Miscellanea Anthropologica et Sociologica 2018, 19(2): 27–45

Agnieszka K. Choińska[1]

Rola Internetu w kreowaniu kapitału społecznego dla zdrowia

Celem artykułu jest ukazanie roli Internetu w tworzeniu oraz kształtowaniu tych rodzajów, elementów i cech kapitału społecznego, które wpływają na zdrowotność populacji. Jak jest tworzony kapitał społeczny dla celów zdrowotnych przy użyciu nowego medium, jakim jest Internet? Sieć internetowa została przedstawiona jako instrument i narzędzie kreacji kapitału społecznego. Artykuł ma charakter poglądowy i nawiązuje do sieciowego ujęcia kapitału społecznego zaproponowanego przez francuskiego socjologa Pierre'a Bourdieu. W głównym nurcie rozważań zaprezentowano działania poświęcone tworzeniu „sieci społecznej" przez Internet, które stają się sposobem mobilizacji i dystrybucji kapitału na rzecz zwiększenia „bogactwa" form integracji i zasobów wspólnoty oraz pojedynczych osób, a w konsekwencji – wygenerowanie aktywności prozdrowotnych i zachowanie zdrowotności populacji. Ponadto, zwrócono uwagę na te obszary aktywności społecznej, które bezpośrednio są związane z polem medycznym. Są to: (1) korzystanie z Internetu przez pracowników ochrony zdrowia, głównie lekarzy i pielęgniarki, w celach komunikacji między- i wewnątrzprofesjonalnej, (2) wykorzystywanie możliwości Internetu w procesie komunikacji z pacjentem lub grupami pacjentów. Do omówienia zaproponowanych tematów posłużyły badania i opracowania teoretyczne dostępne w języku polskim i angielskim.

Słowa kluczowe: socjologia zdrowia, kapitał społeczny, kapitał dla zdrowia, Internet a pole medyczne

The role of the Internet in the creation of social capital for health

The aim of the paper is to show the role of the Internet in creating and shaping these types, elements and characteristics of social capital, which affect the health of the population. How social capital is created for health purposes, using the new medium of the Internet? The Internet was presented as an instrument in the process of social capital creation. The paper is for illustration purposes only and refers to the network of social capital shots pro-

[1] Uniwersytet Medyczny w Białymstoku; akchoinska@gmail.com.

posed by French sociologist Pierre Bourdieu. In the mainstream considerations presented the action dedicated to the creation of "the social network" over the Internet, which become the way of mobilization and distribution of capital in order to increase the "wealth" forms of integration and community resources and individual people, and consequently generate a healthy activity and the health behavior of the population. In addition, attention to these areas of social activity that are directly related to the medical field. These are: (1) the use of the Internet by health professionals, mainly doctors and nurses, for communication between and within-professionals, (2) use the power of the Internet in the process of communication with the patient, or patient groups. In order to discuss the proposed topics were used research and theoretical works available in Polish and English.

Key words: Sociology of health, social capital, capital for health, Internet and medical field

Wstęp

W ostatnich latach wzrosło znaczenie badań dotyczących kapitału społecznego i jego wpływu na zdrowie obywateli. Powstało wiele prac, które wykazują korelacje, jakie istnieją między poziomem i możliwościami rozwoju kapitału społecznego, zarówno jednostkowego, jak i grupowego – a stopniem zdrowotności jednostki i społeczności (Abel 2010: 46–49; Rocco 2012: 2–4). Prace te odwołują się do różnych definicji kapitału obecnych na gruncie nauk społecznych. Każda z nich podkreśla inne aspekty tego pojęcia, tym samym wyznaczając odmienne perspektywy dla projektów badawczych (Działek 2011: 101–104; Rymsza 2007: 23–39). Niniejsze opracowanie odwołuje się do koncepcji teoretycznych francuskiego socjologa Pierre'a Bourdieu (1986: 241–258, 2005: 105, 143, 232), aby zaprezentować, jak jest tworzony kapitał społeczny w celach zdrowotnych przy użyciu – coraz bardziej popularnego medium – Internetu.

Wybór pojęcia kapitału, w teoretycznym ujęciu francuskiego socjologa, nie jest przypadkowy. Bourdieu zajmował się kapitałem od początku swojej kariery naukowej, rozwijając czysto ekonomiczne pojęcie w stronę społecznych, kulturowych, a nawet symbolicznych wymiarów. W ten sposób jego pisarstwo, idąc z duchem czasu, rozwija i uaktualnia propozycje Karola Marksa i Maxa Webera dotyczące klas społecznych, łącząc kompleksowo różne dyscypliny i pojęcia z dziedziny nauk społecznych.

Istnieje wiele czynników, które różnicują grupy społeczne, sprzyjają powiększeniu i formowaniu się zasobów kapitałowych. Obecnie, szczególną uwagę badaczy przyciągają procesy generowania kapitału społecznego przez wszechstronne i codzienne użytkowanie Internetu. Przez Internet jednostka styka się z szerszym społeczeństwem oraz jego kulturą w wymiarze nie tylko lokalnym, ale także globalnym.

Na tym właśnie wirtualnym polu – nawiązując do terminologii Bourdieu – przez użytkowanie łączy internetowych w różnych przestrzeniach i tematach społecznych jest generowany kapitał jednostkowy i grupowy. Pole to staje się bliskie działającym podmiotom społecznym, bezpośrednio wpływając na styl i jakość życia poszczególnych jednostek i społeczeństwa jako całości. Internet – medium interaktywne, służące nie tylko zdobyciu informacji, ale też komunikacji – może być rozpatrywany jako narzędzie kreacji różnych form kapitału społecznego, prowadząc do mobilizacji zasobów, mających wpływ na zdrowotność populacji (Korp 2006: 80, 82–84). Dodatkowo, Internet, jako sieć powiązań, posiada swoją własną dynamikę relacji. Generuje on zależności między realnym a wirtualnym polem społecznym na linii: kapitał społeczny – Internet – zdrowie. Uchwycenie i zaprezentowanie tych zależności stanowi główny cel pracy.

W poniższym opracowaniu uwzględniono literaturę i badania empiryczne, które obszernie i wielopłaszczyznowo prezentują najnowsze osiągnięcia naukowe w wybranych zagadnieniach. Sięgnięto do wydawnictw w szczególności poświęconych rozwojowi koncepcji kapitału społecznego Bourdieu, jak również opracowań, projektów badawczych, szeroko prowadzonych analiz Internetu i jego przydatności oraz wpływu na pole medyczne.

Koncepcja kapitału społecznego według Pierre'a Bourdieu

Kapitał społeczny, w ujęciu Bourdieu, jest głównym elementem odpowiedzialnym za utrzymywanie się zróżnicowania, a nawet podziału społeczeństwa. Każda jednostka przyswaja sobie kulturę otaczającej ją grupy dzięki codziennym interakcjom z osobami, będącymi nosicielami pewnych idei, upodobań, przedmiotów, zasobów materialnych, możliwości i szczególnych znaków rozpoznawczych. Wymienione elementy, są podzielane przez uczestników danej grupy, klasy bądź sieci społecznej. Jednostka wykazuje tendencję do utożsamiania się ze swoją klasą społeczną, zarówno przez przywiązanie uczuciowe i podobieństwo do innych uczestników, jak i przez różnice w odniesieniu do osób o odmiennej przynależności klasowej i kulturowej, posiadających właściwe sobie cechy szczególne (Bourdieu 1986: 242–245, 2005: 143, 149–150, 168, 218). Najbliższe otoczenie jednostki ludzkiej (rozumiane nie tylko w kategoriach struktury, a także interakcji społecznych, w których ona funkcjonuje na co dzień) odgrywa ogromną rolę w określeniu pozycji społecznej. Bourdieu wyraża tę myśl w definicji kapitału społecznego:

> Kapitał społeczny jest sumą zasobów, aktualnych lub wirtualnych, należących do danej jednostki lub grupy, na podstawie posiadania przezeń trwałej sieci relacji, znajomości i wzajemnego uznania, mniej lub bardziej zinstytucjonalizowanych,

> czyli jest sumą kapitałów i władzy, którą taka sieć pozwala uruchomić (zmobilizować) (Bourdieu 1986: 250).

Kapitał społeczny według socjologa nie jest wartością autoteliczną (samą w sobie) ze względu na dwa zasadnicze aspekty. Po pierwsze – jego wartość ostateczną mierzy się sumą innych kapitałów i władzy, jaką można za jego pośrednictwem zmobilizować. Po drugie – nie jest wartością samą w sobie ze względu na jego instrumentalne wykorzystanie i gromadzenie dla celów osobistych, grupowych, a nawet zdrowotnych lub podtrzymujących stan zdrowotności jednostkowej i populacyjnej.

Według Bourdieu, kapitał może być też postrzegany jako cecha grup, czyli całkowity zapas czy pewna ilość zasobów, powiązanych w instytucjonalnej sieci. Korzyści (lub otrzymane zyski) z bycia członkiem takiego powiązania są podstawą solidarności, która umożliwia uczestnictwo w tych korzyściach i zyskach. Na przykład bycie członkiem grupy zawodowej (lekarzy, pielęgniarek, chorych cierpiących na tę samą dolegliwość) oznacza możliwość udziału w tych samych powiązaniach społecznych, korzyściach lub ich braku.

Obok kapitału społecznego Bourdieu zidentyfikował inne jego formy, istotne w pogoni za korzyściami i utrzymaniem pozycji w grupie lub klasie społecznej, takie jak kapitał ekonomiczny (pieniądze) czy kapitał kulturowy (np. edukacja, upodobania). Jednakże to kapitał społeczny jest używany w celu uzyskania pożądanych zasobów przy współpracy z wyżej wymienionymi formami kapitałowymi, a nawet wobec ich braku.

Zasoby kapitału społecznego będące w posiadaniu jednostki zależą od (1) wielkości powiązań, które jednostka jest w stanie sama „efektywnie zmobilizować" oraz od (2) wielkości i typu kapitału (np. ekonomicznego, kulturowego czy symbolicznego) posiadanego przez każdą osobę, z którą jednostka jest powiązana (Bourdieu 1986: 245–255, 2005: 328).

Bourdieu podkreśla więc znaczenie interakcji, jaka następuje między ilością i rodzajami zasobów ludzkich w grupie bądź też związków ludzkich a umiejętnością wykorzystywania tych zasobów. Dlatego podstawą generowania kapitału są: z jednej strony interakcje społeczne, a z drugiej – umiejętność ich wykorzystania. W tym punkcie Bourdieu zachęca do rozważenia nie tylko istniejących powiązań społecznych wspólnoty, ale także zasobów (potencjalnych lub aktualnych) zdobywanych dzięki powiązaniom i umiejętnościom indywidualnym wszystkich członków w realizacji różnorodnych celów społecznych, również tych o charakterze zdrowotnym (tabela 1) (Bourdieu 1986: 241–258; Williams 1995: 577–604).

Odwołując się do definicji kapitału Bourdieu, należy również podkreślić znaczenie wirtualności zasobów kapitałowych. Sieć internetowa jest tą przestrzenią, gdzie jednostka działająca ma „poczucie posiadania" zasobów, dóbr, relacji, w których

Tabela 1. Wymiary kapitału społecznego z uwzględnieniem podstaw teoretycznych Bourdieu

Teoria Pierre'a Bourdieu	Wymiary kapitału społecznego
Trwała sieć relacji (aktualnych i wirtualnych) zaczynających się w rodzinie i wśród osób, które mają z nią styczność (sieci nieformalne)	Grupy społeczne i stowarzyszenia we wspólnocie, będące miejscami tworzenia sieci ludzi sobie podobnych
Sieci, za pośrednictwem których następuje wymiana zasobów (sieci formalne i zinstytucjonalizowane)	Zasoby (materialne, polityczne, kulturalne, ludzkie), dostępne i rozdzielane w ramach sieci (grup społecznych, stowarzyszeń)
Sieci, które tworzą się głównie przez homofilię – podobieństwa pokoleniowe, zawodowe, miejsca zamieszkania, idei, poglądów itp.	Elementy łączące (podobieństwa) różnych sieci (cechy kulturowe, funkcje i relacje, warunki, „filtry" członkostwa)
Strategie członków sieci mające na celu utrzymanie lub polepszenie ich pozycji w świecie społecznym i uznanie ich słuszności	Strategie stosowane przez sieci, grupy i stowarzyszenia, służące utrzymaniu lub polepszeniu statusu społecznego (oraz uznania ich słuszności)
Kultura właściwa każdej sieci	Wartości i modele relacji promowane w danej sieci
	Poczucie pozycji społecznej zajmowanej przez członków sieci
	Strategie służące utrzymywaniu członków sieci
	Strategie służące przekazywaniu wartości i modeli relacji wewnątrz sieci
	Środki podejmowane w celu przyczynienia się do rozwoju członków i rozbudowy sieci

Źródło: Opracowanie własne.

uczestniczy za pomocą łączy internetowych, a więc będąc użytkownikiem sieci mobilizuje swój kapitał społeczny, wybierając określone portale. Według francuskiego socjologa kapitał mieści się już w dostępie do zasobów wirtualnych, w samym odczuciu partycypacji i nabycia, bez konieczności przekładania na realne, aktualne, codzienne, bliskie czy dalekie interakcje, znajomości i powiązania (Bourdieu 1986: 250–258; Zarycki 2006: 337–346).

W tym miejscu należy odwołać się do wpływu Internetu na psychikę Internauty. Korzystanie z sieci uaktywnia psychikę, a w konsekwencji działanie społeczne. Można również się zastanowić nad tym, czy i w jaki sposób mobilizuje aktywność użytkownika na polu zdrowotnym.

Sposoby generowania kapitału społecznego – Internet jako narzędzie kreacji

Kapitał społeczny danej osoby odnosi się zatem do pewnego spektrum, do tego, co przyczyniło się do rozwoju i ukształtowania jednostki wyposażonej w pewne umiejętności, czyli do rodziny, wspólnoty, rówieśników i sieci społecznych,

będących nośnikami innych kapitałów. Każda z grup społecznych stosuje strategie, inwestując czas, pieniądze, wiedzę, relacje, symbole pozycji i prestiżu w celu utrzymania tego, co już zostało osiągnięte, i polepszenia warunków życia swoich członków. Te same podmioty zabiegają, a czasem wywierają presję (przemoc symboliczną), aby podjęte działania zostały zaakceptowane społecznie jako słuszne (Bourdieu 1986: 255–258, 2005: 142–150).

Tak więc, za pośrednictwem interakcji, między subiektywnie postrzeganymi i wyrażanymi podobieństwami oraz różnicami, dana osoba wybiera sieci społeczne, które będą stanowiły jej kapitał społeczny, a zarazem jest przez te sieci wybrana. Kapitał społeczny buduje się w poszukiwaniu swego miejsca w świecie społecznym, przez **dystynkcję** (wyróżnianie się), poszukiwanie akceptacji oraz zadowolenia z wcześniej podjętych codziennych relacji i powiązań (Bourdieu 2005: 323, 329).

Oczywiście, dla każdego istnieje wiele przestrzeni społecznych, jak również przestrzeni wirtualnych, obecnych w Internecie, w których może być konstruowana specyficzna dynamika społeczna (w systemie edukacji, w pracy, w domu itp.). W ujęciu Bourdieu, osoby mają raczej tendencję do tworzenia i utrzymywania między sobą spójnych więzów, starają się zachować lub zmobilizować swój kapitał, przechodząc od jednej przestrzeni społecznej do drugiej (Bourdieu 2005: 19–20).

W tym „przepływie" między polami społecznymi Internet oferuje nowe sposoby interakcji interpersonalnych – zarówno z bliskimi osobami, jak i tymi zupełnie nieznanymi. W związku z tym badacze zadają sobie pytania: w jaki sposób korzystanie z Internetu wpływa na kapitał społeczny i czy istnieje różnica między kapitałem społecznym online a offline? (Williams 2006: 593–628; Ellison *et al.* 2010: 124–145).

Wyróżniono trzy aspekty korzystania z Internetu: (1) stymuluje on tworzenie kapitału społecznego, (2) może ograniczyć kapitał społeczny, (3) wzmacnia interakcje offline i może pozytywnie wpłynąć na rozwój kapitału społecznego.

W pierwszym przypadku, jak wykazały badania, wzmożone użycie Internetu jest powiązane z tworzeniem znaczących relacji interpersonalnych, stymulując tym samym powiązania w społecznościach offline i online (Haythornthwaite 2005: 125–147; Steinfield 2012: 4–8).

Dane statystyczne ujawniają, że w Polsce ponad połowa internautów odwiedza strony dotyczące zdrowia i problemów z nim związanych, 28% konsultuje się z innymi osobami w sprawach zdrowotnych, a 14% użytkowników, na podstawie danych znalezionych w sieci, potrafi ustalić własny sposób leczenia bez konsultacji z lekarzem i wcielić go w życie (CBOS 2016: 5–7).

Odmienny pogląd prezentują inni autorzy (Nie 2001: 422–435; Steinfield *et al.* 2012: 4), którzy sugerują, że ilość czasu spędzonego na interakcjach online zastę-

puje czas spędzony na bezpośrednich i lokalnych kontaktach. Podstawowy argument opiera się na założeniu, że odległe kontakty online nie są w stanie zapewnić tego samego poziomu wsparcia społecznego, co te fizycznie bliskie.

Jednakże, polemizując z tym poglądem, należy dodać, że w sytuacji nieuleczalnych i ciężkich chorób oraz niepełnosprawności taki rodzaj podtrzymywania znajomości i nawiązywania przyjaźni jest dla pacjentów często jedyną możliwą formą budowania kapitału społecznego. Może on być oparty nie tylko o krąg bliskich znajomych, ale szerszej społeczności, np. zawodowej (Kijak 2012: 176, 246).

W ostatnim, często niedocenianym przypadku, Internet nie jest postrzegany jako substytut innych form interakcji, ale suplement, będący dodatkiem do odmiennych metod komunikacji (Quan Hasse *et al.* 2004: 115, 123; Steinfield *et al.* 2012: 4, 10–12).

Ten pogląd zwraca naszą uwagę na korzyści płynące ze zróżnicowanych internetowych usług medycznych, które pozwalają znieść bariery stawiane przez dystans i czas (telemedycyna), rozszerzyć zasięg działania instytucji medycznych (listy informujące), a w efekcie – zarządzać pacjentami.

Podsumowując, łączenie Internetu z innymi formami komunikacji może stymulować rozwój kapitału społecznego poprzez zmniejszenie kosztów tworzenia i utrzymywania powiązań społecznych w opiece zdrowotnej.

Formy przepływu kapitału w grupie a wpływ Internetu

Korzystanie z Internetu jest też determinowane środowiskiem, w którym jednostka funkcjonuje. Grupy, podobnie jak indywidualni użytkownicy Internetu, różnią się w formach i sposobach generowania kapitału. Każda grupa ma swoją dynamikę społeczną, a więc w sposób sobie właściwy uaktywnia określone typy interakcji, co powoduje, że tworzą się powiązania wewnątrz- i pozagrupowe, formalne i mniej formalne, bliskie i odległe o zróżnicowanym charakterze i znaczeniu[2]. Zasoby kapitałowe są utrwalane i przekazywane dalej w drodze społecznych połączeń sieciowych i międzypokoleniowych. Sieć internetowa także bierze udział w tych formach przepływu kapitału społecznego w grupie, ingeruje w powiązania, wzbogaca i różnicuje zasoby interakcyjne.

Bogata literatura ostatnich lat dostarcza szczegółowych analiz i opracowań, które systematyzują wiedzę w zakresie przepływu kapitału (Moor 2016: 1–5; Poortinga 2012: 292–302; Szreter *et al.* 2004: 650–67; Urwin 2008: 941–968). Można wyróżnić trzy jego formy: kapitał wiążący – powiazania kapitałowe (ang. *bound-*

[2] Idąc za teorią Bourdieu, zostaną rozważone nie tylko powiązania społeczne wspólnoty, ale także zasoby o charakterze zdrowotnym, wirtualne lub aktualnie zdobywane dzięki tym powiązaniom.

ing), pomostowy – dostępność kapitałowa (ang. *bridging*) i sieciowy – sieć kapitałowa (ang. *linking*) (tabela 4). Każdej z form odpowiadają mierniki kapitału stosowane w badaniach Internetu i opracowaniach na ten temat.

Pierwszy z nich **– kapitał wiążący –** dotyczy relacji między osobami o bliskich powiązaniach, tworzącymi stosunkowo wysoki stopień zamknięcia sieci. Generowanie kapitału w tym przypadku odbywa się w sposób poziomy, gdyż budowane są więzi między osobami tej samej grupy społecznej. Dokonuje się to w wymiarze społeczności lokalnych, blisko-sąsiedzkich lub homofilijnych, chrakteryzujących się pokrewieństwem cech, gdzie wielu ludzi zna inne podobne sobie osoby w grupie. Takie zamknięcie sieci jest często związane z surowością norm, obyczajów i zaufania, które mogą mieć zarówno pozytywne, jak i negatywne konsekwencje dla wykluczenia społecznego. Ponadto nie zawsze dostęp do podobnych aktywów sieci, nawet przy zapewnieniu solidarności grupowej, staje się przydatny w niektórych sytuacjach życiowych i zdrowotnych.

Jako przykład można podać badania, które uwzględniają powiązania kapitałowe u osób o podobnym statusie zdrowotnym (Kooij *et al.* 2017: 1–9; Iversen 2007: 3, 8–10). Doświadczenie zdrowotne staje się przeżyciem wiążącym jednostki o zbliżonej ocenie stanu zdrowia, zachorowalności na choroby przewlekłe, typy niepełnosprawności etc. Z jednej strony dzielą się one swoim doświadczeniem z innymi, a z drugiej poszukują wsparcia u ludzi doświadczonych w podobny sposób (Kawachi *et al*. 2000: 174–190). Badania na ten temat mają często charakter jakościowy, gdyż badacze odwołują się do relacji wewnątrzgrupowych, wymiany doświadczeń zdrowotnych, o sytuacji w miejscu pracy w okresie choroby, opinii o leczeniu i terapii, informacji o usługach medycznych, oczekiwaniach towarzyskich osób chorych. Stąd portale społecznościowe (np. niepełnosprawni.pl) są przejawem budowania kapitału wiążącego, gdzie interakcje odnajdywane za pośrednictwem łączy internetowych przekładają się na kontakty offline.

Miernikami, które pozwalają ocenić kapitał wiążący, są pytania w ankietach dotyczące częstotliwości interakcji międzyosobowych w sieciach nieformalnych, osobistych, homofilijnych. Badają one gotowość respondentów do podejmowania takich relacji w różnych sytuacjach życiowych i zdrowotnych (Williams 2006: 593–628; Sabatini 2009: 429–442; Neves *et al*. 2015: 15–30).

Podobnie dzieje się w społecznościach pracowników ochrony zdrowia. Dzielenie się wiedzą i doświadczeniem wzmacnia więzi koleżeńskie wśród przedstawicieli tych samych specjalności medycznych. Ponadto, rozszerza przestrzeń kontaktów profesjonalnych o osoby spoza codziennego środowiska pracy. W Polsce najbardziej znane sieci społecznościowe, z których korzystają pracownicy ochrony zdrowia i ich pacjenci to: znanylekarz.pl, rankinglekarzy.pl, facebook, youtube (Maksymowicz 2014: 101–113; Batorski 2012: 98).

Według badań amerykańskich, 52% respondentów deklarowało udział w zamkniętych społecznościach internetowych, specjalnie utworzonych dla lekarzy i odpowiadających potrzebom tej grupy zawodowej[3] (McGowan *et al*. 2012: 210–220). Badania międzynarodowe potwierdziły tezę, że głównymi powodami zakładania odrębnych portali społecznościowych są właśnie motywacje profesjonalne, związane z wykonywanymi zadaniami i społecznym funkcjonowaniem w środowisku instytucji medycznych: Należą do nich: (1) utworzenie profesjonalnego forum, na którym mogą być omawiane odpowiednie kwestie zawodowe i akademickie oraz można podzielić się informacjami i wiedzą; (2) odniesienie się do zawodowej izolacji; (3) wspomaganie sieci społecznych; (4) wzmocnienie współpracy i mentoringu koleżeńskiego; (5) wspomaganie rozwoju zawodowego; (6) ulepszenie praktyki klinicznej poprzez badania i tłumaczenie dowodów medycznych; (7) otrzymywanie porady i opinii klinicznej (Reutzel *et al*. 2001: 132–137; Kim *et al*. 2014: 17–22; Frisch *et al*. 2014: 49; Hoffmann *et al*. 2011: 337–345; Valaitis *et al*. 2011: 1273–84).

Lekarze i inni pracownicy medyczni akceptują serwisy społeczności internetowych jako sposób zdobywania wiedzy i przekazywania informacji, jak również w celu oceny indywidualnych lekarzy, instytucji i usług medycznych.

Pomostowy kapitał społeczny obejmuje więzi między osobami lub grupami, które przechodzą ponad podziałami społecznymi. Podmioty społeczne lokują się w strukturalnych przestrzeniach, w których każdy jest w stanie dopasować się do innych uczestników sieci oraz jej zasobów (Steinfield *et al*. 2015: 15–30). Często mówi się wówczas o pionowych więziach, działających przez formalne struktury hierarchiczne. Pomostowy kapitał społeczny opiera się na wzajemności i wąskim zaufaniu, co może jednak zapewnić dostęp do zasobów sieciowych spoza kręgów osobistych, a także zapewnić znaczne korzyści poszczególnym grupom i jednostkom. Celem mobilizacji kapitału pomostowego jest zwiększenie zasobów, których nie można wygenerować przez dotychczas zdobyte powiązania kapitałowe.

Tak się dzieje zazwyczaj, gdy pracownicy ochrony zdrowia – najczęściej lekarze i pielęgniarki – korzystają z Internetu, aby kontaktować się z kolegami innych specjalności medycznych lub z pacjentami. Obiektywnymi wskaźnikami takiej mobilizacji kapitału są: częstotliwość korzystania z łączy internetowych, komunikatory, korespondencja e-mail (tabela 2). Aby zrozumieć i opisać odmienności oraz stopień mobilizacji kapitału, badacze sieci uwzględniają różnice międzypokoleniowe, płeć, religię etc., czyli wszystkie wskaźniki demograficzne, które pozwalają na bardziej szczegółowe analizy i wnioskowanie.

[3] Korzystało z Wikipedii 25%, podczas gdy mniej niż 20% korzystało z Facebooka, podcastów, blogów lub Twittera.

Tabela 2. Podstawowe wskaźniki dostępności kapitału społecznego przez Internet

1. Korzystanie z Internetu – mierzone częstotliwością użycia łączy internetowych – najważniejszy i centralny wskaźnik dostępności kapitału – kapitał pomostowy (Wang i Wellman 2010)
2. Korespondencja e-mail, systemy sieci społecznościowych, komunikatory
3. Społeczno-demograficzna charakterystyka użytkowników (wiek, płeć, stan cywilny, wykształcenie, zawód, religia/wyznanie, rodzaj gospodarstwa domowego – jako zmienne kontrolne)

Źródło: Opracowanie własne na podstawie (Wang, Wellman 2010: 1048–69; Neves *et al*. 2015: 18–19).

Niektórzy polscy autorzy, do wymienionych wskaźników oceny dostępności, a tym samym możliwości mobilizacji kapitału pomostowego przez Internet (tabela 2), dodają kategorię: „umiejętności i sposoby korzystania z Internetu". Ten wskaźnik ocenia następujące czynności: używanie wyszukiwarki internetowej w celu znalezienia informacji (np. Google, Yahoo), kopiowanie i wklejanie plików, wykorzystywanie podstawowych funkcji matematycznych w arkuszu kalkulacyjnym, tworzenie elektronicznych prezentacji, instalowanie nowych urządzeń (np. drukarki, modemu, skanera), pisanie programu komputerowego z użyciem języka oprogramowania. Badania z 2012 r. mówią, że tylko 9,2% polskich obywateli powyżej 16 roku życia posiada umiejętność obsługi Internetu i podstawowych programów biurowych. Odsetek ten jednak systematycznie rośnie, chociażby przez wzrost udziału osób starszych w użytkowaniu Internetu, o czym informują dane z 2015 r. (Batorski 2015: 366, 375–376, 2012: 102; GUS 2013: 10–11). Ponieważ zwiększa się liczba osób i form korzystania z Internetu, autorzy badań wyróżnili trzy główne kategorie porządkujące wielorakie możliwości dostępu i aktywności w sieci. Należą do nich: (1) wszechstronne i zaawansowane korzystanie z Internetu – kreatywność i wysokie umiejętności techniczne – do tej kategorii zaliczono 43% wariancji zmiennych wchodzących w jej skład, (2) komunikacja i podstawowe zastosowanie Internetu dotyczy 7% wariancji, (3) rozrywka, w tym korzystanie z serwisów społecznościowych, objęło 6% składowych wariancji (Batorski 2015: 376). Można stąd wysnuć wniosek, że jeśli zwiększa się liczba form korzystania z Internetu w wymienionych kategoriach, rosną jednocześnie możliwości mobilizacji kapitału społecznego, a także jego różnorodność w grupach społecznych.

Natomiast amerykańscy autorzy przeprowadzili badania, w których zastosowano ankietę opartą na modelu akceptacji technologii**,** za pomocą której zbadano adaptację użytkownika do korzystania z technologii internetowych (McGowan *et al*. 2012: 212–220). Aby korzystać z mediów społecznościowych, wymagano od lekarzy pozytywnej opinii, że media były łatwe w obsłudze (badanie użyteczności). Mogli oni również skorzystać z sesji praktycznej i zobaczyć, jak działają (możliwość wypróbowania). Jeżeli oceniono, że platforma działała lepiej niż aktualne

rozwiązania (relatywna przewaga), a technologia była dostępna w miejscu pracy i pasowała do aktualnych praktyk medycznych, ocena adaptacji była wysoka.

W tych samych badaniach respondenci ocenili również swoje zdolności kreatywne w sieci internetowej i wskazywali, że: (1) za pomocą mediów przyczyniali się do pogłębienia wiedzy medycznej innych lekarzy, (2) poszukiwali szczegółowych informacji na temat konkretnych sytuacji medycznych i problemów z nimi związanych, (3) skanowali i poszerzali wiedzę na temat nowych przypadków medycznych. Ogólnie rzecz biorąc, badania udowodniły, że 24% respondentów korzystało z sieci codziennie, aby zasięgnąć informacji medycznej. Do tworzenia nowych informacji na co dzień przyczyniło się 14,2% lekarzy. Natomiast dane te rosną, gdy weźmiemy pod uwagę tygodniową aktywność lekarzy. Kopiowanie informacji medycznej przekroczyło 60%, a jej tworzenie przez sieć internetową dotyczyło 46% lekarzy amerykańskich, biorących udział w badaniu (McGowan *et al*. 2012: 212–220).

Sieciowy kapitał społeczny nieznacznie różni się od kapitału pomostowego tym, że interakcje między ludźmi mają charakter jawny i formalny. Są one przejawem zinstytucjonalizowanej władzy lub hierarchii społecznej. Ten rodzaj kapitału społecznego odnosi się do stosunków między jednostkami i grupami różnych warstw społecznych, gdzie status społeczny i bogactwo są powszechnie dostępne. Pozwala to wykorzystywać zasoby, pomysły i informacje z formalnych instytucji poza zamkniętą wspólnotą (Rubin 2016: 432–448).

Podobnie jak w innych państwach, tak i w Polsce rozwijają się formalne systemy informacyjne, które wspierają działania jednostek ochrony zdrowia (szpitali) w komunikacji z innymi instytucjami medycznymi oraz pacjentami. Są one szansą na ściślejszą współpracę wszystkich podmiotów zainteresowanych unowocześnieniem, informatyzacją, a w konsekwencji poprawą usług medycznych.

Komputer i Internet stają się codziennym narzędziem pracy wszystkich profesji medycznych, w związku z tym instytucje medyczne, w szczególności szpitale, dążą do ich wszechstronnego wykorzystania. Nie chodzi tylko o opis i gromadzenie danych medycznych na temat pacjentów, ale również o wymianę tych danych między różnymi obszarami w ochronie zdrowia. Wszystkie systemy ułatwiające pracę szpitali, np. HIS (ang. Hospital Information System) lub RIS (ang. Radiological Information System) integrują społeczność instytucji, tworząc sieć wewnętrznych powiazań formalnych (Drop *et al*. 2013: 569–582).

Ponadto, szpitale dbają o swój wizerunek i kontakty zewnętrzne ze środowiskiem lokalnym, tworząc strony internetowe, na których umieszczają informacje o usługach medycznych przydatne dla pacjentów. Celem tych zabiegów są kontakt z rynkiem i szeroko pojęta promocja. Strony internetowe bowiem mogą służyć autopromocji, ale także przekazywać treści, które wynikają z realizacji programów promocji zdrowia. Mogą również zawierać linki do artykułów medycznych,

a tym samym przyczyniać się do podnoszenia poziomu edukacji zdrowotnej (Owczarek 2014: 584–590). Jednakże, badania CBOS pokazują, że w Polsce wykorzystanie Internetu do kontaktów z placówkami medycznymi jest niewysokie, wynosi ono bowiem 18%, a tylko 17% pacjentów umawia się na wizyty lekarskie za pośrednictwem Internetu i tyle samo osób odbiera internetowo wyniki badań. Za pośrednictwem poczty elektronicznej 5% internautów konsultuje się z lekarzem, a jeszcze mniej bo 3% pacjentów tą drogą zamawia recepty na leki (CBOS 2016: 8–13). Trzeba ponadto dodać, że częstotliwość takiej aktywności jest zróżnicowana w skali od częstej do sporadycznej.

W świetle wyników tych badań uwidacznia się, że udział pacjentów w kapitale sieciowym jest niski, mimo że instytucje medyczne starają się do nich dotrzeć i doskonalą formy dostępności usług medycznych oraz narzędzia komunikacji internetowej. Dzieje się tak dlatego, że pacjenci posiadają zróżnicowane umiejętności posługiwania się Internetem. Przytoczone dane statystyczne dotyczą głównie ludzi z wyższym wykształceniem, młodych, płci żeńskiej. Osoby w średnim wieku i starsze są przyzwyczajone do tradycyjnych form kontaktów ze szpitalami i pracownikami medycznymi. Formalne sieciowe interakcje wydają się bezosobowe, kłopotliwe technicznie i nie wzbudzają pełnego zaufania. Poza tym, proces adaptacji do innowacyjnych rozwiązań w tym segmencie pacjentów przebiega długo i nie zawsze kończy się spodziewanymi rezultatami. Potwierdzają to dane statystyczne, mówiące że emeryci i renciści, mimo wzrostu odsetka korzystających z Internetu w ostatnich latach, są najmniej licznymi grupami użytkowników. Dane dla obu grup wynoszą odpowiednio 25,2% oraz 32,6% obywateli Polski. Głównymi przyczynami nieobecności w sieci jest z jednej strony brak potrzeby korzystania z łączy (14,6%), a z drugiej nieumiejętność obsługi urządzeń (8,6%), których cena i dodatkowo koszt dostępu do Internetu przez wiele osób (5%) jest określana jako zbyt wysoka (Batorski 2015: 361).

Ostatecznie należy stwierdzić, że zaprezentowane badania i teorie potwierdzają obserwację, iż sieć internetowa ma wpływ na formowanie i kreowanie różnorodnych form kapitału społecznego. Podtrzymana zostaje hipoteza Bourdieu (1986: 241–258), że kapitał tworzy walor zbiorowy. Jednak podmioty społeczne posiadają zróżnicowane ilości tego waloru, z jednej strony w zależności od pozycji i kwalifikacji grupowej, a z drugiej od rozmiaru sieci powiązań. Przepływy kapitałowe potrafią zwiększyć i zróżnicować ten rozmiar zasobów. Pozwala to pojedynczym osobom na korzystanie ze wsparcia społecznego, informacji, usług medycznych różnego rodzaju, a w konsekwencji uaktywnia konwersję kapitału społecznego na kapitał zdrowotny.

Bourdieu twierdzi, że procesy te są typową inwestycją w interakcje społeczne, gdyż pozostałe dobra można pozyskać jedynie przez wartość kapitału społecznego z relacji wcześniej zmobilizowanych. Jednak nie są one w stanie działać natych-

miastowo, ponieważ przechodzą dynamiczny proces ciągłego tworzenia i definiowania. Tak więc, inwestycja w relacje staje się inwestycją w zdrowie.

Tabela 3 systematyzuje zależności między trzema formami przepływu kapitału społecznego w grupie i wpływu Internetu na mobilizację kapitału pola medycznego.

Tabela 3. Formy przepływu kapitału społecznego w grupach z uwzględnieniem pola medycznego i wpływu Internetu

Przepływ kapitału w grupie ⇒	***Bounding*** **(powiązania kapitałowe – kapitał wiążący)**	***Bridging*** **(dostępność kapitałowa – kapitał pomostowy)**	***Linking*** **(sieć kapitałowa – kapitał sieciowy)**
Opis koncepcji	Dotyczy zasobów i materiałów dostępnych w sieciach czy grupach o tej samej charakterystyce i statusie	Dotyczy zasobów, materiałów, środków dostępnych w różnych grupach o odmiennym statusie i miejscu w hierarchii społecznej	Odnosi się do norm respektu i sieci zaufania, łączących grupy przez formalne i instytucjonalne struktury władzy i autorytetu
Sposoby kreowania kapitału	Kreowanie kapitału w grupie przez wzmocnienie powiązań homofilijnych	Kreowanie kapitału przez wymianę zasobów kapitałowych między grupami	Kreowanie kapitału przez poruszanie się w formalnych sieciach
Zastosowanie w polu medycznym	W grupach tych samych profesji medycznych. Wsparcie w: rozwoju tożsamości zawodowej, np. znany lekarz.pl, ranking lekarzy.pl, pielegniarka.co. W grupach pacjentów o podobnych schorzeniach medycznych, np. niepełnosprawni. Fora internetowe i blogi, np. niepełnosprawni.pl	Powiązania zawodowe między grupami specjalistów medycznych. Relacje profesjonalistów medycznych różnych stopni między sobą i z pacjentami	Powiązania instytucjonalne oraz stopień zaufania do autorytetów medycznych i władzy w ramach struktur organizacji opieki zdrowotnej
Wpływy Internetu	Informacje o: – usługach medycznych, – profesjach medycznych, – specjalizacjach medycznych, – instytucjach medycznych. Konsultacje między przedstawicielami tych samych specjalności	Informacje o: – chorobie/objawach, – farmaceutykach. Konsultacje z: – farmaceutami, – apteka online, – specjalistami medycznymi, – diagnoza online, – ranking lekarzy, – transmisje z konferencji i zjazdów medycznych	e-Zdrowie: – telemedycyna, – przekaz dokumentacji zdrowotnej i medycznej (ang. *elctronic health records*, EHR), – przekazywanie sygnałów i obrazów biomedycznych

Źródło: Opracowanie własne.

Dostępność kapitałowa sieci w badaniach nad zdrowiem populacji

Badania empiryczne dotyczące relacji między zdrowiem a kapitałem społecznym zasadniczo uwzględniają dwa główne podejścia: „wspólnotowe" i „sieciowe". Pierwsze z nich odnosi się do definicji kapitału Roberta Putnama, która koncentruje się na relacyjnych czynnikach kapitałowych, normach zaufania społecznego i wzajemności[4] (Sztompka 2016: 291–292; Lochner *et al.* 1999: 260–270).

W drugim podejściu badania nawiązują do „sieciowej" teorii kapitału społecznego Bourdieu i wykazują, że jego wysoki poziom w grupie zapewnia jednostkom zwiększenie zasobów finansowych, opiekę i transport, a w konsekwencji przyczynia się do polepszenia ogólnego stanu zdrowia. Pomiary indywidualnych zasobów, uzyskane za pośrednictwem sieci społecznej, oraz emocjonalne wsparcie otrzymane z tych połączeń mówią o wzmocnieniu zdrowia fizycznego i psychicznego (Orsal *et al.* 2012: 450–454; Gyudong 2011: 15).

Naukowcy podkreślają, że profity zdrowotne płynące z kapitału łączą się z poszczególnymi jego komponentami: społecznym, ekonomicznym i kulturowym, lecz z uwzględnieniem indywidualnej oceny stanu zdrowia. Takie analizy wskazują na determinanty stanu zdrowia, czyli: charakterystyczne cechy indywidualne respondentów (demograficzne, społeczno-ekonomiczne, styl życia), jak również cechy zbiorowe (konteksty, zasoby społeczne i kulturowe, środowisko życia, zawodowe).

Rozpiętość sieci społecznej gwarantuje lepszą dostępność kapitałową we wszystkich wymiarach i skuteczniejsze możliwości generowania relacji społecznych. Z dużych zmobilizowanych powiązań, jakie można spotkać w Internecie, można mieć większy dostęp do pomocy społecznej, co z kolei prowadzi do lepszego zdrowia (Szreter *et al.* 2004: 650–67).

Sieć internetowa łączy się więc z siecią społeczną, gdyż ci, którzy mają kontakt np. z osobami prowadzącymi zdrowy styl życia, mogą jednocześnie uczestniczyć w sieci informacyjnej, która z kolei wzmacnia wiedzę o zdrowiu i zachowania prozdrowotne motywowane uczestnictwem w wybranej grupie. Niestety w Polsce tylko 10% internautów uczestniczy w forach i grupach poświęconych zdrowemu stylowi życia. Wśród nich najliczniejszą grupę stanowią najmłodsi użytkownicy. Odsetek czytających informacje i wpisy od innych osób wynosi 14%, i – co cieszy – niektórzy z nich, tj. 6% badanych, chętnie wypowiadają się na tematy związane ze zdrowiem (CBOS 2016: 6–7).

[4] Kapitał społeczny może wpływać na wyniki zdrowotne poprzez mechanizmy, które obejmują: (1) szybki wzrost i rozpowszechnianie informacji zdrowotnych, (2) zapewnienie, że normy i zachowania zdrowotne zostały przyjęte, (3) minimalizację możliwości zachowania negatywnego dla zdrowia. Mechanizmy te są związane ze „wspólnotowym" podejściem do kapitału społecznego ze względu na podkreślenie znaczenia norm i wartości oraz spójności społecznej.

Nie bez znaczenia w tym kontekście wydają się informacje dotyczące stopnia dostępności i korzystania z Internetu w skali międzynarodowej. Dane statystyczne nie pozostawiają złudzeń – wzrost zainteresowania siecią internetową rośnie z roku na rok (ok. 80% użytkowników), ogarniając prawie całkowicie populację ludzką. Świadczą o tym dane statystyczne Eurostatu, poświęcone badaniom osób w wieku od 16 do 74 lat, które korzystały z Internetu w 2016 r. w Unii Europejskiej. Wskaźnik uczestnictwa w sieciach społecznościowych wynosił 46% dla mieszkańców UE. Najwięcej, bo co najmniej 60% mieszkańców Danii, Szwecji, Węgier, Luksemburga i Wielkiej Brytanii korzystało z portali społecznościowych. Natomiast we Francji, Polsce, Włoszech i Rumunii był to odsetek znacznie niższy bo już tylko 40% ludności. Mówimy o portalach społecznościowych (ang. *Social Network Sites*, SNS; Sieci Społecznościowe), gdyż to właśnie one skutecznie wpływają na styl życia i są narzędziem kreacji kapitału społecznego.

Nowe metody komunikacyjne, jakie przynosi Internet, podbijają świat, a nowe sposoby wyszukiwania informacji zdrowotnej stwarzają szczególne warunki społeczno-kulturowe o bezpośrednim wpływie na zdrowie ludzi, a także ich szanse i możliwości zdrowotne w przyszłości. Dokonuje się to w skali całej populacji ludzkiej.

W tym momencie pojawia się niezwykle ważne pytanie dotyczące zdrowia publicznego, a w szczególności promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej. Kogo dotyczą powyższe społeczne i techniczne innowacje i kto jest największym beneficjentem tych współczesnych zmian kulturowo-informatycznych?

Niektórzy badacze mogliby się zastanawiać, czy owo poszerzenie możliwości wyborów zdrowotnych oraz lepszy dostęp do informacji zdrowotnej dotyczy w równym stopniu wszystkich grup wiekowych i poziomów wyedukowania. W tym stwierdzeniu brzmią echa dobrze znanych tematów: nierówności społecznych i nierówności zdrowotnych.

Thomas Abel (2010: 57), chcąc odpowiedzieć na te pytania, odwołał się do interesującej nas teorii Bourdieu. Stwierdził on, że teoria ta odwraca uwagę od opisu społecznych nierówności zdrowotnych w stronę wyjaśnienia, jak te nierówności powstają i jak są reprodukowane. Ponadto, przez wprowadzenie pojęcia kapitału kulturowego teoria Bourdieu poszerza rozumienie roli ludzkiego ciała w społecznych różnicach zdrowotnych, a także jest stosowana do krytycznej oceny stylu życia oraz poziomu wyedukowania zdrowotnego.

Czy Internet reprodukuje nierówności zdrowotne? Odpowiedzi na to pytanie nie są jednoznaczne. Abel (2010: 58–59) stwierdza, że tak jak inne media – Internet podlega „konsumpcji", w trakcie której internauta zdobywa wykształcenie zdrowotne. Według socjologa zdobyta „wiedza" jest rozumiana jako laicka znajomość kwestii zdrowotnych, chorób i doświadczeń z nimi związanych. Nabywana jest ona przez całe życie jednostki, ale odpowiednie wykształcenie to nie tylko

stymulacja własnego zdrowia, lecz korzystanie ze źródeł informacji medycznej, zrozumienie i krytyczna jej ocena. Dlatego też konsekwencją wykształcenia medycznego są zwiększone szanse na zmianę bądź poprawę warunków życiowych. Edukacja medyczna staje się znajomością czynników determinujących stan zdrowia oraz metod poprawy tego stanu.

Z teoretycznego punktu widzenia kapitał Internetu jest zasobem zwiększającym szanse na poprawę stanu zdrowia. Dodatkowo edukacja zdrowotna „wcielona" w kapitał kulturowy Internetu obejmuje wartości oraz normy wpływające na ludzką percepcję zdrowia i chorób. Aby jednak poprawnie powiązać publiczny przekaz zdrowotny z własną sytuacją życiową, odpowiednią motywacją, zmianą zachowania, niezbędny jest wysoki poziom wykształcenia zdrowotnego.

Podsumowanie

Bez wątpienia Internet stał się nieuchronnym narzędziem kreacji kapitału społecznego z kilku względów.

Po pierwsze wzrasta jego autorytet jako źródła informacji zdrowotnej, medycznej i profesjonalnej, a także diagnostycznej i terapeutycznej, w tym farmakologicznej. Docenia się wartość kognitywną Internetu – zaufanego edukatora medycznego, nawet eksperta, z którym można się konsultować.

Po drugie społecznościowe portale internetowe poświęcone zdrowiu i medycynie pełnią funkcję przewodników lub instruktorów dla pojedynczych internautów i grup z nich korzystających. Dlatego też sieć internetowa uzupełnia doświadczenie realne, które jest związane z funkcjonowaniem w granicach pola zdrowotnego i medycznego, gdzie również jest tworzony kapitał społeczny, wspomagający procesy terapeutyczne i działania instytucji ochrony zdrowia. W tej złożonej dynamice społecznej wszystkie rodzaje przepływów kapitałowych, dokonujące się w społecznościach offline, są modyfikowane i stymulowane również interwencją online.

Po trzecie Internet, ogarniając swoim zasięgiem populację ludzką, coraz bardziej staje się użytecznym narzędziem w działaniach na gruncie zdrowia publicznego, w realizacji projektów mających na celu promocję i edukację zdrowotną.

Ostatecznie, Internet stał się zobiektywizowanym kapitałem nie tylko społecznym, ekonomicznym, czy nade wszystko kulturowym, ale również zdrowotnym. Ten, kto się nim posługuje sprawnie i z wysoką znajomością technicznych kompetencji, ma ułatwiony dostęp do wiedzy i informacji o zdrowiu oraz większe możliwości poruszania się w świecie medycyny.

Literatura

Abel T., 2010, *Cultural Capital in Health Promotion* [w:] D. McQueen (ed.), *Health & Modernity The role of Theory in Health Promotion*, New York: Springer.

Batorski D., 2012, *Korzystanie z technologii informacyjno-komunikacyjnych* [w:] J. Czapiński, T. Panek (red.), *Diagnoza Społeczna 2011. Warunki i jakość życia Polaków. Raport*, Contemporary Economics, nr 5(3).

Batorski D., 2015, *Technologie i media w domach i życiu Polaków* [w:] J. Czapiński, T. Panek (red.), *Diagnoza społeczna 2015. Warunki i jakość życia Polaków*, Warszawa: Rada Monitoringu Społecznego.

Bourdieu P., 1986, *The forms of capital* [w:] J.G. Richardson (ed.), *Handbook of theory and research for the sociology of education*, New York: Greewood.

Bourdieu P., 2005, *Dystynkcja. Społeczna krytyka władzy sądzenia*, tłum. P. Biłos, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.

D'Hombres B. *et al.*, 2010, *Does social capital determine health? Evidence from eight transition countries*, Health Economics, no. 19(1).

Drop B., Furtak-Niczyporuk M., 2013, *Medyczne systemy wymiany danych w szpitalu*, Roczniki Kolegium Analiz Ekonomicznych, nr 29.

Działek J., 2011, *Kapitał społeczny – ujęcia teoretyczne i praktyka badawcza*, Studia regionalne i lokalne, nr 3(45).

Ellison N. *et al.*, 2010, *With a little help from my friends: How social network sites affect social capital processes* [w:] Z. Papacharissi (ed.), *The Networked Self: Identity, Community, and Culture on Social Network Sites*, New York: Routledge.

Feliksiak M. (red.), *Zdrowie online. Raport z badań nr 148/2016*, Warszawa: Centrum Badania Opinii Społecznej.

Frisch N. *et al.*, 2014, *Growing a professional network to over 3000 members in less than 4 years: evaluation of Inspire Net, British Columbia's virtual nursing health services research network*, Journal of Medical Internet Research, no. 16(2).

GUS 2013, *Społeczeństwo informacyjne w Polsce w 2013 roku. Raport z badań X/2013*, Warszawa: Główny Urząd Statystyczny.

Gyudong L., Jaeeun L., Soonjae K., 2011, *Use of social-networking sites and subjective well-being: A study in South Korea*, Cyber Psychology, Behavior & Social Networking, no. 14(3).

Haythornthwaite C., 2005, *Social networks and Internet connectivity effects*, Information, Communication & Society, no. 8.

Hoffmann T., Desha L., Verrall K., 2011, *Evaluating an online occupational therapy community of practice and its role in supporting occupational therapy practice*, Australian Occupational Therapy Journal, no. 58(5).

Iversen T., 2007, *An exploratory study of associations between social capital and self-assessed health in Norway*, Oslo: University of Oslo (HERO Working paper).

Kawachi I., 2000, *Social cohesion, social capital and health* [w:] I. Kawachi, L. Berkman (eds.), *Social epidemiology*, New York: Oxford University Press.

Kawachi I., Takao S., Subramanian S.V., 2013, *Global perspectives on social capital and health*, New York: Springer.

Kijak R., 2012, *Niepełnosprawność – w zwierciadle dorosłości*, Kraków: Impuls.

Kim C. *et al.*, 2014, *Nationwide online social networking for cardiovascular care in Korea using Facebook*, Journal of the American Medical Informatics Association, no. 21(1).

Kooij L., Groen W.G., Harten W.H., 2017, *The Effectiveness of Information Technology-Supported Shared Care for Patients With Chronic Disease: A Systematic Review*, Journal of Medical Internet Research, no. 19(6).

Krop P., 2006, *Health on the Internet: implication for health promotion, Health Education Research*, Theory and Practice, no. 21(1).

Lochner K., Kawachi I., Kennedy B.P., 1999, *Social capital: A guide to its measurement*, Health & Place, no. 5.

Maksymowicz A., 2014, *Internet a medycyna. Przemiany relacji zachodzących między pacjentami a lekarzami na przykładzie portali oceniających lekarzy*, Studia Humanistyczne AGH, no. 13(1).

McGowan B.S. *et al.*, 2012, *Understanding the factors that influence the adoption and meaningful use of social media by physicians to share medical information*, Journal Medical Internet Research, no. 14(5).

Moor S., Kawachi I., 2016, *Twenty years of social capital and health research: a glossary*, Journal of Epidemiology and Community Health, no. 1.

Neves B.B., Fonseca J., 2015, *Latent Class Models in action: Bridging social capital & Internet usage*, Social Science Research, no. 50.

Nie N.H., 2001, *Sociability, interpersonal relations, and the Internet*, American Behavioral Scientist, no. 45.

Orsal O., Unsal A., Ozalp S., 2012, *Evaluation of internet addiction and depression among university students*, Procedia – Social and Behavioral Sciences, no. 82(3).

Owczarek T., Zdonet D., 2014, *Kryteria oceny strony internetowej szpitali w kontekście innowacyjnych strategii w sektorze usług zdrowotnych, Zeszyty Naukowe Politechniki Śląskiej*, *Organizacja i Zarządzanie*, nr 74.

Poortinga W., 2006, *Social capital: an individual or collective resource for health?*, Social Science and Medicine, nr 62(2).

Poortinga W., 2012, *Community resilience and health: the role of bonding, bridging, and linking aspects of social capital*, Health and Place, no. 18.

Quan-Haase A., Wellman B., 2004, *How does the Internet affect social capital?* [w:] M. Huysman, V. Wulf (eds.), *Social capital and information technology*, Cambridge, MA: MIT Press.

Reutzel T.J., Patel R., 2001, *Medication management problems reported by subscribers to a school nurse listserv*, Journal of School Nursing, no. 17(3).

Rocco L., Suhrcke M., 2012, *Is social capital good for health? A European perspective*, Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

Rubin O., 2016, *The political dimension of "linking social capital": current analytical practices and the case of recalibration*, Theory and Society, no. 45(5).

Rymsza A., 2007, *Klasyczne koncepcje kapitału społecznego* [w:] T. Kaźmierczak, M. Rymsza (red.), *Kapitał społeczny. Ekonomia społeczna*, Warszawa: Instytut Spraw Publicznych.

Sabatini F., 2009, *Social capital as social networks: A new framework for measurement and an empirical analysis of its determinants and consequences*, The Journal of Socio-Economics, no. 38(3).

Scheffler R.M., Brown T.T., 2008, *Social capital, economics, and health: new evidence*, Health Economics, Policy and Law, no. 3(4).

Scheffler R.M., Brown T.T., Rice J., 2007, *The role of social capital in reducing non-specific psychological distress: the importance of controlling for omitted variable bias*, Social Science and Medicine, no. 65.
Steinfield Ch., Ellison N., Lampe C., 2012, *Online Social Network Sites and the concept of Social Capital* [w:] F.L. Lee *et al.* (eds.), *Frontiers in new media research*, New York: Routledge.
Steinfield Ch., Ellison N., Lampe C., 2015, *Lantent Class models in action: Bridging social capital&Internet usage*, Social Science Research, no. 50.
Szreter S., 2002, *The state of social capital: bringing back in power, politics, and history*, Theory and Society, no. 31(5).
Szreter S., Woolcock M., 2004, *Health by association? Social capital, social theory and the political economy of public health*, International Journal of Epidemiology, no. 33(4).
Szreter S., Woolcook M., 2004, *Health by association? Social capital, social theory, and the political economy of public health*, International Journal of Epidemiology, no. 33.
Sztompka P., 2016, *Kapitał społeczny. Teoria przestrzeni międzyludzkiej*, Kraków: Znak.
Urwin P. *et al.*, 2008, *Measuring the returns to networking and the accumulation of social capital: any evidence of bonding, bridging, or linking?*, American Journal of Economics and Sociology, no. 67(5).
Valaitis R.K. *et al.*, 2011, *Online communities of practice as a communication resource for community health nurses working with homeless persons*, Journal of Advanced Nursing, no. 67(6).
Wang H., Wellman B., 2010, *Social connectivity in America: Changes in adult friendship network size from 2002 to 2007*, American Behavioral Scientist, no. 53(8).
Williams D., 2006, *On and off the 'Net: Scales for social capital in an online era*, Journal of Computer Mediated Communication, no. 11.
Williams S.J., 1995, *Theorizing class, health and lifestyles: can Bourdieu help us?*, Sociology of Health and Illness, no. 17.
Woolcock M., 2000, *Why should we care about social capital?*, Canberra Bulletin of Public Administration, no. 1.
Zarycki T., 2006, *Społeczne konsekwencje rozwoju Internetu-rewolucja czy reprodukcja struktur społecznych?* [w:] D. Batorski, M. Marody, A. Nowak (red.), *Społeczna przestrzeń Internetu*, Warszawa: Academica.

Źródła internetowe:

http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/ (dostęp: 24.08.2017).
www.stat.gov.pl (dostęp: 25.08.2017).