

СОЦИОЛОГИЯ ЗДОРОВЬЯ

ПЕРЕЖИВАНИЕ ОДИНОЧЕСТВА И ПРОБЛЕМЫ СО ЗДОРОВЬЕМ: ЗНАЧЕНИЕ СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКОГО КОНТЕКСТА И КУЛЬТУРЫ

Нина Львовна Русинова (nrusinova@gmail.com),
Вячеслав Владимирович Сафронов (vsafironov@list.ru)

Социологический институт РАН — филиал ФНИСЦ РАН

Цитирование: Русинова Н.Л., Сафронов В.В. (2024) Переживание одиночества и проблемы со здоровьем: значение социально-экономического контекста и культуры. *Журнал социологии и социальной антропологии*, 27(4): 69–92.
<https://doi.org/10.31119/jssa.2024.27.4.3> EDN: KISGEP

Аннотация. В исследовании рассматривается зависимость между переживанием человеком одиночества и состоянием его здоровья и анализируются общественные условия, способствующие ее проявлению. Научная литература свидетельствует, что чувство одиночества сопряжено со стрессовыми воздействиями на организм, которые негативно сказываются на здоровье. В то же время малоизученным остается вопрос о том, какие факторы общественного контекста способны усилить это влияние одиночества на здоровье. С целью его прояснения было выполнено двухуровневое линейное моделирование с использованием опросных данных Международной программы социальных исследований (ISSP 2017), включающей 29 стран из различных регионов мира, в том числе и Россию, а также сведений сравнительной статистики и аналитики о социально-экономическом развитии этих стран, их культуре и демографической структуре. Результаты показывают, что одиночество действительно отрицательно связано с самочувствием, и эта зависимость проявляется с большей силой в одних странах, чем в других. Общественные условия, способствующие ее усилению, включают уровень экономического и социального развития стран, особенности их культуры и возрастной структуры. С ростом благосостояния и социальной защищенности повышаются оценки людьми своего здоровья, причем это повышение оказывается менее заметным среди тех, кто испытывает чувство одиночества, вследствие чего социально-экономическое развитие приводит к более выраженной зависимости между одиночеством и здоровьем. Она оказалась более отчетливой и в странах с большей долей пожилого населения. При сходном состоянии экономики негативное влияние одиночества на самочувствие индивидов было заметнее в коллективистских обществах, чем в индивидуалистических.

Ключевые слова: здоровье, переживание одиночества, влияние одиночества на самочувствие, контекстуальные различия, социально-экономическое развитие, коллективистская/индивидуалистическая культура, Международная программа социальных исследований (ISSP 2017).

Одиночество и здоровье: состояние исследований

Интерес к потенциальной значимости для здоровья социальных связей или их отсутствия — изоляции и одиночества, растет во всем мире (Alberts 2020; Fried et al. 2020; Leigh-Hunt et al. 2017). Привлечению особого внимания к этой проблеме в последние два десятилетия могли способствовать глобальные социальные изменения, меняющие контур и контекст социальных отношений и приводящие к атомизации общества и росту числа одиноко проживающих людей (например, старение населения, появление новых более фрагментированных семейных структур, компьютерные технологии, изменение форм занятости, повышение социальной мобильности населения, углубление социальных неравенств); дальнейшее распространение культурных ориентаций на ценности индивидуализма и автономии; а также растущий объем научных данных, демонстрирующих краткосрочные и долгосрочные последствия для здоровья.

Новый всплеск беспокойности проблемами социальной изоляции и одиночества был вызван пандемией COVID-19, сопровождавшейся внедрением политики и практики, направленных на сокращение по всему миру социальных контактов во всех слоях общества (Holt-Lunstad 2022). Однако новые тенденции, связанные с нынешней пандемией, не должны скрывать тот факт, что одиночество было определено как одна из самых острых проблем нашего времени, так что стало обычным говорить об «эпидемии одиночества» (Killeen 2002), задолго до ее наступления.

Широкое распространение одиночества по всему миру и высокая значимость этой проблемы для здоровья и благополучия как отдельных индивидов, так и обществ в целом, заставляет ведущие международные организации и правительства ряда стран рассматривать борьбу с этим социально-деструктивным явлением, как одну из ключевых стратегических целей общественного здравоохранения (Holt-Lunstad 2022). В то же время по оценкам аналитиков (Fried et al. 2020) на сегодняшний день все еще сохраняются большие пробелы в понимании феномена одиночества, социальных закономерностей в его распространении, а также характера его сложных связей с физическим и психическим здоровьем.

Заметный вклад в осмысление феномена одиночества и разработку новых подходов к концептуализации этого понятия вносят и отечествен-

ные исследователи (Коркия 2020; Пузанова 2009; Ткач, Русакова 2024; Чурилова, Каминская 2020). Изучается сущность этого явления, причины его возникновения, характерные проявления, стратегии преодоления (Корчагина 2005; Давыдова 2001). Тема одиночества активно разрабатывается также в связи с социальными рисками, связанными с определенными этапами жизненного пути. Это касается в первую очередь пожилого возраста (Акутина, Столярова 2021; Елютина, Трофимова 2017; Седых, Гуляева 2022) и в не меньшей степени подросткового возраста и молодежи (Белых 2018; Примаков, Саутина 2018). Особое внимание привлечено к изучению взаимосвязи состояния одиночества и девиантного поведения подростков (Казанская 2015). Между тем среди многочисленных отечественных работ, посвященных проблемам одиночества, можно найти лишь отдельные исследования (Заворотных 2008; Козырева, Смирнов 2020), затрагивающие интересующую нас тему взаимосвязи одиночества и состояния здоровья человека.

Большинство исследователей сходятся во мнении, что одиночество следует понимать как негативное субъективное переживание, вызванное недовольством индивида количественными и качественными аспектами социальных отношений — их несоответствием его ожиданиям (Козырева, Смирнов 2022; Пузанова 2008; 2009; Perlman, Peplau 1981). Чувство одиночества отличается от одинокого проживания и от социальной изоляции, указывающей на недостаточную интеграцию человека в социальные сети, — даже поддерживая отношения с другими людьми, он может быть ими не удовлетворен (Valtorta et al. 2016a). Исследования показывают, что у одиночества имеются социальные корни (Козырева, Смирнов 2020; Barjaková, Garnero, d’Hombres 2023) — оно различается по возрастным категориям и полу, с большей вероятностью обнаруживается среди людей с низким социальным статусом и в социально уязвимых группах, включая безработных, мигрантов, этнические меньшинства. Предрасположенность к одиночеству может быть связана и с личностными особенностями — невротизмом и интроверсией (Buecker et al. 2020). Слабая социальная интеграция — отсутствие супруга, супруги или партнера и отношений с окружающими людьми — является важнейшим условием, вызывающим чувство одиночества. Было также установлено, что распространенность одиночества существенно отличается в разных странах, однако все еще мало что известно о контекстуальных факторах, способных объяснить эти отличия, хотя в теоретических подходах отмечается важность изучения культурных особенностей, социально-экономического развития и демографического структурирования населения (de Jong Gierveld, Tesch-Römer 2012; Dykstra 2009; Hawkey et al. 2008).

Одно из важнейших направлений изучения одиночества связано с его негативными последствиями для здоровья. В течение последних десятилетий исследования этой проблемы росли в геометрической прогрессии и включают в настоящее время сотни работ и миллионы информантов. Согласно выводам недавно опубликованных обзоров и метаанализов, одиночество, вызывая стресс и действуя на протяжении длительного периода времени, в долгосрочной перспективе негативно отражается практически на всех аспектах здоровья, ухудшая физическое состояние, когнитивное функционирование и психическое здоровье (Lara et al. 2019; Leigh-Hunt et al. 2017; Valtorta et al. 2016b; Wang et al. 2018). Это происходит вследствие ряда взаимосвязанных влияний на физиологическом и поведенческом уровне — через нейробиологическую дерегуляцию, нарушение функционирования иммунной системы, развитие приверженности нездоровому образу жизни и снижение качества сна (Hawkley, Cacioppo 2010). Одиночество приводит к существенному превышению рисков смертности, сопоставимому с воздействием таких факторов, как ожирение, гиподинамия и курение (Holt-Lunstad et al. 2015). В литературе отмечается, что не только одиночество вызывает проблемы со здоровьем, но и плохое его состояние может способствовать развитию этого чувства (Dahlberg et al. 2021).

Свидетельства о связях между одиночеством и состоянием здоровья были получены главным образом в странах Западной Европы и США, отличающихся высоким уровнем экономического развития и благосостояния населения, развитыми системами государственных социальных гарантий, а также индивидуалистической культурой. Последующие исследования в других регионах мира — в Восточной и Южной Европе, странах бывшего Советского Союза, Юго-Восточной Азии, Африке, Латинской Америке с иными макроэкономическими, институциональными и культурными контекстами — подтверждают широкое распространение одиночества среди населения и его пагубные последствия для здоровья (Gao et al. 2021; Peltzer, Pengpid 2019; Pengpid, Peltzer, Anantanasuwong 2023; Phaswana-Mafuya, Peltzer 2017; Smith et al. 2021; Stickley et al. 2013). В России, как показывают данные «Российского мониторинга экономического положения и здоровья населения НИУ ВШЭ (RLMS-HSE), одиночество также достаточно широко распространено и связано с проблемами в физическом функционировании и психическом самочувствии людей, особенно в старших возрастах (Козырева, Смирнов 2020).

В то же время влияние одиночества на здоровье может сильно отличаться в разных обществах. Например, результаты опросов в девяти странах бывшего Советского Союза продемонстрировали, что связь оди-

ночества со злоупотреблением алкоголем обнаруживается только в трех из них, а с курением — лишь в одной, тогда как в восьми — с дистрессом и во всех — с самооценками здоровья (Stickley et al. 2013). Неодинаковой оказалась связь одиночества с когнитивными нарушениями в ряде государств с низкими и средними показателями экономического развития (Smith et al. 2021). В Латинской Америке и Китае наблюдались устойчивые связи между одиночеством и смертностью, но не в Индии (Gao et al. 2021).

Однако до сих пор существуют лишь единичные попытки сопоставления таких эффектов и объяснения их различий факторами макроконтекста. Так, сравнительный анализ опросов в трех европейских странах показывает, что высокий уровень развития экономики и социального государства может способствовать более сильной зависимости между многоаспектным показателем состояния здоровья и краткой шкалой одиночества: в Финляндии связь между ними оказалась заметной более выраженной, чем в Польше и Испании (Rico-Urbe et al. 2016).

При изучении влияния на здоровье психологических конструкторов, связанных с одиночеством, высказывалось предположение о важности учета их модерации культурными ориентациями индивидов на ценности индивидуализма или коллективизма. Анализ двух групп студентов из Австралии и Сингапура показал, что обеспокоенность респондентов тем, что другие люди могут их отвергнуть, оказывает особенно заметное влияние на психическое здоровье среди индивидов с ориентациями коллективистского типа. Тогда как психическое самочувствие информантов с индивидуалистическими ориентациями слабее было обусловлено этой обеспокоенностью (Lin, Chew, Wilkinson 2017). На важность культурного контекста указывает сравнительное исследование США и Японии, которое продемонстрировало, что негативные эмоции оказывают большее воздействие на биологические маркеры ухудшения здоровья в западной культуре, считающей эти эмоции проблематичными, тогда как в восточной культурной традиции, где они являются приемлемыми и нормальными, такое воздействие исчезает (Miyamoto et al. 2013). Эти факты указывают, что культурный контекст может влиять на эффекты одиночества для здоровья, однако остается неясным, коллективистская или индивидуалистическая культура способствует их усилению.

Единственное исследование, в котором была предпринята попытка прояснить этот вопрос, было выполнено в рамках проекта «Обследование состояния здоровья, старения и выхода на пенсию в Европе» (The Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe, SHARE) в 14 странах при опросе людей старших возрастов. Использование культурных различий между этими странами, зафиксированных индексом индивидуализма/коллекти-

визма Г. Хофстеде, позволило установить, что в индивидуалистических странах Европы влияние чувства одиночества практически на все изучаемые показатели физического, психического и когнитивного здоровья (включая депрессию, активность в повседневной жизни, мышечный тонус, умение считать, беглость речи и память) было менее выраженным, чем в обществах, отличающихся приверженностью коллективистским ориентациям (Beller, Wagner 2020). Эти факты могут служить подтверждением теоретических ожиданий о более заметном влиянии одиночества на здоровье в странах с коллективистской культурой, поскольку формируемые ею ожидания и ценности предрасполагают к тесным социальным взаимосвязям и групповой сплоченности, так что одиночество переживается в них с особой остротой, вызывая ухудшение здоровья. Напротив, в индивидуалистических странах, где культурная норма подразумевает личностную автономию и не предполагает поддержания тесных групповых взаимосвязей, одиночество играет менее важную роль в продуцировании стрессов и проблем со здоровьем.

Таким образом, на сегодняшний день исследования с полной определенностью продемонстрировали, что одиночество тесно связано с ухудшением здоровья. Такая зависимость может проявляться в самых разных странах, однако в одних из этих стран она выражена с заметно большей отчетливостью, чем в других. Можно обнаружить лишь единичные исследования, в которых предпринимается попытка объяснить неодинаковые в разных странах ассоциации одиночества со здоровьем. Одно из возможных направлений поиска таких объяснений связано с теорией культурных контекстов, согласно которой связь одиночества со здоровьем будет более сильной в коллективистских странах. Предположение о роли культуры заслуживает дальнейшей проверки, как заслуживают ее и другие контекстуальные факторы, лишь мимоходом упоминающиеся при сопоставлении двух или нескольких стран. Систематическое изучение контекста и его роли в определении зависимости между состоянием здоровья и переживанием одиночества только начинается. Настоящая работа вносит свой вклад в развитие этого направления исследований.

Задачи и методология исследования

Представленная работа, опирающаяся на опросные данные для почти трех десятков стран мира, нацелена на решение двух общих задач. Первая — подтверждение уставленных ранее фактов о негативной связи чувства одиночества и оценок людьми своего здоровья, а также проверка утверждения о том, что эта связь проявляется с большей отчетливостью в одних из этих стран и с меньшей — в других. Вторая задача подразуме-

вает выявление контекстуальных факторов, определяющих межстрановые различия зависимостей между одиночеством и здоровьем, среди которых — состояние экономики, особенности культуры и демографический состав населения.

Отталкиваясь от предшествующих исследований, можно предположить, что переживание одиночества будет особенно заметно способствовать ухудшению здоровья в странах с коллективистской культурой, тогда как в индивидуалистических обществах это ухудшение будет менее выраженным, поскольку нарушение при коллективизме повышенных ожиданий о групповом единстве может стать дополнительным источником стрессовой напряженности, негативно сказывающейся на самочувствии. Возможно, определенную роль играют и некоторые демографические различия социетального контекста. В странах со значительной долей пожилого населения можно ожидать и более широкого распространения одиноких людей и более острого переживания одиночества в сужающемся пространстве социальных взаимоотношений и, как следствие, его более отчетливого воздействия на здоровье.

Отсутствие работ, посвященных социально-экономическому контексту, затрудняет формулировку гипотетических соображений о его роли. Возможно, в более развитых странах, с сильной экономикой и социальным государством, одиночество не будет вызывать столь сильных отрицательных переживаний, как в странах с невысоким уровнем развития. В богатых обществах индивид в значительной мере самодостаточен и способен сам или с помощью государственной поддержки преодолевать жизненные трудности, что способствует смягчению стрессовых нагрузок, вызванных одиночеством, и его негативных последствий для здоровья, тогда как в менее благополучных странах, где источником поддержки индивида в большей мере является его непосредственное окружение, оторванность от близких, друзей, знакомых лишает человека надежды на получение в случае необходимости поддержки со стороны окружающих, усиливая стрессовую напряженность, связанную с материальной депривацией. Согласно этому предположению, связь между чувством одиночества и здоровьем будет проявляться с большей определенностью в странах с низкими показателями экономического развития и государственных социальных расходов. Не исключена и обратная зависимость с этим контекстуальным фактором: социальные отношения начинают оказывать на здоровье существенное воздействие в тех обществах, которым удалось в значительной мере преодолеть материальную депривацию и вызванные ею последствия для здоровья (неправильное питание, недостаточная рекреация, некачественные медицинские услуги, курение и злоупотребление алкого-

лем). Влияние чувства одиночества, как одного из проявлений этих отношений, на здоровье в таком случае становится более отчетливым в наиболее развитых странах мира, отличающихся высоким уровнем благосостояния граждан и социальной защитой со стороны государства уязвимых слоев, поскольку стрессы, обусловленные материальной депривацией, отступают на второй план.

В представленной работе рассматривались данные репрезентативных опросов взрослого населения 29 стран мира, выполненных по Программе международного социального исследования¹, которое было посвящено изучению социальных взаимодействий и социальных ресурсов (Sapin et al. 2020, обзор результатов по странам см.: Hadler, Gundl, Vrečar 2020). В число изучавшихся стран входят: Австралия, Австрия, Великобритания, Венгрия, Германия, Дания, Испания, Израиль, Индия, Исландия, Китай, Литва, Мексика, Новая Зеландия, Россия, Словакия, Словения, США, Суринам, Таиланд, Филиппины, Финляндия, Франция, Хорватия, Чехия, Швейцария, Швеция, Южная Африка, Япония.

Здоровье в этих опросах фиксировалось с помощью широко применяемого валидного и надежного вопроса анкеты, измеряющего самооценку его состояния (Quesnel-Vallée 2007), в следующей формулировке: «Как вы оценили бы в целом свое здоровье (имеется в виду и физическое, и психическое здоровье)? 1. Отличное, 2. Очень хорошее, 3. Хорошее, 4. Удовлетворительное, 5. Плохое». В представленном далее анализе эта пятибалльная шкала рассматривается в качестве зависимой переменной, а для анализа различий в оценках здоровья применяется линейное моделирование. Хотя допущение о равной метрике между пунктами шкалы может показаться необоснованным и обращение к линейным моделям неправомерным со строго статистической точки зрения, представляется, что для решения задач об общей направленности, характере зависимостей оно может считаться вполне приемлемым, и многие исследования, опубликованные в самых престижных мировых научных журналах, также им руководствуются.

Основная независимая переменная индивидуального уровня — показатель частоты переживания респондентом чувства одиночества. Под одиночеством в релевантной научной литературе понимается субъективное, переживаемое индивидом состояние, более или менее тесно связанное с объективной оторванностью от людей, однако от нее все же отличающееся — человек может чувствовать себя одиноким, даже поддерживая

¹ International Social Survey Program, ISSP, 2017 [<https://www.gesis.org/en/issp/data-and-documentation/social-networks/2017>] (дата обращения: 13.03.2024).

отношения с другими людьми. Один из изучавшихся в ISSP концептов — воспринимаемая социальная интеграция (*perceived social integration*) — измеряется при помощи краткой шкалы одиночества, разработанной для массовых (телефонных) опросов (*Short Loneliness Scale, SLS Hughes et al. 2004*). Именно эта шкала будет применяться в нашем дальнейшем анализе. Ее градации рассчитывались как среднее арифметическое значение ответов на следующие три анкетных вопроса: «Скажите, как часто в течение последних четырех недель... вы чувствовали, что Вам не хватает общения? <...> Вы чувствовали себя изолированным от других? <...> Вы чувствовали, что вас все оставили?» (шкала ответов «1 — никогда, 2 — редко, 3 — иногда, 4 — часто, 5 — очень часто», в общем массиве реакции на эти вопросы тесно взаимосвязаны и могут быть отражены на единой шкале, Cronbach's Alpha=0.85).

Связь шкалы одиночества с самооценками здоровья анализировалась при контроле социальной демографии, от которой они также зависят, — пола, возраста (полных лет) и образования (сумма лет, в течение которых респондент посещал формальные образовательные учреждения — школу, училище, колледж, университет, магистратуру, аспирантуру и т.п.).

Согласно нашим предположениям, связь состояния здоровья с переживанием одиночества варьирует по странам, и эти различия можно объяснить их экономическим развитием или особенностями культуры. Состояние экономики оценивалось по показателю ВВП на душу населения¹. А культурные различия, определяемые в соответствии с теорией Г. Хофстеде и его коллег (*Hofstede, Hofstede, Minkov 2010*), — по индексу коллективизма/индивидуализма (данные для стран доступны на сайте <https://geerthofstede.com/research-and-vsm/dimension-data-matrix/>). В этой теории индивидуализм указывает, насколько люди чувствуют себя независимыми, а коллективизм — на их взаимозависимость в качестве членов более крупных образований. Индивидуализм означает возможность индивидуального выбора и самостоятельного принятия решения, тогда как коллективизм подразумевает, что человек принимает отведенное ему место в жизни, определяемое социально. Наконец, еще один контекстуальный фактор, используемый для контроля демографических особенностей населения, — агрегированная доля в стране пожилого населения (60 лет и старше).

Распределение стран в плоскости, определяемой двумя основными факторами общественного контекста, приведено на рисунке 1: по оси

¹ World Bank, GDP per capita, PPP, \$ [<https://data.worldbank.org/indicator/NY.GDP.PCAP.PP.KD>] (дата обращения: 19.03.2024).

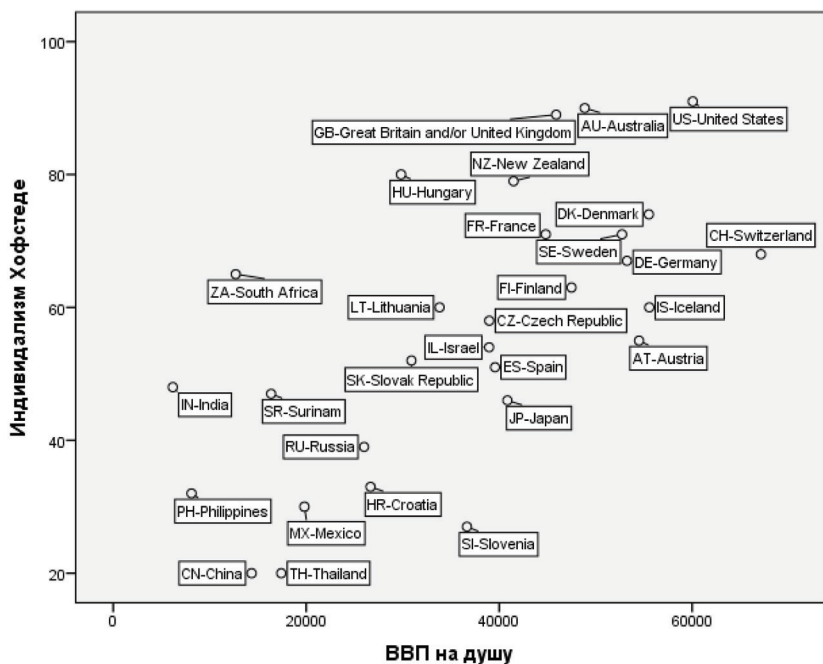


Рис. 1. Экономическое развитие и культура стран ISSP 2017

абсцисс отложены значения душевого ВВП, а по оси ординат — культурные отличия коллективизм/индивидуализм.

Как видно на этом рисунке, экономика и культура достаточно тесно взаимосвязаны — при низких значениях ВВП больше вероятность встретить коллективистскую культуру, тогда как при высоких его значениях — индивидуалистическую (парная корреляция, Pearson's $r = 0.64$, $p < 0.001$). Многие западные страны, например, США, Австралия, Великобритания, Дания, Швеция, Германия или Швейцария, располагаются в правой верхней части рисунка, где экономическое богатство сочетается с индивидуализмом. А в нижней левой его части, куда отнесены менее развитые в экономическом отношении и ориентирующиеся на коллективизм страны, скорее можно встретить представителей Азии, Латинской Америки, например, Китай, Таиланд, Филиппины, Мексику, и посткоммунистических государств, включая Россию.

Представление о распространении одиночества среди взрослого населения изучавшихся стран позволяет получить рисунок 2. На нем приведены доли опрошенных, указавших, что иногда, часто или очень часто

(две последние оценки не имеют широкого распространения) они чувствовали недостаток общения, или оторванность от других, или покинутость. Между странами, как видно на рисунке, обнаруживаются существенные отличия. Показатель одиночества оказался особенно высоким в Индии, Южной Африке, Австралии и на Филиппинах — от 54 % до 45 % опрошенных указали, что хотя бы иногда чувствовали себя одиноко. Немного ниже он в Суринаме, Хорватии, Финляндии, Чехии и Новой Зеландии (44–41 %). А на противоположном полюсе — среди стран с невысокой долей одиноких — располагались Таиланд, Австрия, Словения (менее 20 %), а также Швейцария, Германия, Япония, Россия, Израиль и Дания (21–29 %). Прочие государства размещаются в промежутке между этими крайними группами. Такие различия можно отчасти объяснить, если принять во внимание и экономическое развитие стран, и их культуру (о чем свидетельствует регрессионный анализ зависимостей уровня одиночества, измеренного по агрегированным средним значением шкалы, от душевого ВВП и индекса коллективизма/индивидуализма: Adjusted R Square=0.51, бета коэффициенты соответственно минус 0.81 и 0.92, уровень значимости обоих $p < 0.001$). При сходном развитии экономики одиночество несколько чаще встречается в индивидуалистических обществах, а при близости культур оно шире распространено в менее экономически развитых странах.

На рисунке 3 представлена аналитическая схема исследования. Влияние чувства одиночества на оценки людьми своего здоровья определяется при контроле социальной демографии. Модератором этой зависимости выступают факторы общественного контекста — состояние экономики, особенности культуры, возрастная структура населения.

Статистический анализ осуществлялся с помощью двухуровневого линейного моделирования (использовался специализированный программный пакет Hierarchical Linear and Non-Linear Models, HLM, см. Raudenbush, Bryk 2002).

Независимые переменные индивидуального уровня преобразовывались так, чтобы их шкалы менялись между значениями «0» и «1», вследствие чего полученные при моделировании коэффициенты свидетельствуют об изменении самооценок здоровья, зафиксированных описанной пятибалльной шкалой, при переходе от наименьшему к наибольшему значению этих переменных. Контекстуальные факторы центрировались относительно среднего значения и были выражены в стандартных отклонениях. Данные, полученные в опросах, взвешивались (переменная weight) для устранения недостатков в национальных выборках.

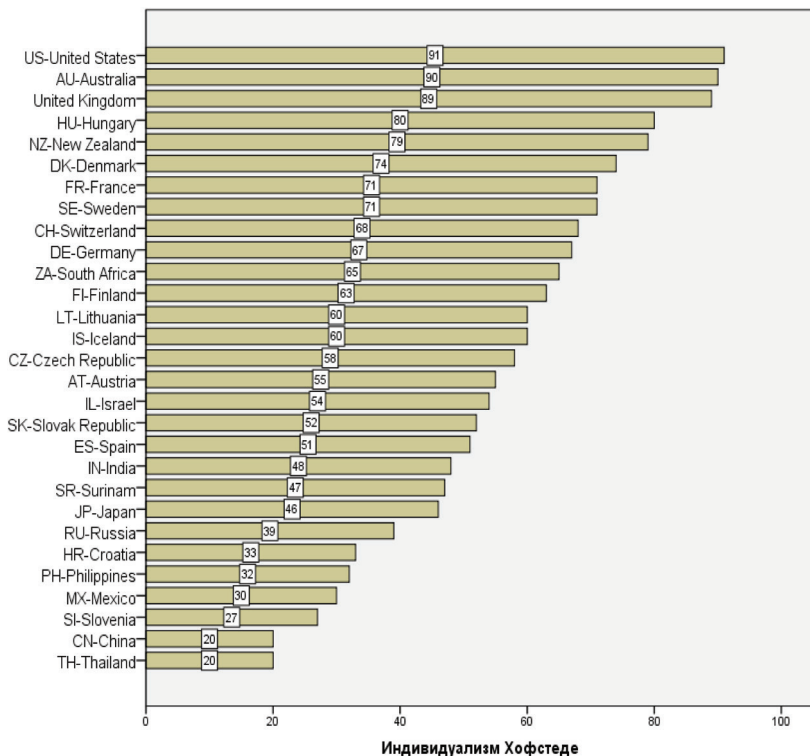


Рис. 2. Распространенность чувства одиночества в странах ISSP 2017

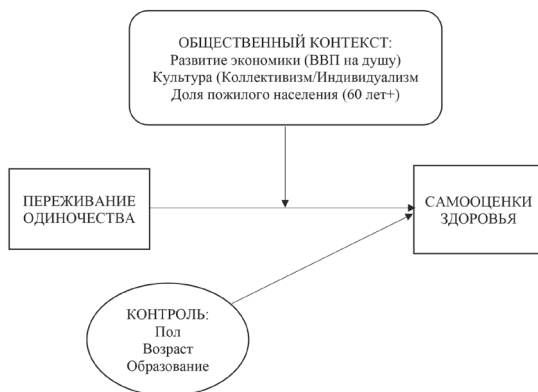


Рис. 3. Переменные, определяющие различия самооценок здоровья:
схема анализа

Одиночество и самочувствие: контекстуальная обусловленность

Проверка высказанных предположений производилась в серии двухуровневых линейных моделей, с которыми можно познакомиться в таблице 1. Зависимая переменная в них, напомним, — самооценки здоровья участников опросов, измеренные по пятибалльной шкале (от отличного до плохого).

В модели 1 анализируются зависимости между оценками здоровья и одиночеством при контроле социальной демографии, причем все коэффициенты считаются случайными — они могут меняться от страны

Таблица 1

Связь самооценок здоровья с переживанием одиночества и влияние контекста

ФИКСИРОВАННЫЕ ЭФФЕКТЫ	МОДЕЛЬ 1	МОДЕЛЬ 2	МОДЕЛЬ 3	МОДЕЛЬ 4
<i>Индивидуальный уровень</i>				
Intercept	2.75***	2.75***	2.75***	2.28***
Пол (М)	-0.07***	-0.07***	-0.07***	-0.07***
Возраст	1.64***	1.64***	1.64***	1.64***
Образование	-0.89***	-0.89***	-0.89***	-0.89***
Одиночество	1.01***	1.00***	1.02***	0.67***
<i>Контекстуальный уровень</i>				
ВВП (на душу)		-0.03	0.02	-0.04
Коллективизм/Индивидуализм			-0.19**	-0.13*
Население 60+ лет (доля)				1.67
Интеракции:				
Одиночество x ВВП		0.25***	0.32***	0.27***
Одиночество x Культура			-0.24***	-0.19***
Одиночество x Население 60+				1.23**
СЛУЧАЙНЫЕ ЭФФЕКТЫ				
	Дисперсии	% объяснения	% объяснения	% объяснения
Коэффициенты «Одиночество»	0.12239***	59	62	73

Примечание. Двухуровневые линейные модели, зависимая переменная — оценки респондентами своего здоровья (5-балльная шкала от 1 — отличное до 5 — плохое). Дисперсии случайных коэффициентов контрольных переменных, а также значения их взаимодействий с факторами контекста не приводятся. N1 (индивиды) = 39403, N2 (страны) = 29. Уровни значимости: ***0.001, **0.01, *0.05.

к стране. Фиксированные эффекты подтверждают установленные в предшествующих исследованиях факты: мужчины, как правило, несколько выше оценивают свое здоровье, чем женщины, с возрастом здоровье становится, по понятным причинам, хуже, а образование способствует его улучшению, хотя эти дифференциации могут с большей определенностью проявляться в одних странах и с меньшей — в других (все случайные коэффициенты статистически значимы, не приводятся). Но главное, о чем нам говорит модель 1, — одиночество, как и предполагалось, достаточно тесно связано с самочувствием опрошенных, способствуя его ухудшению. Однако это усредненная для тридцати стран зависимость. Случайный эффект одиночества, как видно в таблице, статистически значим на высоком уровне — его влияние на оценки здоровья различается по странам неслучайным образом.

В следующих моделях предпринимается попытка объяснить, почему одиночество вызывает большие проблемы со здоровьем в одних странах, чем в других. С этой целью в уравнение модели 2, приведенной в таблице 1, добавляется контекстуальный фактор, фиксирующий различия между странами по уровню их экономического развития — душевой ВВП, а также его интеракция с переменной одиночества (при контроле социальной демографии). Как показывает коэффициент, описывающий эту интеракцию (0.25, $p < 0.001$), зависимость здоровья от одиночества существенно усиливается по мере увеличения показателя экономического развития. Причем включение в модель ВВП позволяет объяснить немалую долю дисперсии, характеризующую связи одиночества и здоровья в разных странах (59 %).

Иллюстрацией результатов, полученных в модели 2, может служить рисунок 4, построенный по ее уравнению.

С ростом ВВП наблюдается заметное улучшение самочувствия населения, особенно тех людей, которые ощущают свою связь с другими, а их большинство в любом обществе. При этом самочувствие тех, кто страдает от одиночества, улучшается гораздо менее отчетливо. В результате сравнительно небольшие расхождения оценок здоровья у одиноких и не-одиноких в менее развитых странах начинают проявляться с полной отчетливостью в самых богатых экономиках.

Но дело не только в развитии экономики — душевой ВВП очень тесно сопряжен с развитием социального государства, в частности, с показателем государственных расходов на здравоохранение (по данным Всемирной организации здравоохранения, в \$ на душу населения¹).

¹ См.: [<https://www.who.int/data/gho/indicator-metadata-registry/imr-details/4959>] (дата обращения: 25.03.2024).

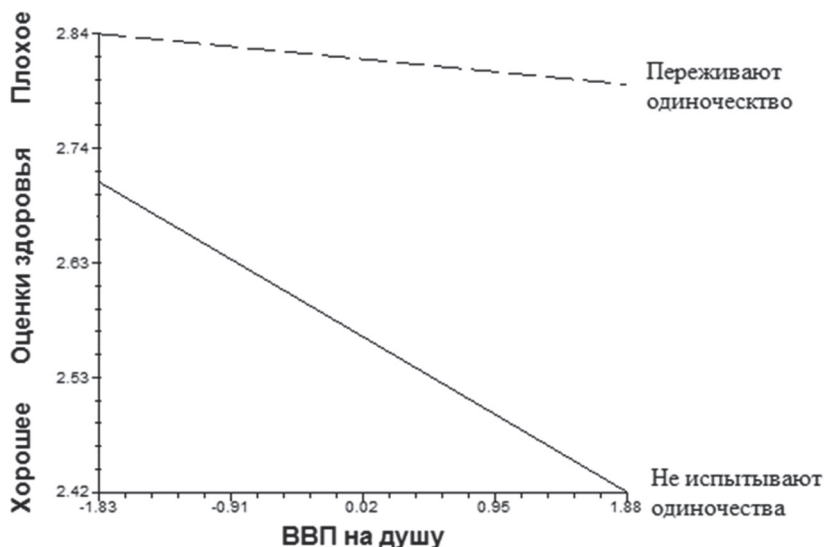


Рис. 4. Экономическое развитие и зависимости между одиночеством и здоровьем

Примечание. Рисунок построен по уравнению модели 2. Линии соответствуют значениям нижнего и верхнего квартилей переменной одиночества.

Корреляция (Pearson's r) для наших 29 стран между ВВП и этими расходами равняется 0.90, $p < 0.001$. При включении в двухуровневую модель этого показателя вместо ВВП (результаты не приводятся) в основном подтверждаются зависимости, получаемые при анализе экономического развития, — самочувствие вовсе не меняется к лучшему у переживающих одиночество даже при росте госрасходов на здравоохранение, и при этом респонденты, не испытывающие этого чувства, оценивают свое здоровье гораздо выше, чем в странах с низкими расходами.

Значение культуры для влияния одиночества на здоровье анализировалось в модели 3 — в ней принимались во внимание оба интересующих нас контекстуальных фактора, ВВП и коллективизм/индивидуализм. Интеракция первого с переменной одиночества осталась фактически без изменения (0.32, $p < 0.001$), и сама эта культура оказывала существенное влияние на выраженность в изучавшихся странах зависимости между одиночеством и оценками здоровья (интеракция -0.24 , $p < 0.001$, причем статистически значимой она оказывалась только при учете ВВП). Как показывают статистики, приведенные в нижней части таблицы 1, объясни-

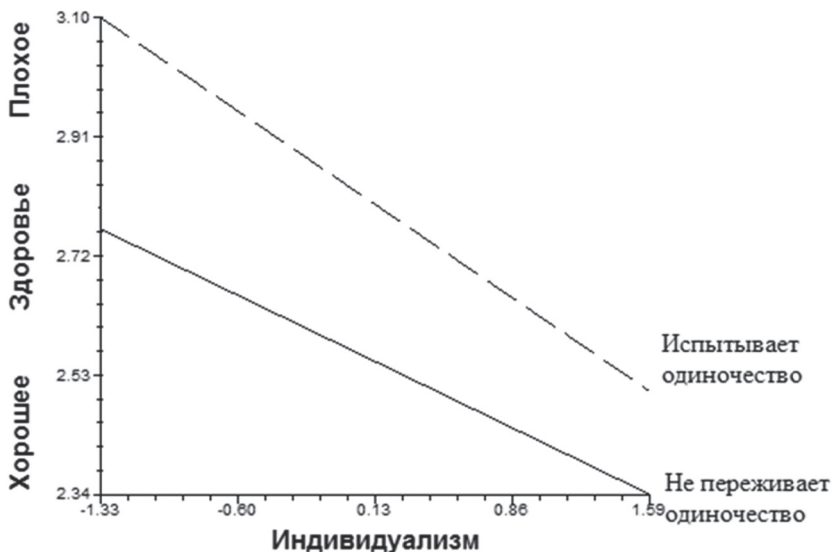


Рис. 5. Одиночество и здоровье в культурных контекстах

Примечание. Рисунок построен по уравнению модели 3. Линии соответствуют значениям нижнего и верхнего квартилей переменной одиночества.

тельные возможности модели несколько улучшаются: объясненная дисперсия случайных коэффициентов влияния одиночества на здоровье возрастает до 62 %. Эти результаты позволяют говорить о том, что культура, наряду с социально-экономическим развитием, определяет общественные условия, в которых проявляется зависимость между одиночеством и здоровьем. При сходном уровне благосостояния в странах с коллективистской культурой одиночество сильнее сказывается на самочувствии, чем в обществах с индивидуалистическими ориентациями.

В наглядном виде результаты анализа культуры, представленные моделью 3, отображены на рисунке 5.

Рисунок 5 показывает, что в индивидуалистических странах оценки здоровья существенно выше, чем в коллективистских. Причем индивидов, жалующихся на одиночество, отличают и более низкие оценки своего здоровья. И если в индивидуалистических странах различие между ними и теми, кто теснее связан с другими людьми, по самочувствию не очень заметно, то при продвижении к коллективистскому полюсу культуры оно становится несколько более отчетливым.

Наконец, в модели 4 (ее также можно найти в табл. 1) описанные зависимости проверялись при включении в уравнение еще одного фактора общественного контекста, который может объяснять интересующую нас связь одиночества и здоровья, — доли населения в возрасте 60 лет и старше. Эта модель заметно лучше предыдущей — доля объясненной дисперсии для связи одиночество-здоровье возрастает до 73 %. Интеракции одиночества с ВВП и культурой остаются статистически значимыми, хотя немного снижаются. Проявилось и влияние доли пожилых людей — при сходном экономическом развитии и близких культурах с увеличением этой доли усиливается связь одиночество—самочувствие (этот фактор и один дает значимую интеракцию, однако его объяснительные возможности меньше, чем у ВВП).

Таким образом, выполненное моделирование показывает, что зависимость между одиночеством и здоровьем, характерная для всех изучавшихся стран, существенно в них различается. И эти различия в определенной мере позволяют объяснить общественный контекст, прежде всего, неодинаковое социально-экономическое развитие стран, но также и особенности возрастного состава населения и культуры.

Заключение

В представленной работе предпринимается попытка прояснить общественные условия, с которыми связано влияние переживания одиночества на здоровье. С этой целью осуществлялось двухуровневое линейное моделирование, в котором анализировались репрезентативные опросные данные для двадцати девяти стран мира, полученные по Международной программе социальных исследований (ISSP 2017), а также статистические и аналитические сведения об уровне социально-экономического развития этих стран, их культуре и возрастной структуре. Согласно полученным результатам, здоровье участников опросов, измеренное по шкале самооценок, действительно зависело от того, приходится ли им переживать одиночество: у тех, кто испытывал это чувство, оно было заметно хуже по отношению к большинству, которое с этим чувством сталкивается не так часто.

Такая зависимость варьировала по странам неслучайным образом. Это объясняется особенностями общественных условий, прежде всего различиями между странами в развитии экономики и социального государства. С повышением этих показателей происходит заметное улучшение здоровья всех категорий граждан, однако оно было гораздо менее отчетливым среди переживающих одиночество. Сравнительно небольшие расхождения самооценок здоровья между испытывающими чувство одино-

чества и его не испытывающими, характерное для менее развитых стран, постепенно увеличиваются по мере роста их благосостояния и государственных расходов на здравоохранение. В наиболее развитых странах здоровье людей все больше начинает зависеть от социальных отношений, в том числе от одиночества, тогда как в отстающих определяющими остаются причины, связанные с материальной депривацией (плохие условия жизни, недоступность качественных медицинских услуг, приверженность курению и алкоголю).

С меньшей определенностью можно говорить о значении двух других контекстуальных факторов. В странах со сходным состоянием экономики проявляются эффекты, обусловленные культурой. Одиночество сильнее сказывается на самочувствии в обществах с коллективистскими, чем с индивидуалистическими ориентациями. Этот факт подкрепляет звучавшее в предшествующих исследованиях предположение о значении коллективистской культуры, которая способна усугублять негативное воздействие одиночества на здоровье вследствие усиления стрессовых воздействий, вызванного рассогласованием коллективистских ожиданий с реалиями одинокой жизни. Анализ также обнаружил, что связь между одиночеством и здоровьем оказывается заметнее в странах с большей долей пожилого населения, и это влияние сохраняется после контроля экономического развития и особенностей культуры. Это, вероятно, вызвано обостренной восприимчивостью к одиночеству и реакцией на него там, где оно получает большее распространение.

При обсуждении результатов настоящего исследования необходимо иметь в виду некоторые важные ограничения. Зависимая переменная — пятибалльная шкала самооценок здоровья, как уже отмечалось, не соответствует в строго статистическом смысле требованиям, предъявляемым к линейным моделям. Хотя, как мы полагаем, общий характер изучавшихся связей это обстоятельство вряд ли может серьезно исказить. Тем не менее нами был повторен представленный анализ с использованием в качестве зависимой переменной дихотомии, разделяющей опрошенных на тех, у кого здоровье было отличным или хорошим, и указавших, что оно удовлетворительное или плохое. Двухуровневое логистическое моделирование подтвердило полученные нами результаты, хотя зависимости оказались несколько менее отчетливыми. Кроме того, логика нашего моделирования подразумевает, что переживание одиночества является причиной ухудшения самочувствия, однако этого нельзя с уверенностью утверждать при использовании, как в нашем исследовании, кросс-секционных данных. В обзоре отмечалось, что причинная направленность может быть противоположной — плохое здоровье способно препятство-

вать социальным контактам и приводить к развитию чувства одиночества. Прояснение причинной направленности требует иных методологических подходов и данных, чем мы располагали, и заслуживает изучения в дальнейших работах.

Литература / References

Акутина С.П., Столярова Е.В. (2021) Феномен одиночества граждан пожилого возраста: предмет обсуждения. *Социодинамика*, 7: 1–12. <http://doi.org/10.25136/2409-7144.2021.7.34881>.

Akutina S.P., Stolyarova E.V. (2021) The Phenomenon of Loneliness in Elderly Citizens: A Subject for Discussion. *Sociodinamika* [Sociodynamics], 7: 1–12 (in Russian).

Белых Т.В., Харланова А.О. (2018) Психологический анализ переживания одиночества у студентов вуза. *Гуманизация образования*, 3: 71–80.

Belykh T.V., Kharlanova A.O. (2018) Psychological analysis of the experience of loneliness among university students. *Gumanizaciya obrazovaniya* [Humanization of education], 3: 71–80 (in Russian).

Давыдова М.А., Агапова И.А. (2001) *Как преодолеть одиночество*. М: Айрис-Пресс.

Davydova M.A., Agarova I.A. (2001) *How to overcome loneliness*. Moscow: Ayris-Press (in Russian).

Елютина М.Э., Трофимова О.А. (2017) Одинокое проживание и переживание одиночества в позднем возрасте. *Журнал исследований социальной политики*, 15(1): 37–50. <http://doi.org/10.17323/1727-0634-2017-15-1-37-50>.

Elyutina M.E., Trofimova O.A. (2017) Living Alone and Experiencing Loneliness in Late Life. *Zhurnal issledovaniy sotsialnoy politiki* [Journal of Social Policy Research], 15(1): 37–50. <http://doi.org/10.17323/1727-0634-2017-15-1-37-50> (in Russian).

Заворотных Е.Н. (2008) Особенности взаимосвязи одиночества и депрессии. *Вестник Санкт-Петербургского университета. Социология*, 2: 286–293.

Zavorotnykh E.N. (2008) Peculiarities of the relationship between loneliness and depression. *Vestnik Sankt-Peterburgskogo universiteta. Sociologiya* [Bulletin of St. Petersburg University. Sociology], 2: 286–293 (in Russian).

Казанская В.Г. (2015) Одиночество как проявление суицидальной направленности школьников-подростков и юношей. *Вестник Ленинградского государственного университета им. А. С. Пушкина*, 5(2): 25–37.

Kazanskaya V.G. (2015) Loneliness as a manifestation of suicidal tendencies in schoolchildren-teenagers and young men. *Vestnik Leningradskogo gosudarstvennogo universiteta im. A. S. Pushkina* [Bulletin of the Leningrad State University named after A.S. Pushkin], 5(2): 25–37 (in Russian).

Козырева П.М., Смирнов А.И. (2020) Особенности возрастной структуры одиночества. *Социологические исследования*, 9: 56–69. <http://doi.org/10.31857/S013216250009617-1>.

Kozyreva P.M., Smirnov A.I. (2020) Loneliness: Age Features. *Sotsiologicheskie Issledovaniya* [Sociological Studies], 9: 56–69. <http://doi.org/10.31857/S013216250009617-1> (in Russian).

Козырева П.М., Смирнов А.И. (2022) Социальная изоляция и одиночество в пожилом возрасте. *Социологическая наука и социальная практика*, 10(4): 46–63. <http://doi.org/10.19181/snsp.2022.10.4.9282>.

Kozyreva P.M., Smirnov A.I. (2022) Social Isolation and Loneliness in Older Age. *Sociologicheskaja Nauka i Social'naja Praktika* [Sociological Science and Social Practice], 10(4): 46–63. <http://doi.org/10.19181/snsp.2022.10.4.9282> (in Russian).

Коркия Э.Д. (2020) Одиночество как предмет социокультурологического исследования. *Гуманитарные, социально-экономические и общественные науки*, 12(1) [<https://cyberleninka.ru/article/n/odinochestvo-kak-predmet-sotsiokulturologicheskogo-issledovaniya>] (дата обращения: 24.11.2024).

Korkiya E.D. (2020) Loneliness as a subject of sociocultural research. *Gumanitarnye, social'no-ekonomicheskie i obshchestvennye nauki* [Humanities, socio-economic and social sciences], 12(1) [<https://cyberleninka.ru/article/n/odinochestvo-kak-predmet-sotsiokulturologicheskogo-issledovaniya>] (accessed: 24.11.2024) (in Russian).

Корчагина С. Г. (2005) *Генезис, виды и проявления одиночества*. М.: Московский психолого-социальный институт.

Korchagina S.G. (2005) *Genesis, types and manifestations of loneliness*. Moscow: Moskovskiy psikhologo-sotsialnyy institut (in Russian).

Примаков В.Л., Саутина Е.Г. (2018) Одиночество студенческой молодежи как социальный феномен. *Вестник МГЛУ. Общественные науки*, 1(794): 244–254.

Primakov V.L., Sautina E.G. (2018) Loneliness of student youth as a social phenomenon *Vestnik MGLU. Obshchestvennye nauki* [Bulletin of Moscow State Linguistic University. Social Sciences], 1(794): 244–254 (in Russian).

Пузанова Ж.В. (2008) Одиночество: возможности эмпирического исследования. *Вестник РУДН. Серия: Социология*, 4: 28–38.

Puzanova Z.V. (2008) Loneliness: The Possibilities of Empirical Research. *Vestnik RUDN. Seriya: Sotsiologiya* [RUDN Journal of Sociology], 4: 28–38 (in Russian).

Пузанова Ж.В. (2009) Социологическое исследование одиночества: проблема построения концептуальной модели. *Вестник РУДН. Серия: Социология*, 2: 42–46.

Puzanova Z.V. (2009) Sociological Study of Loneliness: The Problem of Conceptual Model Development. *Vestnik RUDN. Seriya: Sotsiologiya* [RUDN Journal of Sociology], 2: 42–46 (in Russian).

Седых О.Г., Гуляева А.И. (2022) Проблема одиночества лиц пожилого возраста: Социологический аспект. *Известия БГУ*, 32(1): 144–152.

Sedykh O.G., Gulyaeva A.I. (2022) The Problem of Loneliness of the Elderly: Sociological Aspect. *Izvestiya BGU* [BSU News], 32(1): 144–152 (in Russian).

Ткач С., Русакова М.М. (2024) Экзистенциальное понимание социального одиночества в социологии. *Вестник экономики, права и социологии*. 3: 232–236. <http://doi.org/10.24412/1998-5533-2024-3-232-236>.

Tkach S., Rusakova M.M. (2024) Existential understanding of social loneliness in sociology. *Vestnik ekonomiki, prava i sociologii* [Bulletin of Economics, Law and Sociology], 3: 232–236. <http://doi.org/10.24412/1998-5533-2024-3-232-236> (in Russian).

Чурилова Е.Е., Каминская М.А. (2020) Феномен одиночества в философии и психологии. *Вестник ВятГУ*, 1: 114–129.

Churilova E.E., Kaminskaya M.A. (2020) The Phenomenon of Loneliness in Philosophy and Psychology. *Vestnik VyatGU* [Vyatka State University Bulletin], 1: 114–129 (in Russian).

Alberts C. (2020) Loneliness — a risk to health we can no longer ignore. *Occupational Health & Wellbeing*, 72(5):18–21.

Barjaková M., Garnero A., d’Hombres B. (2023) Risk Factors for Loneliness: A Literature Review. *Social Science and Medicine*, 334(1): 116163. <http://doi.org/10.1016/j.socscimed.2023.116163>.

Beller J., Wagner A. (2020) Loneliness and Health: The Moderating Effect of Cross-Cultural Individualism/Collectivism. *Journal of Aging and Health*, 32(10): 1516–1527. <http://doi.org/10.1177/0898264320943336>.

Buecker S., Maes M., Denissen J.J.A., Luhmann M. (2020) Loneliness and the Big Five Personality Traits: A Meta-Analysis. *European Journal of Personality*, 34(1): 8–28. <http://doi.org/10.1002/per.2229>.

Dahlberg L., McKee K.J., Frank A., Naseer M.A (2021) Systematic Review of Longitudinal Risk Factors for Loneliness in Older Adults. *Aging & Mental Health*, 26(2): 225–249. <http://doi.org/10.1080/13607863.2021.1876638>.

de Jong Gierveld J., Tesch-Römer C. (2012) Loneliness in Old Age in Eastern and Western European Societies: Theoretical Perspectives. *European Journal of Ageing*, 9(4): 285–295. <http://doi.org/10.1007/s10433-012-0248-2>.

Dykstra P.A. (2009) Older Adult Loneliness: Myths and Realities. *European Journal of Ageing*, 6(2): 91–100. <http://doi.org/10.1007/s10433-009-0110-3>.

Gao Q., Prina A.M., Prince M., Acosta D., Luisa Sosa A., Guerra M., Huang Y., Jimenez-Velazquez I.Z., Llibre Rodriguez J.J., Salas A., Williams J.D., Liu Z., Acosta Castillo I., Mayston R. (2021) Loneliness among Older Adults in Latin America, China, and India: Prevalence, Correlates and Association with Mortality. *International Journal of Public Health*, 66: 604449. <http://doi.org/10.3389/ijph.2021.604449>.

Fried L., Prohaska T., Burholt V., Burns A., Golden J., Hawkey L., Lawlor B., Leavey G., Lubben J., O'Sullivan R., Perissinotto C., van Tilburg T., Tully M., Victor C. (2020) A Unified Approach to Loneliness. *Lancet*, 395(10218): 114. [http://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)32533-4](http://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)32533-4)

Hadler M., Gundl F., Vrečar B. (2020) The ISSP 2017 Survey on Social Networks and Social Resources: An Overview of Country-Level Results. *International Journal of Sociology*, 50(2): 87–102. <http://doi.org/10.1080/00207659.2020.1712048>.

Hawkey L.C., Cacioppo J.T. (2010) Loneliness Matters: A Theoretical and Empirical Review of Consequences and Mechanisms. *Annals of Behavioral Medicine*, 40(2): 218–227. <http://doi.org/10.1007/s12160-010-9210-8>.

Hawkey L.C., Hughes M.E., Waite L.J., Masi C.M., Thisted R.A., Cacioppo J.T. (2008) From Social Structural Factors to Perceptions of Relationship Quality and Loneliness: The Chicago Health, Aging, and Social Relations Study. *The Journals of Gerontology: Series B*, 63(6): S375–S384. <http://doi.org/10.1093/geronb/63.6.S375>.

Hofstede G., Hofstede G.J., Minkov M. (2010) *Cultures and organizations: Software of the mind*. 3rd edition. New York: McGraw-Hill.

Holt-Lunstad J. (2022) Social Connection as a Public Health Issue: The Evidence and a Systemic Framework for Prioritizing the “Social” in Social Determinants of Health. *Annual Review of Public Health*, 43: 193–213. <http://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-052020-110732>.

Holt-Lunstad J., Smith T.B., Baker M., Harris T., Stephenson D. (2015) Loneliness and Social Isolation as Risk Factors for Mortality: A Meta-Analytic Review. *Perspectives on Psychological Science*, 10(2): 227–237. <http://doi.org/10.1177/1745691614568352>.

Hughes M.E., Waite L.J., Hawkey L.C., Cacioppo J.T. (2004) A Short Scale for Measuring Loneliness in Large Surveys: Results from Two Population-Based Studies. *Research on Aging*, 26(6): 655–672. <http://doi.org/10.1177/0164027504268574>.

Killeen C. (2002) Loneliness: an epidemic in modern society. *Journal of Advanced Nursing*, 28(4): 762–770. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1998.00703.x>.

Lara E., Martín-María N., De la Torre-Luque A., Koyanagi A., Vancampfort D., Izquierdo A., Miret M. (2019) Does Loneliness Contribute to Mild Cognitive Impairment and Dementia? A Systematic Review and Meta-Analysis of Longitudinal Studies. *Ageing Research Reviews*, 52: 7–16. <http://doi.org/10.1016/j.arr.2019.03.002>.

Leigh-Hunt N., Bagguley D., Bash K., Turner V., Turnbull S., Valtorta N., Caan W. (2017) An Overview of Systematic Reviews on the Public Health Consequences of Social Isolation and Loneliness. *Public Health*, 152: 157–171. <http://doi.org/10.1016/j.puhe.2017.07.035>.

Lin H-H., Chew P.Y.-G., Wilkinson R.B. (2017) Young Adults' Attachment Orientations and Psychological Health across Cultures: The Moderating Role of Individualism and Collectivism. *Journal of Relationships Research*, 8: Article e17. <http://doi.org/10.1017/jrr.2017.17>.

Miyamoto Y., Boylan J.M., Coe C.L., Curhan K.B., Levine C.S., Markus H.R., Park J., Kitayama S., Kawakami N., Karasawa M., Love G.D., Ryff C.D. (2013) Negative

Emotions Predict Elevated Interleukin-6 in the United States but Not in Japan. *Brain, Behavior, and Immunity*, 34: 79–85. <http://doi.org/10.1016/j.bbi.2013.07.173>.

Quesnel-Vallée A. (2007) Self-rated Health: Caught in the Crossfire of the Quest for ‘True’ Health? *International Journal of Epidemiology*, 36(6): 1161–1164. <http://doi.org/10.1093/ije/dym236>.

Phaswana-Mafuya N., Peltzer K. (2017) Loneliness and Health Among Older Adults in South Africa. *Global Journal of Health Science*, 9(12): 1. <http://doi.org/10.5539/gjhs.v9n12p1>.

Peltzer K., Pengpid S. (2019) Loneliness Correlates and Associations with Health Variables in the General Population in Indonesia. *International Journal of Mental Health Systems*, 13: Article 24. <http://doi.org/10.1186/s13033-019-0281-z>.

Pengpid S., Peltzer K., Anantanasuwong D. (2023) Longitudinal Associations of Loneliness with Mental Ill-Health, Physical Ill-Health, Lifestyle Factors and Mortality in Ageing Adults in Thailand. *BMC Psychiatry*, 23(1): Article 855. <http://doi.org/10.1186/s12888-023-05263-0>.

Perlman D., Peplau L.A. (1981) Toward a Social Psychology of Loneliness. In: Gilmour R., Duck S. (eds.) *Personal Relationships: Volume 3. Relationships in Disorder*. London: Academic Press: 31–56.

Raudenbush S.W., Bryk A.S. (2002) *Hierarchical Linear Models: Applications and Data Analysis Methods*. 2nd ed. Thousand Oaks, CA: Sage.

Rico-Urbe L.A., Caballero F.F., Olaya B., Tobiasz-Adamczyk B., Koskinen S., Leonardi M., Haro J.M., Chatterji S., Ayuso-Mateos J.L., Miret M. (2016) Loneliness, Social Networks, and Health: A Cross-Sectional Study in Three Countries. *PLoS One*, 11(1): Article e0145264. <http://doi.org/10.1371/journal.pone.0145264>.

Sapin M., Joye D., Wolf C., in collaboration with Andersen J., Bian Y., Carkoglu A., Fu Y.-C., Kalaycioglu E., Marsden P.V., Smith T.W. (2020) The ISSP 2017 Social Networks and Social Resources Module. *International Journal of Sociology*, 50(1): 1–25. <http://doi.org/10.1080/00207659.2020.1712157>.

Smith L., Bloska J., Jacob L., Barnett Y., Butler L., Trott M., Odell-Miller H., Veronese N., Kostev K., Bettac E.L., Godier-McBard L., Koyanagi A. (2021) Is loneliness Associated with Mild Cognitive Impairment in Low- and Middle-Income Countries? *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 36(9): 1345–1353. <http://doi.org/10.1002/gps.5524>.

Stickley A., Koyanagi A., Roberts B., Richardson E., Abbott P., Tumanov S., Mckee M. (2013) Loneliness: Its Correlates and Association with Health Behaviours and Outcomes in Nine Countries of the Former Soviet Union. *PLoS ONE*, 8(7): Article e67978. <http://doi.org/10.1371/journal.pone.0067978>.

Valtorta N.K., Kanaan M., Gilbody S., Hanratty B. (2016a) Loneliness, Social Isolation and Social Relationships: What Are We Measuring? A Novel Framework for Classifying and Comparing Tools. *BMJ Open*, 6(4): e010799. <http://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-010799>.

Valtorta N.K., Kanaan M., Gilbody S., Ronzi S., Hanratty B. (2016b) Loneliness and Social Isolation as Risk Factors for Coronary Heart Disease and Stroke:

Systematic Review and Meta-Analysis of Longitudinal Observational Studies. *Heart*, 102(13): 1009–1016. <http://doi.org/10.1136/heartjnl-2015-308790>.

Wang J., Mann F., Lloyd-Evans B., Ma R., Johnson S. (2018) Associations Between Loneliness and Perceived Social Support and Outcomes of Mental Health Problems: A Systematic Review. *BMC Psychiatry*, 18: Article 156. <http://doi.org/10.1186/s12888-018-1736-5>.

LONELINESS AND HEALTH PROBLEMS: THE IMPACT OF SOCIO-ECONOMIC CONTEXT AND CULTURE

Nina L. Rusinova (nrusinova@gmail.com),

Viacheslav V. Safronov (vsafronov@list.ru)

Sociological Institute of FCTAS RAS, St. Petersburg, Russia

Citation: Rusinova N.L., Safronov V.V. (2024) Loneliness and health problems: the impact of socio-economic context and culture. *Zhurnal sotsiologii i sotsialnoy antropologii* [The Journal of Sociology and Social Anthropology], 27(4): 69–92 (in Russian). <https://doi.org/10.31119/jssa.2024.27.4.3> EDN: KISGEP

Abstract. The study examines the relationship between loneliness and of health and analyzes the societal conditions that influence its strength. Scientific literature shows that the feeling of loneliness is associated with stressful effects on the organism, which negatively affect health. At the same time, the question of what factors of the social context can enhance this effect of loneliness on health remains poorly understood. In order to clarify it, a two-level linear modeling was performed using survey data from the International Social Research Program (ISSP 2017), which includes 29 countries from various regions of the world, including Russia, as well as comparative statistics and analytics on the socio-economic development of these countries, their culture and demographic structure. The results show that loneliness is indeed negatively associated with self-rated health, and this relationship is more pronounced in some countries than in others. The societal conditions contributing to its strength include the level of economic and social development of countries, their culture and age structure. With increasing well-being and social security, people's assessments of their health increase, and this increase is less noticeable among those who feel lonely, as a result of which socio-economic development leads to a more pronounced impact of loneliness on health. It turned out to be more pronounced in countries with a higher proportion of the elderly population. With a similar economic development, the negative impact of loneliness on self-rated health of individuals was more noticeable in collectivist societies than in individualist ones.

Keywords: health, loneliness, effects of loneliness on self-rated health, contextual differences, socio-economic development, individualism-collectivism, International Social Survey Program (ISSP 2017).