

Влияние состояния здоровья на социальную активность населения старших возрастов*



Ксения Александровна

УСТИНОВА

Вологодский научный центр Российской академии наук
Вологда, Российская Федерация, 160014, ул. Горького, д. 56а

E-mail: ustinova-kseniya@yandex.ru

ORCID: 0000-0002-6198-6462; Researcher ID: I-8164-2016



Александра Николаевна

ГОРДИЕВСКАЯ

Вологодский научный центр Российской академии наук
Вологда, Российская Федерация, 160014, ул. Горького, д. 56а

E-mail: alessu85@mail.ru

ORCID: 0000-0001-7777-3456; Researcher ID: I-9439-2016

Аннотация. Экономика несет потери не только от преждевременной смертности, но и от плохого состояния здоровья людей, которое может приводить к полной или частичной утрате трудоспособности, снижению социальной активности. Обозначенные проблемы затрагивают все группы населения, но наиболее распространены среди граждан старших возрастов, что требует реализации мер по поддержанию состояния здоровья, стимулированию эффективного использования трудового потенциала старшего поколения. В связи с этим цель статьи заключалась в анализе влияния состояния здоровья на социальную активность населения старших возрастов. Информационной базой послужили данные мониторинга качества трудового потенциала населения

* Статья подготовлена в рамках государственного задания № 0168-2019-0010 «Институты воспроизводства человеческого капитала».

Для цитирования: Устинова К.А., Гордиевская А.Н. Влияние состояния здоровья на социальную активность населения старших возрастов // Экономические и социальные перемены: факты, тенденции, прогноз. 2020. Т. 13. № 3. С. 175–192. DOI: 10.15838/esc.2020.3.69.12

For citation: Ustinova K.A., Gordievskaya A.N. Influence of health status on social activity of older population. *Economic and Social Changes: Facts, Trends, Forecast*, 2020, vol. 13, no. 3, pp. 175–192. DOI: 10.15838/esc.2020.3.69.12

Вологодской области за 2018 год. Методические аспекты исследования основываются на концепции качественных характеристик населения, а также индексном подходе, который применялся для оценки состояния здоровья и социальной активности. Показано, что принадлежность населения к старшей возрастной группе сопровождалась невысокими значениями индекса потребности в достижении и социальной активности по сравнению с другими группами. Во всех выделенных нами возрастных группах наименьшие значения социальной активности наблюдались в случаях, когда одновременно выполнялось два условия — были ниже медианных значения индекса физического здоровья и, например, когнитивного и творческого потенциалов. Установлено, что социальная активность выше в случаях, когда индексы когнитивного и творческого потенциалов превосходили медианный уровень, а индекс физического здоровья, напротив, его не достигал. Это косвенно характеризует важную роль когнитивных и творческих аспектов в обеспечении высокой социальной активности. В исследовании определено, что у населения старшей возрастной группы конкурентным преимуществом является достаточно высокий уровень когнитивного и интеллектуального потенциалов, которые отчасти компенсируют невысокое физическое и психическое здоровье. Показано, что по сравнению с другими рассматриваемыми по возрасту группами «проигрыш» в материальном плане незначителен, а «проигрыша» в производительности труда вообще не наблюдалось.

Ключевые слова: население старшего возраста, здоровье, социальная активность, потребность в достижении.

Актуальность исследования

Согласно данным Всемирной организации здравоохранения, в мире к 2050 году прогнозируется рост численности населения в возрасте от 60 лет и старше до 2,03 млрд человек¹. Ее увеличение приводит к необходимости обратить более пристальное внимание на проблемы, к которым относят невысокий уровень включенности в общественную жизнь, низкий уровень материального обеспечения, ухудшение состояния здоровья². В последней группе проблем — рост доли населения старших возрастов с различного рода нарушениями, например соматическими, функциональными, психическими или когнитивными расстройствами [1].

Несмотря на обозначенные проблемы, население старшего возраста обладает значительным ресурсом: высоким образовательным и квалификационным уровнем, а также профессиональным и жизненным опытом. Для эффективного использования потенциала необходимо создавать условия для увеличения востребованности людей старших возрастов в обществе и экономике, содействия их активному долголетию [2, с. 5].

¹ Report on Ageing and Health. Geneva: World Health Organization. 2015. 260 p.

² Global Age Watch Index 2015 Insight report. London: HelpAge International, 2015. 25 p.

В 1982 году Генеральной Ассамблеей ООН была разработана политика в отношении лиц старшего возраста, направленная на формирование возможностей для их самореализации путем привлечения к участию в различных сферах общественной жизни [3, с. 49]. Схожие по своему содержанию положения можно встретить в различных программах, например, таких как «Общество для всех возрастов» («Society for all ages»³) или «Активное старение» («Active ageing»⁴). Ключевые положения этих программ связаны с улучшением качества жизни населения старших возрастов, повышением социальной активности [4; 5] и предполагают как реализацию мер по поддержанию здоровья, так и поощрение участия населения старших возрастов в общественной и культурной жизни, а также меры по расширению их прав и возможностей (Мадридский международный план действий по проблемам старения, 2002⁵).

³ Building a Society for All Ages: Official Report / Presented to Parliament by the Secretary of State for Work and Pensions. July 2009. Available at: https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/238574/7655.pdf

⁴ Active aging. Geneva: World Health Organization, 2002. 57 p.

⁵ Мадридский международный план действий по проблемам старения 2002 года. Принят второй Всемирной ассамблеей по проблемам старения, Мадрид, 8–12 апреля 2002 года.

Аналогичные по своему содержанию положения находят отражение и в российской институциональной среде. Примером является Стратегия действий в интересах граждан старшего поколения в Российской Федерации до 2025 года, в плане реализации которой на 2016–2020 гг. были предусмотрены пункты об активном вовлечении лиц старшего возраста в общественную жизнь.

О возможности реализации таких шагов свидетельствуют, например, имеющиеся данные социологического исследования Фонда «Общественное мнение», в соответствии с которыми почти каждый третий в группе старше 50 лет участвует в добровольческих практиках⁶, что является одной из форм социальной активности [6, с. 50]. В то же время, по данным Института социологии РАН, примерно 12–13% россиян социально исключены [7], а в условиях демографического старения подобным рискам подвергается все большая часть населения старших возрастов – до четверти населения по официальным статистическим данным.

Среди отдельных последствий социальной изоляции, по результатам исследований британских ученых (Э. Стептоу, А. Шанкар и др.), – одинокая старость, повышенные риски смерти (на 26% чаще по сравнению с людьми, продолжающими вести активную жизнь) [8]. Схожие выводы представлены и в более ранних работах (например, [9; 10; 11]), содержащих аргументы в пользу статистически значимой связи социальной активности с заболеваемостью и смертностью. В свою очередь повышение уровня социальной активности и улучшение качества социальных отношений между индивидами и группами населения может приводить к увеличению положительного эффекта от программ по улучшению общественного здоровья [11].

Обозначенные выше аспекты актуализируют необходимость исследовать, как состояние здоровья населения (в т. ч. в старших возрастах) влияет на социальную активность.

⁶ Отчет по проекту Фонда общественного мнения «Ресурс добровольческого движения авангардных групп для российской модернизации». URL: http://soc.fom.ru/uploads/files/dobrovolchestvo/Otchet_dobrovolchestvo.pdf (дата обращения 20.01.2020).

Обзор исследований по проблеме

Представители разных теоретических направлений определяют социальную активность по-разному в зависимости от целей и задач той или иной науки [12], что определяет и разнообразие подходов к изучению данного феномена. С социологической точки зрения социальная активность характеризуется через «самодеятельность, которая проявляется в различных сферах жизни» (экономической, в т. ч. трудовой, культурной и др. [13]). В качестве субъекта действий могут выступать индивид, социальная группа и общество в целом, а в качестве результатов – групповые и общесоциальные эффекты⁷. С позиций психологического подхода сделан акцент на «индивидуальных или групповых действиях, которые способствуют изменению «социального Я», места человека в обществе» [14; 15]. Еще один подход, представленный в научной литературе, – деятельностный – предполагает учет «совокупности форм деятельности, позволяющих решить задачи, стоящие перед обществом, социальной группой в данный исторический период»⁸. Подчеркивается, что социальная активность приводит к изменениям не только внешней среды, но и социальных характеристик индивида. При этом зачастую речь идет о потенциале субъекта, о степени сформированности и реализации тех или иных социально значимых качеств.

Помимо обозначенных, распространение получил подход, связанный со всеми проявлениями деятельности, обуславливающими включенность человека в социальные отношения, вне зависимости от степени их осознанности и направленности. В другом, напротив, акцент был сделан на осознанном отношении личности к окружающей социальной действительности, с которой связана ее деятельность [16]. В последнем случае, наряду с обозначенным, речь идет о таких аспектах, как самодвижение, саморегулирование и саморазвитие [17]. Среди примеров формулировок в рамках пер-

⁷ Кравченко С.А. Социологический энциклопедический русско-английский словарь. М.: Астрель; АСТ; Транзиткнига, 2004. 501 с.

⁸ Социологический энциклопедический словарь: на рус., англ., нем., франц. и чеш. языках / ред.-коорд. акад. РАН Г.В. Осипов. М.: НОРМА, 1998. С. 10.

вого подхода те, в которых социальная активность определяется как «любая деятельность» (Ю.И. Быков, В.Н. Вьюжанин, Г.С. Григорьев), в рамках второго — как «особая форма проявления деятельности» (Г.С. Арефьева, В.Д. Шапиро) [18]. Мы придерживаемся положений второго подхода, поскольку считаем неправомерным отождествление социальной активности с деятельностью. Соответственно, разделяем позицию тех исследователей, которые социальную активность характеризуют аналогичным образом, например, как высшую форму человеческой активности, как способность действовать осознанно [19], не только приспосабливаться к окружающей действительности, но и изменять ее, а также себя⁹.

Принимая во внимание отмеченное, подчеркнем те характеристики, которые, так или иначе, фигурируют в различных определениях социальной активности. Среди них *самодетерминированность*, выраженная как осознанное, внутреннее побуждение к такой активности; *включенность в социальное взаимодействие*, проявляющаяся не только в осознании взаимосвязи с социумом, но и конструировании способов взаимодействия с ним; просоциальность, предполагающая преобразование как социума, так и личности [20].

Наряду с понятием социальной активности речь заходит и о ее типах, что в свою очередь может расширять содержание последней. Среди критериев для их выделения такие как длительность, широта охвата, источник инициативы, сфера реализации, субъект [21; 22]. Распространение получает общая и поисковая активность (в рамках психологического подхода)¹⁰ — первая связана с темпераментом человека и предполагает его активность/пассивность от природы, вторая — с направленностью на изменение существующей ситуации и отношением к ней, при этом не всегда имеется прогноз результатов такой активности¹¹. Типы социальной активности определяют и в

⁹ Энциклопедический словарь. СПб.: Брокгауз-Ефрон, 1890. С. 7.

¹⁰ Шукина Г.И. Активизация познавательной деятельности в учебном процессе: учеб. пособие для студ. пед. институтов. М.: Просвещение, 1979. С. 34.

¹¹ Башаев Н.Н. Роль физического воспитания в формировании социальной активности социальной активности студентов: дис. ... канд. пед. наук. Л., 1979.

зависимости от этапов социализации: в рамках первичной предполагается «подтягивание различных уровней социального и когнитивного развития» [23; 24], а в рамках вторичной — поддержание здоровья и других параметров у населения старших возрастов [25]. Актуальность рассмотрения социальной активности в таком разрезе объясняется сохранением дискуссионных вопросов. Это касается, например, отсутствия однозначных результатов в отношении доказательства прямой связи между когнитивными аспектами и социальной активностью на этапе вторичной социализации [26].

Социальную активность выделяют и по таким критериям, как сфера реализации, обращая внимание на волонтерскую, творческую [26; 27; 28], социально-политическую активность (включенность в различного рода организации — партию, профсоюз, советы) [29] и др. В этом ряду одним из важнейших типов является социальная активность населения на рынке труда, связанная с трудоустройством, основной и дополнительной занятостью работников предприятий, ростом их квалификации и др. Посредством такой активности создаются предпосылки для сокращения безработицы, социальных различий, бедности, для повышения уровня и качества жизни разных групп населения, формирования более справедливого в социальном отношении общества [30]. Трудовую активность рассматривают с точки зрения реализации трудового потенциала. Она зависит не только от накопленного запаса знаний, умений и навыков, но и от условий, созданных для их воплощения в ходе трудовой деятельности, для повышения эффективности труда работников [31].

Эволюционный подход к вопросу трудовой активности позволяет выделить несколько этапов, в рамках которых не только наблюдается интерес к этому вопросу, но и обращается внимание на различные акцентировки трудовой активности. В частности, в 20–30-х гг. XX века внимание исследователей было сосредоточено на изучении факторов макроуровня, оказывающих влияние на трудовую активность работников; в 1960–1980-х гг., напротив, затрагивались реальные проблемы трудовой активности в области трудовых отношений как таковых, а также вопросы мотивации такой активности;

в 1990-е гг. акцент был сделан на исследовании трудовой активности и мотивации на приватизированных предприятиях, предпринимательства. Начиная с 2000-х гг. активно формируются новые направления, связанные с изучением социальной активности на рынке труда, в т. ч. такие как экономическая социология, социология рынков, социология рынка труда [30, с. 11–13].

В исследованиях по данной тематике затрагиваются вопросы трудовой активности различных групп населения, например молодежи, а также населения старших возрастов. Место и роль последнего в российском обществе, влияние его социально-демографических характеристик на участие в трудовой и общественной активности, концепции социального поведения личности в старшем возрасте проанализированы в работах [32, 33] и др.; факторы социального самочувствия населения старших возрастов, проблемы активизации их поведения рассмотрены А.В. Дмитриевым, Н.Г. Ковалевой [34; 35] и др.

В научной литературе актуальными остаются вопросы, связанные с ростом частоты заболеваний у людей старших возрастов, снижением их профессионального и социального статуса, что может приводить к депрессивным состояниям [36], негативно отражающимся на трудоспособности и в целом на социальной активности. Увеличение проблем со здоровьем, связанное с возникновением и развитием целого ряда функциональных ограничений, помимо обозначенного выше, приводит к тому, что у отдельных групп населения может утрачиваться мобильность, снижаться качество жизни [37; 38], удовлетворенность им [39], могут негативно изменяться социальное благополучие и социальная активность [40].

Ухудшение состояния здоровья у людей старших возрастов может негативно влиять на трудовую и социальную активность. Тем не менее у них сохраняется интеллектуальный потенциал, компетентность и работоспособность, которые, напротив, оказывают положительное воздействие [41]. А в условиях организации непрерывного обучения на протяжении всей жизни у этой группы населения появляется больше возможностей для адаптации к происходящим изменениям, участия в общественном разви-

тии. В свою очередь осуществление трудовой активности позволяет населению старших возрастов материально обеспечить себя, увеличивает ощущение безопасности и удовлетворенности от результатов своего труда [42].

Несмотря на наличие исследований по данному направлению, анализ научных источников позволяет сделать вывод о недостаточности работ, посвященных вопросам социального самочувствия людей старших возрастов, рассмотрению их не как объектов социальной защиты, а как субъектов социальной активности, изучению методов повышения такой активности [43]. Речь идет и об отсутствии однозначного понимания того, как изменяется эта активность у населения старших возрастов, какие формы она принимает [44, с. 264]. Учитывая обозначенное выше, в исследовании будет обращено внимание на анализ аспектов, связанных с состоянием здоровья, когнитивным потенциалом и другими качественными характеристиками населения старших возрастов и их влиянием на социальную активность.

Цель, задачи, характеристика информационной базы исследования

Цель заключается в анализе влияния состояния здоровья населения старших возрастов на социальную активность.

Задачи:

– исследование самооценки состояния здоровья и частоты проявления недомоганий различной степени тяжести в разрезе выделенных социально-демографических групп населения;

– исследование влияния состояния здоровья населения на интегральные индексы социальной активности и качественных характеристик населения;

– исследование влияния отдельных составляющих интегрального индекса качественных характеристик населения (в т. ч. физического и психического здоровья) на социальную активность в разрезе возрастных групп населения;

– исследование влияния состояния здоровья на отдельные характеристики использования накопленного потенциала (в т. ч. производительность и оплату труда), а также причин опасений потери работы в возрастных группах с различной самооценкой здоровья.

Информационную базу составили данные очередного этапа мониторинга качества трудового потенциала населения Вологодской области, проведенного ФГБУН ВолНЦ РАН в 2018 году. Выборка квотная с пропорциональным размещением единиц наблюдения, ее объем — 1500 чел. трудоспособного возраста (мужчины 16–59 лет; женщины 16–54 лет) в Вологде и Череповце и восьми районах области. Репрезентативность выборки обеспечена соблюдением пропорций между городским и сельским населением, между жителями населенных пунктов различных типов (сельские населенные пункты, малые и средние города), половозрастной структуры взрослого населения области, а также пропорций между занятым, безработным (зарегистрированным на бирже труда) и экономически неактивным населением (студенты, учащиеся, домохозяйки и другие неработающие). Величина случайной ошибки выборки — 3–4% при доверительном интервале 4–5%. Метод опроса — анкетирование по месту жительства респондентов. Обработка анкет проведена в программе SPSS (Statistical Package for the Social Sciences).

Методические аспекты исследования

Обращая внимание на методические аспекты исследования, с опорой на которые осуществлялось решение поставленных задач, подчеркнем два аспекта, имеющих отношение к *оценке состояния здоровья и социальной активности соответственно*.

В рамках первого отметим, что для *оценки состояния здоровья* в работе применялись отдельные *показатели самооценки здоровья и частоты заболеваний различной степени тяжести* (в анкету не были включены вопросы про *какие-либо конкретные заболевания*), а также *интегральные индексы физического и психического здоровья*. Последние используются исследователями ФГБУН ВолНЦ РАН в рамках интегральной методики оценки качественных характеристик населения.

Обращая внимание на вопрос о применении отдельных показателей для оценки состояния здоровья в научной литературе, отметим, что он и в настоящее время является дискуссионным и требующим обоснований (Currie, Madrian, 1999). Например, приводятся доводы как «за», так и «против» самооценки состояния

здоровья. Среди последних — *аргументы об отсутствии 100%-х корреляций с реальным состоянием здоровья вследствие возникновения ошибок измерения*. Вынужденные меньше работать склонны к более критичным оценкам своего здоровья; индивиды с более высоким уровнем дохода, имеющие возможность регулярного медицинского обслуживания с высокой выявляемостью заболеваний, также, скорее всего, будут более критичны в оценках. Помимо этого, на самооценки состояния здоровья может оказывать влияние гендерный фактор. Обозначенные аспекты необходимо учитывать в случае использования данного показателя, в частности при интерпретации полученных результатов. Среди первых — *аргументы в пользу того, что самооценка коррелирует с состоянием здоровья по медицинским показателям* [45] и в ряде случаев (например, при нахождении вероятности летального исхода) является «надежным» индикатором наряду с объективными показателями. Среди отечественных исследователей схожей позиции придерживается, например, академик РАН, доктор социологических и медицинских наук А.В. Решетников [46]. Он отмечает, что оценка респондентами своего здоровья близка к объективной и в 70–80% случаев соответствует данным медицинских карт. Отметим, что в зависимости от целей исследования могут применяться различные индикаторы (например, наличие хронических и других заболеваний, наличие каких-либо ограничений в работе из-за состояния здоровья и др.). Тем не менее наиболее употребимы параметры, связанные с самооценкой состояния здоровья и заболеваемостью, которые будут использованы и в нашем случае.

Как уже было отмечено выше, в исследовании наряду с отдельными показателями применялись и интегральные индексы физического и психического здоровья, которые используются сотрудниками ФГБУН ВолНЦ РАН для анализа качества трудового потенциала населения. Анализ последнего проводится на основе концепции качественных характеристик населения с многоуровневой системой компонентов трудового потенциала. Нижний (первый) уровень характеризует человека, учитывая его естественно-природную основу (физическое здоровье, психическое здоровье, знания и кре-

ативность) и включенность в общественные отношения (коммуникабельность, нравственность, социальные притязания, культура). На промежуточном (втором) уровне характеристики обобщаются до четырех групп базовых качеств: психофизиологические и интеллектуальные, а также коммуникативные характеристики и социальная активность, на третьем уровне — до двух компонентов (энергетического и социально-психологического потенциалов). Интегральное качество трудового потенциала — социальная дееспособность — представляет совокупность свойств, определяющих результативность трудовой деятельности в конкретных социальных условиях [47, с. 730].

Учитывая содержательные положения данной концепции, а также цель и задачи исследования, в нашей работе особое внимание было уделено индексам¹² физического и психического здоровья населения. Первый индекс рассчитывался как среднее арифметическое трех частных индексов, характеризующих тяжесть и частоту заболеваемости; влияние здоровья на результативность выполняемых жизненных функций; самооценку респондентами своего здоровья. Второй индекс, характеризующий способность психики воспринимать внешние стрессовые воздействия без деформаций, рассчитывался с использованием шкалы Лайкерта, состоящей из утверждений с рейтинговыми шкалами оценивания в зависимости от степени согласия испытуемого с предложенными вариантами ответов [48, с. 23–24].

¹² Помимо обозначенных двух индексов (физического и психического здоровья), в работе использовались индексы когнитивного и творческого потенциалов населения. Когнитивный потенциал (эрудиция) — сумма знаний об окружающем мире, измеряется с использованием двух шкал. Одна из них характеризует деятельность респондента, направленную на постоянное пополнение знаний обо всех окружающих его сферах жизни общества. Вторая шкала дополняет первую и характеризует отношение в обществе к знаниям, она представляет собой десять суждений о знаниях, половина из которых — положительные, вторая половина — отрицательные. Индекс когнитивного потенциала рассчитывается как среднее арифметическое индексов по каждой из двух шкал. Оценка творческого потенциала также проводится с использованием двух шкал, одна из которых характеризует респондента с позиции творческой деятельности — как в профессиональной сфере, так и в быту, а другая — отношение респондента к творчеству. Общий индекс творческого потенциала рассчитывается как среднее арифметическое индексов по этим двум шкалам.

В рамках второго аспекта исследования, связанного с оценкой социальной активности, также применялся индексный метод. Индекс социальной активности рассчитывался как среднее геометрическое индексов нравственности и потребности в достижении. Общий индекс нравственности оценивался с использованием двух шкал как среднее арифметическое индексов нравственного чувства и нравственных ценностей, первый из которых характеризовал отношение к нарушению общепризнанных норм, а второй — систему нравственных ценностей индивида. В свою очередь потребность в достижении анализировалась с помощью оценки респондентами своих жизненных планов, связанных с повышением социального статуса [48, с. 25–26].

Помимо социальной активности как таковой, в исследовании обращалось внимание на трудовую активность как один из типов социальной. Среди параметров, которые учитывались нами при проведении анализа, — балльные оценки работниками средней производительности труда в разрезе групп, выделенных по возрасту и состоянию здоровья; среднемесячная заработная плата за последние 12 месяцев; наличие/отсутствие опасений потери работы, а также причины таких опасений. Помимо этого нами учитывались параметры, связанные с отдельными качественными характеристиками населения, которые суммарно характеризуют накопленный потенциал и могут оказывать воздействие на трудовую активность.

Результаты анализа

Первым этапом при анализе влияния состояния здоровья на социальную активность стало исследование самооценки состояния здоровья, в т. ч. в разрезе социально-демографических групп населения. Вследствие немногочисленности крайних групп, отличающихся по состоянию здоровья, было принято решение об их укрупнении, о суммарном учете населения с «отличным» и «хорошим» здоровьем, а также с «плохим» и «очень плохим». По аналогичной причине суммарно рассматривались и крайние группы по образованию, уровню доходов и другим признакам.

Возвращаясь к результатам самооценки состояния здоровья в разрезе выделенных социально-демографических групп, отметим, что мужчины склонны несколько чаще характери-

зывать свое здоровье как отличное и хорошее и, напротив, реже давать удовлетворительные оценки по сравнению с женщинами. В группе населения старше 50 лет более 60% отзывались удовлетворительно о своем здоровье, тогда как

только чуть больше 20% – отлично и хорошо. Иная ситуация сложилась в полярной группе – 70% отмечали, что обладают отличным и хорошим здоровьем, в то время как почти каждый четвертый – удовлетворительным (табл. 1).

Таблица 1. Самооценка состояния здоровья работающих респондентов в зависимости от разных признаков в Вологодской области, % от числа ответивших

Социально-демографические группы работающих респондентов		Оцените, в общем и целом, состояние своего здоровья		
		Отличное; хорошее	Удовлетворительное	Плохое; очень плохое
Численность категории, чел.		556	534	68
Пол	Мужской	50,2	43,7	6,1
	Женский	45,4	49,0	5,6
Возраст	до 29 лет	70,8	27,5	1,7
	30–49 лет	49,1	46,6	4,3
	50 лет и старше	22,3	63,2	14,5
Образование	Неполное среднее; средняя школа, в т. ч. ПТУ со средним образованием	40,0	51,4	8,7
	Среднее специальное образование (техникум и др.)	48,9	45,6	5,5
	Незаконченное высшее (не менее 3 курсов вуза); высшее	56,6	40,4	3,0
Семейное положение	Состою в зарегистрированном браке и проживаю совместно с мужем (женой)	46,5	48,5	5,1
	Не состою в зарегистрированном браке, но проживаю совместно с мужем (женой)	54,8	41,3	3,8
	Не состою в зарегистрированном браке и не проживаю совместно с мужем (женой), (разведен(а)); состою в зарегистрированном браке и не проживаю совместно с мужем (женой)	38,2	48,8	13,0
	Не замужем (холост)	58,8	37,4	3,7
	Вдова (-ец)	35,3	50,0	14,7
Покупательная способность доходов*	Денег вполне достаточно, чтобы ни в чем себе не отказывать; покупка большинства товаров длительного пользования (холодильник, телевизор) не вызывает у нас трудностей, однако покупка автомашины сейчас недоступна	65,1	30,2	4,8
	Денег достаточно для приобретения необходимых продуктов и одежды, однако более крупные покупки приходится откладывать на потом	52,5	43,5	4,0
	Денег хватает только на приобретение продуктов питания; денег не хватает даже на приобретение продуктов питания, приходится влезать в долги	33,2	56,7	10,0
Социальная самоидентификация**	Богатые; люди среднего достатка	57,7	39,2	3,1
	Бедные; нищие	39,7	51,7	8,6
Трудовая занятость	Работаю только на основной работе	49,4	45,4	5,2
	Имею основную и дополнительную работу	43,2	49,6	7,2
	Сочетаю основную работу со случайными приработками	40,9	50,0	9,1
	Не имею основной работы, перебиваюсь случайными приработками	48,1	44,3	7,6
	Не работаю (в том числе в отпуске по уходу за ребенком и т.п.)	49,4	45,4	5,2

* Формулировка вопроса: «Какая из приведенных ниже оценок наиболее точно характеризует Ваши денежные доходы?»
 ** Формулировка вопроса: «К какой категории Вы себя относите?»
 Источник: данные мониторинга качества трудового потенциала населения Вологодской области, ФГБУН ВолНЦ РАН, 2018 г.

Самооценка состояния здоровья различается и по другим признакам, например в зависимости от образовательного уровня. У обладателей неполного среднего и среднего образования практически в половине случаев удовлетворительное состояние здоровья, а в 40% – хорошее и отличное, в то время как среди населения с высшим и неполным высшим образованием наблюдается противоположная ситуация.

В разрезе семейного положения также видна разница: среди разведенных, а также вдов (вдовцов) меньше всего высоко оценивающих свое здоровье, тогда как среди незамужних (холостых) и не состоящих в зарегистрированном браке более чем в половине случаев – отличное и хорошее здоровье.

В полярных по покупательной способности доходов группах наблюдаются и различия по состоянию здоровья. Не удивителен факт, что среди привыкших ни в чем себе не отказывать отличные и хорошие оценки встречаются более чем в 60% случаев, в то время как удовлетворительные – у каждого третьего. Если же рассматривать группу населения, ориентированную преимущественно на приобретение продуктов питания, то в ней лишь каждый третий обладает отличным и хорошим здоровьем.

В зависимости от характера трудовой занятости – среди неработающих, перебивающихся случайными приработками, а также имеющих

только основное рабочее место, практически в половине случаев встречаются отличные и хорошие оценки состояния здоровья. В остальных группах, выделенных по данному признаку, подобные оценки распространены несколько реже.

О состоянии здоровья косвенно может свидетельствовать частота заболеваний, которая анализировалась в разрезе возрастных групп. У работающих респондентов старше 50 лет по сравнению с молодежью чаще распространены незначительные недомогания (38% против 19), а также болезни, приводящие к потере способности работать. Только у каждого третьего (36%) в старшем возрасте никогда не возникало болезней, приводящих к неспособности работать, в то время как среди молодых людей таких оказалось больше половины (табл. 2).

Одна из задач исследования состояла в анализе влияния состояния здоровья на интегральные показатели, характеризующие социальную активность и качественные характеристики населения¹³. Полученные результаты свидетельствуют в первую очередь о том, что ниже всего значения этих интегральных индексов были именно в старшем возрасте (0,650 и 0,563 ед. соответственно), тогда как у работающей молодежи наблюдалась противоположная ситуация (0,723 и 0,688 ед.; табл. 3).

Таблица 2. Частота заболеваний различной степени тяжести среди работающего населения Вологодской области, % от числа ответивших

Возрастная группа	Частота заболеваний			
	очень часто	довольно часто	раз в год и реже	никогда
Недомогания, снижающие возможность нормально работать, однако не требующие больничного листа				
до 29 лет	3,8	19,2	45,4	31,7
30–50 лет	6,8	27,1	41,4	24,7
старше 50 лет	10,7	38,4	33,5	17,4
Болезни, приводящие к потере способности работать на производстве, учиться, но не лишающие возможности заниматься самообслуживанием, делать домашние дела, готовить пищу				
до 29 лет	1,7	5,4	38,3	54,6
30–50 лет	2,4	12,0	36,7	49,0
старше 50 лет	3,3	16,5	44,2	36,0
Источник: данные мониторинга качества трудового потенциала населения Вологодской области, ФГБУН ВолНЦ РАН, 2018 г.				

¹³ Отметим, что качество накопленного потенциала исследовалось с использованием интегрального показателя «потребность в достижении».

Таблица 3. Средние значения индексов социальной активности и потребности в достижениях среди работающего населения с различной самооценкой здоровья в Вологодской области

Работающее население	Среднее значение индекса социальной активности, ед.			Среднее значение индекса потребности в достижении, ед.		
	до 29 лет	30–50 лет	50 лет и старше	до 29 лет	30–50 лет	50 лет и старше
В среднем среди работающего населения	0,723	0,703	0,650	0,688	0,653	0,563
Оцените, в общем и целом, состояние своего здоровья						
Отличное; хорошее	0,741	0,738	0,681	0,701	0,692	0,603
Удовлетворительное	0,676	0,673	0,648	0,650	0,620	0,562
Плохое; очень плохое	0,710	0,607	0,609	0,724	0,559	0,503
Примечание: индекс социальной активности входит в состав индекса потребности в достижении.						
Источник: данные мониторинга качества трудового потенциала населения Вологодской области, ФГБУН ВолНЦ РАН, 2018 г.						

Если помимо обозначенного принимать во внимание состояние здоровья¹⁴, то получается, что у работающих старшего возраста с плохим и очень плохим здоровьем значения индексов социальной активности и потребности в достижениях ниже, чем в среднем по данной возрастной группе (0,609 ед. против 0,650 и 0,503 ед. против 0,563 соответственно). В двух оставшихся возрастных группах значения индексов несильно различаются не только у их представителей с отличным и хорошим здоровьем, но и с удовлетворительным. Однако в случае, когда речь идет о полярных по возрасту группах с плохим и очень плохим состоянием здоровья, наблюдалась наибольшая разница в значениях индексов.

Отметим, что в работе рассматривалось влияние состояния здоровья населения не только на социальную активность и потребность в достижении, но и, например, на когнитивный и творческий потенциал.

В таблице ниже приведены средние значения индекса социальной активности в каждой возрастной группе для различных комбинаций значений индекса физического здоровья (высокое и низкое) с учетом психического здоровья, когнитивного и творческого потенциалов. Выявлено, что наименьшая разница в значениях индекса социальной активности, принимая во внимание физическое и психическое здоровье, а также когнитивный и творческий потенциалы, достигается в старшей возрастной

Таблица 4. Средние значение индекса социальной активности в каждой группе населения в Вологодской области

	Индекс социальной активности: среднее значение (ед.)											
	до 29 лет			30–50 лет			50 лет и старше			в целом по всем возрастам		
	ФЗ* ниже меди- анного	ФЗ выше меди- анного	сред- нее	ФЗ ниже меди- анного	ФЗ выше меди- анного	сред- нее	ФЗ ниже меди- анного	ФЗ выше меди- анного	сред- нее	ФЗ* ниже меди- анного	ФЗ выше меди- анного	сред- нее
В среднем среди работающих	0,680	0,743	0,722	0,674	0,735	0,703	0,639	0,683	0,650	0,664	0,732	0,696
Психическое здоровье												
ниже медианного	0,692	0,737	0,712	0,666	0,713	0,682	0,638	0,687	0,649	0,661	0,714	0,678
выше медианного	0,663	0,745	0,728	0,686	0,747	0,722	0,640	0,680	0,651	0,669	0,741	0,712
Когнитивный потенциал												
ниже медианного	0,615	0,688	0,663	0,634	0,702	0,660	0,608	0,612	0,608	0,624	0,689	0,650
выше медианного	0,756	0,800	0,786	0,735	0,760	0,749	0,686	0,730	0,700	0,724	0,768	0,747
Творческий потенциал												
ниже медианного	0,613	0,707	0,677	0,638	0,703	0,664	0,620	0,620	0,620	0,630	0,695	0,657
выше медианного	0,738	0,779	0,765	0,719	0,758	0,740	0,663	0,739	0,684	0,706	0,762	0,734
* ФЗ – индекс физического здоровья.												
Источник: данные мониторинга качества трудового потенциала населения Вологодской области, ФГБУН ВолНЦ РАН, 2018 г.												

¹⁴ Полярные группы по состоянию здоровья образуются суммированием двух позиций: в первом случае «отличное» и «хорошее», во втором – «плохое» и «очень плохое».

группе. Такие результаты, например, были получены при сопоставлении средних значений социальной активности в группах населения с психическим здоровьем ниже и выше медианного (различия в социальной активности в обозначенных группах достигают 0,002 ед. — у населения старшего возраста против 0,016 ед. — у молодежи). Аналогичная ситуация складывалась и по творчеству — в старшей возрастной группе разница между средними значениями социальной активности в группах с творческим потенциалом выше и ниже медианного достигала 0,064 ед., тогда как среди молодежи была несколько выше — 0,088 ед. (табл. 4).

Ожидаемым был результат, когда наибольшие значения индекса социальной активности достигались в группах, в которых одновременно выполнялись два условия: были выше медианного как значения индекса физического здоровья, так и других индексов (психического здоровья, когнитивного и творческого потенциалов), имеющих отношение к социальной дееспособности. В тех же ситуациях, когда первое из обозначенных условий соблюдалось, а второе нет (обозначенные индексы социальной дееспособности были ниже медианного), социальная активность оказалась ниже, чем при одновременном их выполнении. Самых минимальных значений социальная активность достигала, если значения индекса физического здоровья и других составляющих социальной дееспособности были ниже медианных.

Еще одна интересная особенность, выявленная в ходе анализа, состояла в том, что во всех выделенных нами возрастных группах значения индекса социальной активности были выше, когда показатели когнитивного и творческого потенциалов превосходили медианный уровень, а показатели физического здоровья, напротив, его не достигали, в то время как в противоположной ситуации значения индекса социальной активности были ниже. Это может свидетельствовать о важной роли когнитивных и творческих аспектов в достижении высокого уровня социальной активности.

Последняя задача исследования заключалась в анализе влияния состояния здоровья на отдельные характеристики использования накопленного потенциала (в т. ч. производительность и оплату труда). Было выявлено, что вне зависимости от состояния здоровья в разрезе рассматриваемых возрастных групп наибольшие значения средней производительности труда наблюдались у населения старших возрастов. Среднемесячная заработная плата у респондентов старшей возрастной группы с отличным и хорошим здоровьем оказывается сопоставима с заработной платой населения среднего возраста, имеющего аналогичное здоровье (26,9 и 27,0 тыс. рублей). А заработная плата у населения старшего возраста с удовлетворительным здоровьем соразмерна заработной плате молодежи, обладающей аналогичным состоянием здоровья (табл. 5).

Таблица 5. Показатели трудовой активности в группах респондентов с различной самооценкой здоровья в Вологодской области

		Среднее в возрасте	Оцените, в общем и целом, состояние своего здоровья		
			Отличное; хорошее	Удовлетворительное	Плохое; очень плохое
Численность категории, чел.	до 29 лет	241	170	66	4
	30–50 лет	678	332	315	29
	старше 50 лет	243	54	153	35
Средняя производительность труда, баллов					
до 29 лет		8,0	8,3	7,5	7,0
30–50 лет		8,2	8,5	7,9	6,6
старше 50 лет		8,1	8,8	8,0	7,7
Среднемесячная заработная плата за предыдущие 12 месяцев, тыс. рублей					
до 29 лет		22,3	23,5	19,6	20,5
30–50 лет		23,5	27,0	20,7	15,2
старше 50 лет		21,1	26,9	19,4	19,4
Физическое здоровье, среднее значение, ед.					
до 29 лет		0,794	0,850	0,674	0,431
30–50 лет		0,737	0,827	0,664	0,506
старше 50 лет		0,673	0,815	0,665	0,488

Окончание таблицы 5

	Среднее в возрасте	Оцените, в общем и целом, состояние своего здоровья		
		Отличное; хорошее	Удовлетворительное	Плохое; очень плохое
Психическое здоровье, среднее значение, ед.				
до 29 лет	0,849	0,874	0,795	0,763
30–50 лет	0,786	0,825	0,759	0,638
старше 50 лет	0,749	0,765	0,750	0,718
Когнитивный потенциал, среднее значение, ед.				
до 29 лет	0,597	0,602	0,582	0,639
30–50 лет	0,606	0,627	0,590	0,540
старше 50 лет	0,595	0,643	0,586	0,566
Творческий потенциал, среднее значение, ед.				
до 29 лет	0,568	0,565	0,573	0,628
30–50 лет	0,560	0,579	0,546	0,491
старше 50 лет	0,552	0,566	0,552	0,536
Коммуникабельность, среднее значение, ед.				
до 29 лет	0,755	0,763	0,737	0,677
30–50 лет	0,740	0,764	0,720	0,700
старше 50 лет	0,739	0,708	0,754	0,715
Культурный уровень, среднее значение, ед.				
до 29 лет	0,692	0,717	0,627	0,592
30–50 лет	0,691	0,736	0,655	0,587
старше 50 лет	0,663	0,697	0,656	0,642
Нравственный уровень, среднее значение, ед.				
до 29 лет	0,769	0,792	0,712	0,698
30–50 лет	0,769	0,798	0,747	0,676
старше 50 лет	0,770	0,790	0,766	0,757
Потребность в достижении, среднее значение, ед.				
до 29 лет	0,688	0,701	0,650	0,724
30–50 лет	0,653	0,692	0,620	0,559
старше 50 лет	0,563	0,603	0,562	0,503
Психофизический потенциал, среднее значение, ед.				
до 29 лет	0,818	0,859	0,728	0,567
30–50 лет	0,757	0,822	0,706	0,565
старше 50 лет	0,703	0,785	0,701	0,588
Интеллектуальный потенциал, среднее значение, ед.				
до 29 лет	0,579	0,580	0,574	0,631
30–50 лет	0,578	0,598	0,564	0,513
старше 50 лет	0,570	0,599	0,565	0,548
Коммуникативный потенциал, среднее значение, ед.				
до 29 лет	0,716	0,733	0,674	0,628
30–50 лет	0,709	0,743	0,681	0,636
старше 50 лет	0,693	0,695	0,697	0,669
Социальная активность, среднее значение, ед.				
до 29 лет	0,723	0,741	0,676	0,710
30–50 лет	0,703	0,738	0,673	0,607
старше 50 лет	0,650	0,681	0,648	0,609
Энергетический потенциал, среднее значение, ед.				
до 29 лет	0,684	0,702	0,642	0,595
30–50 лет	0,658	0,697	0,628	0,534
старше 50 лет	0,629	0,681	0,626	0,563
Социально-психологический потенциал, среднее значение, ед.				
до 29 лет	0,717	0,734	0,672	0,668
30–50 лет	0,704	0,739	0,675	0,619
старше 50 лет	0,669	0,685	0,670	0,636
Дееспособность, среднее значение, ед.				
до 29 лет	0,698	0,716	0,655	0,627
30–50 лет	0,679	0,716	0,649	0,573
старше 50 лет	0,647	0,681	0,646	0,597

Примечание: интегральное качество трудового потенциала – социальная дееспособность – на промежуточном (втором) уровне обобщено до четырех групп базовых качеств: психофизиологические и интеллектуальные, а также коммуникативные характеристики и социальная активность, на третьем уровне – до двух компонентов (энергетического и социально-психологического потенциалов).

Источник: данные мониторинга качества трудового потенциала населения Вологодской области, ФГБУН ВолНЦ РАН, 2018 г.

Реализация потенциала во многом зависит от его накопления, от того, на каком уровне сформированы отдельные составляющие социальной дееспособности. В исследовании нами было определено, что у населения старшего возраста с отличным и хорошим состоянием здоровья наблюдаются наибольшие значения индекса когнитивного и интеллектуального потенциалов по сравнению с респондентами других возрастных групп, обладающих аналогичным здоровьем. В то же время наименьшие значения индексов выявлены по таким составляющим социальной дееспособности, как физическое, психическое здоровье и коммуникабельность.

При рассмотрении группы населения старшего возраста, представители которой оцени-

вают свое здоровье как удовлетворительное, было установлено, что наибольшие значения индексов достигались по когнитивному потенциалу, коммуникабельности, культурному и нравственному уровню, наименьшие – по физическому и психическому здоровью и потребности в достижении.

Состояние здоровья оказывает влияние не только на потенциал, его реализацию и социальную активность, но и на опасение потери работы. В случае отличного и хорошего состояния здоровья вне зависимости от того, к какой возрастной группе относился респондент, в семи из десяти случаев подобные опасения отсутствовали. Однако, например, в группе с плохим и очень плохим здоровьем оказалось меньше тех, кто испытывал аналогичное состояние (табл. 6).

Таблица 6. Распределение ответов на вопрос «Если у Вас есть опасения потерять работу, то какова их основная причина?» в трех возрастных группах среди респондентов с различной самооценкой здоровья в Вологодской области, % от числа опрошенных

Причина опасений	До 29 лет				30–50 лет				Старше 50 лет			
	Среднее в возрасте до 30 лет	Отличное; хорошее	Удовлетворительное	Плохое; очень плохое	Среднее в возрасте 30–50 лет	Отличное; хорошее	Удовлетворительное	Плохое; очень плохое	Среднее в возрасте старше 50 лет	Отличное; хорошее	Удовлетворительное	Плохое; очень плохое
Численность категории, чел.	241	170	66	4	678	332	315	29	243	54	153	35
Экономическое положение предприятия, на котором работаю, неустойчивое	12,4	11,2	15,2	25,0	10,5	8,4	12,7	10,3	9,9	11,1	11,1	2,9
Профсоюз играет все меньшую роль в регулировании трудовых отношений на предприятии	3,3	4,1	1,5	0,0	3,2	3,3	3,2	3,4	4,9	5,6	5,9	0,0
Заканчивается срок действия договора (контракта)	2,9	2,9	3,0	0,0	2,5	2,1	2,9	3,4	2,5	1,9	2,6	2,9
Трудоустроен(а) не по специальности	6,6	4,7	9,1	50,0	3,8	2,1	5,4	6,9	6,6	5,6	8,5	0,0
Квалификация не соответствует выполняемой работе	6,6	5,9	7,6	25,0	2,9	1,2	3,2	20,7	4,5	5,6	4,6	2,9
Ухудшилось состояние здоровья	3,3	2,9	3,0	25,0	6,2	2,7	6,7	41,4	14,4	7,4	13,7	28,6
Плохие отношения с руководством, с коллективом	3,3	1,8	6,1	25,0	4,3	2,4	5,4	10,3	4,5	5,6	3,9	5,7
Слышал(а), что в ближайшее время будут сокращения на предприятиях, на которых трудоустроены члены моей семьи или работаю я	3,7	4,1	3,0	0,0	4,9	3,0	7,0	3,4	5,8	3,7	5,9	8,6
Другое	2,1	2,4	1,5	0,0	1,8	2,1	1,6	0,0	3,3	1,9	2,6	8,6
У меня нет опасений потерять работу	71,0	74,1	63,6	50,0	73,0	79,8	68,9	41,4	65,8	74,1	64,7	57,1

Источник: данные мониторинга качества трудового потенциала населения Вологодской области, ФГБУН ВолНЦ РАН, 2018 г.

Подводя итог, основываясь на данных мониторинга качества трудового потенциала населения Вологодской области за 2018 год, скажем, что у населения старших возрастов в основном наблюдалось удовлетворительное состояние здоровья, что проявлялось как в распространенности незначительных недугов, так и в болезнях, приводящих к невозможности работать.

Обобщая полученные результаты, отметим следующее: новизна исследования заключается в использовании концепции качественных характеристик населения, которая лежит в основе индексного подхода к их анализу, в частности к оценке физического и психического здоровья, а также социальной активности населения. Подобный подход применим для анализа качественных характеристик как населения в целом, так и отдельных групп, например лиц старшего возраста. Использование данного подхода позволило выявить, что принадлежность населения к старшей возрастной группе сопровождалась невысокими значениями индексов потребности в достижении и социальной активности. Плохое и очень плохое состояние здоровья у части населения старшего возраста усиливало негативный эффект, который проявлялся в более низких значениях социальной активности и потребности в достижении (как составляющей социальной активности), чем в среднем по данной возрастной группе.

Определено, что наименьших значений социальная активность достигала в случаях, когда одновременно выполнялись два условия — были ниже медианных как значения индекса физического здоровья, так и, например, индексов когнитивного и творческого потенциалов. В то же время наибольшие значения социальная активность принимала в противоположном случае, когда рассматриваемые индексы оказывались выше медианных значений. В промежуточных ситуациях, если значения одних индексов ниже медианных, а других, напротив, выше, было установлено, что социальная активность выше в случаях, когда показатели когнитивно-

го и творческого потенциалов превосходили медианный уровень, а физического здоровья, напротив, его не достигали. Это косвенно характеризует важную роль когнитивных и творческих аспектов в обеспечении высокой социальной активности, высокого уровня трудового потенциала [49, с. 62].

В статье показано, что население старшего возраста играет важную роль в экономической жизни общества [50, с. 14–15]. Так, у населения старшего возраста с отличным и хорошим состоянием здоровья наблюдаются наибольшие значения индексов когнитивного и интеллектуального потенциалов по сравнению с респондентами других возрастных групп с аналогичным здоровьем. Наименьшие значения индексов выявлены по физическому, психическому здоровью и коммуникабельности. Если рассматривать группу населения старшего возраста с удовлетворительным состоянием здоровья, то закономерны невысокие значения индексов физического и психического здоровья, в то время как наибольшие значения, напротив, достигались по когнитивному потенциалу, коммуникабельности и нравственному уровню. Тем самым можно отметить, что у населения данной возрастной группы конкурентным преимуществом являются достаточно высокий когнитивный и интеллектуальный потенциалы. В таких условиях ожидаемо, что среднемесячная заработная плата у респондентов старшей возрастной группы с удовлетворительным состоянием здоровья оказывается соразмерна заработной плате молодежи с аналогичным состоянием здоровья. В том же случае, когда речь идет о респондентах старшего возраста с отличным и хорошим здоровьем, их заработная плата оказывается соразмерна заработной плате населения среднего возраста. Следовательно, если вести речь о «проигрыше» в материальном плане, то он по сравнению с другими рассматриваемыми группами незначителен. «Проигрыша» в производительности труда вообще не наблюдалось, она являлась наибольшей среди всех групп.

Литература

1. Fernandez-Ballesteros R. Quality of Life in Old Age: problematic issues. *Applied Research in Quality of Life*, 2011, vol. 6 (1), pp. 21–40. DOI: 10.1007/s11482-010-9110-x

2. Потехина И.П., Чижов Д.В. Потенциал старшего поколения как составляющая национального человеческого капитала (по материалам исследования в регионах ЦФО) // Мониторинг общественного мнения: экономические и социальные перемены. 2016. № 2. С. 3–23.
3. Бараненкова Т.А. Старение населения и его социально-экономические последствия // Вестник Института экономики РАН. 2017. № 2. С. 47–64.
4. Gerino E., Marino E. Quality of Life in the Third Age: a Research on Risk and Protective Factors. *Procedia – Social and Behavioral Sciences*, 2015, vol. 187, pp. 217–222. DOI: 10.1016/j.sbspro.2015.03.041
5. Walker A.A. European perspective on quality of life in old age. *European Journal of Ageing*, 2005, vol. 2 (1), pp. 2–13. DOI: 10.1007/s10433-005-0500-0
6. Коган В.З. Человек в потоке информации. Новосибирск: Наука, 1981. 186 с.
7. Модернизация социальной структуры современного российского общества / отв. ред. З.Т. Голенкова. М., 2008.
8. Social isolation, loneliness, and all-cause mortality in older men and women / A. Steptoe et al. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, vol. 110 (15), pp. 5797–5801.
9. Cassell J. The contribution of the social environment to host resistance. *American Journal of Epidemiology*, 1976, vol. 104, pp. 107–123.
10. Cohen S., Syme S.L. *Social support and health*. New York: Academic Press, 1985.
11. House J.S., Landis K.R., Umberson D. Social relationships and health. *Science*, 1988, vol. 241, pp. 540–545.
12. Песоцкая Е.Н. К проблеме построения теоретико-методологических оснований теории социальной активности личности // Вестник Нижегородского университета им. Н.И. Лобачевского. Серия Социальные науки. 2010. № 1 (17). С. 150–157.
13. Фролов Д.Е. Ценностно-оценочная концепция социальной активности личности. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/tsennostno-otsenochnaya-kontseptsiya-sotsialnoy-aktivnosti-lichnosti/viewer> (дата обращения 15.03.2020).
14. Балабанов С.С., Куконков П.И. Метаморфозы социальной активности в реформируемой России // Вестник Нижегородского университета им. Н.И. Лобачевского. Серия: Социальные науки. 2013. № 1 (29). С. 12–16.
15. Купрейченко А.Б. Проблема определения и оценки социальной активности // Психология индивидуальности: материалы IV Всерос. науч. конф. М.: Логос, 2012. С. 181–182.
16. Купрейченко А.Б., Моисеев А.С. Взаимосвязь социальных ценностей и стратегий как элементов социального самоопределения // Материалы V Всерос. науч.-практ. конф. М.: Общероссийская общественная организация «Федерация психологов образования России», 2010. С. 332–333.
17. Палаткина Г.В., Азизова Л.В. Структурные компоненты социальной активности // Теория и практика общественного развития. Педагогические науки. 2012. № 7. С. 85–87.
18. Коморникова О.М. Социальная активность и ценностные ориентации. URL: http://elar.urfu.ru/bitstream/10995/32456/1/klo_2015_30.pdf (дата обращения 15.03.2020).
19. Скалабан И.А. Общественное участие: теория и практика социального конструирования. Новосибирск: НГТУ, 2015. С. 258.
20. Шамионов Р.М. Социальная активность личности и группы: определение, структура и механизмы // Вестник РУДН. Серия: Психология и педагогика 2018. Т. 15. № 4. С. 379–394. DOI: 10.22363/2313-1683-2018-15-4-379-394
21. Сокольников Ю.П. Общая концепция исследования «Диалектика общечеловеческого и национально-особенного в воспитательно-образовательных системах современного общества». Чебоксары: ЧРИО, 1995. 42 с.
22. Фролов Д.Е. Системный анализ социальной деятельности и активности личности (компонентный и структурный аспекты). М., 1984. 179 с.
23. Харланова Е.М. Социальная активность студентов: сущность понятия. URL: http://teoria-practica.ru/rus/files/arhiv_zhurnala/2011/4/pedagogika/harlanova.pdf (дата обращения 18.03.2020).
24. Купрейченко А.Б. Проблема детерминации общественной активности россиян. URL: <https://www.hse.ru/data/2013/04/26/1233212546/%D0%BA%D1%83%D0%BF%D1%80.pdf> (дата обращения 20.03.2020).
25. Шамионов Р.М. Психологические характеристики социальной активности личности // Мир психологии. 2012. № 3. С. 145–154.

26. Карпова Т.П. Социальная активность молодежи: пути ее повышения. URL: https://www.imi-samara.ru/wp-content/uploads/2018/12/%D0%9A%D0%B0%D1%80%D0%BF%D0%BE%D0%B2%D0%B0_81_88.pdf (дата обращения 18.03.2020).
27. Шамионов Р.М., Григорьева М.В. Психология социальной активности молодежи: проблемы и риски. Саратов: Сарат. ун-т, 2012. 384 с.
28. Media and youth participation in social and political activities: Development of a survey instrument and its critical findings / N. Shiratuddin, S. Hassan, M.A. Mohd Sani et al. *Pertanika Journal of Social Sciences and Humanities*, 2017, vol. 25, pp. 1–19.
29. Сулова Т.Ф. Социальная активность личности как детерминанта позитивной адаптации и полноценной жизни в пенсионном возрасте // Современная зарубежная психология. 2017. Т. 6. № 3. С. 63–70. DOI: 10.17759/jmfp.2017060307
30. Social Activity and Cognitive Functioning Over Time: A Coordinated Analysis of Four Longitudinal Studies / C.L. Brown, L.E. Gibbons, R.F. Kennison et al. *Journal of Aging Research*. 2012. DOI: <http://dx.doi.org/10.1155/2012/287438>
31. McFarland D.A., Thomas R.J. Bowling Young: How Youth Voluntary Associations Influence Adult Political Participation. *American Sociological Review*, 2006, vol. 71 (3), pp. 401–425.
32. Oosterhoff B., Ferris K.A., Metzger A. Adolescents' Sociopolitical Values in the Context of Organized Activity Involvement. *Youth & Society*, 2017, vol. 49 (7), pp. 947–967.
33. Зайцева М.А. Основные направления изучения проблемы формирования социальной активности учащихся в педагогической теории во второй половине XX века // Ярославский педагогический вестник. 2008. № 1 (54). С. 8–13.
34. Сергиенко А. М. Активность населения на рынке труда: тенденции и механизмы трансформации в регионах Сибири в годы рыночных реформ: монография. Барнаул: Изд-во АлтГУ, 2013. 298 с.
35. Пионтовский И.Н. Факторы, определяющие трудовую активность лиц старшего возраста // Креативная экономика. 2011. № 10. С. 56–60.
36. Бондаренко И.Н. Основные факторы оптимизации процессов социокультурной адаптации пожилых людей // Старшее поколение в пространстве и времени российской культуры: дайджест исследований Московского университета культуры и искусств по проблемам социально-культурной деятельности пожилых людей. М., 2003. С. 44–57.
37. Васильчиков В.М. Социальные услуги гражданам пожилого возраста на условиях повышения качества жизни // Пожилые люди: социальная политика и развитие социальных услуг. М.: ГосНИИ семьи и воспитания, 2003. Вып. 2. С. 144–162.
38. Владимиров Д.Г. Старшее поколение как фактор экономического развития // Социологические исследования. 2004. № 4. С. 57–60.
39. Саралиева З.Х.-М. Пожилой человек в Центральной России // Социологические исследования. 1999. № 12. С. 54–65.
40. Дмитриев А.В. Социальные проблемы людей пожилого возраста. Л.: Наука, 1980. 118 с.
41. Ковалева Н.Г. Пожилые люди: социальное самочувствие // Социологические исследования. 2001. № 7. С. 73–79.
42. Козлова Т.З. Социальное время пенсионеров: этапы самореализации личности. М.: ИС РАН, 2003. 228 с.
43. Писарев А.В. Образ пожилых в современной России // Социологические исследования. 2004. № 4. С. 51–56.
44. A Systematic Review of Loneliness and Common Chronic Physical Conditions in Adults / T. Petite, J. Mallow, E. Barnes, A. Petrone, T. Barr, L. Theeke. *Open Psychology Journal*, 2015, vol. 8 (2), pp. 113–132. DOI: <https://doi.org/10.2174/1874350101508010113>
45. Millán-Calenti J. Prevalence of functional disability in activities of daily living (ADL), instrumental activities of daily living (IADL) and associated factors, as predictors of morbidity and mortality. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 2010, vol. 50, pp. 306–310. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.archger.2009.04.017>
46. Decline in the performance of activities of daily living over three years of follow-up in nonagenarians: the Nona Santfeliu study / F. Formiga, A. Ferrer, J. Espauella, A. Rodríguez-Molinero, D. Chivite, R. Pujol. *European Geriatric Medicine*, 2010, vol. 1, pp. 77–81. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.eurger.2010.03.007>

47. Relationship between performances of 10-time-repeated sit-to-stand and maximal walking tests in non-disabled older women / N. Yanagawa, T. Shimomitsu, M. Kawanishi, T. Fukunaga, H. Kanehisa. *Journal of Physiological Anthropology*, 2016, vol. 36 (2), pp. 1–8. DOI: <https://doi.org/10.1186/s40101-016-0100-z>
48. Berkman L.F., Syme S.L. Social networks, host resistance, and mortality: A nine-year follow-up study of Alameda County residents. *American Journal of Epidemiology*, 1979, vol. 109, pp. 186–204.
49. Cohen S. Social relationships and health. *American Psychologist*, 2004, vol. 59, pp. 676–684. DOI: [doi:10.1037/0003-066X.59.8.676](https://doi.org/10.1037/0003-066X.59.8.676)
50. Chen Y., Feeley T.H. Social support, social strain, loneliness, and well-being among older adults: an analysis of the Health and Retirement Study. *Journal of Social and Personal Relationships*, 2014, vol. 31 (2), pp. 141–161. DOI: [doi:10.1177/0265407513488728](https://doi.org/10.1177/0265407513488728)
51. Утеева Э.Н. Методологические подходы к адаптации пожилых людей // Вестник Нижегородского университета им. Н.И. Лобачевского. Серия Социальные науки. 2008. № 1 (9). С. 111–117.
52. Щанина Е.В. Факторы социальной активности старшего поколения // Известия высших учебных заведений. Поволжский регион. 2009. № 2 (10). С. 57–67.
53. Суслова Т.Ф. Адаптация пожилого человека к посттрудоуемому периоду // Казанские науки. 2011. № 2. С. 263–266.
54. Mossey J.M., Shapiro E. Self rated health: a predictor of mortality among the elderly. *American Journal of Public Health*, 1982, vol. 72, pp. 800–808.
55. Решетников А.В. Социальный портрет потребителя медицинских услуг // Экономика здравоохранения. 2000. № 12. С. 5–19.
56. Устинова К.А., Чекмарева Е.А. Влияние уровня развития навыков на трудовой потенциал, его реализацию и выбор рабочих мест // Экономика региона. 2016. Т. 12. Вып. 3. С. 726–740.
57. Трудовой потенциал региона: состояние и развитие / В.А. Ильин [и др.]. Вологда: ВНКЦ ЦЭМИ РАН, 2004. 107 с.
58. Леонидова Г.В., Панов А.М. Трудовой потенциал: территориальные аспекты качественного состояния // Проблемы развития территории. 2013. Вып. 3 (65). С. 60–70.
59. Шабунова А.А. Общественное развитие и демографические вызовы современности // Проблемы развития территории. 2014. Вып. 2 (70). С. 7–17.

Сведения об авторах

Ксения Александровна Устинова – кандидат экономических наук, старший научный сотрудник, заведующий лабораторией, Вологодский научный центр Российской академии наук (160014, Российская Федерация, г. Вологда, ул. Горького, д. 56а; e-mail: ustinova-kseniya@yandex.ru)

Александра Николаевна Гордиевская – младший научный сотрудник, Вологодский научный центр Российской академии наук (160014, Российская Федерация, г. Вологда, ул. Горького, д. 56а; e-mail: alessu85@mail.ru)

Ustinova K.A., Gordievskaya A.N.

Influence of Health Status on Social Activity of Older Population

Abstract. The economy suffers losses not only because of premature death but also due to poor health. It may lead to complete, or partial, loss of working capacity and the decrease of social activity. These problems affect all population groups, but it is the most common among older citizens. This situation requires the implementation of measures to maintain health and stimulate the efficient usage of older people's labor potential. In this regard, the purpose of this article was to analyze the impact of health status on social activities of older population. The information base of the study included data of monitoring concerning the quality of labor potential among population of the Vologda Oblast for 2018.

Methodological aspects of the study are based on the concept of population's qualitative characteristics and the index approach, which was used to assess the status of health and social activity. It is shown that people who belong to older age group, in comparison with other groups, have low values of the need index concerning the achievement and social activity. In all selected age groups, lowest values of social activity were observed in cases when two conditions were simultaneously met: they were lower than median values of the physical health index and, for example, cognitive and creative potentials. It is revealed that social activity is higher in cases when indices of cognitive and creative potentials exceed the median level, but the physical health index, on the contrary, does not reach it. It indirectly characterizes the important role of cognitive and creative aspects in ensuring high social activity. The study determined that population of older age group has a competitive advantage which concerns a sufficiently high level of cognitive and intellectual potentials that partially compensate for low physical and mental health. It is shown that, in comparison with other studied age groups, the "loss" is insignificant in material terms, and the "loss" in labor productivity was not recorded at all.

Key words: older population, health, social activity, need to achieve.

Information about the Authors

Kseniya A. Ustinova – Candidate of Sciences (Economics), Senior Researcher, Head of Laboratory, Vologda Research Center of the Russian Academy of Sciences (56a, Gorky Street, Volodga, 160014, Russian Federation; e-mail: ustinova-kseniya@yandex.ru)

Aleksandra N. Gordievskaya – Junior Researcher, Vologda Research Center of the Russian Academy of Sciences (56a, Gorky Street, Volodga, 160014, Russian Federation; e-mail: alessu85@mail.ru)

Статья поступила 24.04.2020.