитал может, в свою очередь, зависеть от возрастных различий. Вероятно, обладание социальным капиталом имеет особое значение для хорошего здоровья в старших возрастах, когда начинается его естественное ухудшение, в то время как в молодости для здорового организма сетевые ресурсы менее значимы. Поэтому фактор возраста на схеме представлен в качестве модератора связи между социальным капиталом и оценками здоровья. Описанные медиации и модерации изучаются при контроле переменных пола, семейного положения и места жительства.

Дескриптивная статистика для основных переменных приводится в таблице 1. Согласно этим данным, состояние здоровья многих участников опроса оставляет желать лучшего — почти половина не может назвать его хорошим, и только 52% ответили, что у них хорошее (или очень хорошее и отличное) здоровье.

Таблица 1. **Дескриптивная статистика**  
а — непрерывные переменные

Переменные	N	Min	Max	Mean	Std. Dev.
Образование	1410	3	20	12,6	2,5
Доход	1134	3000	250000	43566	33893
Профессиональный статус	1321	11	89	42,5	21,1
Социальный капитал (средний статус партнеров)	1333	16	85	44,6	9,8
Возраст	1410	25	92	48,8	15,3

б — категориальные переменные

Переменные	N	%	Переменные	N	%
Оценки здоровья	1400		Семейное положение:	1410	
Ниже хорошего	671	48	Одинокие	564	40
Хорошее+	729	52	Супруги, партнеры	846	60
Пол:	1410		Место жительства:	1410	
Женщины	784	56	Сельская местность	359	25
Мужчины	626	44	Небольшой город	308	22
			Крупный город	743	53

Показатель профессионального статуса близких и знакомых, измеряющий социальный капитал (среднее значение = 44,6), говорит о том, что большинство опрошенных поддерживает отношения в социальных сетях с людьми, которые в профессиональной структуре занимают не очень высокие позиции, но и не самые низкие, причем распределение имеет заметный разброс (стандартное отклонение = 9,8). Этот показатель, как и переменные профессионального статуса и особенно дохода, не удается оценить для заметного числа респондентов (дохода — для 276 человек), что снижает N в нашем анализе, правда, не критически.

Социально-демографические переменные не указывают на радикальные отклонения параметров выборочной совокупности от генеральной, так что выводы исследования могут распространяться на характеристику здоровья всего взрослого российского населения.

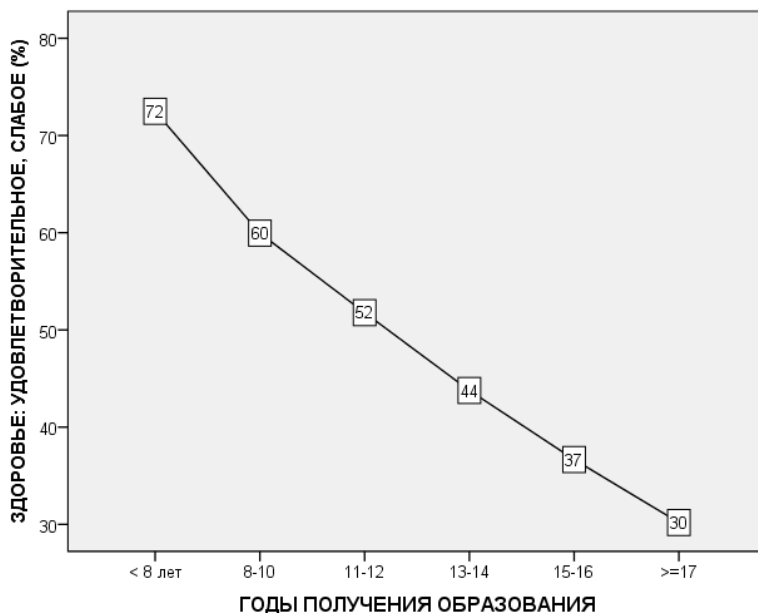
Статистический анализ зависимостей, представленных на рисунке 1, осуществлялся с помощью логистического регрессионного моделирования, позволяющего оценивать эффекты медиаций и модераций (программа PROCESS [Hayes, 2022]). Переменные социально-экономического статуса, социального капитала и возраста были преобразованы так, чтобы их значения укладывались в границы между «0» и «1» (из исходных шкальных оценок вычиталось минимальное значение и разность делилась на новое наибольшее значение), вследствие чего регрессионные коэффициенты свидетельствуют об изменении самочувствия при переходе от наименьшей к наибольшей градации этих переменных.

### Статусные неравенства в здоровье: влияние социального капитала

Предшествующие исследования однозначно свидетельствуют, что оценки респондентами своего здоровья в России, как и в других странах, зависят от социально-экономического статуса — они ухудшаются по мере снижения образования, дохода и значимости профессии.

Эти зависимости подтверждаются и при анализе опросных данных ISSP. В качестве иллюстрации на рисунке 2 показано, как меняются самооценки здоровья у респондентов с разным уровнем образования, измеренного количеством лет, в течение которых они посещали формальные образовательные учреждения.

Рис. 2. Образование и состояние здоровья



Отчетливая зависимость, представленная на графике, подтверждает, что по мере повышения образовательного уровня заметно улучшается самочувствие опрошенных — снижается доля тех, кто оценивает свое здоровье ниже, чем хорошее (как удовлетворительное или слабое). Если среди тех, кто проучился меньше восьми лет, таких респондентов 72 %, то в категории наиболее образованных, посещавших образовательные учреждения в течение 17 лет и более, — только 30 %.

Достаточно тесная связь между оценками здоровья и образованием может объясняться посредническим влиянием других переменных и для адекватной оценки требует контроля факторов социальной демографии, от которых зависит самочувствие и которые в какой-то мере определяют достигнутый образовательный потолок (прежде всего — возраста). В следующем разделе предпринимается попытка прояснить эти вопросы в соответствии с поставленными в исследовании задачами.

### **Медиации социальным капиталом неравенств в здоровье по образованию, доходу и профессиональному статусу**

Опосредованное влияние социально-экономического статуса на здоровье через социальный капитал и различия такого влияния в разных возрастах исследовались с помощью логистического регрессионного моделирования, результаты которого собраны в таблице 2.

Неравенства по образованию анализировались в модели 1. Первая регрессия показывает, как профессиональный статус близких и знакомых человека зависит от его образовательного уровня (с учетом контрольных переменных) (на аналитической схеме, приведенной выше, — линия детерминации «а»). Как указывает регрессионный коэффициент (0,24,  $p < 0,001$ ), статусный сетевой капитал накапливается по мере повышения образования респондентов — люди поддерживают отношения, как правило, с себе подобными. У тех, кто получил хорошее образование, родственники и знакомые тоже занимают достаточно высокое общественное положение, тогда как при низком его уровне человек в основном связан с другими лицами, у которых тоже невысокое профессиональное положение.

Вторая регрессия позволяет вычленил важнейшие переменные, определяющие состояние здоровья (линия детерминации «b» на схеме). Сильные различия связаны с возрастом ( $-9,12$ ,  $p < 0,001$ ) — у пожилых оно, разумеется, хуже, чем у молодых людей. Важное обстоятельство для нашего анализа состоит в том, что воздействие социального капитала было неодинаковым в разных возрастах (коэффициент для интеракции возраста и статуса партнеров в сети 6,90,  $p < 0,05$ ). Графически эту зависимость демонстрирует рисунок 3.

В младших возрастах, как видно на рисунке 3, профессиональный статус близких никак не связан с самочувствием, в средних такая связь уже начинает проявляться, а в старших она становится достаточно заметной — с увеличением социального капитала улучшается состояние здоровья.

Таблица 2. Медиации социальным капиталом структурных неравенств в здоровье и возраст

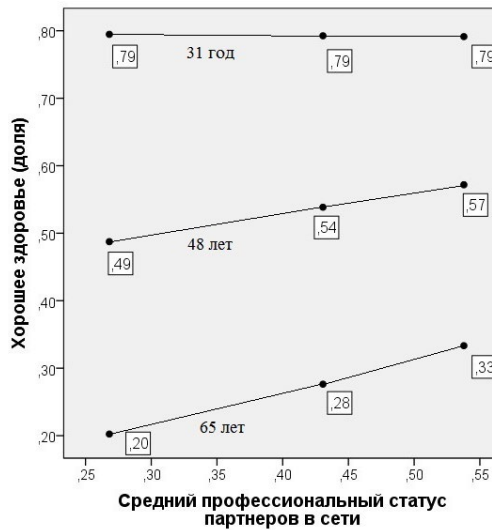
Независимые переменные	Модель 1		Модель 2		Модель 3	
	Статус в сети (a)	Оценка здоровья (b)	Статус в сети (a)	Оценка здоровья (b)	Статус в сети (a)	Оценка здоровья (b)
Константа	0,27***	2,53***	0,36***	3,00***	0,34***	3,14***
Социальный статус:						
Образование	0,24***	0,72				
Доход			0,24***	0,70		
Профессия					0,14***	-0,07
Статус партнеров в сети		-1,33		-1,58		-1,41
Возраст		-9,12***		-9,18***		9,79***
Статус партнеров x возраст		6,90*		6,62*		7,60*
Пол (М)	0,01	0,26*	-0,00	0,18	0,01	0,30
Семейное положение (супруги)	0,00	0,05	-0,00	0,06	0,00	0,01
Место жительства (референт — село):						
Небольшой город	-0,01	0,02	-0,00	0,06	-0,01	-0,06
Крупный город	0,01	-0,12	0,01	-0,09	0,02	-0,14
R <sup>2</sup> / Nagelkerke R <sup>2</sup>	0,07	0,29	0,06	0,30	0,08	0,23

ЭФФЕКТЫ	Значение [CI]	Значение [CI]	Значение [CI]
Прямой (с')	0,72 [-0,24, 1,69]	-0,70 [-0,44, 1,83]	-0,07 [-0,57, 0,44]
Непрямые (ab):			
31 год	0,02 [-0,41, 0,36]	-0,07 [-0,50, 0,36]	-0,00 [-0,23, 0,22]
48 лет	0,30 [0,08, 0,55]	0,23 [-0,01, 0,51]	0,18 [0,06, 0,33]
65 лет	0,60 [0,29, 0,96]	0,51 [0,18, 0,91]	0,37 [0,19, 0,59]
Индекс модулируемой медиации	1,65 [0,29, 3,27]	1,59 [0,01, 3,39]	1,03 [0,20, 1,98]
N	1323	1073	1243

Примечание. Данные ISSP 2017, Россия. Линейный (модели «а») и логистический (модели «б») регрессионный анализ. Независимые переменные социального-экономического статуса респондента: модель 1 — образование, модель 2 — доход, модель 3 — профессиональный статус. Срезы по возрасту не прямых эффектов соответствуют 16, 50 и 84 перцентилем распределения этой переменной. Уровни значимости: \*\*\* 0,001, \*\* 0,01, \* 0,05. CI — доверительные интервалы (95% bootstrap confidence intervals, Number of samples = 5000).

Рис. 3. Связи оценок здоровья с возрастом и статусом партнеров в сети



Примечание. Построен по модели 1, уравнение (b). Точки соответствуют 16, 50 и 84 перцентилем шкалы среднего профессионального статуса партнеров по сети.

Интересующие нас непрямые эффекты влияния образования на здоровье через социальный капитал можно найти в нижней панели таблицы 2. Прямой эффект (с' на аналитической схеме, см. рис. 1) после учета всех прочих воздействий оказывается статистически незначимым (0,72 с доверительным интервалом от -0,24 до 1,69). А медиации через социальный капитал заметно различаются в разных возрастах: у молодых не прямой эффект был более чем скромным и незначимым (0,02, доверительный интервал -0,41, 0,36), в средних он уже получает статистическое обоснование (0,30, интервал 0,08, 0,55), а в старших становится более выраженным (0,60 при доверительных границах 0,29 и 0,96). Как видим, возраст выступает модератором медиативных эффектов. Оценить такую зависимость позволяет индекс модулируемой медиации, приведенный в предпоследней строке рассматриваемой таблицы (index of moderated mediation [Hayes, 2022]). Он свидетельствует, что посреднические эффекты действительно нарастают с возрастом, и это неслучайно (1,65, доверительный интервал 0,29, 3,27).

Модель 2, приведенная в таблице 2, воспроизводит аналитические шаги, описанные выше при изучении образования, однако независимой переменной социально-экономического статуса теперь выступал показатель дохода. Полученные регрессионные коэффициенты вновь показывают, что с повышением этого показателя нарастает статусный социальный капитал, и этот капитал способствует улучшению здоровья — особенно отчетливо, как показывает его интеракция с возрастом, у пожилых людей. Согласно индексу модулируемой медиации, не прямые эффекты усиливаются с возрастом. С помощью модели 3, представленной в той же таблице, подобный анализ проводился и для изучения профессиональных неравенств в здоровье. Результаты полностью согласуются с выводами,

полученными в моделях 1 и 2. Сетевой статусный капитал увеличивается по мере роста профессионального положения самого респондента, и его здоровье улучшается при наличии ресурсов такого капитала, особенно в старших возрастах. Этот капитал — посредник, объясняющий в определенной мере профессионально-статусные неравенства в здоровье, причем непрямые эффекты, как вновь свидетельствует индекс модерируемой медиации, становятся более заметными при переходе от младших к старшим возрастным группам.

## Заключение

В России, как и в других странах, можно обнаружить заметные различия в здоровье у людей с разными социально-экономическими статусами. Надежно установлено, что оно явно хуже в уязвимых слоях — среди тех, кто отличается невысоким уровнем образования, скромными доходами и имеет непрестижную профессию. Важное значение для здоровья имеют и социально-психологические ресурсы. Преодолению сложных жизненных ситуаций, вызывающих сильные затяжные стрессы, помогают уверенность человека в собственных силах и способности контролировать происходящее, оптимистическое видение будущего, а также позитивные отношения с близкими людьми и знакомыми, которые способны помочь при возникновении таких ситуаций и обеспечить эмоциональную поддержку при нарастании рисков депрессии. Такие отношения с окружающими можно трактовать как социальный капитал, складывающийся из ресурсов, доступ к которым обеспечивается благодаря связям с другими людьми. Одна из разновидностей этого капитала возникает, когда эти другие имеют более высокое общественное положение, чем сам человек, и это позволяет ему надеяться на получение того, чего он лишен в силу своего низкого социально-экономического статуса. Значение такого статусного социального капитала для здоровья наших сограждан остается малоизученным.

Проведенное исследование, в котором рассматривались опросные данные для России, собранные по Программе международного социального исследования (ISSP 2017), лишний раз подтверждает тезис о социальном структурировании здоровья — его улучшении у человека по мере роста его социально-экономического статуса. Было также показано, что социальный капитал, образующийся вследствие наличия в окружении индивида знакомых с более весомыми профессиональными позициями, существенно воздействует на самочувствие опрошенных, способствуя его улучшению.

В современных теориях, объясняющих структурные неравенства в здоровье, в фокусе внимания все чаще оказываются механизмы медиации и модерации. Согласно одному из предположений, социальный капитал может выступать посредником, объясняющим зависимость здоровья от социально-экономического статуса. Такой медиативный эффект, согласно другому соображению, будет больше выражен в особых группах населения, среди которых можно назвать и людей старшего возраста. Однако эти предположения не получили убедительного подтверждения — они подкрепляются в одних работах, но не находят обоснования в других. В России, насколько нам известно, анализ указанных медиаций и модераций еще не проводился.

В настоящей работе удалось показать (на указанных выше российских данных), что социальный капитал, свидетельствующий о связях человека с лицами, имеющими престижные профессии, является медиатором зависимости между его социально-экономическим статусом и оценками здоровья. С ростом этого статуса повышается и профессиональное положение тех лиц, с которыми респонденты поддерживают отношения, — как правило, человек существует в своей социальной среде. Социальный капитал, в свою очередь, способствует хорошему здоровью, причем такая зависимость варьируется в зависимости от возраста. Посредничество социального капитала, объясняющее статусные неравенства в здоровье, становится отчетливым у пожилых людей, тогда как среди молодых практически не проявляется. Полученные результаты вносят значимый вклад в дальнейшее развитие теоретических представлений о структурных неравенствах в здоровье, опирающихся на анализ медиаций, модераций и модулируемых медиаций.

При обсуждении результатов исследования следует учитывать некоторые важные ограничения, обусловленные характером кросс-секционных опросных данных и предложенных респондентам вопросов анкеты для измерения социального капитала, отражающего статусные позиции окружающих лиц. Выявленные связи между переменными не позволяют с уверенностью говорить о предполагаемой нами причинной зависимости состояния здоровья от социально-экономического статуса и социального капитала. Не исключено, что неудовлетворительное здоровье может отчасти воздействовать на возможности получения хорошего образования, дохода, профессии и ограничивать социальные контакты. Предложенный список профессий людей из окружения респондента (оправданный при сравнительном анализе многих стран, ради которого он и включался в опросник ISSP) не позволяет с желательной точностью дифференцировать их профессиональные позиции в российских условиях, что может сказываться на оценках медиативных эффектов. Проверка этих соображений требует дальнейшего изучения с использованием методологических подходов, позволяющих устанавливать причинные зависимости (например, панельного исследования) и с большей точностью улавливать наличие у российских респондентов ресурсов статусного сетевого социального капитала.

## Список литературы (References)

1. Каравай А. В. Факторы доступа к ресурсам социальных сетей в современной России // Социологические исследования. 2022. № 10. С. 74—84. <https://doi.org/10.31857/S013216250014291-3>.  
Karavay A. V. (2022) Factors of Access to Social Network Resources in Modern Russia. *Sociological Studies*. No. 10. P. 74—84. <https://doi.org/10.31857/S013216250014291-3>. (In Russ.)
2. Каравай А. В. Социальные сети в современной России: масштабы, структура и механизмы функционирования // Социологическая наука и социальная практика. 2021. Т. 9. № 4. С. 42—60. <https://doi.org/10.19181/snsp.2021.9.4.8605>.  
Karavay A. V. (2022) Social Networks in Modern Russia: Scale, Structure and Mechanisms of Functioning. *Sociological Science and Social Practice*. Vol. 9. No. 4. P. 42—60. <https://doi.org/10.19181/snsp.2021.9.4.8605>. (In Russ.)



3. Кислицына О. А., Ферландер С. Роль социальных отношений в объяснении социально-экономических различий в состоянии здоровья россиян // Социальные аспекты здоровья населения. 2015. № 4. URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/694/30/lang,ru> (дата обращения: 03.12.2023).  
Kislitsyna O. A., Ferlander S. (2015) Role of Social Relations in Explaining Socio-Economic Health Disparities among the Russians. *Social Aspects of Population Health*. No. 4. URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/694/30/lang,ru> (accessed 03.12.2023). (In Russ.)
4. Русинова Н. Л., Сафронов В. В. Медиаторы структурных неравенств в здоровье в странах Европы: социальный капитал близкого окружения и доверия людям // Журнал социологии и социальной антропологии. 2020. Т. 23. № 1. С. 35—64. <https://doi.org/10.31119/jssa.2020.23.1.2>.  
Rusinova N., Safronov V. (2020) Mediators of Health Inequalities in Europe: Social Capital of Personal Network and Generalized Trust. *The Journal of Sociology and Social Anthropology*. Vol. 23. No. 1. P. 35—64. <https://doi.org/10.31119/jssa.2020.23.1.2>. (In Russ.)
5. Русинова Н. Л., Сафронов В. В. Влияние сетевых статусных ресурсов на здоровье: значение культуры доверия между людьми // Социологический журнал. 2023. Т. 29. № 4. С. 100—122. <https://doi.org/10.19181/socjour.2023.29.4.5>.  
Rusinova N. L., Safronov V. V. (2023) The Influence of Network Status Resources on Health: The Importance of the Culture of Trust between People. *Sociological Journal*. Vol. 29. No. 4. P. 100—122. <https://doi.org/10.19181/socjour.2023.29.4.5>. (In Russ.)
6. Aartsen M., Veenstra M., Hansen T. (2017) Social Pathways to Health: On the Mediating Role of the Social Network in the Relation Between Socio-Economic Position and Health. *SSM — Population Health*. Vol. 3. P. 419—426. <https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2017.05.006>.
7. Arcaya M. C., Arcaya A. L., Subramanian S. V. (2015) Inequalities in Health: Definitions, Concepts, and Theories. *Global Health Action*. Vol. 8. Art. 27106. <https://doi.org/10.3402/gha.v8.27106>.
8. Benyamini Y. (2011) Why Does Self-Rated Health Predict Mortality? An Update on Current Knowledge and a Research Agenda for Psychologists. *Psychology and Health*. Vol. 26. No. 11. P. 1407—1413. <https://doi.org/10.1080/08870446.2011.621703>.
9. Berkman L. F., Krishna A. (2014) Social Network Epidemiology. In: Berkman L. F., Kawachi I., Glymour M. M. (eds.) *Social Epidemiology*. New York, NY: Oxford University Press. P. 234—289. <https://doi.org/10.1093/med/9780195377903.003.0007>.
10. Bourdieu P. (1986) The Forms of Capital. In: Richardson J. G. (ed.) *Handbook of Theory and Research for the Sociology of Education*. New York, NY: Greenwood Press. P. 241—258.
11. Carr K. A. (2020) A Cohort Longitudinal Study of Individual Level Social Capital and Depressive Symptoms in the Wisconsin Longitudinal Study. *SSM Population Health*. Vol. 10. Art. 100544. <https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2020.100544>.

12. Cheng S. T., Leung E. M., Chan T. W. (2014) Physical and Social Activities Mediate the Associations between Social Network Types and Ventilatory Function in Chinese Older Adults. *Health Psychology*. Vol. 33. No. 6. P. 524—534. <https://doi.org/10.1037/hea0000026>.
13. Cohen S. (2021) Psychosocial Vulnerabilities to Upper Respiratory Infectious Illness: Implications for Susceptibility to Coronavirus Disease 2019 (COVID-19). *Perspectives on Psychological Science*. Vol. 16. No. 1. P. 161—174. <https://doi.org/10.1177/1745691620942516>.
14. Craveiro D. (2017) Ties and Inequalities in Later Life: Welfare State Regime and the Role of Social Networks in Health Inequalities in Later Life in Europe. *European Societies*. Vol. 19. No. 3. P. 268—291. <https://doi.org/10.1080/14616696.2016.1258084>.
15. Dahl E., Malmberg-Heimonen I. (2010) Social Inequality and Health: The Role of Social Capital. *Sociology of Health and Illness*. Vol. 32. No. 7. P. 1102—1119. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9566.2010.01270.x>.
16. de Bruin A, Picavet H. S., Nossikov A. (eds.) (1996) Health Interview Surveys. Towards International Harmonization of Methods and Instruments. *WHO Regional Publications, European Series*. No. 58.
17. DeSalvo K.B., Blosner N., Reynolds K., He J., Muntner P. (2006) Mortality Prediction with a Single General Self-Rated Health Question. A Meta-Analysis. *Journal of General Internal Medicine*. Vol. 21. No. 3. P. 267—275. <https://doi.org/10.1111/j.1525-1497.2005.00291.x>.
18. Ganzeboom H. B.G., Treiman D. J. (2010) International Stratification and Mobility File: Conversion Tools. URL: <http://www.harryganzeboom.nl/ismf/index.htm> (accessed 16.02.2021).
19. Giordano G. N., Björk J., Lindström M. (2012) Social Capital and Self-Rated Health — A Study of Temporal (Causal) Relationships. *Social Science and Medicine*. Vol. 75. No. 2. P. 340—348. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2012.03.011>.
20. Giordano G. N., Lindström M. (2010) The Impact of Changes in Different Aspects of Social Capital and Material Conditions on Self-Rated Health over Time: A Longitudinal Cohort Study. *Social Science and Medicine*. Vol. 70. No. 5. P. 700—710. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.10.044>.
21. Gorman B. K., Sivaganesan A. (2007) The Role of Social Support and Integration for Understanding Socioeconomic Disparities in Self-Rated Health and Hypertension. *Social Science and Medicine*. Vol. 65. No. 5. P. 958—975. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2007.04.017>.
22. Han K. M., Han C., Shin C., Jee H. J., An H., Yoon H. K., Ko Y. H., Kim S. H. (2018) Social Capital, Socioeconomic Status, and Depression in Community-Living Elderly. *Journal of Psychiatric Research*. Vol. 98. P. 133—140. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2018.01.002>.

23. Hayes A. F. (2022) Introduction to Mediation, Moderation, and Conditional Process Analysis: A Regression-Based Approach. Third Edition. New York: The Guilford Press.
24. Hernandez E. M., Pullen E., Brauer J. (2019) Social Networks and the Emergence of Health Inequalities Following a Medical Advance: Examining Prenatal H1N1 Vaccination Decisions. *Social Networks*. Vol. 58. P. 156—167. <https://doi.org/10.1016/j.socnet.2019.03.002>.
25. Holt-Lunstad J. (2021). The Major Health Implications of Social Connection. *Current Directions in Psychological Science*. Vol. 30. No. 3. P. 251—259. <https://doi.org/10.1177/0963721421999630>.
26. Holt-Lunstad J., Smith T. B., Baker M., Harris T., Stephenson D. (2015) Loneliness and Social Isolation as Risk Factors for Mortality: A Meta-Analytic Review. *Perspectives on Psychological Science*. Vol. 10. No. 2. P. 227—237. <https://doi.org/10.1177/1745691614568352>.
27. Hu Y., van Lenthe F. J., Borsboom G. J., Looman C. W. N., Bopp M., Burström B., Džúrová D., Ekholm O., Klumbiene J., Lahelma E., Leinsalu M., Regidor E., Santana P., de Gelder R., Mackenbach J. P. (2016) Trends in Socioeconomic Inequalities in Self-Assessed Health in 17 European Countries Between 1990 and 2010. *Journal of Epidemiology and Community Health*. Vol. 70. No. 7. P. 644—652. <https://doi.org/10.1136/jech-2015-206780>.
28. Huisman M., Read S., Towriss C. A., Deeg D. J., Grundy E. (2013) Socioeconomic Inequalities in Mortality Rates in Old Age in the World Health Organization Europe Region. *Epidemiologic Reviews*. Vol. 35. No. 1. P. 84—97. <https://doi.org/10.1093/epirev/mxs010>.
29. Huurre T., Eerola M., Rahkonen O., Aro H. (2007) Does Social Support Affect the Relationship Between Socioeconomic Status and Depression? A Longitudinal Study from Adolescence to Adulthood. *Journal of Affective Disorders*. Vol. 100. No. 1—3. P. 55—64. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2006.09.019>.
30. Idler E. L., Benyamini Y. (1997). Self-rated Health and Mortality: A Review of Twenty-Seven Community Studies. *Journal of Health and Social Behavior*. Vol. 38. No. 1. P. 21—37. <https://doi.org/10.2307/2955359>.
31. International Labour Office (2012) International Standard Classification of Occupations: ISCO 08. Vol. I. Geneva: ILO. URL: <https://ilostat.ilo.org/methods/concepts-and-definitions/classification-occupation/> (accessed 04.10.2023).
32. Joye D., Sapin M., Wolf C. (2019) Measuring Social Networks and Social Resources: An Exploratory ISSP Survey Around the World. (GESIS-Schriftenreihe, 22). Köln: GESIS — Leibniz-Institut für Sozialwissenschaften. <https://doi.org/10.21241/ssoar.62256>.
33. Jylhä M. (2009) What Is Self-Rated Health and Why Does It Predict Mortality? Towards a Unified Conceptual Model. *Social Science and Medicine*. Vol. 69. No. 3. P. 307—316. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.05.013>.

34. Klein J., Vonneilich N., Baumeister E., Kohlmann T., von dem Knesebeck O. (2012) Do Social Relations Explain Health Inequalities? Evidence from a Longitudinal Survey in a Changing Eastern German Region. *International Journal of Public Health*. Vol. 57. P. 619—627. <https://doi.org/10.1007/s00038-012-0356-y>.
35. Landstedt E., Almquist Y. B., Eriksson M., Hammarström A. (2016) Disentangling the Directions of Associations between Structural Social Capital and Mental Health: Longitudinal Analyses of Gender, Civic Engagement and Depressive Symptoms. *Social Science and Medicine*. Vol. 163. P. 135—143. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2016.07.005>.
36. Lin N. (1999) Social Networks and Status Attainment. *Annual Review of Sociology*. Vol. 25. P. 467—487. <https://doi.org/10.1146/annurev.soc.25.1.467>.
37. Lin N. (2000) Inequality in Social Capital. *Contemporary Sociology*. Vol. 29. No. 6. P. 785—795. <https://doi.org/10.2307/2654086>.
38. Lin N. (1982) Social Resources and Instrumental Action. In: Marsden P. V., Lin N. (eds.) *Social Structure and Network Analysis*. Beverly Hills, CA: Sage. P. 131—145.
39. Lin N. (2001) *Social Capital: A Theory of Social Structure and Action*. Cambridge: Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CB09780511815447>.
40. Lin N., Dumin M. (1986) Access to Occupations through Social Ties. *Social Networks*. Vol. 8. No. 4. P. 365—385. [https://doi.org/10.1016/0378-8733\(86\)90003-1](https://doi.org/10.1016/0378-8733(86)90003-1).
41. Lin N., Fu Y., Hsung R. M. (2001) The Position Generator: A Measurement Technique for Investigations of Social Capital. In: Lin N., Cook K., Burt R. S. (eds.) *Social Capital: Theory and Research*. New York, NY: Aldine de Gruyter. P. 57—81.
42. Link B., Phelan J. (1995) Social Conditions as Fundamental Causes of Disease. *Journal of Health and Social Behavior*. Extra issue. P. 80—94. <https://doi.org/10.2307/2626958>.
43. Mackenbach J. P. (2012) The Persistence of Health Inequalities in Modern Welfare States: The Explanation of a Paradox. *Social Science and Medicine*. Vol. 75. No. 4. P. 761—769. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2012.02.031>.
44. Mackenbach J. P., Kulháňová I., Menvielle G., Bopp M., Borrell C., Costa G., Deboosere P., Esnaola S., Kalediene R., Kovacs K., Leinsalu M., Martikainen P., Regidor E., Rodriguez-Sanz M., Strand B. H., Hoffmann R., Eikemo T. A., Östergren O., Lundberg O., Eurothine and EURO-GBD-SE consortiums. (2015) Trends in Inequalities in Premature Mortality: A Study of 3.2 Million Deaths in 13 European Countries. *Journal of Epidemiology and Community Health*. Vol. 69. No. 3. P. 207—217. <https://doi.org/10.1136/jech-2014-204319>.
45. Mackenbach J. P., Stirbu I., Roskam A. J., Schaap M. M., Menvielle G., Leinsalu M., Kunst A. E. (2008) Socioeconomic Inequalities in Health in 22 European Countries. *New England Journal of Medicine*. Vol. 358. No. 23. P. 2468—2481. <https://doi.org/10.1056/nejmsa0707519>.

46. McPherson M., Smith-Lovin L., Cook J. M. (2001) Birds of a Feather: Homophily in Social Networks. *Annual Review of Sociology*. Vol. 27. P. 415—444. <https://doi.org/10.1146/annurev.soc.27.1.415>.
47. Meanley S., Biernesser C., O'Malley T., Bear T., Trauth J. (2020) Employing Position Generators to Assess Social Capital and Health: A Scoping Review of the Literature and Recommendations in Future Population Health Surveillance. *Journal of Health Disparities Research and Practice*. Vol. 13. No. 3. P. 16—45.
48. Moore S., Stewart S., Teixeira A. (2014) Decomposing Social Capital Inequalities in Health. *Journal of Epidemiology and Community Health*. Vol. 68. No. 3. P. 233—238. <https://doi.org/10.1136/jech-2013-202996>.
49. Muckenhuber J., Höllinger F., Hadler M. (2019) International Social Survey Programme: Social Networks and Social Resources — ISSP 2017. GESIS Data Archive, Cologne. ZA6980. Data file Version 2.0.0. <https://doi.org/10.4232/1.13322>.
50. Muckenhuber J., Stronegger W. J., Freidl W. (2013) Social Capital Affects the Health of Older People More Strongly than That of Younger People. *Ageing and Society*. Vol. 33. No. 5. P. 853—870. <https://doi.org/10.1017/S0144686X12000219>.
51. Pichler F., Wallace C. (2008) Social Capital and Social Class in Europe: The Role of Social Networks in Social Stratification. *European Sociological Review*. Vol. 25. No. 3. P. 319—332. <https://doi.org/10.1093/esr/jcn050>.
52. Piolatto M., Bianchi F., Rota M., Marengoni A., Akbaritabar A., Squazzoni F. (2022) The Effect of Social Relationships on Cognitive Decline in Older Adults: An Updated Systematic Review and Meta-Analysis of Longitudinal Cohort Studies. *BMC Public Health*. Vol. 22. Art. 278. <https://doi.org/10.1186/s12889-022-12567-5>.
53. Quesnel-Vallée A. (2007) Self-Rated Health: Caught in the Crossfire of the Quest for 'True' Health? *International Journal of Epidemiology*. Vol. 36. No. 6. P. 1161—1164. <https://doi.org/10.1093/ije/dym236>.
54. Rico-Urbe L.A., Caballero F.F., Martin-Maria N., Cabello M., Ayuso-Mateos J. L., Mi-ret M. (2018) Association of Loneliness with All-Cause Mortality: A Meta-Analysis. *PLOS ONE*. Vol. 13. No. 1. Art. e0190033. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0190033>.
55. Rostila M. (2013) Social Capital and Health Inequality in European Welfare States. London: Palgrave Macmillan. <https://doi.org/10.1057/9781137305664>.
56. Song L. (2013) Social Capital and Health. In: Cockerham W. C. (ed.) *Medical Sociology on the Move: New Directions in Theory*. Dordrecht: Springer. P. 233—257. [https://doi.org/10.1007/978-94-007-6193-3\\_12](https://doi.org/10.1007/978-94-007-6193-3_12).
57. Song L. (2011) Social Capital and Psychological Distress. *Journal of Health and Social Behavior*. Vol. 52. No. 4. P. 478—492. <https://doi.org/10.1177/0022146511411921>.

58. Song L., Frazier C. G., Pettis P. J. (2018) Do Network Members' Resources Generate Health Inequality? Social Capital Theory and Beyond. In: Folland S., Nauenberg E. (eds.) *Elgar Companion to Social Capital and Health*. Cheltenham: Edward Elgar Publishing. P. 233—253. <https://doi.org/10.4337/9781785360718.00026>.
59. Song L., Pettis P. J., Piya B. (2017) Does Your Body Know Who You Know? Multiple Roles of Network Members' Socioeconomic Status for Body Weight Ratings. *Sociological Perspectives*. Vol. 60. No. 6. P. 997—1018. <https://doi.org/10.1177/0731121416680597>.
60. Stansfeld S. A., Fuhrer R., Shipley M. J. (1998) Types of Social Support as Predictors of Psychiatric Morbidity in a Cohort of British Civil Servants (Whitehall II Study). *Psychological Medicine*. Vol. 28. No. 4. P. 881—892. <https://doi.org/10.1017/S0033291798006746>.
61. Stringhini S., Berkman L., Dugravot A., Ferrie J. E., Marmot M., Kivimaki M., Singh-Manoux A. (2012) Socioeconomic Status, Structural and Functional Measures of Social Support, and Mortality: The British Whitehall II Cohort Study, 1985—2009. *American Journal of Epidemiology*. Vol. 175. No. 12. P. 1275—1283. <https://doi.org/10.1093/aje/kwr461>.
62. Valtorta N. K., Kanaan M., Gilbody S., Ronzi S., Hanratty B. (2016) Loneliness and Social Isolation as Risk Factors for Coronary Heart Disease and Stroke: Systematic Review and Meta-Analysis of Longitudinal Observational Studies. *Heart*. Vol. 102. No. 13. P. 1009—1016. <https://doi.org/10.1136/heartjnl-2015-308790>.
63. Verhaeghe P. P., Li Y. (2015) The Position Generator Approach to Social Capital Research: Measurements and Results. In: Li Y. (ed.) *Handbook of Research Methods and Applications in Social Capital*. Cheltenham: Edward Elgar Publishing. P. 166—186. <https://doi.org/10.4337/9780857935854.00014>.
64. Volker B. (2020) Social Capital Across the Life Course: Accumulation, Diminution, or Segregation? *Network science*. Vol. 8. No. 3. P. 313—332. <https://doi.org/10.1017/nws.2020.26>.
65. von dem Knesebeck O., Geyer S. (2007) Emotional Support, Education and Self-Rated Health in 22 European Countries. *BMC Public Health*. Vol. 7. Art. 272. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-7-272>.
66. Vonneilich N. (2022) Social Status, Social Relations, and Health. In: Klärner A., Gamper M., Keim-Klärner S., Moor I., von der Lippe H., Vonneilich N. (eds.) *Social Networks and Health Inequalities*. Cham: Springer. P. 203—213. <https://doi.org/10.1007/978-3-030-97722-1>.
67. Vonneilich N., Jöckel K. H., Erbel R., Klein J., Dragano N., Siegrist J., von dem Knesebeck O. (2012) The Mediating Effect of Social Relationships on the Association between Socioeconomic Status and Subjective Health — Results from the Heinz Nixdorf Recall Cohort Study. *BMC Public Health*. Vol. 12. Art. 285. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-285>.

68. Vonneilich N., Lüdecke D., von dem Knesebeck O. (2020) Educational Inequalities in Self-Rated Health and Social Relationships — Analyses Based on the European Social Survey 2002—2016. *Social Science and Medicine*. Vol. 267. Art. 112379. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2019.112379>.
69. Weyers S., Dragano N., Möbus S., Beck E.-M., Stang A., Möhlenkamp S., Jöckel K. H., Erbel R., Siegrist J. (2008) Low Socio-Economic Position Is Associated with Poor Social Networks and Social Support: Results from the Heinz Nixdorf Recall Study. *International Journal for Equity in Health*. Vol. 7. No. 1. Art. 13. <https://doi.org/10.1186/1475-9276-7-13>.