

01.09.2014 г.

С.Г. Горелик, Л.В. Колпина

Проблемы дискриминации населения старших возрастных групп в сферах медицинского обслуживания и социальной защиты: эмпирический анализ

Белгородский государственный научно-исследовательский университет, Белгород

Gorelik S.G., Kolpina L.V.

Discrimination of the older age groups of population in terms of medical care and social security: empirical analysis

Belgorod State National Research University”, Belgorod, Russia

Резюме. В статье на основе данных авторского социологического опроса, проведенного методом анкетирования, проанализировано явление дискриминации пожилых людей в сферах медицинского обслуживания и социальной защиты. Эмпирическая база исследования - медицинские (врачи и средний медицинский персонал) и социальные работники Белгородской области, занятые с пожилыми людьми (N=207 человек). Цель исследования - скрининг проявлений и факторов эйджизма в деятельности медицинских и социальных работников. При анализе причин эйджизма рассматривались три группы факторов: институциональные, социокультурные, личностные.

Данные исследования показали высокую распространенность эйджизма в сферах медицинского обслуживания и социальной защиты. Это отмечают 65% респондентов, а 42,2% признались в том, что сами выступают инициаторами эйджистских практик. Предпосылками геронтологического эйджизма в деятельности медицинских и социальных работников выступают: их установка на «экономическую нецелесообразность» работы с пожилыми людьми, представление о необходимости высокой эмоциональной вовлеченности в проблемы этой категории населения, низкая геронтологическая компетентность, а также негативный опыт взаимодействия с пожилыми в повседневных практиках и собственные страхи по поводу наступления старости.

Выявлен ряд зависимостей, указывающих на связь между отношением к старости специалистов указанных сфер и проявлениями эйджизма в их профессиональной деятельности. Доказывается, что обсуждение дискриминации пожилых людей в деятельности медицинских и социальных работников сопряжено с рядом трудностей морально-этического и психологического характера. Последние проявляются в виде актуализации ряда защитных психологических механизмов (перенос, вытеснение, компенсация, приписывание причин возникновения эйджизма внешним обстоятельствам), затрудняющих конструктивный диалог по этой теме.

Решение проблем геронтологического эйджизма следует осуществлять, во-первых, через повышение уровня знаний специалистов, работающих с пожилыми людьми, в области психологии старения, во-вторых, путем формирования в обществе культуры старения и отношения к пожилым, выведение этой темы на открытую общественную дискуссию, позволяющую актуализировать ее в общественном сознании и научном дискурсе.

Результаты исследования могут быть использованы в деятельности учреждений медицинского обслуживания и социальной защиты для повышения качества работы с пожилыми людьми.

Ключевые слова: эйджизм; пожилые люди; социальные работники; медицинские работники; анкетирование.

Abstract. The article analyzed phenomenon of ageism regarding healthcare and social protection on the basis of sociological survey (questionnaire). The empirical study base was represented by medical staff (physicians and nurses) and social workers of Belgorod region who deal with elderly (N=207 respondents).

The aim of the study was to conduct screening of manifestations and factors of ageism in everyday work of medical and social workers.

Analysis of ageism' reasons included three groups of factors: institutional, sociocultural and personal.

The study data showed high prevalence of ageism in the spheres of medical care and social protection. This was mentioned by 65% respondents, and 42.2% respondents confessed that they themselves initiate ageism practices.

Preconditions for gerontology ageism in work of medical and social workers are the following: their attitude about "economic inexpediency" of working with the elderly, belief in the necessity of high emotional involvement into the problems of this age group, low gerontology competence as well as negative experience of interacting with the elderly in everyday work and self fears of becoming old.

We detected several relationships pointing at correlation between attitude of workers of abovementioned spheres to the old age and manifestation of ageism in their professional activity.

It was proved that discussion of ageism in the course of work of the medical and social workers is associated with certain moral, ethical and psychological difficulties. The last manifest in the form of protective psychological mechanisms (transfer, suppression, compensation, attribution of ageism reasons to external circumstances) which complicates constructive dialogue on the topic.

Solution of the problem of gerontology ageism should be made through, first, education in psychology of ageing for specialists working with the elderly; second, development in society the culture of ageing and attitude to the elderly; open society discussion of the topic allowing its actualization in public conscience and scientific discourse.

The study results could be used in the work of medical and social protection facilities with the aim of quality improvement of work with the elderly

Key words: ageism, the elderly, social workers, medical workers, questionnaire.

Введение. Актуальность исследования геронтологического эйджизма в учреждениях здравоохранения, социального обслуживания и защиты населения обусловлена высокой зависимостью качества жизни пожилых людей от эффективности работы этих учреждений, в то время как эйджистские установки и практики в деятельности медицинских и социальных работников выступают этому серьезным препятствием.

Геронтологический эйджизм представляет собой форму дискриминации – по возрасту, которая проявляется в негативных стереотипах относительно старости и старения [9; 12, с. 49], а также в практиках, унижающих достоинство пожилого человека вплоть до эбьюзинга (жестокое обращение) [7].

Исследователи отмечают, что эйджизм существует не только в отношении пожилых людей, но и других возрастных категорий (чаще всего, молодежи), но пожилыми людьми он переносится тяжелее [14]. Несмотря на то, что возрастная дискриминация «по распространенности может соперничать с сексизмом и расизмом [5]», в современных отечественных научных изысканиях данная тема не нашла широкого освещения, что по-разному объясняется учеными. Так, А.В.Микляева считает, что отсутствие интереса к таким исследованиям и есть одно из свидетельств существования геронтологического эйджизма. Причиной их дефицита, по ее мнению, является восприятие населением дискриминационных практик в отношении пожилых людей как социальной нормы, вследствие чего «проблема эйджизма не осознается ни субъектами, ни объектами дискриминации» [4].

П.В.Пучков объясняет недостаток научных изысканий затруднениями в исследовании этого феномена, получении достоверной информации по этой проблеме в силу неготовности населения к открытому обсуждению данной темы [8, с. 11]. По его мнению, геронтологическое насилие является одной из самых скрытых форм насилия, что приводит к трудностям в оценке его масштабов [7, с. 26].

Следует добавить, что такое положение обусловлено также деликатностью проблемы, вызванной осознанием людьми социальной неприемлемости эйджизма, и, в силу этого, нежеланием открытой репрезентации его причин и проявлений даже в рамках опросов. Указанная же «деликатность» препятствует не только озвучиванию темы в общественном дискурсе, но и актуализации на уровне сознания, «запуская» в действие различные защитные психологические механизмы («рационализация», «вытеснение», «перенос»). Последние оберегают человека от «глубоко затаенной тревоги ... личностного отвращения и ощущения неприязни к стареющим людям, болезням, инвалидности; страха беспомощности, бесполезности и смерти» [12, р. 243] (психологические причины эйджизма); «снимают» противоречия между социально одобряемыми (нормативными) требованиями и реальными поведенческими практиками и негативными психологическими паттернами, аттитюдами в отношении пожилых людей.

Социальным и медицинским работникам, как и значительной части населения, свойственны негативные представления о престарелых пациентах: их считают депрессивными, дряхлыми, не подлежащими лечению. Встречается манипулирование пожилыми людьми, агрессивное, враждебное отношение, которое растет по мере увеличения рабочего стажа специалистов [3, 4, 17]. В докладе Генерального секретаря ООН (2007 год) подчеркивается, что даже в случае отсутствия политики дискриминации по признаку возраста, негативное отношение к престарелым и охране их здоровья сохраняется и нередко сказывается на их лечении [6]. А на II Всемирной Ассамблее ООН в качестве первоочередных задач в этой области были определены следующие: искоренение всех форм пренебрежительного отношения к пожилым гражданам, злоупотреблений и насилия; обеспечение им всеобщего и равного доступа к медицинской помощи и медицинским услугам, включая услуги по охране их физического и психического здоровья; признание, что все лица, независимо от возраста, должны иметь возможность вести полноценную, здоровую жизнь [2].

Цель исследования - скрининг проявлений и факторов эйджизма в деятельности медицинских и социальных работников.

Материалы и методы. Для достижения означенной цели нами было проведено анкетирование врачей, медицинских сестер и социальных работников Белгородской области, работающих с населением пожилого и старческого возраста (2014 г., N=207 человек).

При анализе причин эйджизма мы исходили из трех групп факторов, обуславливающих его появление: институциональных, социокультурных, личностных.

Институциональные факторы связаны с формально закрепленными требованиями к организациям и учреждениям, прямо или косвенно вызывающими геронтологический эйджизм; социокультурные – с представлениями о нормах поведения, а также аттитюдах относительно старости и старения, бытующих в общественном сознании; личностные – детерминированные индивидуальными страхами старения, смерти, собственным или опосредованным негативным опытом общения с пожилыми людьми.

Результаты исследования и их обсуждение. Оценка распространённости эйджистских практик заметно отличается в исследованиях различных авторов, что обусловлено как выше отмеченной сложностью сбора объективной информации об исследуемом явлении, так и спецификой выборочной совокупности. Так, по данным исследования пожилого населения Хабаровского края (2012 год) 46,8% пожилых людей ответили утвердительно на вопрос «Приходилось ли вам сталкиваться с социальной несправедливостью к себе за последнее время?», что значительно выше результатов десятилетней давности (от 26,0% до 37,0% опрошенных) [10, с. 86]. По данным пилотного анкетирования клиентов Центра социального обслуживания в возрасте от 60 до 90 лет, проявления эйджизма значительно выше. 98% респондентов сообщили, что подвергаются жестокому обращению в различных формах. 47% из них высказали жалобы на психологическое насилие, проявляющееся в виде оскорблений, насмешек со стороны окружающих, а также в создании условий, усиливающих социальную изоляцию пожилого человека [1]. В исследовании В.П. Пучкова выявлено, что 24,9% пожилых респондентов - клиентов центров социального обслуживания, испытывали по отношению к себе различные виды жестокого обращения, еще 21,9% знают о таковом в отношении других людей. Из тех, кто сталкивался с этим лично, 13,7% говорят о физическом эбьюзинге, 39,5% - об эмоционально-психологическом, 28,5% - о финансово-экономическом давлении, 18,8% указывают на пренебрежительное отношение, проявляющееся в процессе ухода за лицами пожилого возраста. Зафиксированы факты злоупотребления медикаментозными средствами [7, с. 28-29].

По данным нашего исследования, 62,3% опрошенных специалистов (медицинских и социальных работников, психологов) сообщают, что в повседневной *жизни* им приходилось сталкиваться с ситуациями пренебрежительного отношения к пожилым людям (17,4% - часто, 44,9% - иногда), лишь у трети отсутствует такой опыт. Относительно существования геронтологического эйджизма в *сферах медицинского и социального обслуживания* было получено соизмеримое с этим число ответов. В среднем 65% опрошенных сообщили, что в той или иной степени существует неравенство в отношении пожилых людей, их дискриминация в этих сферах.

Для сравнения распространённости эйджизма в практике медицинских и социальных работников, на основе ответов на вопросы: «Приходилось ли Вам в повседневной жизни сталкиваться с ситуациями пренебрежительного отношения к пожилым людям?» и «Как Вы считаете, существует ли неравенство в отношении пожилых людей, их дискриминация в сфере медицинского обслуживания?», мы рассчитали соответствующий индекс по следующей формуле: $(n \text{ «да»} + n \text{ «скорее да, чем нет»}) - (n \text{ «скорее нет, чем да»} + n \text{ «нет»})$, где n - число вариантов ответов.

Индекс существования неравенства, дискриминации престарелых в сфере медицинского обслуживания оказался отрицательным, равным (-)4,9 (превалируют отрицательные ответы на вопрос о наличии эйджизма), а социального - положительным (11,6), что означает большую распространённость *эйджистских практик в деятельности социальных работников*. В ответе на первый вопрос, касающийся соприкосновения в повседневной жизни с такими ситуациями, социальные работники также чаще медицинских

дают положительный ответ. Соответствующий индекс у соцработников равен 21,8 ед., а медицинских - от 4,2 (у врачей) до 8,4 (у среднего медперсонала).

Судя по ответам 42,2% специалистов, им и самим с той или иной частотой приходилось в процессе осуществления своей профессиональной деятельности выступать в роли инициаторов эйджистских практик. Из них 2,9% постоянно, а 6,3% время от времени приходилось принимать решения, совершать действия, ущемляющие права или положение пожилых людей; большинству же (33,3%) – редко. О том, что никогда не приходилось делать это, сообщили 43,3%.

Положительные ответы о том, что им приходилось принимать решения, совершать дискриминационные действия в отношении престарелых граждан, чаще встречаются среди социальных работников, 7% из которых признаются в постоянстве таких ситуаций. Среди медиков таких ответов 1,3%. Они, напротив, чаще социальных работников говорят о том, что не сталкивались с этим никогда (врачи – 45,8%, медсестры – 57,1%, а социальные работники - 25,4%).

Наличие эйджизма в практике медицинского и социального обслуживания иллюстрируют ответы на открытый вопрос, в котором специалистам нужно было привести примеры ситуаций предвзятого отношения к пожилым людям, их дискриминации в сфере профессиональной деятельности респондентов. Судя по их ответам, эйджизм проявляется в «нежелании медиков госпитализировать пожилого человека», «нежелании уделить больше времени пожилым (прогулки, беседы)», «в неприязни, пренебрежении, раздражении к ним»; в позиции, согласно которой «не хватает лекарств для лечения молодых, пожилым же - по «остаточному принципу»; или же: «а что вы хотели в нашем-то возрасте?». А причиной эйджизма выступает «физическая непривлекательность...», «неухоженность, неаккуратность пожилых людей», «бескультурье и наглость специалистов», в целом «озлобленность людей, потому что в последнее время они потеряли уверенность в завтрашнем дне и смысл жизни».

Указанные выше значения ответов о распространенности исследуемого негативного явления показывают: несмотря на то, что социальные и медицинские работники признают наличие эйджизма в повседневной и профессиональной практике, тем не менее, считают, что гораздо чаще они его наблюдают, чем сами являются их инициаторами, собственную причастность к этому либо отрицают, либо делают акцент на малочисленности подобных ситуаций. *Такое соотношение ответов о наблюдаемом и лично инициируемом эйджизме вполне укладывается в объяснительную концепцию относительно сложности получения объективной информации по этой теме, связанной с ее «ненормативностью», «запретностью» для открытого обсуждения.*

Более того, отвечая на вопрос о том, какие в целом чувства, эмоции вызывают у респондентов пожилые клиенты, пациенты, подавляющее большинство (68,6%) называет сочувствие, жалость; 14,5% говорят о «позитивных эмоциях», еще 8,7% (преимущественно средний медперсонал) выбрали вариант ответа: «никаких особых чувств», что также не является маркером эйджизма. По мнению респондентов, среди их коллег также преобладает положительное отношение к пожилым людям (42,5%), сочувствие, жалость (38,6%).

О своих личных отрицательных эмоциях в отношении пожилых людей сообщают в среднем 0,5% респондентов, а о негативе к пожилым клиентам, пациентам, наблюдаемому у коллег, - 2,4% опрошенных. Пренебрежительное отношение к пожилым озвучили 4,3% респондентов. *Врачи и социальные работники чаще среднего медперсонала указывают на эмоциональное напряжение в обслуживании лиц пожилого возраста (15-17% против 10,4% среди медсестер).*

Судя по этим ответам, можно сделать вывод, что *осуществляемые медиками и социальными работниками эйджистские практики* (о которых заявили в сумме более 40%) не связаны с негативом в отношении престарелых клиентов, пациентов (80% опрошенных относятся к ним позитивно). Они отражают лишь рефлекслируемые медицинскими и социальными работниками мысли, чувства, которые во многих случаях могут носить социально одобряемый или защитный характер. В этой связи и с точки зрения психологии эйджизма представляются интересными следующие данные.

Респонденты, сообщившие о своем позитивном или негативном отношении к клиентам, пациентам старших возрастных групп, практически единодушны во мнении, что среди их коллег отсутствует неприязненное, пренебрежительное и раздражительное отношение к пожилым (о том, что такой негатив существует, сообщили до 3% из их числа, что находится в границах статистической погрешности).

В то же время, группу опрошенных, считающих, что их коллеги испытывают негативные эмоции, чувства в отношении пожилых клиентов, пациентов, составляют те респонденты, которые сообщают, что сами испытывают к последним сочувствие, жалость или же никаких особых чувств не испытывают.

Так, среди сообщивших, что они испытывают сочувствие и жалость к пожилым пациентам и клиентам, 36,6% обвиняют коллег в негативе к последним, а среди «не испытывающих никаких особых чувств» к этой категории, обвиняют в этом своих коллег 22,2% опрошенных.

Складывается впечатление, что у существенной части респондентов «безразличные» ответы («никаких особых чувств к пожилым клиентам, пациентам не испытываю») маркируют действие защитных *психологических механизмов*: *вытеснения* на периферию сознания тревоги, связанной с мыслью о старости, или социально-неодобряемых чувств в отношении пожилых людей; *переноса* собственного негатива относительно пожилых клиентов, пациентов, в силу его социальной неодобряемости, на коллег.

«Сочувствие и жалость» также носят зачастую «декларативно-компенсаторный» характер, маркируя защитный психологический механизм компенсации, проявляющийся в преувеличенном внимании к пожилым людям (или в декларации этого внимания). Его запуск также вызван неготовностью респондентов признать собственный негатив в отношении этой категории пациентов, клиентов, с последующим приписыванием его коллегам.

Между тем, социально одобряемые, не нуждающиеся в «сокрытии» позитивные чувства к пожилым клиентам, пациентам, как и открытое признание негатива в их отношении, дают возможность более «резво», без включения защитных механизмов, оценивать ситуацию, в том числе поведение других людей, не «перекладывая» на коллег свои вытесненные переживания и страхи.

Распространенность у медицинских и социальных работников психологической защиты, блокирующей осознание негатива к пожилым путем приписывания его другим, иллюстрируют и другие данные. О наличии эйджизма в практиках *медицинского обслуживания* чаще говорят *социальные работники* (45,1% против, в среднем, 14% медиков, однозначно утверждающих наличие таких фактов), а *социального обслуживания и защиты* – *медицинские работники* (в среднем, 30% против 11,3% социальных работников, однозначно утверждающих наличие таких фактов).

Психологически показательным феноменом видится то, что, оценивая *свое* отношение к пожилым клиентам, пациентам, респонденты акцентируют внимание на сочувствии и жалости (высокой эмоциональной вовлеченности в ситуацию), а говоря о *коллегах*, просто указывают на их положительное отношение к пожилым людям (эмоционально более

спокойная характеристика). Превалирование в *самооценках* 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*. В то же время, именно такая эмоциональная вовлеченность является причиной высокого профессионального выгорания и, соответственно, усталости, раздражения, безразличия к пожилым людям, выступая одной из предпосылок эйджизма. Как было показано выше, установка на высокую эмоциональную вовлеченность сопряжена со снижением осознания собственных эйджистских паттернов и включением механизмов психологической защиты.

Другой предпосылкой эйджизма, по мнению ряда ученых, выступает страх старости, старения и смерти, который преобразуется в негатив к престарелым людям как к своего рода символам этих явлений. Ведь «осознание своего отношения к старению и понимание его влияния на поведение имеет решающее значение для развития ... отношений с пожилыми людьми [11, р. 151]». В связи с этим нами задавался вопрос об отношении специалистов к тому, что они когда-то состарятся. Полученные данные показали, что адекватную, зрелую позицию в этом плане занимает несколько больше трети опрошенных (36,7%) - тех, кто на вопрос об отношении к своей будущей старости, ответили, что думают о том как прожить предстоящий период с пользой и по возможности в удовольствие. Преимущественно это относится к врачам и социальным работникам (39,0% и 42,3% соответственно).

В сумме 50,7% опрошенных в разных формах высказали деструктивный страх старости: боится ее наступления каждый десятый; в среднем каждый пятый надеется как можно дольше избегать старости, отодвигая ее наступление, а также на то, что к этому моменту медицина сделает такой шаг вперед, что старость не доставит им дискомфорта. Страх смерти, как и пассивное принятие старости, чаще всего регистрируется у среднего медицинского персонала (16,9% медсестер против 11,3% социальных работников и 0% у врачей).

Само по себе принятие неизбежности старения - позитивный факт. Но пассивное «доживание как получится» означает отсутствие видения и отказ от тех возможностей, которые предоставляет этот возрастной период. Если же исходить из положения, что *страх старости, смерти выступает психологической предпосылкой эйджизма, то более всего в зоне риска оказывается средний медперсонал*.

Обращает на себя внимание тот факт, что группа респондентов, сообщивших, что не задумывается о старости и старении (таковых 6%) 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). Эти данные являются указанием на необходимость общественного *обсуждения проблем старения как механизма профилактики эйджизма и безразличия к проблемам пожилых*.

Негативно и безразлично относящихся к пожилым пациентам и клиентам меньше всего среди тех, *кто надеется как можно дольше избегать старости, думает как сделать так, чтобы с пользой и по возможности в удовольствие провести этот жизненный период*.

Больше всех об эмоциональном напряжении в работе с пожилыми говорят те, кто надеются, что к наступлению их старости медицина сделает такой шаг вперед, что старость не доставит им дискомфорта (26,1% против 15,0%, придерживающихся иной точки зрения относительно их будущего старения). Возлагающие надежду на прогресс медицины в контексте отношения к старости также чаще других говорят о некотором пренебрежении к

пожилым клиентам и пациентам (17,4% против 4-7%, сообщивших об иной позиции относительно того, что когда-то состарятся).

Среди респондентов, полагающих, что старость не доставит им дискомфорта в силу прогресса медицины, большинство отметили, что им постоянно (10,9%) приходится принимать решения, совершать действия, ущемляющие права или положение пожилых людей (среди иначе относящихся к тому, что когда-то состарятся – нет ни одного, кто сообщил бы о постоянстве собственных эйджистских практик).

Велико число только «время от времени» реализующих эйджистские практики среди тех, кто не особенно задумывается о старости и старении (18,8%), и, опять же, среди надеющихся, что к наступлению их старости медицина сделает такой шаг вперед, что старость не доставит им дискомфорта (13,0%), а среди иначе относящихся к старости число таких ответов варьирует в диапазоне 3,3-6,6%.

Эти данные явно указывают, что не только отсутствие размышлений о старости, но и деструктивные установки относительно старения заметно влияют на формирование эйджистских практик.

Исследователи проблемы эйджизма утверждают, что среди его предпосылок имеют место негативные стереотипы о пожилых людях: восприятие их как слабых, незащищенных, сварливых, неспособных постоять за себя и плохо соображающих [13, 16]. Формирование таких установок часто обусловлено негативным опытом общения с пожилыми людьми. Так, М.Маршалл и М.Диксон пишут, что «если мы не имеем позитивного опыта общения со старыми людьми в повседневной жизни, увеличивается риск видеть всех старых людей в одинаковом свете, а именно в том, в каком мы видим их на своей работе. А видим мы их как инвалидов, беспомощных, имеющих много проблем» [15, р. 28].

Судя по ответам респондентов, *опыт общения с престарелыми людьми у них в основном положительный*. Большинство окружающих пожилых людей, по их мнению, «стараются держаться «на плаву», не сильно «активничают», но и не позволяют себе опуститься» (45,4%); «следят за собой, ведут жизнь, достойную уважения» (38,6%). Те же, кто «опустили руки, перестали следить за собой, просто доживают жизнь», «сидят на шее» у родственников или социальных служб и ничего не хотят делать, считают, что все им должны», по мнению опрошенных, составляют всего 10,1%. *Эти данные не только свидетельствуют о преимущественно позитивном опыте взаимодействия медицинских и социальных работников с пожилыми людьми, но и показывают, что последние в большинстве своем вполне адекватно вписываются в социальное пространство.*

При этом заметна определенная специфика в распределении ответов об окружающих пожилых людях между респондентами, испытывающими по отношению к ним позитивные эмоции, и теми, кто относится к ним иным образом (испытывают сочувствие, жалость, никаких особых чувств не испытывают). 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%.

Группу тех, кто «никаких особых чувств» к пожилым не испытывают, в основном составляют респонденты, считающие, что большинство престарелых «стараются держаться «на плаву», не сильно «активничают», но и не позволяют себе опуститься» (77,8%). (Среди

позитивно настроенных, а также тех, кто испытывает сочувствие и жалость, подобным образом ответили соответственно 30% и 46,5% опрошенных).

Группу ответивших, что среди окружающих их пожилых людей больше «сидящих на шее» у родственников или социальных служб, ничего не желающих делать, считающих, что все им должны», более всего составляют специалисты, не испытывающие никаких особых чувств к этой категории людей (5,6%) и еще 2,8% респондентов, испытывающих к ним сочувствие, жалость. Среди тех, кто сообщил о позитивном отношении к пожилым пациентам, клиентам, ни один респондент не выбрал вариант ответа об иждивенчестве окружающих его пожилых людей.

Как видно, положительный пример жизненных практик пожилых людей играет существенную роль в формировании у медиков и социальных работников такой же позиции в отношении пожилых клиентов, пациентов.

Данный вывод подтверждается и результатами перекрестного анализа ответов на вопросы об отношении респондентов к тому, что они когда-то состарятся и их опытом взаимодействия с пожилыми людьми.

Негативный опыт столкновения с пожилыми людьми в большей мере коррелирует с *пассивным принятием старости* (вариант ответа: «приму старость как неизбежность и буду доживать как получится»). Среди пассивно принимающих старость (в сумме 16,7%) - в основном полагающие, что большинство окружающих их пожилых людей «опустили руки, перестали следить за собой» (10,0%) и «сидят на шее у родственников» (6,7%). Среди респондентов, сказавших «приму старость как неизбежность», также как и «надеюсь как можно дольше избегать старости...» небольшое, но все же значимое число считающих, что среди окружающих их пожилых людей больше опустивших руки, переставших следить за собой, просто доживающих жизнь (по 10,0%, а среди иначе относящихся к старости – 4-6% сказали о таком же опыте), отодвигающих ее наступление (среди них 10,0% сказали, что большинство окружающих их пожилых людей «опустили руки, перестали следить за собой»).

Еще более наглядную связь позиции опрошенных относительно старения и опыта взаимодействия с пожилыми людьми иллюстрирует сравнение коэффициентов положительного/отрицательного взаимодействия названного опыта ($K_{пов}$) между группами респондентов с разными установками по отношению к собственной старости. $K_{пов}$ рассчитывался как разница между суммой положительных («большинство окружающих меня пожилых людей следит за собой, ведет жизнь, достойную уважения» и «...старается держаться «на плаву», не сильно «активничает», но и не позволяет себе опуститься») и отрицательных («большинство окружающих меня пожилых людей ... опустило руки, перестало следить за собой, просто доживает жизнь» и «...сидит на шее» у родственников или социальных служб, ничего не хочет делать, считает, что им все должны») ответов об опыте взаимодействия с пожилыми людьми.

Больше всего коррелируют с позитивным опытом взаимодействия респондентов с пожилыми людьми варианты ответа, определяющие их отношение к тому, что они когда-то состарятся: «Думаю о том, как сделать так, чтобы с пользой и по возможности в удовольствие провести этот жизненный этап» ($K_{пов}=84.3$) и «страшусь наступления старости» ($K_{пов}=85.0$); с негативным опытом - вариант ответа: «приму старость как неизбежность» ($K_{пов}=66.6$). Остальные коэффициенты вариантов ответа, характеризующих отношение респондентов к старости, располагаются в диапазоне от 72 до 77 ед.: (надеюсь как можно дольше избегать старости - 76,9; не особенно задумываюсь об этом – 74,9; надеюсь,

что к наступлению старости медицина сделает такой шаг вперед, что старость не доставит мне дискомфорта – 71,8).

Полученные данные не только подтверждают наличие связи между опытом взаимодействия с пожилыми людьми и собственным отношением к старости, но и позволяют предположить, что негативный опыт столкновения с престарелыми формирует склонность к пассивной позиции в обслуживании пожилых клиентов и пациентов. Это убедительно подтверждают ответы участников фокус-групп (медицинские и социальные работники), так как наиболее часто эйджистские установки в отношении этой категории пожилых проявляются во фразе: «в вашем возрасте [иметь такие болезни, плохо себя чувствовать] уже положено».

В качестве индикатора социокультурной обусловленности эйджизма был задан вопрос: «Как часто в жизни Вы встречаетесь с позицией, согласно которой пожилые люди являются обузой или «экономически нецелесообразной» категорией?». На него подавляющее большинство опрошенных (в сумме 75,2%) ответило положительно, что свидетельствует о *существенной распространенности этой установки в общественном сознании*. Из них: 22,1% выбрали вариант ответа «часто», 54,5% - «иногда» (ее даже можно назвать классической). Еще Р.Батлер отмечал распространённость представления, согласно которому пожилые люди считаются бременем для государства [12].

Однако, по мнению анкетированных, отрасли здравоохранения, социальной защиты и обеспечения такая позиция затрагивает лишь в небольшой мере: респондентов, ответивших, что в сфере их профессиональной деятельности *частота* позиции об экономической нецелесообразности лечения пожилых людей встречается в два раза реже, чем в повседневной жизни. Между тем, число тех, кто с той или иной частотой встречаются с такой позицией в сфере своей профессиональной деятельности, немало и составляют они в сумме 52,9% (10,7% - часто, 42,2% - иногда). О том, что никогда не сталкивались с ней, сообщили 23,2% опрошенных.

Таким образом, *представление о том, что лечение и обслуживание пожилых людей экономически нецелесообразно, что они являются обузой для общества, следует отнести к важным предпосылкам эйджизма в исследуемой сфере деятельности*.

Сами респонденты среди наиболее значимых предпосылок эйджизма в процессе медицинского и социального обслуживания пожилых людей называют в первую очередь внеличностные причины: низкую оплату и престижность труда специалистов, работающих с пожилыми (так ответили в среднем 31,5% опрошенных), отрицательную роль государственной политики, нередко формирующей представление об этой категории как об экономически невыгодной для вложения средств в их здоровье, уход, поддержание сил (27,5%).

Применительно к сфере медицинского обслуживания, помимо названных, важными причинами выступают психологические сложности общения с пожилыми людьми, желание сократить его (так считают 24,6%) и недостаток современных технологий обслуживания, что препятствует лечению и поддержанию здоровья пожилых на высоком уровне (24,2%). В процессе *социального обслуживания* эйджистские проявления респонденты больше всего связывают с низким социальным статусом пациентов, допускающим пренебрежительное отношение к ним (21,7%), представлением социальных работников о пожилых людях как об экономически нецелесообразной категории с точки зрения вложения сил и средств в ее здоровье, уход, поддержку (20,3%).

Таким образом, по мнению опрошенных, преобладающими причинами эйджизма в сфере медицинского обслуживания выступают психологические и технологические факторы, тогда как в системе социального обслуживания – морально-нравственные.

В качестве же наиболее эффективных механизмов преодоления эйджизма в отношении пожилых пациентов, клиентов в контексте медицинского и социального обслуживания опрошенные называют: а) последовательную государственную политику по формированию положительного отношения к престарелым гражданам и условий для их здорового долголетия, повышения качества жизни (так ответили в среднем 50% опрошенных); б) повышение зарплаты, улучшение условий труда специалистов, работающих с пожилыми людьми (так ответили в среднем 42% опрошенных).

Выводы

1. Эйджизм представляет собой распространенное явление как в повседневных практиках населения, так и в рамках институтов здравоохранения, социального обслуживания и обеспечения. Несколько в большей мере практики эйджизма распространены среди социальных работников, в меньшей мере – среди среднего медперсонала.

2. К значимым предпосылкам эйджизма в медицинском и социальном обслуживании лиц пожилого и старческого возраста следует отнести: установку на «экономическую нецелесообразность» работы с пожилыми людьми, а также представление о необходимости высокой эмоциональной вовлеченности специалистов в проблемы пожилых людей. В определенной мере эйджизм социальных и медицинских работников является следствием их негативного опыта взаимодействия с пожилыми людьми и собственных страхов по поводу наступления старости.

3. Обсуждение эйджизма сопряжено с большим психологическим дискомфортом, затрудняющим конструктивный диалог вокруг этой проблемы, и проявляющимся в виде актуализации ряда защитных психологических механизмов (перенос, вытеснение, компенсация). В то же время обсуждение темы старости является необходимым условием конструктивного отношения к старению и профилактики эйджизма.

4. Полученные данные позволяют говорить о преобладании внешнего локуса контроля в ответах медицинских и социальных работников относительно эйджизма, что проявляется в приписывании ими причин его возникновения внешним обстоятельствам. По их мнению, ключевыми факторами, обуславливающими эйджизм в профессиональной деятельности этой категории работников, являются главным образом внеличностные причины: политика государства, формирующая представление о пожилых людях как об экономически нецелесообразной категории, низкая оплата и престижность труда специалистов, работающих в сфере медицинского и социального обслуживания. Преобладающими причинами эйджизма в процессе медицинского обслуживания, кроме того, выступают психологические и технологические факторы, тогда как социального – морально-нравственные. И медицинские, и социальные работники чаще всего связывают проблему преодоления эйджизма с совершенствованием государственной политики по формированию положительного отношения к пожилым людям, созданием условий для их здорового долголетия, с повышением зарплаты, улучшением условий труда специалистов, работающих с людьми пожилого и старческого возраста.

5. Как представляется, основные проблемы эйджизма в деятельности социальных и медицинских работников сопряжены, во-первых, с неразвитостью моральных регуляторов части из них, что, скорее всего, является следствием деформации института старости с последующей утратой значимого статуса пожилых людей. В

этом случае для решения проблемы эйджизма недостаточно разрозненных мер, направленных на деятельность конкретных работников и организаций. Необходимо целенаправленное, последовательное воздействие на общественное сознание по формированию культуры старения и отношения к пожилым людям. Второй аспект проблемы связан с низкой геронтологической компетентностью в области психологии старости у специалистов, работающих с пожилыми людьми. С одной стороны, у них отсутствует понимание того, что проблемы взаимодействия с пожилыми людьми часто являются результатом старческих изменений (а не их «вредности»), с другой - незнание правил работы с этой категорией, отличающейся специфическими психологическими характеристиками. Это обуславливает накопление эмоционального напряжения, психологической усталости у специалистов, возникновение черствости, безразличия - как защитного механизма от проблемности как пожилых людей, так и тех жизненных ситуаций, в которых они находятся. В преодолении этого аспекта эйджизма ключевая роль принадлежит образованию, обучению технологиям общения, обеспечивающим психологическую защиту работников, их эффективность во взаимодействии с пожилыми клиентами, пациентами. Третий, социокультурный аспект, связанный с преодолением эйджизма, - выведение этой проблемы на открытую общественную дискуссию, позволяющую актуализировать эту тему в общественном сознании, и, как следствие, в научном дискурсе.

Список литературы:

1. Горфан Я.Ю. Предубеждения в отношении пожилых людей как фактор их виктимизации [Электронный ресурс]. *Психологическая наука и образование* PSYEDU.ru. 2012; (2). URL: http://psyjournals.ru/psyedu_ru/2012/n2/53449.shtml (дата обращения: 11.02.2014)
2. Доклад II Всемирной Ассамблеи ООН по проблемам старения. Организация Объединенных Наций. Мадрид, 12 апреля 2002 года. Ст. 2, 14. [Интернет]. URL: <http://www.un.org/ageing/main.html> (дата обращения: 11.02.2014)
3. Краснова О.В., Лидерс А.Г., составители. Эйджизм в работе с пожилыми людьми. Психология старости и старения. Хрестоматия. Для студентов психологических факультетов высших учебных заведений. Москва: АСАДЕМА; 2003. 416 с.
4. Микляева А.В. Возрастная дискриминация как социально-психологический феномен. СПб.: Речь; 2009. 160 с.
5. Микляева А.В. Методы исследования эйджизма: зарубежный опыт. *Известия РГПУ им. А.И. Герцена*. 2009; (100). [Интернет]. URL: <http://cyberleninka.ru/article/n/metody-issledovaniya-eydzhizma-zarubezhnyy-opyt> (дата обращения: 14.12.2013)
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 г. С. 14. [Интернет]. URL: http://socpolitika.ru/files/5492/ageing_report_com.pdf (дата обращения: 01.02.2014)
7. Пучков П.В. Геронтологический эбьюзинг как предмет социологического исследования. *Социология*. 2006; (23): 26-49.
8. Пучков П.В. Концептуальные основания превенции геронтологического насилия в современном российском обществе: автореф. дис ...д-ра. социол. наук. Саратов. 2009. 33 с.

9. Смирнова Т.В. Пожилые люди: стереотипный образ и социальная дистанция. *Социологические исследования*. 2008; (8): 49-55.
10. Социальное самочувствие пожилых людей в регионе. Н.М. Байков, Л.В. Каширина, редакторы. Хабаровск: Дальневосточная академия государственной службы; 2012. 186 с.
11. Angus J. Ageism: A Threat to "Aging Well" in the 21st Century. *Journal of Applied Gerontology*. 2006; (25): 137-152.
12. Butler R.N. Age-ism: Another form of bigotry. *The Gerontologist*. 1969; 9: 243-246
13. Branco K.J. Stereotyping and the life cycle: Views of aging and the aged. In the Eye of the Beholder: Contemporary Issues in Stereotyping. A.G. Miller, editor. NY. 1982. P. 364-410.
14. Garstka T.A., Schmitt M.T. How young and older adults differ in their responses to perceived age discrimination. *Psychology and Aging*. 2004; 19 (2): 326–335.
15. Marshall M, Dixon M. Social work with Older People. 3rd ed. Basingstoke, England: Macmillan; 1996. vii, 150 p.
16. Nelson T.D. Ageism: Prejudice against our feared future self. *Journal of Social Issues*. 2005; 61 (2): 207-221.
17. Wilkinson J.A., Ferraro K.F. Thirty years of ageism research. In: Ageism: Stereotyping and prejudice against older adults. T.D. Nelson, editor. Cambridge: MA, 2002. P. 339-358.

References:

1. Gorfan Ya.Yu. Prejudice against older adults as a factor of their victimization. *Psikhologicheskaya nauka i obrazovanie* PSYEDU.ru. [Internet] 2012 [cited 2014 Feb 11]; (2). Available from: URL: http://psyjournals.ru/psyedu_ru/2012/n2/53449.shtml. (In Russian).
2. The Report of II World UN Assembly on aging. The United Nations. Madrid. 2002 April 12. Art. 2, 14. [Internet] [cited 2014 Feb 11]. Available from: URL: <http://www.un.org/ageing/main.html> (In Russian).
3. Krasnova O.V., Lidars A.G., compilers. Ageism in the work with older people. Psychology of aging. Textbook for students of psychological department of higher educational institutions. Moscow: ACADEMA; 2003. 416 p. (In Russian).
4. Miklyaeva A.V. Age discrimination as social and psychological phenomena. St. Petersburg: Rech'; 2009. 160 p. (In Russian).
5. Miklyaeva A.V. Methods for studying ageism: foreign experience. *Izvestiya RGPU im. A.I. Gertsena*. 2009; (100). [Internet] [cited 2013 Dec 14]. Available from: URL: <http://cyberleninka.ru/article/n/metody-issledovaniya-eydzhizma-zarubezhnyy-opyt>. (In Russian).
6. The basic changes in aging during the period after the II World Assembly on aging: Report of Secretary General. Commission for social development. 45 Session. February 7-16, 2007. P.14. [Internet] [cited 2014 Feb 01]. Available from: URL: http://socpolitika.ru/files/5492/ageing_report_com.pdf. (In Russian).
7. Puchkov P.V. Gerontological abusing as a subject for sociological study. *Sotsiologiya*. 2006; (23): 26-49. (In Russian).
8. Puchkov P.V. Conceptual basis for preventing gerontological violence in contemporary Russian society: [thesis]. Saratov. 2009. 33 p. (In Russian).
9. Smirnova T.V. Older people: stereotype image and social distance. *Sotsiologicheskie issledovaniya*. 2008; (8): 49-55. (In Russian).
10. Social well-being of the older people in the region. H.M. Baykov, L.V. Kashirina, editors. Khabarovsk: Far East Academy of Civil Service; 2012. 186 p. (In Russian).

11. Angus J. Ageism: A Threat to "Aging Well" in the 21st Century. *Journal of Applied Gerontology*. 2006; (25): 137-152.
12. Butler R.N. Age-ism: Another form of bigotry. *The Gerontologist*. 1969; 9: 243-246
13. Branco K.J. Stereotyping and the life cycle: Views of aging and the aged. In the Eye of the Beholder: Contemporary Issues in Stereotyping. A.G. Miller, editor. NY. 1982. P. 364-410.
14. Garstka T.A., Schmitt M.T. How young and older adults differ in their responses to perceived age discrimination. *Psychology and Aging*. 2004; 19 (2): 326–335.
15. Marshall M, Dixon M. Social work with Older People. 3rd ed. Basingstoke, England: Macmillan; 1996. vii, 150 p.
16. Nelson T.D. Ageism: Prejudice against our feared future self. *Journal of Social Issues*. 2005; 61 (2): 207-221.
17. Wilkinson J.A., Ferraro K.F. Thirty years of ageism research. In: Ageism: Stereotyping and prejudice against older adults. T.D. Nelson, editor. Cambridge: MA, 2002. P. 339-358.

і Стаття 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

The articles is supported by the Russian Humanitarian Science Foundation grant "Organizational mechanisms to overcome ageism trends in service delivery to senior citizens by health care and social protection organizations: regional aspect" (Project N14-03-00624, supervised by L.V. Kolpina)