

СОЦИАЛЕН КАПИТАЛ И ЗДРАВЕ: АНАЛИЗ НА СОЦИАЛНИТЕ МРЕЖИ НА ХОРА С ХРОНИЧНО ЗАБОЛЯВАНЕ ОТ ДИАБЕТ ТИП 2 В БЪЛГАРИЯ

Елка Тодорова¹

1. Социален капитал в полето на икономическата социология

Нагласата да насочим вниманието си към общността с нейните вътрешногрупови взаимодействия, вместо към оценка на пазарните недостатъци и ограничените успехи на администрацията в поддържане на общностния дух, бележат началото на интереса към идеята за социалния капитал. В една съвременна конфликтно-теоретична социологическа парадигма социалният капитал става критерий за доверие, с който може да се обслужи както социологическият, така и икономическият интерес². Самите отношения между икономическото и социалното развитие се определят по линия на първенството на социалното развитие, което създава икономическо развитие, или по линия на следствието – социалното развитие е резултат на икономическото развитие и осигурява смяната на традиционните социални връзки с нови.

Понятието за социален капитал се въвежда в последните три десетилетия и непрекъснато търпи смислови промени. Първоначално смисълът му е да обясни отношенията на размяна между социалните агенти и едва в средата на деветдесетте години на миналия век Р. Путнам предлага определението, че става дума за „характеристики на социалната организация като доверие, норми и мрежи, които могат да подобрят ефективността на обществото, като насърчават координирани действия“³. В този смисъл социалният капитал е зависим от свойствата на социалната структура, от отвореността или затвореността на социалните мрежи, от характера и сложността на социалните отношения.

Социалният капитал може да има както положително, така и отрицателно влияние едновременно и върху институциите, и върху хората. Той е в състояние да засили или отслаби влиянието на институциите, но и да приобщи или изключи определени индивиди от общността. Социалният капитал може да се реализира на всички общностни равнища – локално, национално, регионално, глобално, и да засили значението на общностните структури (структурен социален капитал) или да овласти индивидите (когнитивен социален капитал).

¹ Елка Тодорова е доктор на социологическите науки, професор в катедра „Икономическа социология“; сл. тел: 02/81-95-510, e-mail: elka.todorova@me.com .

² Неделчев, Д., 2004, с. 21.

³ Putnam, R., 1993, p. 167.

Основните функции на социалния капитал са да осигури познание чрез споделяне на обща информация и на информация за решения, характерни за определени роли и социалноструктурни позиции, за правила, процедури, прецеденти и др. Но също така и да подпомага социалната структура, като въвежда нови роли, мрежи, включва и изключва социални организации, засилва или отслабва хоризонтални и вертикални връзки между хората. В крайна сметка говорим за социален капитал, който споява, съединява и свързва.

В първия случай става дума за силен и мощен социален капитал; във втория случай социалният капитал осигурява достъп до ресурси и власт в общността, а в третия случай, свързващият социален капитал осъществява връзка на индивидите с властовите структури и позиции в или извън конкретната общност. Ако спояващият и съединяващият социален капитал хоризонтално разпределят капитала, то свързващият е вертикално насочен. Спояващият капитал се разпространява в рамките на най-близките до индивида групи в общността, съединяващият – на междугрупово равнище в общността, а свързващият – извън общността.

За икономическата социология е важен въпросът за “социалното” в социалния капитал, както и за съдържанието му като “капитал”. Според Д. Неделчев, „социалното“ в социалния капитал са аспектите на социална организация, чиито цели не са икономически, но резултатите им имат икономически ефект. Такива са например социалните предпочитания на индивидите, когато те се интересуват не само от своето благополучие, но и от материалните ресурси на другите, като идеалните типове социални предпочитания са предотвратяване на неравенството, алтруизъм, завист, реципрочна справедливост.

На свой ред социалният капитал е капитал, защото притежава много от характеристиките на капитала – трансформира, взаимодейства с други видове капитал; има устойчивост, надеждност и дълготрайност като актив; служи за инвестиране, поддръжка и разрушаване. И макар да не намалява при употреба като другите видове капитал (нещо повече – той намалява при неупотреба), да не се дели, продава и да не дава права за собственост (като финансов капитал), той си остава капитал. Социалният капитал се създава от връзките между индивидите при неформално обучение в общността, а не чрез формално обучение, както е при човешкият капитал, макар първият да има сходен характер с човешкия капитал от икономическа гледна точка.

По думите на Д. Неделчев това позволява на развитите страни да обясняват чрез социалния капитал просперитета си; на развиващите се страни – да търсят чрез него причините за изоставането си; а на страните в преход – неуспеха си¹.

Като цяло и в обобщение понятието за социален капитал преминава през различни метаморфози и днес най-често се използва като „мрежи, заедно със споделените норми, ценности и разбирания, които облекчават сътрудничеството в и между групите“². За нуждите на сравнителни изследвания се налага

¹ Неделчев, Д., *Op.cit.* с. 224.

² Putnam, R., 2001, (OECD).

измерване на социалния капитал, целта на което е да се осигури познание за функционирането на социалното пространство и даване на възможност за използване на мрежите и техните връзки за подпомагане на индивидите, групите и общностите. Измерването на социалния капитал освен това подпомага и разбирането за това как индивидите в общността постигнат съвместни цели и как работят за преодоляване на различията си.

Ако социалният капитал засилва доверието между членовете, той несъмнено повлиява на адаптивността на общността и засилва взаимоотношенията и реципрочните действия в името на обща цел. А разписването на реципрочността във взаимоотношенията – като спояване, съединяване и свързване, обяснява как социалният капитал влияе конкретно върху индивидите, а оттам и върху цялата общност.

Както вече казахме по-горе, спояването се отнася до взаимоотношения с членове на семействата и в рамките на дадена етническа група. Съединяването е по същността си връзка между хора с различен социоикономически статус, генерация или етнос. А свързването – достъп до хора, които са на власт.

Ще се спрем по-подробно на последния вид социален капитал. Свързващият социален капитал осигурява на индивидите и общностните групи възможност за достъп до ресурси, идеи и информация от формалните институции, които са извън непосредствения достъп на общността. В понятието за общност впрочем влизат както свързани, така и несвързани с определено място общности. Първите са общности, които съществуват в определен географски район, махала, работно място, град, регион, държава, докато вторите са групи по интереси, включително спортни клубове, хоби групи и групи с общи обвързващи отношения (например етнически и религиозни групи).

В идеалния случай в общността е налице баланс между спояващия, съединяващия и свързващия социален капитал, в противен случай се стига до социална фрагментация. Например, доминирането на спояващия социален капитал може да доведе до силно вътрешно обвързване на хората по линия на доверието и сътрудничеството, но и да развие слабо доверие към другите хора, които са извън групата, т.е. да дискриминира и въведе „аутсайдерство“.

2. Социалният капитал като сила на общността (издръжливост)

Спорен е въпросът дали има достатъчно емпирични данни за връзката между социалния капитал и благосъстоянието на общностите не само в развити, но и в развиващи се страни. Това всъщност е въпросът дали социалният капитал като понятие, развито за западните общества, има смисъл и за развиващите страни. Става дума за това дали трансформацията на социално-икономическата структура (което характеризира страните в преход например) унищожава социалния капитал, влияейки по такъв начин върху благосъстоянието на населението. С други думи, кога социалният капитал може да бъде използван като

инструмент в политики, с които да се защити ползата или облекчи вредата при сериозни социално-икономически промени.

В същото време изследвания на така наречената устойчивост или издръжливост на определени общности към ограничения, наложени от средата, разкриват, че нещата са по-сложни. Ако дефинираме устойчивостта (resilience) като способност на индивидите или системите (семейства, групи или общности) да се справят успешно в условията на бедствие или риск, отчитането на влиянието на силите на общността, в т. ч. на социалния ѝ капитал, става много важно.

Общностната устойчивост или издръжливостта на общността се оказва ключова и за преодоляването на стреса от икономическите рискове и бедности. Активите и ресурсите, които правят дадена общност успешна и която я стимулират в такива моменти, според някои автори¹, са балансирането на *човешкия капитал* (уменията и образованието на хората), *социалният капитал* (социалните им мрежи), *изграденният капитал* (достъпът до различен вид услуги и удобства), *природният капитал* (достъпът до зелени пространства) и *икономическият капитал* (доходът). Тезата тук е, че ограничените общности по отношение на икономически капитал са по-склонни или разчитат повече на другите ресурси – за да поддържат добро здраве, и в този смисъл социалните взаимоотношения, които на индивидуално равнище осигуряват преодоляване на стреса, на общностно равнище стават особено важни, защото от тях зависи социалният капитал и кохезията (сплотеността).

3. Социалният капитал като индивидуална черта и общностна характеристика

По принцип многопластовото концептуализиране на социалния капитал води до редица неясноти, когато той трябва да бъде използван като аналитичен инструмент. Социалният капитал трудно се идентифицира със специфичните социални процеси дори заради това, че не е ясно дали е по-скоро индивидуален ресурс, или е характеристика на общността. Известно е, че голяма част от групата индикатори за социален капитал разкриват колективно равнище на анализ, при който самооценката на здравето на хората се оказва повлияна от социалните мрежи и социалната подкрепа. При това положение социалният капитал става контекстуален конструкт, работещ на колективно равнище. Когато обаче се мери и анализира социалният капитал на индивидуално равнище, количествените изследвания не са в състояние да уловят сложността на социалните конструкции. По тази причина някои изследователи оспорват валидността на информация, получена с количествени методи, целяща да създаде и подкрепи различни социални теории².

Продължаващото повече от десетилетие поддържане на определението на Путнам за социалния капитал стимулира изследвания, които основно използ-

¹ Sanders, A., 2008.

² Forbes, A., 2001.

ват общите индикатори за междуличностно доверие, норми на реципрочност и участие в доброволни организации като оценка за влиянието на социалния капитал. Подобен ограничен фокус върху тези аспекти на социалния капитал изключва другите елементи на социалната среда, които могат да оказват въздействие. Въведеното разграничение между спояването, съединяването и свързването донякъде разрешава този проблем.

Спояващият социален капитал включва аспектите на вътрешно наблюдение на социалните мрежи, с помощта на което се засилва идентичността и хомогенността на групите. Съединяващият социален капитал обхваща мрежите, насочени към външни социални и етнически групи, които имат различна идентичност. Свързващият социален капитал е насочен към нормите на уважение и доверие във взаимоотношенията с властимащите¹. По такъв начин по-точно може да се определи как трите форми оказват влияние върху индивидуалното благосъстояние и общностната кохезия. Ако продължим разсъжденията, можем да предположим, че спояващият социален капитал осигурява социалната кохезия и подкрепа, съединяващият социален капитал осигурява солидарност, уважение и разбиране в по-широкото общество, а свързващият капитал мобилизира политическите ресурси и властта. Можем да продължим разсъжденията и да разграничим социалния капитал на съединяващ или спояващ и да разкрием разликата между видовете мрежи, които са социално свързващи, сближаващи или силни, или други, които са по-малко сближаващи или слаби², или са хомогенни и хетерогенни³.

Благодарение на подобен тип анализ вече е известно, че прекаленото доверие върху здравите, стегнати, плътни съседски мрежи може да въведе редица нездрави социални норми, както и прекаленият обвързващ социален капитал може да повиши умствения дистрес в общности, които са с ограничени ресурси⁴. Знае се също така, че хората с по-разнообразни мрежи са по-малко склонни да бъдат депресирани⁵, че хетерогенните взаимоотношения вътре във и извън общността са полезни за издръжливостта на общността и за хората в ограничени среди, тъй като там индивидите са по-малко изложени на вредните влияния на ограниченията на средата в сравнение с тези, които разчитат единствено на насочената навътре хомогенна мрежа.

Показано е и че – обратно на спояващия и съединяващия социален капитал, които се отнасят до хоризонтални и социални мрежи и отношения, свързващият социален капитал отразява начина, по който общностите са организирани във вертикални мрежи, включващи институциите и политическите структури. Например свързващият капитал може да се концептуализира като контакт

¹ Woolcock, M., 2001.

² Granovetter, M., 1983.

³ McPherson, M., 2001.

⁴ Mitchell, C., 2002.

⁵ Erikson, M., 2003; J. Helliwell, 2007.

между колеги на различна йерархична позиция¹, като връзка между граждани и държавни служители или като достъп до професионални ресурси – лични познанства с представители на високостатусни професии. В интерпретацията на Сзретер и Уулкок² свързващият социален капитал се описва като „норми на уважение и доверие по линия на явна, формална или институционална власт, или властови позиции в обществото“ и той изглежда тясно свързан с други социални явления като политическа ефикасност и доверие, свързани на свой ред с участие в общността и с мобилизация при опасност от риск.

4. Социалният капитал като фактор на влияние върху здравето

От дискусията в литературата става ясно, че независимо от огромното значение, което се отдава на понятието социален капитал, неговата връзка със здравето все още не е изяснена до край. Повечето изследвания основно разглеждат спояващия капитал и пренебрегват другите два вида. И макар да има проучвания, в които се разкрива, че съединяващият капитал и свързващият социален капитал са важни за здравето на общността, рядко са налице изследвания – екологични по своя характер, които да включват индикатори и на трите вида капитал.

Екологични изследвания намират връзки между индикаторите за социален капитал и здравето на населението на различно географско равнище (страна, полуостров, континент). Проучване за целия свят (WVS) разглежда няколко аспекта на социалния капитал в сравнителен план. Но дори тази информация, получена чрез представителни извадки, се интерпретира различно, в зависимост от това дали се използва скала с един, два въпроса, или се комбинират няколко скали и се изработва специален индекс. Измерването на социалния капитал по различен начин се оказва, че влияе върху получените резултати, дори когато се използва една и съща база данни.

Също така се приема, че социалният капитал е важна детерминанта за общото благосъстояние на човека. Когато социалният капитал се свързва със здравни резултати и величини на благосъстоянието³, неговото влияние се засилва или отслабва в зависимост от равнището на анализ, брутния вътрешен продукт на страните и др. Например има данни, че е налице връзка между самооценката за здраве, депресията и функционалният статус и равнището на доверие, реципрочността и участието в общността на хора от средната възраст в Германия и САЩ⁴. В същото време, при използване на информация от 19 страни – членки на Организация за икономическо сътрудничество и развитие, не се регистрира връзка на социалния капитал (измерван като доверие към другите и членство в доброволна организация) с очакваната продължителност на живот⁵.

¹ Ferlander, S., 2007.

² Szreter, S., M. Woolcock, 2004.

³ Kawachi, I., 2004.

⁴ Pollack C., et al, 2004.

⁵ Kennell33333y, B., 2003.

Казва се, че социалният капитал има защитни обществени функции, защото облекчава сътрудничеството в името на общи ползи. Резултати от изследване, извършено в Иран сред болни от диабет, действително разкрива, че социалното участие, доверието, овластяването и политическите действия са в състояние да определят ефективността на управление на болестта¹.

Социалният капитал оказва влияние върху здравето и благосъстоянието както на индивидуално, така и на колективно равнище. На индивидуално равнище той е наличен ресурс, който индивидите сами избират. Поради това инвестицията в него дава повече социална подкрепа от други ресурси и отгук – и по-успешно, се подобрява индивидуалното здраве и цялостното благосъстояние. Подобно виждане съответства на вижданията за социалния капитал като за мрежа² и на изследванията за открояване на социалните детерминанти на здравето³. Социалният капитал на равнището на общността дава възможност на индивидите да постигнат съвместни цели, които поотделно не са в състояние да осъществят.

Тук, например, по-високата степен на доверие в общността облекчава и подпомага разпространението на идеи, с които се насърчава здравословното поведение. Интерпретацията върви по линия на „общностния модел“ за социален капитал, който обяснява поддържането на социална кохезия⁴.

Така, за измерване на социалния капитал следва да се изведат поведенчески прояви на социалния капитал, т.е. участието на хората във формални организации и проявите на нагласи, свързани с доверието към другите, както и развитието на реципрочност в отношенията (между индивидите). Или, с други думи, социалният капитал може да се концептуализира от гледна точка на две величини – структурна и когнитивна, всяка от които са потенциално свързани със здравето и благосъстоянието както на индивидуално, така и на общностно равнище.

При подобен ракурс на изследване, проведено от Йип, се разкрива, че когнитивният социален капитал (т.е. реципрочността) е положително свързан с физическото и психологическото здраве и със субективното благосъстояние на индивидуално равнище, както и с психологическото здраве и субективното благосъстояние на общностно равнище⁵. Доверието влияе върху здравето и благосъстоянието чрез социалните мрежи и получаваната благодарение на тях подкрепа. Не се открива обаче статистически значима връзка между структурния социален капитал (членство в организации) и благосъстоянието⁶.

В друго изследване се показва, че индивидуалното равнище на социално доверие и гражданско участие се свързват положително със самооценката за

¹ Farajzadegan, 2013.

² Bourdieu, P., 1986; J. Coleman, 1988.

³ Berkman, L., T. Glass, 2000.

⁴ Putnam, R., op.cit., 1993.

⁵ Yip, W., 2007.

⁶ Изобщо членството в организации е свързано с колективните действия, но нито действията, нито членството се разкрива, че пряко влияят върху благосъстоянието.

здраве без това да може да се определи на национално равнище.¹ Индикаторите на социалния капитал като членство в организация, социално доверие, гражданска активност се асоциират с по-ниска смъртност, по-ниски степени в самооценката на влошено здраве, с по-добър умствен статус и с по-малко насилие². Има данни, че индивидуалното участие в политически и неполитически организации е положително свързано със самооценката на здравето³. Висока корелация е разкрита например между членството в общностни и частно-личностни организации и със самооценката за щастие⁴. Има данни за положителна връзка между социалния капитал и удовлетвореността от живота⁵.

Също така има данни за Русия, че социалното доверие, възприятието за реципрочност и членството в граждански организации са свързани с по-ниска смъртност сред мъже и жени⁶. Определени типове мрежи прогнозира по-добри равнища на самооценката за физическо и емоционално здраве.

Като цяло (независимо, че има и изследвания, които не регистрират подобни асоциации) има очакване, подплатено с достатъчно емпирични данни - гражданското участие, доверието и социалните връзки поотделно да бъдат свързани и да подпомагат здравето по линия на повишаване на субективното чувство за благосъстояние.

Едно от най-достоверните разкрития в областта на здравните изследвания показва, че хората, живеещи в изостанали региони, имат по-лошо здраве, отколкото живущите в неизостанали райони⁷. Всякаква форма на депривация (състояние на лишаване от определено благо – бел. ред.) в населеното място представлява рисков фактор за здравето и самоусещането – ограничава се образованието и възможностите за работа, увеличава се стресът, повлиява се самочувствието, социалният статус и социалната поддръжка, а всичко това води до ниски здравни резултати⁸.

Всъщност социалният капитал, отразяващ социалното доверие, реципрочността и гражданското участие, е свързан с по-високите нива на субективно здраве, с по-добро психично здраве⁹, с по-ниска смъртност от сърдечно съдови и ракови заболявания, с по-ниска смъртност вследствие на самоубийства¹⁰ и с по-малък брой жестоки престъпления, като в същото време служи за компенсация на отрицателното влияние на изостаналостта на района. Все още

¹ Poortinga, W., 2006.

² Kawachi, I., op.cit., 2004.

³ Skrabski, A., et al., 2004.

⁴ Gundelach, P., S. Kreiner, 2004.

⁵ Byornskof, C., 2003.

⁶ Royas, Y., P. Carlson, 2006.

⁷ Pickett, K., M. Pearl, 2001.

⁸ Poortinga, W., et al., 2008.

⁹ Fone, D., et al., 2007.

¹⁰ Helliwell, J., 2007.

обаче не е ясно каква е ролята на социалния капитал в създаването и поддържането на т.нар. устойчивост на общността.

Наред с тези данни литературата изобилства със скептични преценки за влиянието на социалния капитал върху здравето. Например, обръща се внимание, че независимо от общия консенсус, че социалният капитал е споделен актив, включващ индивидуални и групови атрибути, и че е различен от понятия като социалната подкрепа, разглеждана на индивидуално равнище, структурните части на социалния капитал все още не са ясни. Трите типа връзки – спояване, съединяване и свързване все още не съумяват да разкрият връзката между индивидуалното здраве и контекстуалните индикатори на социалния капитал. Затова се използват няколко подхода за проверка на връзките между контекстуалните и индивидуалните характеристики във връзката им със здравето и благосъстоянието¹¹.

Един подобен метод е предложеното от Елгар обвързване на трихотомията (спояване, съединяване, свързване) с факторен анализ за постигане на потвърждаващ индикатор. С негова помощ се постига положителна връзка между индивидуалното и контекстуалното равнище на социален капитал и индивидуалното здраве и благосъстояние. Проверена е потенциалната роля на социалния капитал да влияе върху три социално-демографски детерминанти на здравето: пол, възраст и образование. Проверена е и разликата в здравето и удовлетворението от живота, което обикновено е в полза на мъже, по-млади и по-високообразовани хора, и се намалява, ако социалният капитал е по-висок. Показано е, че действително жените имат по-голяма полза от мъжете при засилен социален капитал по отношение на оценките за здраве и удовлетворение, както и че социалният капитал подпомага по-сериозно здравето на възрастните индивиди. Що се отнася до по-високото образование, резултатите не разкриват връзка със социалния капитал, но и не потвърждават очакването, че при слаб социален капитал здравето се влияе от големи образователни разлики.

Социалният капитал на индивидуално равнище е положително свързан със здравето и благосъстоянието, но тази връзка много зависи от равнището на социалния капитал на страната, от която са изследваните индивиди. С други думи, ползата за здравето на индивидите от социален капитал се повишава в страни с висок социален капитал. Освен това някои от ползите на социалния капитал за здравето се подпомагат от това, доколко включени в средата са отделните хора, защото социалният капитал е и споделен социален ресурс.

Като цяло социалният капитал е от полза на всеки и особено на доверяващите и високо свързани помежду си индивиди, жени и по-възрастни хора. И обратно – следствията от живот в социално дезинтегрирани общества може да нанесат щета на недоверчиви и изолирани индивиди, особено на жени и възрастни.

В това и в други проучвания на социалния капитал се използва субективно преценен оптимален брой фактори и величини, непременно включващи категориите „доверие“, „група“, „граждански и свързващ социален капитал“, макар

¹¹ Elgar, F., 2010.

те да не са взаимосвързани и е трудно да бъдат видени в общ индекс. Една от критиките на Уулкок към Путнам например е в това, че социалното доверие не може да се включва в определението за социален капитал и Путнам приема тази критика, признавайки, че социалното доверие е сходен, макар и не подемент на социалния капитал¹. Например, спояващият и съединяващият социален капитал имат общи елементи и действия, но вътрешногруповото и външногруповото доверие не съответстват непременно на споделеното чувство за гражданска отговорност, нито на груповата принадлежност, защото – оценени високо по един фактор, те могат да не се оценят високо по другите фактори².

Както пише Путнам, „социалният капитал далеч не е хомогенен“ и не е „нещо“ (от което човек може да има повече или по-малко), а е концептуална категория, която включва много и различни типове мрежи и норми, които могат да бъдат използвани за различни нужди и както физическият и човешкият капитал, така и социалният капитал се проявява в много форми, голяма част от които незаменими“³. Известните социални психолози и представители на теорията за социалната идентичност – А. Ташфер и Дж. Търнър⁴, смятат че груповата принадлежност е интегрирана в *Аз-конструкта*, докато други изследователи приемат, че междуличностното доверие определя социалната организация⁵.

При всяко положение психологически изследвания на редица елементи на социалния капитал разкриват, че социалното доверие⁶, социалната подкрепа и сплотените социални идентичности⁷ имат директно и индиректно влияние върху психичното и физическото здраве. Но остава неясно дали социалният капитал изпълнява основна човешка потребност за социална връзка, дали влияе върху здравето, като намалява стреса, дали увеличава чувството за личностна сигурност, или осигурява външни ресурси за адаптация. Основният въпрос всъщност е как да се интегрират теоретичните определения за конструкта, индивидуалното и контекстуалното равнище на социалния капитал, като се обвържат с голяма международна база данни, с която са представени богати и развиващи се общества, и в същото време резултатите да не се основават само на агрегираните отговори на индивидите от тези страни.

Повишеният интерес към здравната проблематика и стремежът към прагматично отношение засилват интереса на социалните изследователи към социалния капитал и здравето, който в периода между 1995 и 2015 г. може да бъде измерен с нарасналите стотици пъти публикации, свързващи двата конструкта (социалния капитал и здравето). В здравните стратегии на повечето страни се

¹ Putnam, R., 2001.

² Varum, G., 2010.

³ Putnam, R., 1993, p. 668.

⁴ Търнър, Дж. 1989. Идеи в социалната психология. Е. Тодорова.

⁵ Garfinkel, H., 1963.

⁶ Uslaner, E., 2002.

⁷ Muldoon, O., et al., 2009.

включва идеята за засилване или поддържане на социален капитал в общностите и това се залага като условие за успех на политиките в здравната грижа.

Любопитно е, че в тези стратегии се използват различни дефиниции на социалния капитал, но общото между тях е, че той представлява преди всичко социални мрежи и реципрочни отношения, чиято оценка служи за постигане на взаимноизгодни цели¹. В същото време продължава да не е ясно как да бъдат разрешени проблемите, свързани с обвързването на емпиричните и теоретични изследвания на социалния капитал и здравето. Все още не е ясно например как различните форми на индивидуален и колективен социален капитал влияят върху здравето, както и върху процеса на създаване на нови здравни практики. Още повече, че е налице критика към изследванията, свързани със социалния капитал, в които не се отчитат достатъчно половите разлики и властовите позиции; не е отчетено също в достатъчна степен разпределението на социалния капитал в отделните социални групи; не са определени количеството и формите на социален капитал, които са на разположение на различните групи; не е отчетен и балансът между инвестициите и резултатите от социалния капитал.

На какво се дължат обаче тези пропуски?

В социологията идеите за социалния капитал могат да бъдат потърсени още в произведенията на Ем. Дюркем. През 80-те години на миналия век самият термин се използва от П. Бурдийо, но едва в работата на Р. Путнам социалният капитал приема тази тежест, която има днес в изследванията, особено тези, свързани със здравето. Сравняването на тезите на Бурдийо с тези на Путнам ги определя като противоположни по линия на обекта – Бурдийо се смята за защитник на индивидуалистичния подход, а Путнам на колективистичния подход към социалния капитал. И досега индивидуалистичната или колективистичната интерпретация на социалния капитал са в спор, а в схемата на емпиричните тенденции е и двете черти на социалния капитал да бъдат включвани, защото по въпросите за здравето равнището на анализ и съответните специфики и методи претърпяват метаморфози и могат да бъдат много различни.

Вече казахме, че социалният капитал като индивидуален актив предполага подход на разглеждане на социалните мрежи, теоретично развит най-вече в изследванията на социолозите. Тук социалният капитал е „способността на актьорите да осигурят ползи по силата на членството си в социални мрежи и други социални структури“². А принадлежността към социални мрежи осигурява на индивидите определени ползи, които не биха били налични, ако мрежите не са налице, т.е. ресурсите не са в рамките на възможностите на индивидите (не са междуличностни), а са в структурата на социалните мрежи.

Според Бурдийо включването в социални мрежи не е нещо, което по принцип съществува. Тези, които имат повече ресурс да инвестират, по-често са канени във властови мрежи, поради което властта и неравенството имат сериозна роля в социалния капитал. Те са специално изведени от Бурдийо, който обръща

¹ Putnam, R., 2015.

² Portes, A., 1998, p. 6.

внимание, че доминиращите социални групи имат повече власт да решават кои мрежи са ценни, кои мрежи за кого са предназначени, в кои трябва да се включат и съответно изключат определени хора и т.н.

В разбирането на Дж. Коулман социалният капитал е ресурс за действие и се идентифицира с три форми: (1) задължение, очаквания, благонадеждност; (2) информационни канали; (3) норми и ефективни санкции. Когато човек прави нещо за другите, сработва задължението да се отговори реципрочно и по този начин се повлияват действията; информацията е основна част от действията и една важна форма на социалния капитал по такъв начин е потенциалната информация, която се обменя в социалните отношения. Съществуващите норми също имат силно влияние върху действията, защото използват възнаграждението, което може да се очаква, ако някой ги следва или ефективността на санкциите, ако не бъдат следвани нормите за насочване на действията.

Изследванията на А. Портес допълват вижданията за социалния капитал, като добавят разграничението между източниците и следствията от него. Става дума, че от една страна са характеристиките на мрежите (т.е. мотивациите за осигуряване на ресурси), които представляват източник, докато реално осигурените ресурси (т.е. информацията, подкрепата, възможностите) са следствия от социалния капитал. Според Портес, хората са склонни да осигуряват ресурси заради това, че са интернализирали нормите за споделяне или защото са развили чувство на солидарност с хора, с които смятат, че имат сходна съдба. Самите норми за реципрочност също водят до очакване за възнаграждение. Портес разкрива, че същите връзки, които са от полза за членовете на една мрежа, могат да доведат до отхвърляне на някои индивиди и превръщането им в аутсайдери. Нещо повече, може да се стигне до въвеждане на прекалено много изисквания към груповите членове, което да превърне груповото участие в определен вид конформност, с която се ограничава индивидуалната свобода.

5. Индивидуалният социален капитал и здравето

Съществуват няколко хипотези за връзката между индивидуалния социален капитал и здравето. Най-очевидната връзка е насочена към това, че социалните мрежи осигуряват различни форми на социална подкрепа, които влияят върху здравето поради това, че се явяват буферни фактори за стреса¹. Друга връзка представлява социалното влияние, което социалните мрежи осигуряват и с което здравето се подпомага. Така например влиянието на връстниците по отношение на пушене или диети (или друг тип поведение, свързано със здравето) е илюстрация на социалното влияние.

Следващата хипотеза е, че социалният капитал представлява социално участие, с помощта на което се усвояват нови умения и се създава чувството за принадлежност към дадена общност. По такъв начин социалното участие

¹ Berkman, L., Glass, T., op.cit., 2000.

влие директно върху здравето като активира когнитивната система, но и индиректно – като придава чувство на съгласуваност и значимост на действията.

Груповото членство също така осигурява материални ресурси и услуги, директно свързани със здравето и здравните услуги. (Една от последните хипотези свързва индивидуалната позиция или статус в социалната йерархия със социалните мрежи или общност, в които човек членува, за което е предложен термина “синдром на статуса“¹). Да имаш повече възможности, отколкото другите, в една и съща среда несъмнено дава статус, а статусът на свой ред влияе на здравето чрез позитивното чувство, което човек има, осъзнавайки че е привилегирован (а това несъмнено намалява стреса).

Индивидуалният социален капитал (т.е. включването в социални мрежи) може да повлияе върху здравето и здравното поведение по положителен начин чрез социална подкрепа, социално влияние, социално участие и достъп до материални ресурси. Тези подобрения зависят не само от индивидуалното поведение, но и от поведението на значимите други и от способността за плодотворна комуникация в рамките на социалните мрежи. Концепциите за спояване, съединяване и свързване осигуряват възможност за създаване на карти и диаграми за видовете мрежи на отделните хора. Известно е например, че жените имат повече достъп до социални мрежи тип спояване; че са включени в по-силни директни – лице в лице, контакти в местните мрежи (най-често с други жени), докато мъжете предпочитат и са включени в съединяващи и извънместни мрежи².

От изследването на Ериксън³ става ясно и че хората с по-високо образование са по-склонни да получат достъп до всички форми на социален капитал и особено до съединяващия социален капитал. Подобни резултати са получени и в Австралия и съответно би могло да се предположи, ако следваме и разсъжденията на Бордийо, че ресурсите, свързани с по-високото образование, подпомагат достъпа до социален капитал (макар че някои нови данни не регистрират подобни резултати – вж. изследването на Елгар).

6. Общностен социален капитал и здраве

Социалният капитал като колективен атрибут се разглежда в подхода за социалната кохезия. Той представлява колективна характеристика на цялата общност. За Путнам, освен частно благо, социалният капитал е и с колективна стойност, така че животът в район с висок социален капитал носи ползи дори на индивиди, които имат слаби социални връзки, и се разпространяват ползи дори само поради причината, че се живее в общност с висок социален капитал. Подобни общности се характеризират с наличието на гъсти и силни връзки и активни граждани, за които публичното благо стои пред частното. Нещо повече, граж-

¹ Marmot, M., 2005.

² Campbell, C., et al., 1999.

³ Eriksson, M., et al., 2010.

даните действат на равни начала (с равни права и задължения), което засилва хоризонталните реципрочни взаимоотношения. Доверието между хората и изобщо общата форма на доверие е висока, което ги стимулира да си сътрудничат на основата на очакваната реципрочност.

Изследвания във Великобритания¹, Швеция² описват сложността на социалния капитал в местни общности и обръщат внимание на прекалено „романтичния“ поглед от страна на Путнам. Нещо повече³, смята се, че в обществото на знанието, където интернет комуникацията частично заменя дейностите, свързани с гражданските връзки, се стига до общностна фрагментация и допълнителни промени на социалния капитал – от обществено благо той се превръща в клубно благо за различни субгрупи в рамките на общността или обществото.

Уулкок работи в областта на колективния подход за социалния капитал и го дефинира като *нормите и мрежите, които облекчават колективните действия*⁴. Дискутирайки макрополитическите предпоставки за развитие на норми, насочени към доверие, Уулкок и Сзретер обръщат внимание не само върху важността на социалните връзки в и между групите в една социална общност, но и между гражданите и различните политически институции в обществото. Както и при Портес, и тук се подчертава важността на разграничаването на източници и следствия от социалния капитал. Доверието например е следствие от социалния капитал (обратно на виждането на Путнам, че доверието е предварително условие за сътрудничество, с което впрочем и самият Путнам впоследствие се съгласява).

Потенциалната връзка между колективния социален капитал и здравето е обект на сериозен дебат. От една страна социалният капитал има ролята на медиатор между подходящите неравенства и здравето⁵ – показано е, че очакванията за продължителността на живота са по-дълги, а оценката за здравето е по-висока там, където подходящото неравенство е по-слабо изразено. Обяснението на Уилкинсън е, че егалитарните общества са социално по-сплотеени, което осигурява повече доверие между гражданите. Съответно в по-малко егалитарните общества, при по-големи разлики в статусите на гражданите, се създава недоверие, спада социалната сплотеност, повишават се равнищата на престъпност и социалното безпокойство.

Кавачи и Беркман⁶ разглеждат социалния капитал единствено като колективна форма, като черта на общността или съседската общност, към която принадлежат индивидите. Колективният социален капитал влияе върху здравето чрез промяна на поведението, достъпа до здравни услуги и стимулиране на специфични психосоциални процеси. Би могло да се очаква при разглеждане

¹ Campbell, C., op.cit., 1999.

² Eriksson, M., et al., 2009.

³ Uslaner, E., Op.cit., 2002.

⁴ Woolcock, M., 2001.

⁵ Wilkinson, R., 1996.

⁶ Kawachi, I., L. Berkman, 2000.

на чисто колективни характеристики да се акцентира повече върху колективните действия и върху развитието на доверие. В този смисъл разграничаването на последните два конструкта (което предлагат¹) като следствие от колективния капитал внася повече смисъл. Според Търнър², подходящото равенство не само увеличава социалната сплотеност в обществото, но и влияе върху равнището на публични инвестиции в жилищното строителство, здравната грижа и др., а това на свой ред стимулира населението и индивидуалното здраве. По същата логика връзката между колективния социален капитал и здравето може да бъде видяна в това, че общности с богат социален капитал са по-успешни в повлияването за политически решения и спирането на бюджетните съкращения за местни услуги, например такава като здравна грижа. Освен това високите равнища на социален капитал в местните общности разпространяват здравни норми, водят до по-бърз и по-широк достъп до здравна информация и знания³. За достигане на тези оценки се тръгва от виждането, че здравното поведение се определя по-скоро от колективните социални идентичности, отколкото от рационалните индивидуални избори.

Разграничението на трите вида социален капитал помага донякъде да се определи кой тип мрежи подпомагат и затрудняват по отношение на здравето и за кого. Например има данни, макар и откъслечни, за влиянието на мрежите върху психичното здраве (данните са за малък град в САЩ), от които следва, че съединяващият социален капитал облекчава дистреса. А други данни (от изследване в Индонезия) разкриват, че спояващият капитал има защитна роля за семейството в ситуации на кризи, макар да иззема повече ресурси от жените. По принцип социалният капитал може да даде тласък за интервенция по линия на социалните мрежи – особено, ако се съобрази с това, че има рискове при неравно разпределение на инвестициите и резултатите при участие в социалните мрежи.

Мобилизацията на колективен социален капитал е свързана с подхода, насочен към общността и нейното здравно развитие. Програмите за здраве, които са насочени към развитие на общностни принципи, естествено не могат да бъдат насочени към превенция на определено заболяване, по-скоро те създават умения да се подобрят условията за здравно поведение в общността. Има данни за това, че в съседски общности, в които се очаква хората да са ангажирани с въпроси, свързани с околната среда, в които е нормално съседите да разговарят помежду си и да си помагат, здравето на жените е по-добро, в сравнение с общности, в които горните характеристики отсъстват. Изследвания в Австралия и Тасмания разкриват⁴, че съседското участие, сигурността и политическото участие намаляват броя на самооценяващите се с “лошо здраве” жени (което не важи при мъжете). Същото се отнася и за съседски общности, в които има високо равнище на доверие и интеграция – отново жените реализират по-добре

¹ Grootaert, C., T. van Bastelaer, 2002.

² Turner, B., 2003.

³ Kim, D, et al., 2008.

⁴ Kavanagh, A., et al., 2006.

този ресурс, макар да не е ясно, защо се получават тези разлики по пол. При всяко положение силните общностни връзки, от една страна, поддържат висок социален капитал, а, от друга, могат да повишат социалното изключване на хора, които не участват в дейностите на общността. Това налага да се потърси ново обяснение, за да се разбере как социалният капитал облекчава общностните действия по отношение на здравето.

Една от възможностите за интерпретация е социалният капитал да бъде видян като предварително условие за успеха на общността да насърчава здравето. Чрез използване на ситуационен анализ¹ могат да бъдат възпроизведени четирите категории, представящи активните механизми за мобилизационен процес, с който се създава социален капитал. Категориите са мотиви, действия, обяснения и отношения, свързани с действащото лице. Тези механизми са използвани от действащите лица, които са ангажирани в общността да създадат социален капитал и са описани в работата на Ериксон², в която една цяла общност се ангажира да възстанови един здравен център, затворен поради финансови съображения от властта.

Този пример, който описва мобилизацията на социалния капитал в локалната общност по отношение на здравето, формулира и въпросите, на които трябва да отговори добрата организация. На първо място се изисква разбиране за това какво трябва да бъде преодоляно в работата на общността – например да се подобрият публичните услуги, да се ограничи някакво заболяване или да се осигури повече сигурност. Мобилизацията изисква също така да се използва силата на местните лидери, които са обект на доверие, да поддържат един дух на борба и в същото време да се използват познанията на хората вътре във и извън общността, които притежават ресурси и са заинтересовани от решаването на проблема. На последно място е стремежът на широката общност да поддържа и да дава легитимност на всеки, който заявява, че иска да се присъедини към делото.

7. Социален капитал и управление на болестта на диабетно болни тип 2

Диабетът е най-широко разпространеното метаболитно заболяване. Повече от 220 млн хора страдат от него, като очакванията са новите случаи от 8 на 1000 през 2008 година да станат 15 на 1000 през 2050³. Поради широкото разпространение и потенциалната инвалидизация на много хора, контролът върху диабета става много важен. Сред социалните детерминанти на здравето, към които изследователите се обръщат в тази връзка, социалният капитал представлява

¹ Този анализ следва тъй наречената обоснована на информация теория (Grounded theory), при която теорията произлиза от получените систематично събирани и анализирани данни. Основните методи, които използва тази теория, са качествените изследвания – включено наблюдение, събиране на артефакти и др.

² Eriksson, M. et al., 2013.

³ Boyle, J., et al., 2010.

една от тях, защото се предполага, че влияе върху намаляване на условията на стрес, върху рисковото поведение и психологическия дистрес и че подобрява като цяло здравния статус. В този случай социалният капитал се вижда като „чертите на социална организация, такива като гражданско участие, норми на реципрочност и доверие в другите, които облекчават сътрудничеството в името на взаимната полза“¹. Социалният капитал има широки възможности да влияе върху социалните и здравните условия, особено при хронични болести като диабет. Въпреки, че са необходими лонгитюдни изследвания за разкриване на пряката връзка между социален капитал и контрол на диабета, днес вече са налице някои предположения относно влиянието на социалния капитал.

Като цяло социалният капитал е обратно пропорционално свързан с рисковите поведения и съответните болестни резултати. За връзката между него и здравето се предлагат редица обяснителни механизми, сред които повече и по-здравно ориентирани поведенчески модели – въвличане във физически дейности и упражнения, подобрен достъп до услуги, ниска степен на социална изолация, въвеждане на здравен елемент в социалните норми, облекчен достъп до здравна грижа и услуги, здравно обучение². Разкрита е например силна връзка между социалния капитал, затлъстяването и диабета при възрастни хора в САЩ, както и това, че живеене в общност със силни връзки подобрява контрола на стойностите на глюкозата в кръвта. Предположенията на изследователите днес са, че социалното участие, доверието, овластяването и политическите действия са в състояние да осигурят ефективно управление на диабетната болест.

Здравният статус и жизненият стил на пациенти с диабет тип 2 най-често е свързан със социалната подкрепа. Участието в организации в общността осигурява по-добър статус и поведение, особено сред хората с по-ниски доходи. Индивидуалните мрежи имат смесено влияние върху здравето, докато животът в по-ограничена икономическа среда има негативно влияние. Тези връзки се влияят от индивидуалния доход, който има правопрпорционално положително влияние върху здравето и поведението.

Нещо повече – при пациенти в икономически ограничена среда, социалната им мрежа не подкрепя достатъчно самоуправлението им и обратно – при пациентите с повече икономически възможности самоуправлението се подобрява, когато социалната мрежа е силна. Тези факти в някаква степен могат да бъдат обяснени с идеята за директното влияние на средата върху поведението. Защото ако поддръжката за хора с по-ниски доходи е по-слаба (когато се предлага от индивидуални членове на мрежата, т.е. силните индивидуални мрежи на населението с ниски доходи не са в състояние да упражнят достатъчно защита), пациентите ще търсят поддръжка извън своята мрежа.

¹ Kawachi et al, 1997.

² Holtgrave, D., R., Crosby, 2006.

Механизми на действие на мрежите

Въпросът за механизмите, с които социалните мрежи оказват положително въздействие върху здравето, не е напълно изяснен нито описан. Норвежката изследователка К. Фос извършва сериозен анализ на литературата по този въпрос и смята, че влиянието на мрежовите взаимоотношения върху подкрепата за самоуправление на болестта при диабетно болни се изследва по няколко линии: а) на поемане на дял от тежестта във всекидневния труд; б) на поемане на ангажименти, свързани с влияние на хроничното заболяване върху живота на хората от социалната мрежа на болния; в) на постигане на съвместно договорени начини на мислене и действие¹.

Тръгвайки от това, че здравословното поведение и начинът на живот се променят с развитие на социалните мрежи на болните², логически се очаква социалните мрежи да създадат колективен процес за оформяне на разбирането за норма и отклонение на болните; да подпомогнат познанието и мисленето на болните; да определят границите на индивидуалната отговорност и изберат референти за дискутиране на проблемите; да облекчат обсъждането на стратегии за управление на болестта, като използват познанията на външни хора³ и др. Изобщо, връзката между социалните мрежи и поведението на болните не се оспорва от никой изследовател, макар да има дебати относно характеристиките на мрежите, които осъществяват положително влияние^{4,5,6}.

Както беше разграничено по-горе, част от механизмите на влияние на мрежата са свързани с разпределение на работата, произтичаща от болестта, между членовете на социалната мрежа на болния; с промяна на начина на живот и цялостната дейност на членовете на мрежата; с формирането на съвместно самоусещане – споделено като възприятие и способност за постигане на успех с помощта на общи и споделени усилия, вярвания и поведение. Ще се спрем поотделно на тези три страни на влияние на мрежите върху самоуправлението на болестта от болни от диабет тип 2.

В първия случай мрежата влияе, като осъществява споделяне на познание и опит, свързани с хроничната болест. Това подпомага силите на хората да преодоляват стреса и ги мотивира да извършват промени в жизнения си стил⁷, а осъзнаването, че човек не е сам предлага възможност за обмяна на знания по отношение на заболяването^{8,9} (а ако обратно – не се стигне до по-добро разби-

¹ Foss, C., 2015.

² Christakis, N., J., Fowler, 2007.

³ Vassilev, I., 2014.

⁴ Gallant, M., et al., 2007.

⁵ Vassilev et al., 2011.

⁶ Vassilev, I., et al., 2013.

⁷ Sparud-Lundin, C., et al. 2010.

⁸ Miller, C. and M. Davies, 2005.

⁹ Beverly, E., et al., 2008.

ране за болестта или няма практически ползи от новото поведение, споделянето води до безпокойство). Когато социалното сравнение е с хора със сходни проблеми, а не с членове на мрежата, които са прототипи за здрави хора, би могло да се очаква промяна и адаптация към нови модели на поведение¹. В същото време, наличието на семейни истории, свързани с диабет, от една страна повишава познанието за болестта, но, от друга – може да доведе до отхвърляне на диагнозата и отказ от мотивация за промяна². Характерът на отношенията между членовете на мрежата – силата на връзките с партньорите или семейството, могат да са с по-ограничено влияние (дори и да са интимни, емоционални, чести и дълбоки), защото тежестта на съображенията на близките е по-слаба, от тази на съображенията и съветите, давани от отдалечени членове на социалната мрежа или от медицински професионалисти³.

Във втория случай мрежата опосредства достъпа на болните до ресурсите на другите членове на мрежата. Последните осигуряват техническа, организационна и емоционална поддръжка в областта на наблюдението и управлението на болестта, особено при силни връзки в семейната среда. Ако средствата във формалната среда са ограничени може да се стигне до твърде силна зависимост на болния от членовете на мрежата, която допълнително се подсилва от съзнанието, че става дума за тежки и обременителни задължения⁴. Обратното също е вярно, защото някои от болните не съзнават в достатъчна степен или дори са склонни да подценяват факта, че задълженията на членовете на социалната мрежа са много и то тежки⁵.

На трето място мрежата дава възможност на пациентите да участват в преговорите и да работят съвместно с членовете на собствената си мрежа за функционална промяна в социалните роли – на партньора, на родителя, на детето, на приятеля, на колегата⁶. Защото членовете на мрежата реагират по различен начин на болестта – могат да отхвърлят сериозността на положението, могат да станат свръхконтролиращи и т.н. Непрекъснатият контрол формира чувство за вина и отнема личната отговорност на болния, блокира чувството му за автономия и контрол над живота. С това се ограничават възможностите на болния да използва своите физически и рационални способности и да развива устойчиви стратегии за самоуправление на болестта си⁷. Затова отвореният и пряк контакт с членовете на мрежата е ефективен само ако мрежата е поддържаща, а средата разбираща, тъй като така се постига споделено чувство на доверие, очаквания и социална кохезия.

¹ Gorawara-Bhat, R., et al. 2008.

² Stone, W., 2001.

³ Beverly, E., L. Wray, 2010.

⁴ Jones, R., et al., 2008.

⁵ Балканска, В., 2015 с.106.

⁶ Laroche, H., et al., 2008.

⁷ Rogers, A., et al., 2014.

8. Основни теоретични и методологични положения за анализ на мрежите на болни от диабет тип 2

Тръгвайки от едно стандартно работно определение за социалния капитал като степен на включване на хората и техните семейства в общността, на притежаване на чувство за принадлежност към нея и наличие на гражданска идентичност¹, бихме очаквали по-широките и разпръснати мрежи, с които се осигурява достъп до по-разнообразни ресурси, макар и не толкова емоционално наситени, да са в състояние да оказват положително влияние и да са потенциално по-добри по отношение на постигането на по-добри здравни резултати² от тесните и силно емоционално натоварени връзки. В същото време бихме очаквали затворените мрежи да подпомагат честотата в контактите, с което се засилва отговорността при изпълнение на задълженията.

Но за да се стигне до по-добро разбиране на механизмите на мрежите, следва да се проучат и обяснителните схеми, които дават самите болни, тези обяснения да се обвържат с интерпретациите на изследователите и подложат на синтез с помощта на теоретичните модели от областта на мрежовия анализ. Логиката е, че положителните социални отношения подпомагат индивидуалното развитие и здравето. Затова и социалният капитал включва анализ на *структурните аспекти* (големина и съдържание на мрежата), *когнитивните аспекти* (споделените норми и ценности) и *поведенските аспекти* (ангажираността и сътрудничеството). А централен аспект стават формалните и неформални мрежи на хората, които допълнително се разграничават на взаимоотношения в семейството, работното място, местните организации, неформалните места за срещи, национални асоциации и дружества и др.

В настоящото изследване се търси съдържанието, продължителността, достъпът и честотата на използване на социалните мрежи при болни от диабет тип 2 в България. Структурата на мрежите включва всички членове, докато при динамиката се търси честотата на срещи и споделен опит. Описанието на възприемането на социалния капитал от възрастни хора – нормите на доверие и реципрочност в семейството и извън него, включването на кръга на приятелите и съседите, както и на професионалистите от здравната сфера, са дадени в диаграми, представляващи няколко концентрични кръга за ранжиране на близостта на хората в мрежите. Част от обясненията следват социоемоционалната селективна теория³.

В тази теория се приема, че с напредване на възрастта хората стават по-селективни в разходването на такива ресурси като време и финансови средства. Основана на разликата в мотивите на хората в различните възрасти, социоемоционалната селективна теория приема, че с напредване на възрастта се разходват по-малко средства за придобиване на познание и опит и повече – за дейности,

¹ Morrow, G., 1999.

² Stoller, E., A. Wisniewski, 2003.

³ Loeckenhoff, C., L. Carstensen, 2004.

носеци по-силно емоционално удоволствие. С увеличаване на възрастта, с други думи, индивидите са по-малко склонни да приемат или да се подлагат на негативни усещания и реакции в настоящето в името на постигане на бъдещи печалби.

И обратното, колкото по-неограничено изглежда бъдещето (характерно за ранната зрялост), толкова човек е по-слабо селективен (съзнателно или несъзнателно). Хората, които смятат, че оставащото им време за живот е дълго, са по-склонни да се срещат с нови хора, да създават нови приятелства и връзки, независимо от емоционалните рискове, свързани с тези избори. Докато възрастните хора избягват слабите, рискови връзки, от които не получават достатъчно удовлетворение. Те използват по-често времето си за поддържане на взаимоотношения, които са проверени във времето, приятни и емоционално наситени, тенденция която психолозите определят като “изкривяване на нагласата” за постигане на положителен резултат. Би могло да се очаква, че в нашия случай възрастните хора ще държат повече на спояващите връзки, отколкото на съединяващите или свързващи функции на социалния капитал.

Емпиричното социологическо изследване (ЕСИ), извършено в рамките на проект EUWISE по 7 РП на ЕС, проучва личния опит на диабетно болни при планиране и реализация на успешни модели за интеграция в общността. Методът на изследване е наблюдение на връзката между отделни сегменти (a cross-sectional observational study) на всекидневния живот на хора с диабет тип 2 чрез използване на количествени и качествени методики. Включени са извадково емпирично социологическо проучване с пациенти и организации – общо 1800 души и 750 организации от 6 европейски страни; биографични интервюта със 180 болни от диабет; структурирани интервюта с 90 експерти в областта на създаване, развитие и управление на системите за поддръжка на диабетно болни; 36 фокус-групи с пациенти, с медицински персонал, с различни организации за оказване на помощ.

ЕСИ е проведено в 18 целенасочено подбрани географски района в 6-те страни участници в проекта – България, Гърция, Холандия, Норвегия, Испания и Великобритания, като във всяка са подбрани три географски района: беден градски район (напр. квартал в един град или град с над 100 хил. жители); относително заможен градски район; и беден (спрямо държавата) селски район (под 30 хил. жители). За анкетното проучване извадката е от 300 лица (100 във всяка област). Набирането на респондентите се извършва от здравните практики на общопрактикуващите лекари, за да се гарантира точна медицинска диагноза, както и възможност за директен контакт с пациента. На участниците се дава покана за участие, която се подписва от лицето при съгласие.

В проекта EUWISE, както вече беше казано, се използват количествени и качествени методи. Сред тях са анкетна карта, интервюта – биографични (наративни), взети „в движение“ интервюта, дълбочинни интервюта с ключови информатори, дискусии във фокус групи, социално-мрежови анализи и т.н.

Анкетната карта се състои от две части. Първата част изследва представата за здраве и благосъстояние на анкетираните лица, търси оценка на физическите

дейности, които те извършват и оценка на дейностите като лична грижа за диабета, използването на здравни грижи за диабета и грижа за себе си, участие в организации, както и социално демографски характеристики¹. Втората част на анкетната карта се интересува от социалната мрежа на респондентите и характера на отношенията им с другите членове на мрежата. Описва се структурата и динамиката на контактите, разграничени са спояващия, съединяващия и свързващия конструкт на социален капитал по линия на индивидуалната мрежа.

Биографичните интервюта 30 на брой, по 15 в двата региона – София и гр. Съединение, които следвайки логиката на изследването представят урбанистична и селска среда. Продължителността на интервюиране е средно около 90 минути. Интервютата са записвани с аудиотехника, свалени и набрани в текст, заедно със съпровождащи бележки на интервюерите и снимки на анкетираното лице. Документацията се съхранява в отделно създадени досиета (файлове) и е на разположение на изследователите. Част от интервюто представлява работа с кръгова диаграма, в която лицата нанасят имената и коментират връзките си с хората, с които поддържат силни, по-слаби и по-редки отношения (връзки). Разграничават се спояващите, свързващите и съединяващите връзки – дали са с членове на семейството, включително и роднини; дали са връзки със съседни, приятели и колеги; или са контакти, насочени към здравни професионалисти.

Известно е, че социалната реалност, описвана с различни методи, представлява различен конструкт и отразява различни интерпретации (независимо дали изследователят е един или са няколко и независимо от изследователския процес). Поради това резултатите от втората част на анкетата ще бъдат използвани паралелно с тези, получени от кръговата диаграма на биографичните интервюта. И, доколкото се изследва една и съща реалност, сходствата ще бъдат третираны единствено като основание за надеждността на интерпретацията, без да се прави опит за преразглеждане на условията, определящи релевантността или валидността на използваните методи.

9. Основни резултати и обсъждане

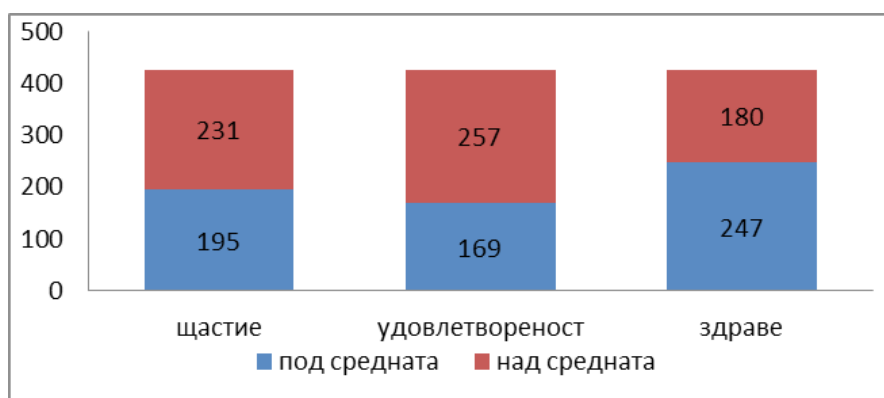
Резултатите, които ще обсъдим и които са свързани с описание на мрежите на участниците в изследването, ще бъдат представени последователно – първо от анкетата, а после от интервюто. И в двата случая става дума за описание на структурата и динамиката на мрежите на болните от диабет тип 2.

Анкетната карта дава възможност да се проверят следните хипотези:

¹ Основните въпроси към разделите в първата част на анкетната карта са взети от валидизирани методики, използвани в практиката на анкетиране на диабетно болни или болни от други хронични заболявания. Сред тях са SF-12V2, европейско социално изследване за качество на живот, RAPA, SDSCA, MMAS, HEIQ V3.0 Вж. Dropbox: EUWISE-HEALTH –F3-2011-279081/16. 12. 2011/EC-DRI-7FP.

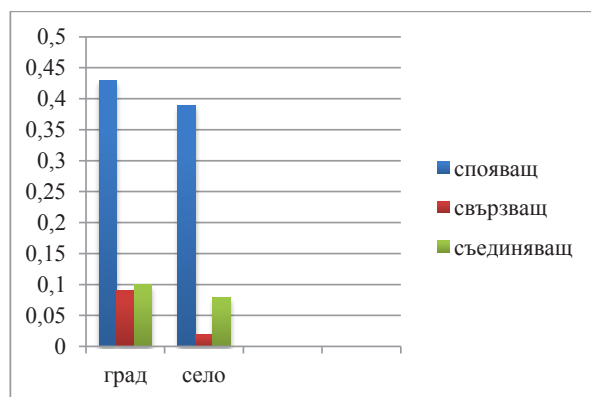
- Дали по-високата самооценка по линия на здравето, удовлетворението и щастието е свързана с наличието на повече членове на мрежата, с по-широки и по-разпръснати мрежи;
- Дали при болните от диабет се регистрира разликата, че жените се включват повече в спояващи, а мъжете – по-скоро в съединяващи мрежи;
- Дали по-тесната и спояваща затворена мрежа се характеризира с по-висока честота на контактите, в сравнение с контактите в другите два типа мрежи – съединяваща и свързваща;
- Сходни или различни са структурните аспекти на мрежите в града и селото (т.е. има ли разлика в големината на мрежата и нейното съдържание в зависимост от средата на живот на изследваните лица – град или село);
- Доколко сходни и в какво са различни когнитивните аспекти (споделянето на информация) на мрежите на представителите на града и селото;
- Има ли разлика в поведенските аспекти (сътрудничество по линия на ангажиментите, свързани с болестта) на мрежите в града и селото;

На пръв поглед резултатите показват, че лицата, самооценили се като имащи много добро и отлично здраве, посочват повече членове на мрежата в сравнение с тези, които се самооценяват, че здравето им е лошо и задоволително, но не бива да се забравя, че броят на респондентите със самооценка – “лошо“ здраве, са два пъти повече от тези с “добро“ здраве. Вземайки последното предвид може да се каже, че по-щастливите, по-удовлетворените от живота и по-здравите, които и в трите случая са хората, дали стойности над средните за цялата извадка, посочват значително повече членове на мрежите си от самооценилите се ниско на скалата на щастие и удовлетворение от живота – вж. Фигура 1.

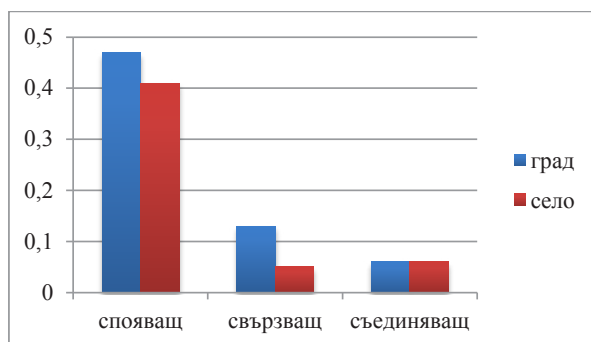


Фигура 1. Брой лица в мрежите на самооценили се като слабо и силно щастливи, ниско и високо удовлетворени и по-малко и повече здрави

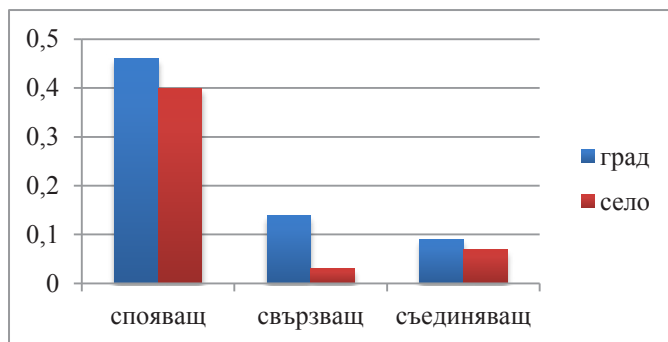
Поотделното разглеждане на структурата на мрежите на хората в града и в селото – по линия на самооценките на респондентите за щастие, удовлетворение и здраве, показва, че на пръв поглед няма съществени разлики между града и селото. И в двата случая най-голям е броят на членовете на мрежата, които са сред семейството (и роднините) – вж. Фигури 2-7. Има разлика в това, че приятелите не са силно представени сред членовете на мрежите на респондентите в селото, но това засяга както неудовлетворените, така и удовлетворените, както щастливите, така и нещастните. Следва да се има предвид обаче, че броят на самооценилите се по-ниско (от средното за българската извадка) респонденти по линия на здравето, щастieto и удовлетворението, които живеят на село, са значително повече (почти два пъти) от тези в града.



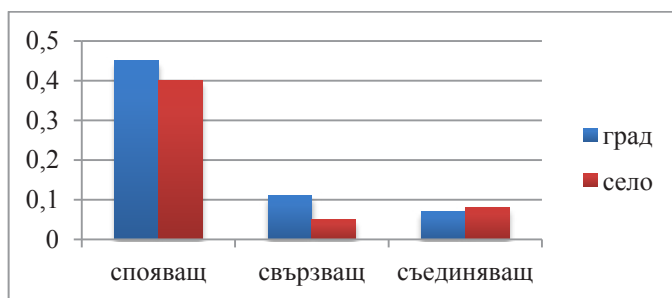
Фигура 2. Структура на мрежата на самооценили се ниско на скалата за щастие в града и в селото



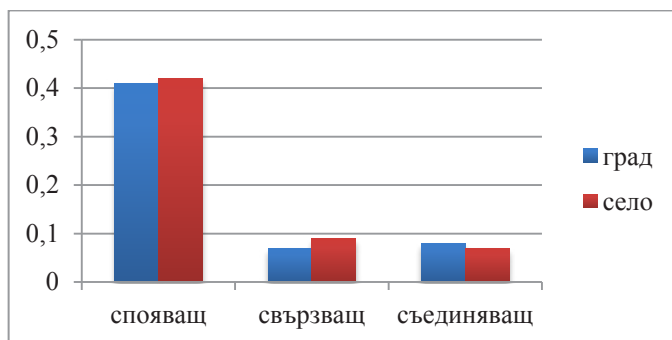
Фигура 3. Структура на мрежата на самооценили се високо на скалата за щастие в града и в селото



Фигура 4. Структура на мрежата на самооценили се ниско на скалата за удовлетворение в града и в селото

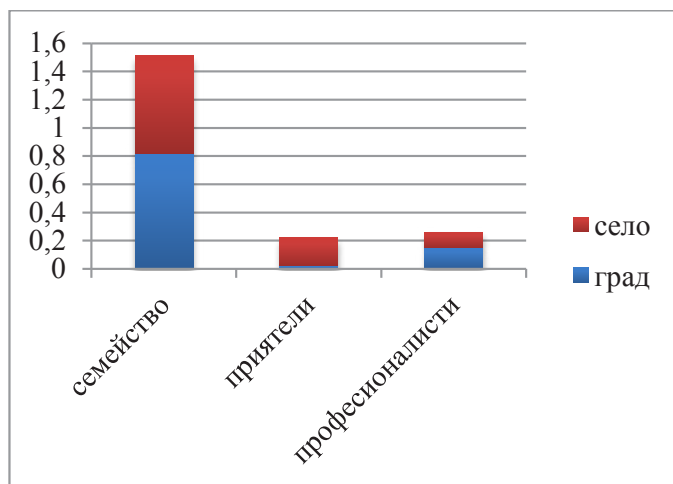


Фигура 5. Структура на мрежата на самооценили се високо на скалата за удовлетворение в града и в селото



Фигура 6. Структура на мрежата на самооценили се високо на скалата за здраве

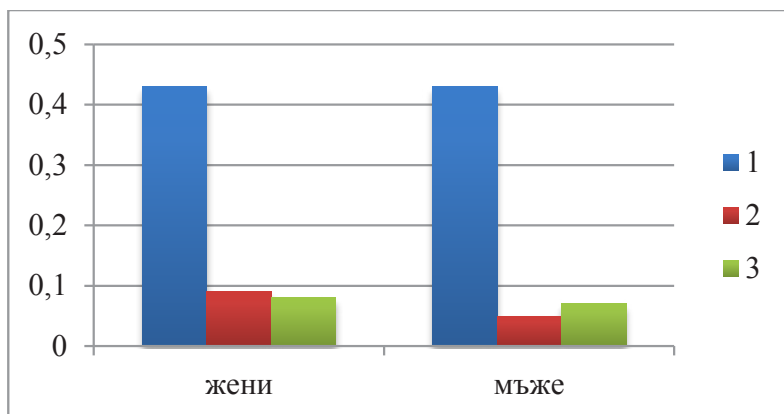
Интерес представлява агрегираната структура на мрежите на респондентите в селска среда, самооценили се ниско по скалата за здраве – виж. Фигура 7.



Фигура 7. Структура на мрежата на самооценили се ниско на скалата за здраве

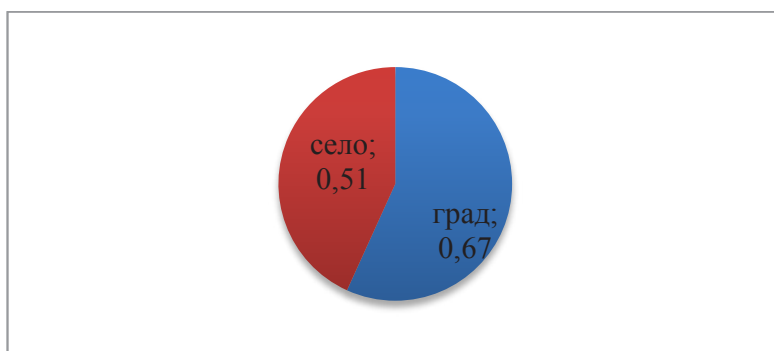
Тук, за разлика от респондентите със същата самооценка от града, тези в селото регистрират по-малък обхват на мрежата (средно 1,3 члена на човек), при средно 2 члена за града, както и посочват относително най-малко членове на семейството в своите мрежи. Става дума, че общият брой на всички членове на мрежата на респондентите от селото е по-малък от броя на самите респонденти. При положение, че в общия случай семейните членове на мрежата обикновено са поне два пъти повече от броя на респондентите, тази разлика е много очебийна. Очевидно става дума за силно ограничаване на мрежата при влошено здраве, както и за още един феномен, нетипичен за резултатите на респондентите от селото. Само в тези мрежи, т.е. на самооценилите се ниско по линия на здравето от селото, се срещат относително повече приятели, съседни, колеги. Те са повече отколкото в града и значително повече, отколкото във всички останали мрежи на респондентите от селото, групирани в други групи (ниско-високо щастие; ниско-високо удовлетворение, високо здраве).

Не се разкрива разлика в структурата на контактите на мрежите на жените и мъжете, участници в проучването. И в двете извадки около половината от контактите са спояващи – с членове на семейството, а останалите се делят поравно при мъжете между приятели, колеги и лица, с които болните търсят съединяващ капитал – здравни професионалисти. При жените свързващите контакти с приятели и съседни са двойно повече – вж. Фигура 8.



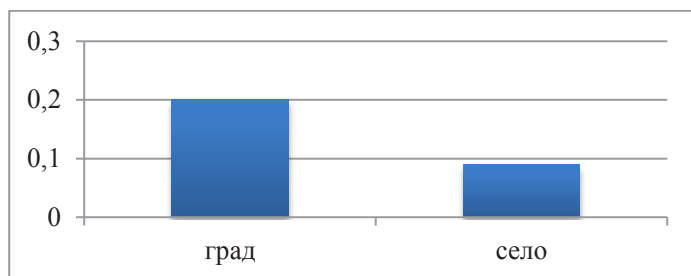
Фигура 8. Спояващи (1), свързващи (2) и съединяващи (3) връзки в мрежите на жени и мъже

Когато определят характера (съдържанието) на отношенията им с членове на мрежата, които им осигуряват силна подкрепа, респондентите от града по-често споменават емоционалната подкрепа – вж. Фигура 9.

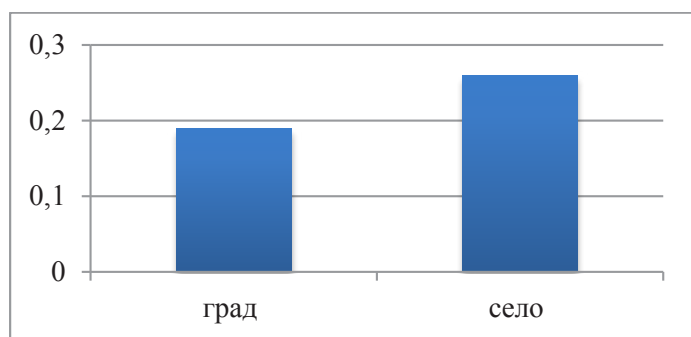


Фигура 9. Сравнение на града и селото по линия на емоционалната подкрепа, получавана от оказващите силна помощ членове на мрежата (дял от членове на мрежата, даващи силна емоционална подкрепа)

В града много по-често от селото се търси информационна помощ от членовете на мрежата, определени като даващи слаба подкрепа, сред които обикновено са здравните професионалисти – вж. Фигура 10. Докато в селото информационна помощ се търси повече от членовете на мрежата, които са оценени като даващи силна подкрепа. А това най-често са членовете на семейството – вж. Фигура 11.

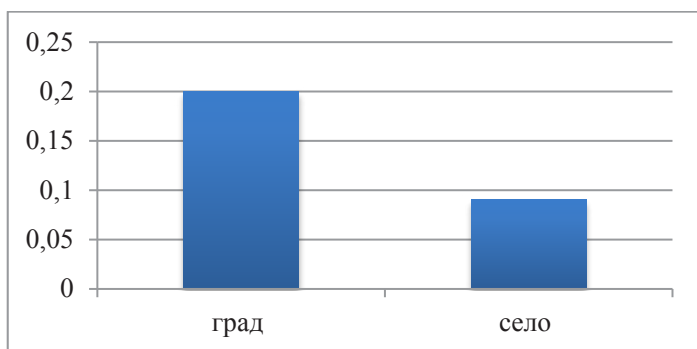


Фигура 10. Информационна помощ от даващи слаба подкрепа



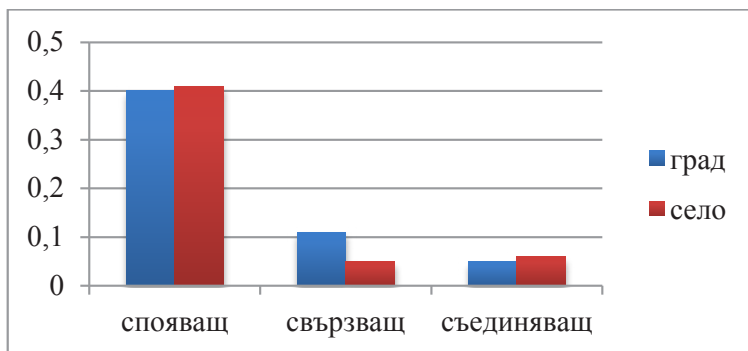
Фигура 11. Информационна помощ от даващи силна подкрепа

В града, много по-често от селото, диабетно болните търсят практическа помощ от хора, които са част от мрежата, но според тях им оказват слаба подкрепа. Не случайно най-често срещаните в тази група са здравните професионалисти.



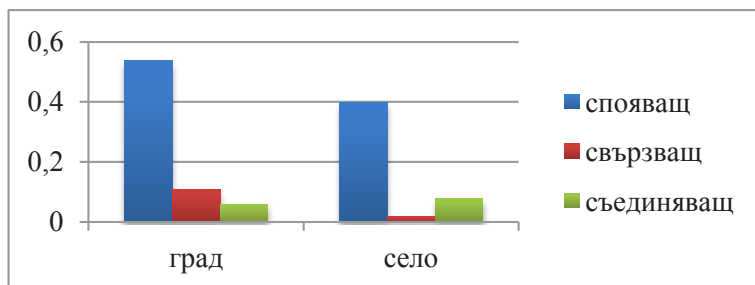
Фигура 12. Практическа помощ от членове на мрежа, даващи слаба подкрепа

Мрежите на респондентите, които избягват физическата активност (както от града, така и в селото), разчитат преди всичко на спояващия капитал, т.е. на връзките, осъществявани в рамките на семейството – вж. Фигура 13.



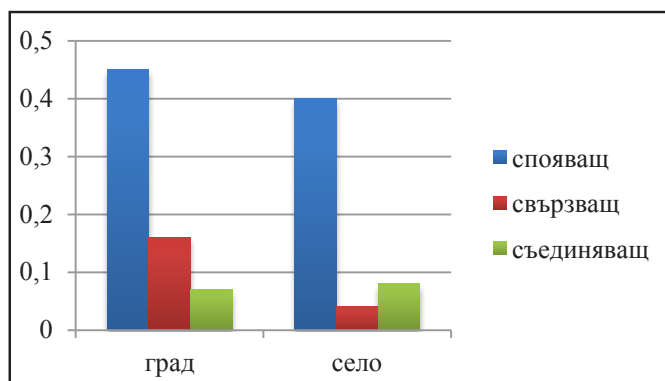
Фигура 13. Физически неактивни лица в града и селото и характер на връзките в мрежите

Членовете на мрежите на хората, които регулярно извършват физически упражнения, също са насочени преди всичко към спояващите връзки с членове на семейството, независимо дали става дума за града или за селото. Но в града дяловете на семейните членове и на приятелите са съществено по-големи – вж. Фигура 14.



Фигура 14. Силно активни физически лица в града и селото и характер на връзките в мрежите им

При разпределението на социалните връзки по линия на спояващия и съединяващия социален капитал не се откриват съществени разлики между града и селото. Налице са разлики при свързващия капитал, при който броят на приятелите (колеги, съседи) се оказват съществено по-малко сред членовете на мрежите на респондентите от селото – вж. Фигура 15.

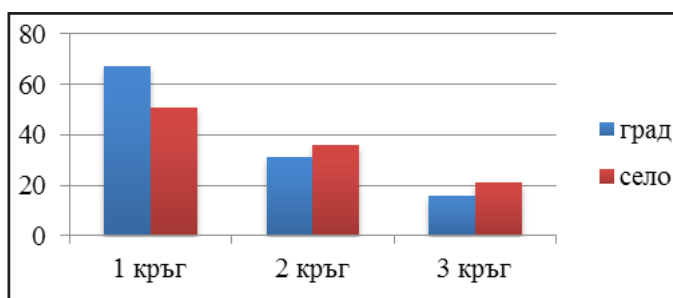


Фигура 15. Вид на мрежите в града и селото по линия на съдържанието на връзките

Резултатите от анализа на кръговите диаграми дават възможност да се определи обхватът и съдържанието на мрежите, силата на връзките и да се направи сравнение между града и селото.

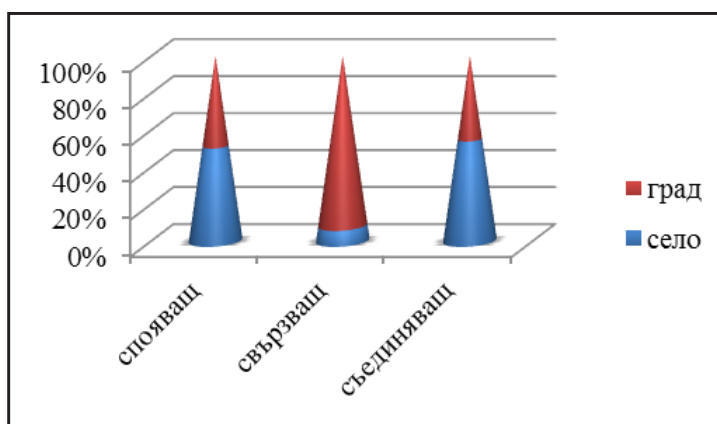
Резултатите могат да бъдат описани както следва:

1. Броят на членовете на мрежите намалява с намаляване на силата на връзките. Така в първия кръг, където са имената на най-близките членове на мрежата, има поставени общо 118 души – 67 в града и 51 – в селото. Във втория кръг – те са съответно 31 и 36 души, а третия кръг – 16 и 21.
2. В града респондентите описват между 9 и 10 души средно в своите мрежи, разпределени приблизително 1:2:4 в първи, втори и трети кръг, по степен на близост и честота на контактите. В селото респондентите описват средно по 9 души в мрежите си, разпределени съответно 1:1,4:2,4 за трите кръга.
3. В града респондентите полагат повече хора в първия кръг – този на най-близките, с които имат по-чести контакти, за сметка на хората от третия кръг – вж. Фигура 16.



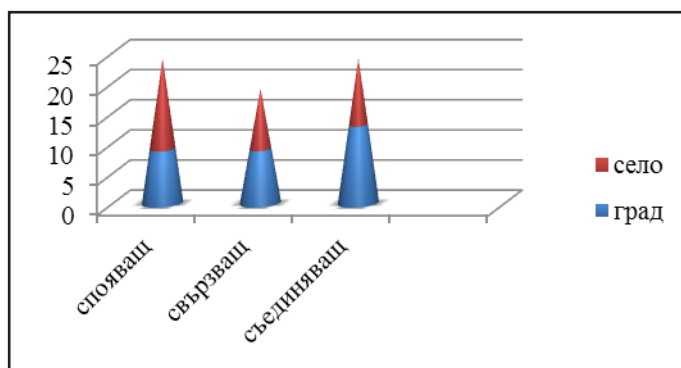
Фигура 16. Брой членове на мрежи, описани в първи, втори и трети кръг в града и селото

4. Анализът на съдържанието на мрежите, т.е. характера на връзките – спояващи, свързващи или съединяващи, също представлява интерес както сам по себе си, така и по отношение на сравнението между градската и селска среда. За първи кръг бихме очаквали съотношението между трите вида връзки да е в полза на спояващите, т.е. броят на членовете на семейството в този кръг да доминира. Действително това е така както за града, така и за селото. В същото време веднага прави впечатление, че сред най-близките членове на мрежата в града близо до семейните членове се нареждат и приятелите (колегите, съседите). Определени като свързващ социален капитал, тези връзки са по-широко разпространени в града в сравнение със селото – вж. Фигура 17.



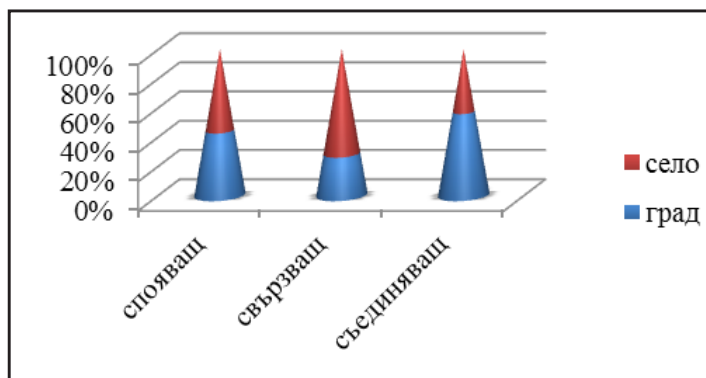
Фигура 17. Първи кръг, град, село:
Разпределение на членовете по вида на връзките

5. Съответно би могло да се очаква, че във втория кръг са най-много членовете на мрежата, които биха могли да бъдат описани като осигуряващи свързващ капитал – приятели, съседни, колеги. Резултатите обаче показват, че в селото семейните членове доминират и в този кръг, докато в града в този кръг са поставени повече професионалистите в областта на здравето. С други думи, спояващият капитал в селото продължава да доминира и при по-редките и по-слаби контакти, докато в града по-редките контакти са с членове на мрежата, с които се осъществява или получава съединяващ капитал (здравните професионалисти) – вж. Фигура 18.



Фигура 18. Втори кръг за града и селото:
разпределение на видовете социален капитал

6. В третия кръг очакванията са, че ще попаднат основно представители на съединяващия капитал – професионалисти в областта на здравето, с които се осъществяват по-редки контакти – както в града, така и в селото. Това се оказва вярно за резултатите, получени за мрежите на респондентите в града. В селото приятелите, съседите или колегите, които определяме като свързващ капитал, намират едва в този кръг своето място – Вж. Фигура 19.



Фигура 19. Трети кръг за града и селото:
разпределение на членовете на мрежата по вид връзка

10. Основни изводи

На първо място поставената в началото на емпиричната част хипотеза за връзката между високата самооценка за здраве, удовлетворение и щастие и наличието на повече мрежови членове се оказва потвърдена. Сравнението на данните

в града и в селото и особено на тези за мрежата на самоопределящите се с лошо здраве в селото, разкриват недвусмислено, че влошеното здраве се съпровожда с малък обхват на мрежата.

По отношение на втората хипотеза не се регистрират разлики в структурата на мрежите на мъжете и жените. Единствената разлика е в това, че при жените се наблюдава по-широко представяне на групата на приятелите, които осигуряват свързващ капитал. Не бива да се забравя, че нашите респонденти са болни от диабет тип 2, т.е. са основно във възрастовата група над 65 години. Естествено е да се очаква, особено в града групата на приятелите да компенсира намаляването на броя на семейните членове от едно домакинство. При мъжете обаче не се очертава по-голям интерес от поддържане на връзки с представители на съединяващия капитал – в нашия случай – на здравни професионалисти.

Въпросът за честотата на контактите – третата хипотеза, се оказва свързан с разпределянето на членовете по кръгове на близост (в кръговата диаграма) и по поредността, с която се описват членовете на мрежата в анкетата. Семейните членове и в двата случая представляват групата от членове на мрежата, с които се общува по-често. Нито в града, нито в селото семейните членове се заместват от приятелски кръг или от професионален кръг. Единствено при респондентите с влошено здраве някои семейни членове остават извън спояващата затворена мрежа, но това е за сметка на свиването на самата мрежа.

По повод на четвъртата хипотеза следва да се каже, че структурните аспекти на мрежите на респондентите от града и селото са по-скоро сходни отколкото различни. Разлика има само по отношение на слабата представителност на приятелите (съседи, колеги) в мрежите на респондентите от селото, за разлика от града. Слаба разлика се наблюдава в големината на мрежата в града и селото по данните от кръговата диаграма – 9 члена средно на човек в селото, при 9,5 – в града.

По отношение на петата хипотеза – за разликите в града и селото в зависимост от когнитивните, емоционалните и поведенските аспекти на подкрепата, получавана от членовете на мрежата, данните от анкетата разкриват, че в града респондентите посочват по-често, че получават емоционална подкрепа от членовете на мрежата. Освен това, в града информация и практическа помощ се търси от по-слабо подкрепящите членове на мрежата, които по-често са здравни професионалисти, докато в селото – преди всичко от семейните членове, които осигуряват силна подкрепа.

На второ място, физически активните и неактивните лица и в града, и в селото разчитат основно на семейните членове, които са включени в мрежите си. В града обаче на второ място са приятелите, докато в селото – връзките със здравните професионалисти.

На трето място, кръговите диаграми дават повече информация за обхвата, съдържанието и характера на отношенията с членовете на мрежата. Така например, ако средната бройка членове на мрежите на респондентите, участващи в количественото изследване, е 2-3 члена, а данните, с които работим ограничават мрежите до 4 члена (в които влизат около 92 % от всички мрежи), то в

кръговата диаграма (която е част от биографичните интервюта) респондентите описват подробно около 9-10 члена.

Освен това, от информацията, получена в кръговата диаграма, става по-ясно защо в селото по-рядко се избират за членове на мрежата приятелите, колегите, съседите. Ще започнем с това, че домакинствата в селото се състоят от повече хора, отколкото в града, което засилва и очакването за вътрешногруппова подкрепа. В селото повече от половината домакинства имат от 3 до 9 члена, докато в града такива са само една трета от всички домакинства на респондентите, попаднали в извадката. Освен това подкрепата, свързана с болестта, често засяга финансови въпроси, които се разрешават най-сигурно в семейството (пътуване до града за среща със специалист, осигуряване на лекарства и т.н.), докато приятелите и съседите представляват външна група, на която не се гледа сериозно във връзка със здравето, а се търсят за дейности в свободното време. Най-после, ако достъпът до здравни професионалисти в града е едновременно облекчен, макар отношенията с тях да са затруднени и отчуждени, в селото авторитетът на лекуващите лекари, медицински сестри, фармацевти, гостуващи лекари е висок, отношенията са близки, контактите са по-скоро неформални, особено, когато става дума за хронични заболявания.

И накрая, съобразявайки се с тезите на социоемоционалната селективна теория, не бива да ни учудва, че семейните членове, определени като членове на мрежата, оказват най-силно емоционално влияние в сравнение с другите връзки.

11. Заключение

Използването на социалния капитал по отношение на здравето представлява сложна тема, която е силно дебатирана и много критикувана. Една страна от критиката засяга въпроса за това, че интересът към социалния капитал заобикаля отчитането на материалните фактори, на ситуацията в управлението на общественото здраве, на идеологията по отношение на социалната политика изобщо – за сметка на обяснения, които имат по-скоро ограничен психосоциален характер. Но, съзнавайки справедливостта на подобна критика, повечето изследователи на социалния капитал се стремят да не отделят тези две страни, а ги отчитат като едновременно валидни и без да ги противопоставят търсят потвърждения за наличието на социални неравенства и по отношение на социалния капитал, и по отношение на здравето.

Анализирайки всички видове връзки – между семейните членове, между приятелите и между властта и общността (в случая връзката със здравните професионалисти е определена като съединяващ социален капитал) се прави опит и се осигурява възможност за интегриране на социалния капитал в жизнения стил на хронично болни от диабет тип 2 в България. А това подпомага анализа на макрополитическата система, защото е в състояние да разкрие как създаването и качеството на социалните мрежи се влияе от всички йерархични връзки, включително и от властовите и структурните фактори. Както заявя-

ват Сзретер и Уулкок¹, материалните нужди са необходими за подобряване на здравето, докато способността за облагодетелстване от тези материални нужди често минава през социалните отношения. Още повече, че днешният широко разпространен дебат за влиянието на социалния капитал върху здравето ангажира повече управленците, от които зависят политиките за насърчаване на здравно поведение, а това несъмнено подобрява състоянието на здравето в общността и облекчава здравните системи. Като цяло акцентът върху социалния капитал и „конструирането му (на социалния капитал), експлицитно подсилва значението на трансформиращото социално ангажиране на членовете на дадена общност, като в същото време припознава и потенциалните негативни следствия от това“².

Ще припомним, че социалният капитал като индивидуална характеристика въвежда познание за това как следва да бъдат организирани интервенциите и социалните мрежи, така че да посрещнат нуждите на хронично болните, в дадения случай от диабет тип 2. Разграничението на различните форми на социален капитал очертава типовете мрежи, които са налице, като заявява кои са формите на мрежите, които поддържат или пречат на здравето и като уточни за кого това е така. Освен това социалният капитал може да подпомогне интервенциите в областта на социалните мрежи, като разкрие риска от неравно разпределение на инвестиции от участие в социалните мрежи. Макар че това не е направено в настоящия анализ, то е част от възможна бъдеща работа, свързана с анализ на социалния капитал на болни от диабет тип 2 в България.

Социалният капитал от колективна гледна точка (тази на общността) подпомага и насърчава общественото здраве. Той дава полезна рамка и основа за онова, което наричаме подкрепяща среда, и посочва как подобна среда може да бъде постигната. Описването и мобилизирането на социалния капитал в местните общности е един от начините да се постигне общностно действие за насърчаване на здравето.

На свой ред разграничаването на спояващ, свързващ и съединяващ социален капитал дава идеи за значението на балансирането на различни мрежови връзки, които позволяват да се създадат процесите, свързани с общностното действие – както вътре в, така и между мрежите на общностите и връзката им с властовите за съответната група институции. Социалният капитал е контекстуално обвързан, поради което не може директно да предлага рецепти за постижения на индивидуално или общностно равнище. Но той дава нови идеи за процесите, които влияят върху човешките взаимоотношения, сътрудничество и общностно действие за постигане на по-добро здраве или поне за насърчаване на здравето в различна среда.

¹ Szreter, S., M. Woolcock, op. cit. 2004.

² Wakefield, S., 2005, p. 2829.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Балканска, В., Социално предприемачество при самоуправление на болестта в условия на икономическа криза в България (по емпирични изследвания на хронично болни от диабет тип 2). Непубликувана докторска теза, 16 март 2015 г., УНСС.
2. Неделчев, Д., 2004. Социален капитал и икономическо развитие, С., Акад. изд. „Марин Дринов“, с. 21.
3. Търнър, Дж., 1990. Социална идентификация и създаване на психологически групи, В. Е. Тодорова, п/р. Групата и личността в социалната психология. С., Изд. Наука и изкуство.
4. Berkman, L., T. Glass, 2000. Social integration, social networks, social support, and health. In L. F. Berkman, & I. Kawachi (Eds.), *Social Epidemiology* (pp. 137–173). Oxford, New York: Oxford University Press.
5. Beverly, E., L. Wray, 2010. The role of collective efficacy in exercise adherence: A qualitative study of spousal support and type 2 diabetes management. *Health Education Research*, 25(2), 211–223.
6. Beverly, E., C. Miller, L. Wray, 2008. Spousal support and food-related behavior change in middle-aged and older adults living with type 2 diabetes. *Health Education and Behavior*, 35(5), pp. 707–720.
7. Bjornskov, C., 2003. The happy few: Cross-country evidence on social capital and life satisfaction. *KYKLOS*, 56(1), 3–16.
8. Bourdieu, P., 1986. The forms of Capital. In: J. Richardson (ed.). *Handbook of Theory and Research for the Sociology of Education*. Westport, CT, Greenwood Press.
9. Boyle, J., T. Thompson, E. Gregg, L. Barker, D. Williamson, 2010. Projection of the year 2050 burden of diabetes in the US adult population: dynamic modeling of incidence, mortality, and prediabetes prevalence. *Population Health Metrics* 8, 29.
10. Campbell, C., R. Wood, M. Kelly, 1999. *Social capital and health*. London: Health Education Authority.
11. Christakis, N., J. Fowler, 2007. The spread of obesity in a large social network over 32 Years. *New England Journal of Medicine*, 357, pp. 370–379.
12. Coleman, J., 2000. Social Capital in the Creation of Human Capital. In: Dasgupta, P., I. Serageldin (eds.). *Social Capital: A Multifaceted Perspective*. World Bank, Oxford University Press. pp. 13–39.
13. Coleman, J., 1988. Social capital in the creation of human capital. *American Journal of Sociology*, 94(Supplement), S95–S120.
14. Elgar, F., 2010. Income inequality, trust and population health. *American Journal of Public Health* 100, 2311–2315.
15. Erickson, B., 2003. Social networks: the value of variety. *Contexts* 2, 25–31.
16. Eriksson, M., L. Dahlgren, M. Emmelin, 2013. Collective actors a driving forces for mobilizing social capital in a local community: what can be learned

- for health promotion? Accepted for publication In: Westlund H, Kobayashi K, eds. Social capital and rural development. Edward Elgar; Publ., pp. 273-293.
17. Eriksson, M., L. Dahlgren, M. Emmelin, 2009. Understanding the role of social capital for health promotion beyond Putnam: a qualitative case study from northern Sweden. *Soc Theor Health*. 7: 318-38.
 18. Eriksson, M., L. Dahlgren, U. Janlert, L. Weinehall, M. Emmelin, 2010. Social capital, gender and educational level Impact on self-rated health. *Open Public Health J*; 3: 1-12.
 19. Farajzadegan, Z., J. Naimeh, N. Saeed, M. Keyvanara, 2013. Social Capital – a neglected issue in diabetes control: a cross-sectional survey in Iran. *HSC in the Community*, 21(1), 98-103.
 20. Ferlander, S., 2007. The importance of different forms of social capital for health. *Acta Sociologica* 50, 115–128.
 21. Fone, D., F. Dunstan, K. Lloyd, G. Williams, J. Watkins, S. Palmer, 2007. Does social cohesion modify the association between area income deprivation and mental health? A multilevel analysis. *International Journal of Epidemiology* 36, 338–345.
 22. Forbes, A., S. Wainwright, 2001. On the methodological, theoretical and philosophical context of health inequalities research: a critique. *Social Science & Medicine* 53, 801–816.
 23. Foss, C., et al., 2015. Connectivity, contest and the ties of self-management support for diabetes type 2: a meta-synthesis of qualitative literature. *Health and Social Care in the Community (HSCC-RA-14-018 in press)*.
 24. Gallant, M., G. Spitze, T. Prohaska, 2007. Help or hindrance ? How family and friends influence chronic illness self-management among older adults. *Research on Aging*, 29(5), pp. 375-409.
 25. Garfinkel, H., 1963. A conception of, and experiments with, 'trust' as a condition of stable concerted actions. In: Harvey, O.J. (Ed.), *Motivation and Social Interaction: Cognitive Determinants*. Ronald, New York, pp. 187–238.
 26. Gorawara-Bhat, R., E. Huang, M. Chin, 2008. Communicating with older diabetes patients: Self-management and social comparison. *Patient Education and Counseling*, 72(3), pp. 411-417.
 27. Granovetter, M. 1983. The strength of weak ties: A network theory revisited. *Sociological Theory*, 1, pp. 201-233.
 28. Grootaert, C, T. van Bastelaer, 2002. Social capital: from definition to measurement. In: Grootaert, C., T. van Bastelaer eds. *Understanding and measuring social capital: a multidisciplinary tool for practitioners*. Washington, DC: World Bank Publications; pp. 41-84.
 29. Gundelach, P., S., Kreiner, 2004. Happiness and life satisfaction in advanced European countries. *Cross-Cultural Research*, 38(4), 359–386.
 30. Helliwell, J., 2007. Well-being and social capital: does suicide pose a puzzle? *Social Indicators Research* 81, 455–496.

31. Holtgrave, D., R. Crosby, 2006. Is social capital a protective factor against obesity and diabetes? Findings from an exploratory study. *Annals of Epidemiology* 16, 406–408.
32. Jones, R., S. Utz, I. Williams, I. Hinton, G. Alexander, C. Moore, J. Blankenship, R. Steeves and N. Oliver, 2008. Family interactions among African Americans diagnosed with type 2 diabetes. *Diabetes Educator*, 34(2), pp. 318–326.
33. Kavanagh, A., R. Bentley, G. Turrell, D. Broom, S. Subramanian, 2006. Does gender modify associations between self-rated health and the social and economic characteristics of local environments? *J Epidemiol Commun Health*; 60: 490–5.
34. Kawachi, I., L. Berkman, 2000. Social cohesion, social capital, and health. In: Berkman L.F., I. Kawachi eds., *Social epidemiology*. NY: Oxford University Press; pp. 174–90.
35. Kawachi I., B. P. Kennedy, K. Lochner & D. Prothrow-Stith, 1997. Social capital, income inequality, and mortality. *American Journal of Public Health* 87, 1491.
36. Kawachi, I., D. Kim, A. Coutts, S. V. Subramanian, 2004. Commentary: reconciling the three accounts of social capital. *International Journal of Epidemiology* 33, 682–690.
37. Kennelly, B., E. O'Shea, E. Garvey, 2003. Social capital, life expectancy and mortality: A cross-national examination. *Social Science & Medicine*, 56(12), 2367–2377.
38. Kim, D, S. Subramanian, I. Kawachi, 2008. Social capital and physical health: a systematic review of the literature. In: Kawachi I., S. V. Subramanian, D. Kim eds., *Social capital and health*. NY: Springer; pp. 13990.
39. Laroche, H., M. Davis, J. Forman, G. Palmisano and M. Heisler, 2008. What about the children? The experience of families involved in an adult-focused diabetes intervention. *Public Health Nutrition*, 11(4), pp. 427–436.
40. Loeckenhoff, C., L. Carstensen, 2004. Socioemotional selectivity theory, aging and health: the increasingly delicate balance between regulating emotions and making tough choices. *Journal of Personality*, 72(6), 1395–1424.
41. Marmot, M., 2005. Status syndrome. How your social standing directly affects your health and life expectancy. London: Bloomsbury Publishing.
42. McPherson, M., L. Smith-Lovin, J. M. Cook, 2001. Birds of a feather: homophily in social networks. *Annual Review of Sociology* 27, 415–444.
43. Miller, C. and M. Davies, 2005. The influential role of social support in diabetes management. *Topics in Clinical Nutrition*, 20 (2), pp. 157–165.
44. Mitchell, C., M. LaGory, 2002. Social capital and mental distress in an impoverished community. *City & Community* 1, 199–222.
45. Morrow, G., 1999. Conceptualising social capital in relation to the well-being of children and young people: a critical review. *The Sociological Review*, 44, 744–765.

46. Muldoon, O., K. Schmid, C. Downes, 2009. Political violence and psychological well-being. *Applied Psychology* 58, 129–145.
47. Pickett, K., M. Pearl, 2001. Multilevel analyses of neighbourhood socioeconomic context and health outcomes: a critical review. *Journal of Epidemiology and Community Health* 55, 111–122.
48. Pollack, C., O. Knesebeck, 2004. Social capital and health among the aged: Comparisons between the United States and Germany. *Health Place*, 10(4), 383–391.
49. Poortinga, W., 2006. Social capital: An individual or collective resource for health? *Social Science & Medicine*, 62(2), 292–302.
50. Poortinga, W., F. D. Dunstan, D. L. Fone, 2008. Neighbourhood deprivation and self-rated health: the role of perceptions of the neighbourhood environment and of housing problems. *Health & Place* 14, 562–575.
51. Portes, A., 1998. Social capital: its origins and applications in modern sociology. *Annu Rev Sociol*; 24: 124.
52. Putnam, R., 1993. *Bowling Alone: America's Declining Social Capital*. Simon and Schuster, NY, p. 167.
53. Putnam, R., 2000. *Bowling Alone: The Collapse and Revival of American Community*. Simon & Schuster, New York.
54. Putnam, R., 2001. www.oecd.org/innovation/research/1825848.pdf
55. Putnam, R., 2004. Commentary: 'health by association': comments. *International Journal of Epidemiology* 33, 667–671.
56. Putnam, R., 2015. *The American Dream in Crisis*. Simon and Schuster, N.Y.
57. Rogers, A., L. Vassilev, A. Kennedy, C. Blickem, D. Reeves, H. Brooks, 2014. Why less may be more?: a mixed methods study of the work and relatedness of "weak" ties in supporting long term condition self-management, *Implementation Science*, 9:19.
58. Rojas, Y., & P. Carlson, 2006. The stratification of social capital and its consequences for self-rated health in Taganrog, Russia. *Social Science & Medicine*, 62(11), 2732–2741.
59. Sanders, A., S. Lim, S. Sohn, 2008. Resilience to urban poverty: theoretical and empirical considerations for population health. *American Journal of Public Health* 98, 1101–1106.
60. Skrabski, A., M. Kopp & I. Kawachi, 2004. Social capital and collective efficacy in Hungary: Cross sectional associations with middle aged female and male mortality rates. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 58(4), 340–345.
61. Sparud-Lundin, C., I. Ohrn and E. Danielson, 2010. Redefining relationships and identity in young adults with type 1 diabetes. *Journal of Advanced Nursing*, 66(1), pp. 128–138.

62. Stoller, E. and A. Wisniewski, 2003. The structure of lay consultation networks: Managing illness in community settings. *Aging Health*, 15, pp. 482-507.
63. Stone, W., 2001. Measuring Social Capital. Australian Institute of Family Studies, Research Paper No 24.
64. Szreter, S., M. Woolcock, 2004. Health by association? Social capital, social theory and the political economy of public health. *International Journal of Epidemiology* 33, 650–667.
65. Turner, B., 2003. Social capital, inequality, and health: the Durkheimian revival. *Soc Theor Health* ; 1: 4-20.
66. Uslaner, E., 2002. The Moral Foundations of Trust. Cambridge University Press, Cambridge.
67. Varum, G. M., D. Woolcock, D. Deval, 2011. Intersubjective meaning and collective action in ‚fragile‘ societies : theory, evidence and policy implications. Policy Research Working Papers:WPS 5707.
68. Vassilev I., 2014. The influence of social networks on self-management support: a metasynthesis, *BMC Public Health*, 14:719.
69. Vassilev, I., A. Rogers, C. Blickem, H. Brooks, D. Kapadia, A. Kennedy, C. Sanders, S. Kirk, D. Reeves, 2013. Social networks, the “Work“ and Work Force of Chronic Illness Self- Management: A Survey Analysis of Personal Communities. *PLoS ONE*, 4.
70. Wakefield, S., B. Poland, 2005. Family, friend or foe? Critical reflections on the relevance and role of social capital in health promotion and community development. *Soc Sci Med*; 60: 2819-32.
71. Wilkinson, R., 1996. Unhealthy societies. The afflictions of inequality. NY: Routledge.
72. Woolcock, M., 2001. The place of social capital in understanding social and economic outcomes. *ISUMA: Can J Polic Health Res*; 2: 11-7.
73. Yip, W., et al., 2007. Does social capital enhance health and well-being? Evidence from rural China. *Social Science&Medicine*, 64, 35-49.

СОЦИАЛЕН КАПИТАЛ И ЗДРАВЕ: АНАЛИЗ НА СОЦИАЛНИТЕ МРЕЖИ НА ХОРА С ХРОНИЧНО ЗАБОЛЯВАНЕ ОТ ДИАБЕТ ТИП 2 В БЪЛГАРИЯ

Резюме:

Статията представя основните тези, свързани с идеята за влиянието на социалния капитал върху здравето на индивидуално и общностно равнище. На основата на анализ на биографични интервюта е разгледано съдържанието на социалните мрежи на болни от диабет тип 2 в България. Целта на анализа е да се разграничат основните функционални типове социален капитал и използването им от страна на болните при управление на живота. Прави се опит за сравнение на влиянието на спояващия, съединяващия и свързващия социален капитал в селска и градска среда. Интерпретацията на системите за подкрепа върви по линия на оценка на връзката им със самооценката за здраве, удовлетвореност и участие на диабетно болни тип 2.

Ключови думи: социален капитал, социални мрежи, здраве, диабетно болни тип 2.

JEL: A14, I12, I18, Z13.

SOCIAL CAPITAL AND HEALTH: ANALYZING THE SOCIAL NETWORK OF CHRONICALLY ILL PEOPLE WITH DIABETES TYPE 2 IN BULGARIA

Abstract:

This paper describes the development of ideas and issues attached to the construct of social capital. Special interest is given to the types of social capital and their effects on health. Qualitative analysis of biographical interviews of chronic illness patients with diabetes type 2 is done, the focus being to describe how different types of social capital, namely bonding, bridging and linking are used in networking in urban and rural areas. The proposed social capital support system's interpretation is based on matching well-being, life satisfaction and happiness assessment of patients with diabetes type 2 and social capital components.

Key words: social capital, health, diabetes type 2 patients, social networks.

JEL: A14, I12, I18, Z13.