



# ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И ЗДОРОВЬЕСБЕРЕЖЕНИЕ

УДК 316.014

## СОЦИОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ГЕРОНТОЛОГИЧЕСКОГО ЭЙДЖИЗМА В УЧРЕЖДЕНИЯХ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ БЕЛГОРОДСКОЙ ОБЛАСТИ<sup>1</sup>

**С.Г. ГОРЕЛИК<sup>1</sup>**  
**Л.В. КОЛПИНА<sup>1</sup>**  
**Е.В. РЕУТОВ<sup>3</sup>**

*Белгородский государственный  
национальный исследовательский  
университет*

*e-mail: gorelik@bsu.edu.ru*

В статье изложены данные авторского социологического исследования, характеризующие эйджизм в отношении лиц старших возрастных групп в учреждениях здравоохранения и социальной защиты Белгородской области. Геронтологический эйджизм представляет собой форму дискриминации по возрасту. Он обусловлен: деструктивными позициями части социальных и медицинских работников в отношении старости и старения, отрицательным опытом взаимодействия с пожилыми людьми, негативными геронтостереотипами, морально-этической незрелостью работников и их недостаточной геронтологической компетентностью. Сложности преодоления геронтологического эйджизма связаны с низким уровнем его рефлексии как со стороны работников, так и пожилых пациентов, клиентов. Важным направлением деятельности в решении данной проблемы является повышение геронтологической компетенции работников здравоохранения и социальной защиты.

Ключевые слова: геронтологический эйджизм, дискриминация пожилых людей, геронтостереотипы, геронтофобия, пожилые люди, здравоохранение и социальная защита.

Роль учреждений здравоохранения и социальной защиты в обеспечении качества жизни населения старших возрастных групп очевидна и не нуждается в обосновании. В тоже время, реализация права пожилых людей на качественное медицинское обслуживание и социальную защиту затруднена в силу ряда негативных геронтостереотипов медицинских и социальных работников, вызывающих дискриминацию пожилых клиентов и пациентов. Дискриминацию по возрасту принято обозначать как эйджизм, а старших возрастных групп – геронтологический эйджизм.

Социальным и медицинским работникам, как и значительной части населения, присущи негативные представления о престарелых людях: поведенческие паттерны в виде агрессивного, враждебного отношения к пожилым, растущего по мере увеличения рабочего стажа, манипулирование ими [1]. Их считают депрессивными, дряхлыми, не подлежащими лечению. По отношению к ним часть врачей испытывают фрустрацию или неприязнь, вызванную физическими или когнитивными ограничениями пожилых людей; подходят к их лечению, будучи заранее уверенными в его бесперспективности [2]. А.В. Микляева, ссылаясь на ряд зарубежных исследований, констатирует, что врачи склонны считать пожилых пациентов зависимыми, плохо приспособленными к жизни, без учета от характера заболеваний пациентов и опыта личного контакта с ними; доказывает влияние возрастных стереотипов на постановку диагнозов и принятие решений относительно стратегии лечения пожилых

<sup>1</sup> Статья подготовлена при поддержке гранта РГНФ «Организационные механизмы преодоления эйджистских тенденций в обслуживании пожилых граждан учреждениями здравоохранения и социальной защиты: региональный аспект» (проект № 14-03-00624). Рук. – Л.В. Колпина.



пациентов. В качестве примера она приводит исследования J.W. James и W.E. Haley, Settin J. M., а также D.B. Miller, R. Lowenstein и R. Winston, которые свидетельствуют, что при одинаковых симптомах врачи нередко приписывают пожилым людям более тяжелую степень заболеваний (и физическую, и психическую), чем молодым [3].

Стратегия лечения при одинаковой симптоматике бывает также разная (например, пожилым клиентам чаще предлагались медикаментозное лечение и госпитализация, молодым – небольшие объемы лекарственной терапии и психотерапия, в том числе групповая). Автор также указывает, что пожилых людей крайне редко приглашают стать участниками клинических испытаний лекарств и новых способов лечения из-за распространенного убеждения, что они переносят терапию хуже, чем молодые. Между тем, ссылаясь на исследование Y. Conwell (N= 672 пациента с онкологическими проблемами), она доказывает необоснованность такого подхода и его стереотипность, поскольку не были выявлены существенные различия между молодыми и старшими пациентами в широком диапазоне переменных, отражающих переносимость терапии [3].

А.В. Пучков, исследуя проблемы геронтологического эбьюзинга (насилия), подчеркивает, что низкий социальный статус профессий, ориентированных на оказание услуг пожилым людям, их дефицит и невысокое качество, а также физические, психические, моральные осложнения во время обслуживания этой категории людей, выступают предпосылками дискриминационных практик в рамках медицинского и социального обслуживания [4, с. 13].

Несмотря на многочисленные исследования, работу, проводимую в учреждениях здравоохранения, негативные геронтостереотипы имеют прочный жизненный тонус и теперь уже проявляются в «более тонкой, но не менее-пагубной форме дискриминации по возрастному признаку» [5, р. 723]. Даже при отсутствии дискриминации по признаку возраста негативное отношение к престарелым и охране их здоровья остается и нередко сказывается на результатах лечения [6].

**Материалы и методы.** С целью изучения эйджизма в учреждениях здравоохранения и социальной защиты нами проведено социологическое исследование, включившее в себя анкетные опросы:

а) врачей, среднего медицинского персонала и социальных работников Белгородской области, работающих с людьми пожилого и старческого возраста (2013 г., стратифицированная выборка, N =207 человек, из них: 28,5% врачи, 37,2% – медсестры, 34,3% – социальные работники);

б) пожилых клиентов и пациентов медицинских и социальных учреждений Белгородской области (2014 г., доступная выборка, N=118 человек, из них: 57,6% в возрасте 60-74 лет, 42,4% – от 75 лет и старше),

Анкеты для проведения этих двух опросов, разработанные авторами исследования (Горелик С.Г., Колпиной Л.В.), включили в себя следующие блоки вопросов: распространенность эйджизма в повседневных практиках вообще, и в учреждениях здравоохранения и социальной защиты, в частности; качественные характеристики эйджизма (формы его проявления); факторы и детерминанты его возникновения;

3) слушателей курсов повышения квалификации для социальных и медицинских работников: «Основные гериатрические синдромы в практике социальных и медицинских работников» (2013 г., сплошной опрос, N=130 человек), которые проводились на базе Управления социальной защиты населения Белгородской области профессором К.И. Процаевым и доцентом С.Г. Горелик. Анкеты для участников курсов повышения квалификации (разработанные С.Г. Горелик и Л.В. Колпиной), помимо вопросов о распространенности эйджизма и его причинах в деятельности медицинских и социальных работников, включили в себя также вопросы, направленные на выявление оценки и самооценки участниками курсов знаний в области работы с пожилыми людьми, их потребностях в той или иной информации, обеспечивающей повышение эффективности работы с пожилыми людьми. Анкетирование проводилось в начале и в конце курсов, с целью определения динамики изменения знаний, установок работников, в том числе, относительно геронтологического эйджизма, пожилых людей и работе с ними.

Обработка результатов анкетного опроса осуществлялась с помощью программного обеспечения SPSS-15.0 for Windows. Для интерпретации анкетных данных использовались методы статистического анализа (прямое и перекрестное распределение, сравнение).

Помимо анкетных опросов были проведены четыре фокус-группы<sup>1</sup> (по 8-12 человек каждая, состоящих примерно в равных пропорциях из медицинских и социальных работников, занятых с по-

1 Метод фокус-группы (фокус-групповое интервью) относится к качественным методам социологического исследования и представляет собой групповую дискуссию, в ходе которой выясняется мнение участников группы по тому или иному вопросу. Спецификой данного метода является «отсутствие привычного звена формализованных счетных математических операций». (Белановский С.А. Метод фокус-групп. – М.: Николло-Мидиа, 2001, с. 249.) В отличие от количественных методов, его целью является не выявление распределения тех или иных ответов, а сбор максимального большого числа различных характеристик или интерпретаций тех или иных ситуаций, явлений, процессов (качественной информации).

жилыми людьми (май–сентябрь 2013 г.). Фокус-групповое интервью, проводилось на базе Управления социальной защиты населения Белгородской области доцентами БелГУ Л.В. Колпиной и С.Г. Горелик. Его целью стал сбор информации о различных проявлениях геронтологического эйджизма в деятельности медицинских и социальных работников, его причинах, позволившей дополнить и проиллюстрировать статистические данные, полученные в результате анкетных опросов. По материалам аудиозаписей обсуждения с медицинскими и социальными работниками вопросов геронтологического эйджизма были подготовлены письменные стенограммы фокус-групповых интервью, на основе которых были осуществлены группировка и аналитическое агрегирование данных.

**Обсуждение результатов исследования.** Анкетный опрос работников учреждений здравоохранения и социальной защиты показал наличие эйджизма в профессиональных практиках медицинских и социальных работников, о чем сообщили в среднем 65% респондентов этих учреждений. О той или иной степени распространенности неравенства в отношении пожилых людей, их дискриминации в *медицинских учреждениях* сообщили, в сумме 69% респондентов (из них: 24,6% – согласились с этим в полной мере, 19,3% выбрали вариант ответа «скорее есть, чем нет» и 25,1% – «скорее нет, чем есть»); в учреждениях социальной защиты – 60,4% опрошенных (соответственно, 23,2%, 20,8%, 16,4%).

42,2% социальных и медицинских работников, связанных с обслуживанием пожилых людей, сами с той или иной частотой выступали инициаторами эйджистских практик. Из них: 2,9% – постоянно, 6,3% – время от времени, 33,3% – редко приходилось принимать решения, совершать действия, ущемляющие права или положение пожилых людей. Никогда не делали этого по 43,3%.

Характеризуя в ходе фокус-группового интервью эйджистские практики, медицинские и социальные работники называют следующие: нежелание медиков госпитализировать пожилого человека, уделять время пожилым пациентам, клиентам; неприязненное, пренебрежительное отношение к ним, раздражительность. Они также указывают на распространённость таких позиций: *«не хватает лекарств для лечения молодых, пожилым же – по «остаточному принципу»»; «а что вы хотели в вашем-то возрасте?»*. Как показало наше исследование, последнее утверждение является наиболее распространенным геронтостереотипом не только среди социальных и медицинских работников, но и самих пожилых людей. Так, 60,2% из них согласны с утверждением, что в пожилом возрасте уже положено иметь различные заболевания, это нормально, тем самым поддерживая эйджистские практики, вызванные этим стереотипом.

В фокус-групповых интервью социальные и медицинские работники среди прочих приводят примеры запугивания пожилых людей, как например: *«Бабушка после инфаркта пошла к доктору – неврологу, жалуеться ему, что у нее летают мухи перед глазами. А он ей посоветовал, чтобы она никому не рассказывала об этом, а то поедет на ул. Новую [улица, на которой расположена психиатрическая больница]. И все. Ни лечения не было назначено, ничего»*. Или, в доме престарелых, когда на рассказ пожилого человека о деньгах, которые у него накопились на книжке, директор сказал, что их нет, и чтобы больше не докучал этой темой *«...припугнул, что отправит в специфический интернат закрытого типа, где заключенные присутствуют»*.

Участниками фокус-групп сообщались различные случаи манипулирования пожилыми людьми, прямого обмана, связанные с их неосведомленностью по ряду вопросов, незащищенностью, психологической уязвимостью, доверием к врачам, обслуживающему персоналу. Так, в дом престарелых *«поставщик может привезти не очень хорошую крупу, с мошками, а ее все равно раздадут бабушкам»*; врачами назначаются неоправданно дорогие лекарства или процедуры в целях собственной наживы: *«вообще, так принято в районах, медики стараются назначить им более дорогостоящий препарат, либо вообще ничего»*.

На открытый вопрос анкеты о причинах эйджизма, медицинские и социальные работники отвечают следующее: *«физическая непривлекательность», «неухоженность, неаккуратность пожилых людей», «бескультурье и наглость [работающих с ними] специалистов», в целом «озлобленность людей, потому что в последнее время они потеряли уверенность в завтрашнем дне и смысл жизни»*.

Ответы участников фокус-групп были дополнены данными анализа прямого и перекрестного распределений ответов на вопросы анкеты, которые позволили отнести к значимым предпосылкам геронтологического эйджизма в медицинском и социальном обслуживании:

– установку работников указанных учреждений на «экономическую нецелесообразность» заботы о пожилых людях (о той или иной степени распространенности позиции, согласно которой пожилые люди являются обузой и «экономически нецелесообразной» категорией сообщают, в сумме 75,2% социальных и медицинских работников);

– их представление о необходимости высокой эмоциональной вовлеченности специалистов в проблемы пожилых людей. Так, оценивая свое отношение к пожилым клиентам, пациентам, респонденты в основном (68,8%) акцентируют внимание на сочувствии и жалости (высокой эмоциональной



вовлеченности в ситуацию), а говоря о *коллегах*, в *большой мере* указывают на просто их положительное отношение к пожилым людям (42,5%) – эмоционально более спокойную характеристику (о сочувствии и жалости коллег говорит лишь 38,6%). Превалирование в *самооценках социальных и медицинских работников* выраженной эмоциональной составляющей, а в *оценках коллег* – рациональной, скорее всего означает, что *социально одобряемым поведением (нормативным ответом) считается высокая эмоциональная вовлеченность во взаимодействие с пожилым клиентом, пациентом*, обуславливающая «профессиональное выгорание» и сопутствующее ему снижение качества обслуживания.

В определенной мере предпосылкой геронтологического эйджизма выступает негативный опыт взаимодействия социальных и медицинских работников с пожилыми людьми и их страхи по поводу наступления старости (геронтофобия).

Так, основную массу респондентов, указывающих на то, что среди окружающих их престарелых больше тех, кто следит за собой, ведет достойную уважения жизнь, составляют те, у кого пожилые клиенты, пациенты в целом вызывают позитивные эмоции, чувства. Если среди позитивно настроенных к этой категории пациентов, клиентов, ответ об их достойной жизни выбрали 60% опрошенных, то среди испытывающих сочувствие, жалость таковых почти в 2 раза меньше (37,3%), а среди тех, кто «никаких особых чувств к пожилым клиентам, пациентам не испытывает», также ответили только 11,0%.

О влиянии геронтофобии на эйджистские проявления свидетельствует тот факт, что группа респондентов, сообщивших, что не задумывается о старости и старении (вытесняемый на периферию сознания страх старости и смерти), полностью состоит из тех, кто признает негативные эмоции в отношении пожилых клиентов и пациентов. Респонденты, не задумывающиеся о старости, на порядок чаще других говорят о своем индифферентном отношении к пожилым клиентам, пациентам (25% против 5-15% иначе относящихся к старости). В тоже время, негативно и безразлично относящихся к пожилым пациентам и клиентам меньше всего среди тех, кто конструктивно относится к вопросам старения – думают как сделать так, чтобы с пользой и по возможности в удовольствие провести этот жизненный период.

Результаты исследования позволяют судить, в целом, о сложности обсуждения данной темы, как для пожилых клиентов, пациентов, так и медицинских и социальных работников, обслуживающих их.

О первом свидетельствует то, что пожилые люди в 1,5 раза реже указывают на ситуации дискриминации, некорректного отношения к ним в учреждениях здравоохранения и социальной защиты, чем об этом говорят сами медицинские и социальные работники. Кроме того, говоря о проявлениях эйджизма в этих сферах, пожилые люди называют только работу скорой помощи, которая часто отказывается приезжать на вызов, узнав возраст пациента, а также, о часто используемой в работе специалистов фразы: «*а что вы хотели в вашем возрасте*». В свою очередь, сами работники в рамках проведения фокус – групп, в ответах на открытые вопросы, приводят целый перечень проявлений эйджизма. Эти данные указывают на тот факт, что у пожилых людей недостаточно маркеров, позволяющих распознавать эйджизм в действиях медицинских и социальных работников и оказывать ему противодействие.

У вторых это проявляется в ответах, отражающих действие ряда психологических механизмов защиты (уход от обсуждения темы, отрицание, перенос, гиперкомпенсация и др.), актуализирующихся в психотравмирующих ситуациях и характеризующих бессознательное сопротивление обсуждению данной темы. Так, в процессе проведения фокус-группового интервью наблюдался неоднократный «уход» социальных и медицинских работников от обсуждения практик эйджизма и подмена данной темы примерами о хорошем отношении к пожилым людям, сетованием на плохую организацию социального и медицинского обслуживания (например, проблемы межведомственного взаимодействия). Механизм отрицания заметен при сопоставлении данных анкетного опроса, когда о наличии той или иной степени проявлений эйджизма в учреждениях здравоохранения и социальной защиты сообщает, в среднем, 65% их работников, а о том, что с той или иной частотой им самим приходилось выступать инициаторами эйджистских практик – на порядок меньше – 42,2%. Иначе говоря, несмотря на то, что социальные и медицинские работники признают наличие эйджизма в профессиональной практике, тем не менее, считают, что гораздо чаще они его наблюдают, чем сами являются его инициаторами – собственную причастность к этому либо отрицают, либо делают акцент на малочисленности подобных ситуаций. Распространенность у специалистов психологической защиты, блокирующей осознание негатива к пожилым путем приписывания его другим («переноса»), иллюстрируют следующие данные. О наличии эйджизма в практиках медицинских работников чаще говорят социальные работники (45,1% против, в среднем, 14% медиков, однозначно утверждающих наличие таких фактов), а о наличии эйджизма в деятельности социальных работников чаще говорят медицинские работники (в среднем, 30% против 11,3% социальных работников, однозначно утверждающих наличие таких фактов).

Таким образом, актуализация бессознательных механизмов психологической защиты свидетельствует о негативной заряженности данной темы для медицинских и социальных работников, которые снижают возможность рефлексии этой проблемы и ее коррекции, чему также содействует низкий уровень ее рефлексии у пациентов и клиентов, не оказывающих противодействия этой ситуации.

Так же отметим, что работники исследуемых учреждений склонны приписывать причины эйджизма главным образом внеличностным факторам: политике государства, формирующей представление о пожилых людях как об экономически нецелесообразной категории; низкой оплате и престижности труда специалистов, работающих в сфере медицинского и социального обслуживания. Поэтому связывают проблему преодоления эйджизма с совершенствованием государственной политики по формированию положительного отношения к пожилым людям, созданием условий для их здорового долголетия, а также с повышением зарплаты, улучшением условий труда специалистов, работающих с людьми пожилого и старческого возраста.

Между тем, по нашему мнению, основные проблемы эйджизма в деятельности социальных и медицинских работников сопряжены, во-первых, с неразвитостью у части из них моральных регуляторов, что, скорее всего, является следствием деформации института старости с последующей утратой значимого статуса пожилых людей. Во-вторых, с низкой геронтологической компетентностью в области психологии старости у ряда специалистов, работающих с пожилыми людьми. А потому у них отсутствует, с одной стороны, понимание того, что проблемы взаимодействия с пожилыми людьми часто являются результатом старческих изменений (а не их «вредности»). С другой стороны, незнание правил работы с этой категорией, отличающейся специфическими психологическими характеристиками, обуславливает накопление у специалистов эмоционального напряжения, психологической усталости, возникновение черствости, безразличия – своего рода защитного механизма от проблемности как пожилых людей, так и тех жизненных ситуаций, в которых они находятся.

В преодолении этих причин эйджизма ключевая роль принадлежит образованию, обучению технологиям общения, обеспечивающим психологическую защиту работников, их эффективность во взаимодействии с пожилыми клиентами, пациентами. Справедливость этого вывода подтверждают данные еще одного анкетного опроса медицинских и социальных работников, обслуживающих пожилых людей, осуществленного до и после курсов повышения квалификации по геронтологической тематике. В их рамках, среди прочего, освещались вопросы геронтологического эйджизма, психологии пожилых людей и специфики взаимодействия с ними; применялись тренинговые элементы обучения, в результате которых слушатели курсов при помощи технических приспособлений получили опыт выполнения тех или иных задач в условиях ограничения подвижности суставов, проблем фокусирования зрения и пр., аналогичный повседневным практикам пожилых, позволивший иначе взглянуть на проблемы пожилых клиентов и пациентов.

Если до начала курсов более половины слушателей не смогли оценить уровень своей геронтологической компетентности (59,3% затруднились ответить или не ответили на вопрос о том, как бы они оценили свои знания в области работы с пожилыми людьми), то после их окончания таковые в сумме составили 7,2%. Отсутствие критериев для оценки собственной компетентности индицирует и отсутствие рефлексии по вопросам профессионализма в области работы с пожилыми людьми, следовательно, адекватной самооценки своих действий в отношении этой возрастной категории клиентов, пациентов. Поэтому, рост знаний в области геронтологии обуславливает повышение готовности к рефлексии эйджизма и противодействию ему.

Улучшение информированности в работе с пожилыми людьми, выражающееся в том, что к концу курсов с 5,9% до 32,1% возросло число слушателей, сообщивших, что им хватает знаний в области работы с пожилыми людьми, повлекло за собой и повышенную рефлексия проблем работы с этой категорией пациентов и клиентов. С 30,5% до 48,2% выросло число тех, кто сообщил об иногда возникающих трудностях в работе с пожилыми людьми, и с 4,2 до 10,7% – о часто случающихся затруднениях (тогда как, напомним, до начала курсов большинство слушателей затруднились оценить свои знания в этой области).

Отсюда резко, с 9,3% до 33,3%, возросло число тех, кто сообщил, что нуждается в знаниях, навыках в области психологии общения, с 12,7% до 30,4% – в области преодоления конфликтных ситуаций. Так, одна из участниц фокус-группы, отметила: «... для меня определились многие проблемы. Раньше думала, что вот здесь он чудит, а оказывается – нет, это где-то глубже. То есть это как диагноз, что не чудит, а болеет. Стало психологически легче понимать, что он слабый, а не вредный». Одновременно с этим резко возросла рефлексия вопросов эйджизма. Так, если до начала курсов считали проблему недостаточно корректного отношения к пожилым людям в системе здравоохранения и социальной защиты очень актуальной и скорее актуальной в сумме 30,5% респондентов (17,8% и 12,7% соответственно), то после курсов – в сумме 75,5% (43,9% и 31,6% соответственно).

Рамки исследования не позволили изучить степень изменения установок у социальных и медицинских работников относительно пожилых людей, повышения их геронтологической компетент-



ности, как они повлияли на практику работы с пожилыми людьми, снизили эйджистские проявления, но рост готовности к такому изменению был очевиден.

#### **Выводы.**

Геронтологический эйджизм – дискриминация старших возрастных групп – представляет собой распространённое явление в учреждениях здравоохранения и социальной защиты. О его фактах сообщили 65,4% медицинских и социальных работников, 42,2% – с той или иной частотой сами выступали инициаторами эйджистских практик (2,9% – постоянно, 6,3% – время от времени, 33,3% – редко).

Причинами геронтологического эйджизма в учреждениях здравоохранения и социальной защиты можно назвать следующие: морально-этическая незрелость части работников, их негативный опыт взаимодействия с пожилыми людьми, геронтофобия, недостаток знаний относительно психологии пожилых людей и специфики работы с ними, а также негативные геронтостереотипы, отчасти поддерживаемые самими пожилыми клиентами и пациентами.

Проблема усугубляется, во-первых, сложностью рефлексии эйджизма как медицинскими и социальными работниками, обслуживающими пожилых людей (что выражается в актуализации ряда защитных психологических механизмов – отрицание, перенос, вытеснение, компенсация), так и самими пожилыми людьми. Во-вторых, низкой готовностью к изменению этой ситуации со стороны медицинских и социальных работников, которые склонны приписывать причины эйджизма главным образом внеличностным факторам: политике государства, формирующей представление о пожилых людях как об экономически нецелесообразной категории, низкой оплате и престижности труда специалистов, работающих в сферах здравоохранения и социальной защиты.

В преодолении этих причин эйджизма ключевая роль принадлежит повышению уровня геронтологической компетентности социальных и медицинских работников. Улучшению информирования об эйджизме, причинах его возникновения, углублению знаний в области психологии старения и специфики взаимодействия с пожилыми людьми, наряду с тренинговыми технологиями, позволяющими специалистам ассоциировать себя с пожилыми людьми. Получение опыта выполнения тех или иных задач в условиях ограничения подвижности суставов, проблем фокусирования зрения и пр., аналогичный повседневным практикам пожилых людей, также является действенным механизмом повышения готовности работников этих учреждений к преодолению дискриминационных практик и их предпосылок.

#### **Литература**

1. Краснова, О.В. Эйджизм в работе с пожилыми людьми. – Психология старости и старения. Хрестоматия. Для студентов психологических факультетов высших учебных заведений / Составители О.В.Краснова, А.Г. Лидерс. – М.: АСАДЕМА, 2003. – 416 с.
2. Wilkinson J.A. Thirty years of ageism research // J.A. Wilkinson, K.F. Ferraro // T.D. Nelson (Ed.). Ageism: Stereotyping and prejudice against older adults. Cambridge, 2002. – P. 339-358.
3. Микляева А. В. Возрастная дискриминация как социально-психологический феномен: Монография / А. Микляева. – СПб.: Речь, 2009. – 160 с.
4. Пучков, А.В. Геронтологическое насилие как межкультурный коммуникационный феномен в условиях конфликтности взаимодействия поколений (макросоциологический анализ) / А.В. Пучков, С.В. Афанасьева // Известия Саратовского университета. – 2011. Т. 11. Сер. Социология. Политология. Вып. 3. – С. 11-14.
5. Whittington, F. Gerontological discourse must transcend binary thinking // F. Whittington // The Gerontologist. – 2011. – Vol. 51, №. 5. – P. 723-729.
6. Основные изменения в области старения, происшедшие в период после проведения второй Всемирной ассамблеи по проблемам старения. Доклад Генерального секретаря // Комиссия социального развития. Сорок пятая сессия. 7-16 февраля 2007 года. С. 14. URL: [http:// socpolitika.ru/files/5492/ageing\\_report\\_com.pdf](http://socpolitika.ru/files/5492/ageing_report_com.pdf) (дата обращения: 01.02.2014)



## **THE SOCIOLOGICAL ANALYSIS OF GERONTOLOGICAL AGEISM IN HEALTH INSTITUTIONS AND SOCIAL PROTECTION OF THE BELGOROD REGION**

**S.G. GORELIK**  
**L.V. KOLPINA**  
**E.V. REUTOV**

*Belgorod National  
Research University*

*e-mail: gorelik@bsu.edu.ru*

The article presents the author's sociological research data characterizing ageism against older age groups in health institutions and social protection of the Belgorod region. The gerontological ageism is a form of age discrimination. It is due to: the destructive position of the social and medical workers against old age and aging, the negative experience of interaction with the elderly, gerontological negative stereotypes, moral and ethical immaturity of the workers and their insufficient of gerontological competence. The complexity of overcoming ageism of gerontological is connected with its low-reflection both from the workers and elderly patients and clients. An important activity of in solving this problem is to increase the competence of gerontological health care workers and social protection.

Keywords: gerontological ageism, discrimination against older people, gerontostereotypes, gerontophobia, the elderly, health and social protection.