

УДК 614.253.83

## О ПРЕОДОЛЕНИИ ВОЗРАСТНЫХ НЕРАВЕНСТВ В ПЕРВИЧНОМ ЗВЕНЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ (ОБЗОР НАУЧНОЙ ЛИТЕРАТУРЫ ЗА ПЕРИОД 2015 ПО 2020 ГОДЫ)

Ищенко К.А., Мельниченко А.А.

*ФГАОУ ВО «Белгородский государственный национальный исследовательский университет», г. Белгород.*

Термин «первичная медико-санитарная помощь» был впервые введен в 1975 году. Первичная медико-санитарная помощь оказывается амбулаторно в медицинской организации (ее подразделении), оказывающей первичную медико-санитарную помощь, по месту жительства (пребывания) пациента, по месту выезда мобильной медицинской бригады и в условиях дневного стационара, в том числе стационара на дому. Первичное звено здравоохранения оказывает медицинскую помощь всем гражданам Российской Федерации, на прием к врачу первичного звена пациент может попасть по средствам самостоятельной записи. Данная структура здравоохранения проводит мероприятия по профилактике, диагностике, лечению заболеваний и состояний, медицинской реабилитации, наблюдению за женским здоровьем, прививает навыки здорового образа жизни, выявляет и снижает факторы риска заболеваний, и занимается санитарно-гигиеническим просвещением. На данный момент в Российской Федерации проходит модернизация первичного звена здравоохранения. В 2016 году в ряд регионов был внедрен пилотный проект «Бережливая поликлиника», смысл которого — внедрить бережливые технологии в медицинские организации для повышения доступности первичной медико-санитарной помощи путём оптимизации внутренних процессов работы в первую очередь поликлиник. Одним из достижений проекта считается уменьшение времени ожидания в очереди у регистратуры в четыре раза, а количество посещений при прохождении первого этапа диспансеризации определенных групп населения сократилось в 3,7 раз, время ожидания врача в очереди на первичный прием – в 8 раз. Данное достижение проекта особенно важно и актуально для пациентов пожилого возраста. По мнению Л. В. Колпиной, именно среди пациентов первичного звена наиболее часто преобладают пациенты пожилого возраста, и именно врачи амбулаторной практики чаще склонны к возникновению негативных стереотипов о старении и являются носителями такого социального явления как эйджизм. Эйджизм как социальное явление был впервые определен Робертом Батлером, американским психологом, директором национального института старения США, в 1969 году. Суммировав различные подходы к объяснению данного социального явления, Л. В. Колпина определяет эйджизм как ущемление в правах, пренебрежительное отношение и унижающие человеческое достоинство практики, реализуемые на основе негативной возрастной стереотипизации, а также сами негативные возрастные стереотипы. Для нахождения путей преодоления эйджизма в первичном звене необходимо изучить опыт зарубежных коллег, так как данное социальное явление в Российской Федерации изучено мало.

Ключевые слова: эйджизм, первичная медико-санитарная помощь, хронические заболевания, дискриминация, общественное здоровье, общая врачебная практика.

## ON OVERCOMING AGE INEQUALITIES IN THE PRIMARY LINK OF HEALTHCARE (REVIEW OF SCIENTIFIC LITERATURE FOR THE PERIOD OF 2015 TO 2020)

*Ishhenko K. A., Melnichenko A.A.*

*Federal State Autonomous Educational Institution of Higher Education «Belgorod National Research University», Belgorod.*

The term "primary health care" was first coined in 1975. Primary health care is provided on an outpatient basis in a medical organization (its subdivision) that provides primary health care, at the patient's place of residence (stay), at the place of departure of the mobile medical team and in a day hospital, including a hospital at home. Primary care provides medical care to all citizens of the Russian Federation; a patient can get an appointment with a primary care doctor by means of self-registration. This health structure carries out measures for the prevention, diagnosis, treatment of diseases and conditions, medical rehabilitation, monitoring women's health, instills healthy lifestyle skills, identifies and reduces risk factors for diseases, and is engaged in health and hygiene education. Now, the Russian Federation is undergoing modernization of the primary health care system. In 2016, a pilot project "Lean Polyclinic" was introduced in a number of regions, the purpose of which is to

introduce lean technologies in medical organizations to increase the availability of primary health care by optimizing the internal work processes of, first of all, polyclinics. One of the achievements of the project is to reduce the waiting time in the queue at the reception by four times, and the number of visits during the first stage of clinical examination of certain population groups has decreased by 3.7 times, the waiting time for a doctor in the queue for the initial appointment - by 8 times. This achievement of the project is especially important and relevant for elderly patients. According to L. V. Kolpina, it is among the primary care patients that elderly patients most often predominate, and it is the doctors of the outpatient practice who are more likely to possess negative stereotypes about aging and are carriers of such a social phenomenon as ageism. Ageism as a social phenomenon was first defined by Robert Butler, American psychologist and director of the US National Institute on Aging, in 1969. Summarizing various approaches to explaining this social phenomenon, L.V. Kolpina defines ageism as infringement of rights, neglect and degrading human dignity practices, implemented on the basis of negative age stereotyping, as well as negative age stereotypes themselves. To find ways to overcome ageism in the primary care, it is necessary to study the experience of foreign colleagues, since this social phenomenon in the Russian Federation has been little studied.

Key words: ageism, primary health care, chronic diseases, discrimination, public health, general medical practice.

## Введение

### Актуальность

Известно, что наибольшая часть пациентов врача первичного звена, врача общей практики, пациенты пожилого возраста. Первичному медико-санитарному звену здравоохранения, как и в целом здравоохранению, одному из крупнейших общественных институтов, свойственны проявления такого социального явления как эйджизм, дискриминация по возрастному признаку.

По мнению О. В. Красновой и А. Г. Лидерс, работникам сферы здравоохранения свойственны негативные стереотипы о пожилых людях, враждебное отношение к ним, причем растущее по мере увеличения рабочего стажа, манипулирование пожилыми людьми [1]. Пожилых людей расценивают как депрессивных, дряхлых, не поддающихся терапии. В силу физических или когнитивных ограничений пожилых людей, у части медицинских работников возникает депрессивное настроение или неприязнь к ним. Зачастую врачи заранее уверены, что лечение пожилых пациентов не представляет перспектив [2]. Негативная стереотипизация приводит к дискриминации пожилых людей, что в свою очередь оказывает значительное влияние на качество получаемой медицинской помощи. Если пожилой пациент воспринимается медицинским работником как «вздорный» или «ворчливый», то и обращение такого пациента не принимается всерьез, что сильно снижает качество медицинской помощи [3].

Зачастую врачи предпочитают лечить заболевания вместо их профилактики если речь идет о пациентах старших возрастных групп. Виной подобному явлению так же выступает стереотип о старении как состоянии неизбежного снижения физической и когнитивной функций. Другими словами, если ухудшение здоровья пожилых людей неизбежно, то и

профилактические мероприятия не имеют смысла. Между тем, большинство патологий, считающиеся болезнями пожилого возраста, такие как остеопороз, сахарный диабет, артериальная гипертензия, имеют обратимый характер и контролируемое течение[4]. Доступ к первичному медицинскому обслуживанию для пожилых пациентов может быть затруднен как физическими, так и финансовыми препятствиями. Недостаток материальных средств, недоступность транспортных услуг, ограничения пациентов к самостоятельному передвижению – лишь некоторые из факторов, что осложняют доступность к первичной медицинской помощи. Кроме того, недостаточное количество специалистов, загруженность лечебных учреждений, отсутствие внимания к хроническим заболеваниям, дефицит льготных лекарственных средств так же затрудняют благовременное и эффективное лечение пожилых людей в медицинских учреждениях первичного звена. Нехватка подготовленного персонала, перегруженность лечебных учреждений, недоступные цены на медицинские услуги и лекарственные препараты, отсутствие целенаправленного или первоочередного внимания к лечению хронических заболеваний, дефицит лекарств – лишь некоторые из проблем, затрудняющих своевременное и эффективное лечение пожилых людей в учреждениях здравоохранения. А доступные медицинские услуги могут не соответствовать некоторым потребностям пожилых людей или не включать в свою структуру специализированное геронтологическое обслуживание.

Подводя некоторый итог, следует отметить, что эйджизм следует рассматривать как важный фактор, который затрудняет доступ к первичной медико-санитарной помощи и препятствует действенным контактам пациентов с медицинским персоналом, что находит отражение в точности диагностики и качестве лечения [5].

**Цель исследования:** изучить имеющиеся публикации, по данной теме, опубликованные в базах данных Scopus, E-library, PubMed.

**Материал и методы исследования:** поиск литературы проводился с использованием электронных баз данных Scopus, E-library, PubMed, опубликованных за период с 2015 по 2020 годы. Термины, включенные в первоначальный поиск, были такие: «эйджизм», «дискриминация», «пожилые люди». Затем результаты были объединены с терминами «первичное звено», «общая врачебная практика». Далее был проведен вторичный библиографический поиск.

**Результаты исследования и их обсуждение:**

Увеличение продолжительности жизни, его масштабы и скорость определяют старение населения. Однако существующие общепринятые стереотипы о пожилых людях и старении в целом могут стать серьезной преградой для адекватной реакции на стареющее население. В том числе адекватной реакции медицинского персонала, которому так же свойственны, даже в большей степени, негативные стереотипы о старении и пожилых людях.

Известно, что 23% от общего числа болезней приходится на патологию у людей в возрасте 60 лет и старше. Основными причинами патологических процессов у пожилых людей являются сердечно-сосудистые заболевания (30,3%), онкологические процессы (15,1%), хронические заболевания легких (9,5%), поражение опорно-двигательного аппарата (7,5%), а также неврологические и психические расстройства (6,6%). Среди основных задач первичного звена здравоохранения является первичная и вторичная профилактика данных патологий. По данным MartinJPrince, первичная профилактика у лиц трудоспособного возраста позитивно повлияет на здоровье в последующих когортах уже пожилых людей, так называемый прицел на опережение болезней. Одним из множества препятствий на пути осуществления данной задачи первичным звеном здравоохранения является эйджизм. Неготовность некоторых систем здравоохранения оказывать качественную медицинскую помощь, соответствующую возрасту пациентов при хронических заболеваниях и сложность консолидации медицинской помощи при сложных полиморбидных заболеваниях, так же являются преградами для улучшения качества оказания медицинских услуг пожилому населению [6].

Наиболее частой жалобой среди пожилых пациентов является боль в спине. Но зачастую пожилые пациенты не получают должного лечения по данной нозологии по неизвестным причинам. По результатам исследования U. Makris, было выявлено три группы причин, по которым пожилые пациенты не обращаются за медицинской помощью или не получают адекватную обезболивающую терапию. К первой группе причин относятся убеждения самих пожилых пациентов в том, что боль в спине является возрастной неизбежностью, некоторые пациенты отмечали, что сформировали данное мнение после консультации специалиста. К двум другим группам причин относятся негативное отношение к лекарственным средствам и хирургическим вмешательствам, так же некоторые респонденты отмечали боль в спине как малую проблему по сравнению с другими сопутствующими заболеваниями. Следовательно, наиболее качественный контакт медицинских работников, с исключением стереотипа о возрастном появлении боли, может повлиять на приверженность пациента к лечению и улучшить качество жизни пожилого пациента [7].

В продолжении проблемы назначения лекарственных средств пожилым пациентам, хотелось бы привести мнение Л. В. Колпиной о явлении эйджизма в первичном звене. Автор приводит в пример факт о том, что врачи поликлинических отделений выписывают пожилым пациентам дорогостоящие препараты, без предложения более дешевого аналога. Имеет место и обратное, врачи назначают дешевый, но менее эффективный по сравнению с оригинальным препаратом, дженерик[8]. Данное явление, происходящее в силу влияния негативных стереотипов о старении, стереотипов о том, что пожилой человек не имеет финансовой возможности для приобретения качественных продуктов и дорогостоящих лекарственных препаратов, значительно снижает эффективность лечения и качество медицинской помощи.

В подтверждении вышеописанных данных, хотелось бы привести следующее исследование, проведенное Antonio Cherubini, в котором так же говорится о недостаточном назначении врачами общей практики лекарственных препаратов пожилым пациентам. Среди причин для недостаточного назначения препаратов пожилым пациентам стоят полипрагмазия, отсутствие доказательной базы лекарственного препарата, страх побочных эффектов, экономические проблемы и эйджизм. К сожалению, некоторые доктора заранее уверены в неэффективности лечения некоторых заболеваний у пожилых пациентов. Так же, к данному явлению приводит и то, что имеется недостаточная доказательная база о влиянии того или иного препарата на организм пожилых пациентов, в силу того, что во многих фармакологических исследованиях пожилой возраст является критерием исключения. Авторами были предложены пути решения данной проблемы. Применение врачами амбулаторного звена комплексной гериатрической оценки значительно улучшило практику назначения лекарственных препаратов. Так же было представлено, что привлечение клинического фармаколога к процессу лечения пожилых пациентов показало положительную динамику в данной проблеме. Кроме того, разработанные Ирландскими учеными критерии STOPP/START, а точнее применение их в работе врача общей практики, так же позволило сократить назначение лекарственных средств в неполном объеме [9].

Далее хотелось бы привести опыт польских коллег по исследованию состояния здоровья, благополучия пожилых людей и степени удовлетворенности ими качеством медицинских услуг. Полученные результаты оказались следующими. В целом общий показатель удовлетворенности жизнью у респондентов был хорошим. Однако, среди жителей небольших городов отмечалось более низкое чувство качества жизни, нежели у пожилых пациентов из крупных городов. Полиморбидность и полипрагмазия присутствовали в

ограниченной степени. Интересно, что проблема дискриминации пожилых людей по возрастному признаку, исходящая со стороны медицинского персонала затронула пятую часть опрошенных сельских жителей и одну треть пожилого городского населения. Из этого следует, что оказываемая медицинская помощь пожилым пациентам оказывается в неполном объеме и не отвечает потребностям пациентов, причем эйджизм в данной проблеме занимает не последнее место [10].

Что касается исследований на носительство эйджизма среди медицинских работников, то опираясь на исследования Eileen McGlone, можно судить, что среди медицинского персонала нередки ситуации, когда некоторым пациентам пожилого возраста не оказываются специализированные услуги исходя из их возраста. Так же подтвердился факт того, что некоторые специалисты, опираясь на возраст пациентов, делали негативные оценочные суждения при выборе дальнейшей тактике лечения человека [11].

Китайские ученые так же исследовали врачей общей практики на предмет их знаний о старении и отношений к пожилым пациентам. Методом опроса 400 врачей общей практики с использованием китайской версии шкалы семантического дифференциала старения (CASD) и китайской версии шкалы «Факты о старении» (CFAQ1) было установлено, к пожилым пациентам большинство врачей имеет нейтральное отношение. Полученные баллы CFAQ1 указали на низкий уровень знаний о старении. Причем информированность врачей общей практики о психических и социальных фактах старения была ниже по сравнению с физическими фактами. Так же выяснилось, что среди врачей мужского пола был более высокий показатель отрицательной стереотипизации пожилых пациентов нежели среди врачей женского пола. Благодаря полученным данным стало известно о необходимости включения образовательных мероприятий для врачей общей практики о старении [12].

Как было написано выше, в структуру первичной медико-санитарной помощи помимо поликлинических отделений, оказывающих амбулаторную помощь, входит структура скорой медицинской помощи, которая в свою очередь не лишена явлений эйджизма. Примером тому приведем исследование лечения внебольничной остановки сердца и его результатов между пациентами моложе 65 лет и пожилыми пациентами. Было проведено исследование на основе данных, полученных из Национального реестра пациентов с остановками сердца Франции. По полученным результатам обнаружилось значительно меньшее количество начальных средств жизнеобеспечения, более короткую продолжительность проведения расширенного жизнеобеспечения сердца, меньшее количество автоматических компрессий грудной клетки, меньшее количество инъекций адреналина у пожилых пациентов. Хотя во



всех руководствах, этических положениях и клинических рекомендациях по ведению пациентов с внебольничной остановкой сердца возраст не рассмотрен как критерий дискриминации при оказании неотложной помощи, данное исследование отмечает более короткую продолжительность и меньшую интенсивность лечения среди пожилых пациентов. Данный факт негативных геронтостереотипов может служить частичным объяснением более низкой выживаемости пожилых пациентов в сравнении с более молодыми людьми [13].

В продолжении темы неотложных состояний, а точнее патологий, приводящих к ним, хотелось бы отдельно затронуть проблему ишемической болезни сердца у пожилых пациентов, далее ИБС.

По мнению Л. В. Колпиной, зачастую пожилые люди отмечают случаи дифференцированного подхода к себе со стороны медицинских работников первичного звена, ощущали пренебрежение и чувствовали себя незначимыми пациентами. Нередко у них появлялось ощущение, что по причине их возраста медицинский персонал уделяет им недостаточное внимание и время на приеме. Одна из наиболее распространенных жалоб среди пациентов пожилого возраста является жалобы на боль в груди при выполнении физических нагрузок. Как отмечается в исследовании Л. В. Колпиной, некоторым респондентам на подобные предъявляемые жалобы врачи отвечали, что имеют место быть возрастные изменения и дальнейшее обследование, лечение, в том числе консультация специалистов не оказываются [14].

В подтверждение вышеописанных данных, приведем следующее исследование. Врачам первичной медико-санитарной помощи было предложено посмотреть видеовиньетку со сценарием консультации пациента, который предъявляет стандартные для ИБС жалобы. По результатам данного исследования был предложен термин «гендерный эйджизм», потому как женщинам среднего возраста задавали меньше наводящих вопросов, проводили меньше диагностических манипуляций и назначали лекарственную терапию в недостаточном объеме [15].

Врачи общей практики помимо первичного приема граждан занимаются ведением пациентов, прошедших терапевтическое лечение в условиях стационара. Одна из частых причин обращения пожилых пациентов за неотложной медицинской помощью с последующей госпитализацией является хроническая сердечная недостаточность, далее ХСН. По данным ParagGoyal, сердечная недостаточность поражает около 6 миллионов человек в Соединенных Штатах, а лечение данной патологии обходится государству более

чем 30 миллиардов долларов в год. Одним из главных критериев, характеризующих качество оказания медицинской помощи, является показатель реадмиссии (англ. toreadmit — принимать назад) – показатель повторных госпитализации в течение 30 дней с момента выписки пациента из стационара. Данный показатель повторной госпитализации отражает качество оказываемой помощи как во время госпитализации, так и после неё. По мнению American College of Cardiology и American Heart Association, амбулаторное наблюдение больных с ХСН считается важнейшим звеном лечебных программ. Исследования, проведенные на базе госпиталей Bradleyetal, так же доказали, что плановые посещения после выписки из стационара тесно связаны с уменьшением рисков последующих тридцатидневных реадмиссий. Полученные данные исследования, показали, что пациентам в возрасте старше 65 лет реже был назначен визит при выписке по сравнению с более молодыми пациентами. Наблюдение после выписки особенно важно именно за пожилыми пациентами, потому как пожилой возраст является доказанным фактором риска повторной госпитализации. Мультиморбидность, полипрагмазия, синдром старческой астении и когнитивные дисфункции так же являются отягощающими факторами для повышения риска повторной госпитализации. Здесь доказано имеет место явление геронтологического эйджизма, когда доктор делает выбор в пользу более молодого пациента, исходя, возможно, из экономических соображений. Данное исследование показало, что врачи имеют меньшую вовлеченность, благосклонность и с меньшей долей вероятности предложат адекватное лечение пациентам пожилого возраста [16].

Следующее исследование, на котором хотелось бы остановиться подробнее – исследование, изучающее эйджизм среди медицинских работников Израиля. В исследование вошли три фокус – группы: врачи, медицинские сестры и социальные работники. Благодаря полученным данным удалось выделить основные причины эйджизма среди медицинского персонала. К ним относятся трудности при работе с пожилыми пациентами и их семьями, дискриминационные модели общения с пациентами старших возрастных групп и неадекватная медицинская помощь. С данными проблемами сталкиваются одинаково все группы медицинских работников. В контексте исследования было озвучено заинтересовавшее нас следующее объяснение эйджизму. Теория управления терроризмом объясняет данное социальное явление тем, что у человека возникает желание отделиться от любого напоминания о неизбежности старости и смерти. То есть эйджизм является защитным механизмом от страха о будущем ухудшении состояния организма. В данном исследовании актуальность теории управления терроризмом для разьяснения природы эйджизма подтверждает, что предвзятое отношение медицинских сестер к пожилым



пациентам объяснима тревогой по поводу их собственного старения. Несмотря на то, что в исследовании было нацелено на изучении нескольких групп медицинского персонала, остановимся подробнее на эйджизме среди медицинских сестер. Медицинские сестры контактируют с пациентами зачастую наиболее тесно, нежели врачи, следовательно, чаще являются носителями эйджизма. Среди медицинских сестер нередки такие проявления эйджизма как командный тон или детский лепет по отношению к пожилому пациенту [17].

Исходя из сложившейся эпидемиологической обстановки в мире, мы не можем не затронуть тему новой коронавирусной инфекции. Известно, что большая часть заболевших и основная группа риска COVID-19 это люди старше 65 лет. Одной из наиболее пострадавших от данной эпидемии стран является Италия. По данным SIAARTI (Итальянское общество анестезии, аналгезии и интенсивной терапии), опубликованным в рекомендациях по клинической этике для распределения лечения в исключительных ситуациях с ограниченными ресурсами, критерий «возраст» был упомянут дважды. По мнению Matteo Cesari, данные упоминания направлены на дискриминацию пожилых людей. Автор предлагает привлечь в разработку иного от возраста критерия для принятия решений в тактике лечения в исключительных ситуациях с ограниченными ресурсами специалистов знакомыми с принципами гериатрии и геронтологии, которые поддержат необходимость внедрения более современных рекомендаций [18].

Вышеописанные данные еще раз заставляют понять, что проблема эйджизма в практике врача первичного звена актуальна и значима для всего здравоохранения. Для решения вопроса об искоренении эйджизма из медицинского общества необходимо продумать пути его преодоления. Одним из них является разработка и внедрение образовательных программ, направленных на повышение геронтологической компетенции медицинского персонала. Так же важным пунктом служит формирование официальной политики, направленной на преодоление эйджизма. В рамках данной статьи хотелось бы осветить немаловажные на наш взгляд действия государства для уменьшения эйджизма именно в первичном звене здравоохранения.

В период с 2019 по 2024 годы правительством Российской Федерации были разработаны несколько Национальных проектов, одним из них является Национальный проект «Демография», целью которого является увеличением продолжительности жизни, снижение смертности населения старше трудоспособного возраста и увеличение общей рождаемости. В Национальный проект «Демография» включен Федеральный проект «Старшее поколение». Данный Федеральный проект должен оказать содействие в привлечении людей пожилого

возраста в современные реалии и улучшить качество их жизни. Помимо этого, проект направлен на улучшение контроля развития технологий, позволяющих замещать стационарное лечение, а также сократить очередность попадания в организации социального ухода. Благодаря внедрению данного проекта начала активно развиваться гериатрическая служба в регионах, в поликлинических отделениях были открыты кабинеты врачей-гериатров, выделены места для госпитализации на геронтологические койки, проведены профилактические осмотры и диспансеризация граждан старше трудоспособного возраста. Кроме того, в 2020 году «Гериатрический центр» разработал и направил в Минздрав России комплекс мер, который направлен на профилактику падений и переломов. Для повышения доступности оказания медицинской помощи пожилым людям, особенно проживающим в сельской местности, был приобретен автотранспорт и созданы мобильные медицинские бригады.

Так же хотелось бы отметить, что данный проект охватывает многие проблемы пожилого пациента, стоящие на пути к получению медицинской помощи, а также путем создания обособленной гериатрической службы разгружает работу врачей первичного звена здравоохранения. Благодаря появлению специалиста, компетентного в вопросах гериатрии и геронтологии, врачам общей практики станут ближе пути понимания процессов старения и будет доступна консультация с подобным специалистом. Тем самым данный комплекс мер, направленный, казалось бы, только на улучшение качества жизни пациентов пожилого возраста, помогает преодолеть одну из актуальных проблем современного мира и здравоохранения в том числе, эйджизм.

### **Заключение**

В заключении еще раз отметим, что проблема эйджизма в здравоохранении в целом и в частности в медико-санитарном звене стоит особо остро и проявляется в следующем: негативные эмоции, стереотипы специалистов медицинских учреждений в отношении старения и пожилых людей, полуофициально реализуемые возрастные ограничения тех или иных медицинских процедур или услуг, недостаточное внимание к потребностям пожилых людей как на федеральном уровне, так и на региональном, низкая доступность медицинских услуг для пожилых пациентов. Влияние возрастных стереотипов на постановку диагноза и определения дальнейшей тактики лечения – основная проблема, диктуемая эйджистскими установками в сфере здравоохранения. Но внедрение в практику Федеральных и Национальных проектов, направленных на улучшение качества оказания медицинской

помощи пожилым людям и возведение качества их жизни на должный уровень, дают возможность бороться и преодолевать возрастные неравенства и эйджизм в обществе.

### Список литературы

1. Краснова, О.В. Психология старости и старения. Хрестоматия [Текст] / 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 // *Ageism: Stereotyping and prejudice against older adults.* – Cambridge: MA, 2002. – P. 339-358.
3. Christian, J. Does intergenerational contact reduce Ageism: When and How Contact Interventions Actually Work? / J. Christian, T. Rhiannon, N. Holt, M. Larkin, J.H. Cotler // *Journal of Arts and Humanities.* – 2014. – Vol. 3. – № 1. – P. 1-15.
4. Grant, L. Effects of ageism on individual and health care providers' responses to healthy aging / L. Grant // *Health and Social Work.* – 1996. – № 21. – P. 9-15.
5. Доклад Верховного комиссара Организации Объединенных Наций по правам человека [Электронный ресурс] // Основная сессия 2012 года. – Женева, 23-27 июля 2012 года. – Режим доступа: <http://www.unhcr.org/fileadmin/DAM/pau/age/wg5/Other-documents/E2012-51-r.pdf> (дата обращения 18.11.2014).
6. Martin J Prince, The burden of disease in older people and implications for health policy and practice// Fan Wu, YanfeiGuo, Luis M Gutierrez Robledo, Martin O'Donnell, Richard Sullivan, Salim Yusuf/ *Lancet.* - 2015 February. Vol. 7. №5. - P. 549.
7. Una E Makris, Robin T Higashi, Emily G Marks, Liana Fraenkel, Joanna E M Sale, Thomas M Gill, M Carrington Reid, Ageism, negative attitudes, and competing co-morbidities-- why older adults may not seek care for restricting back pain: a qualitative study//*BMC Geriatr.* – 2015. - №8. –P. 15-39.
8. Абитова, Г. Права пожилых людей в Кыргызстане: законодательство и практика [Электронный ресурс] / Г. Абитова. – Режим доступа: <http://helpageeeca.org/resources/publications/> (дата обращения: 4.01. 2015).
9. Antonio Cherubini, Andrea Corsonello, FabriziaLattanzio, Underprescription of beneficial medicines in older people: causes, consequences and prevention// *Drugs Aging.* - 2012 Jun. - №1. –P. 463.
10. Aleksandra Blachnio, Wellbeing and older adults in primary health care in Poland// Aleksandra Blachnio, Leszek Buliński, 2019.
11. Perceptions of Ageism in Health and Social Services in Ireland: Report based on research undertaken by Eileen McGlone and Fiona Fitzgerald // National Council on Ageing and Older

People, 2005. – 138 p. URL: <https://ru.scribd.com/doc/235623173/Ageism> (датаобращения: 02.01.2015).

12. Yanni Yang, Lily Dongxia Xiao, ShahidUllah, Lanlan Deng, General practitioners' knowledge of ageing and attitudes towards older people in China// Australas J Ageing. - 2015 Jun. - №34. –P. 7-82.

13. Eric Wiel, Age discrimination in out-of-hospital cardiac arrest care: a case-control study/ Christophe Di Pompéo, Nicolas Segal, Gérald Luc, Jean-Baptiste Marc, Carine Vanderstraeten, Carlos El Khoury, JoséphineEscutnaire, Karim Tazarourte, Pierre-Yves Gueugniaud, Hervé Hubert, GR-RéAC// Eur J CardiovascNurs. – 2018. - №17. – P. 505-512.

14. Колпина Л.В., Горелик С.Г., Реутов Е. Монография «Эйджизм в обслуживании пожилых граждан учреждениями здравоохранения и социальной защиты». LAP LAMBERT Akademic Publishing, Saarbruken, Deutschland (Германия).- 2015.- 153 с.

15. Sara Arber, Patient characteristics and inequalities in doctors' diagnostic and management strategies relating to CHD: a video-simulation experiment/ John McKinlay, Ann Adams, Lisa Marceau, Carol Link, Amy O'Donnell// SocSci Med. - 2006 Jan. - №62. –P. 15-103.

16. Parag Goyal, Patterns of scheduled follow-up appointments following hospitalization for heart failure: insights from an urban medical center in the United States/ Madeline R Sterling, Ashley N Beecy, John T Ruffino, Sonal S Mehta, Erica C Jones, Mark S Lachs, and Evelyn M Horn// ClinInterv Aging. - Published online 2016 Sep. – P. 1332-1335.

17. Aya Ben-Harush, Ageism among physicians, nurses, and social workers: findings from a qualitative study/ Sharon Shiovitz-Ezra, Israel Doron, Sara Alon, Arthur Leibovitz, HavaGolander, Yafa Haron, LiatAyalon// Eur J Ageing. - 2017 Mar. - №14. – P. 39-48.

18. Matteo Cesari, COVID-19 in Italy: Ageism and Decision Making in a Pandemic// J Am Med Dir Assoc. - 2020 May. - №21. –P. 576-577.

### **List of references**

1. Krasnova, O. V. The psychology of old age and aging. Reader [Text] / O.V. Krasnova, A.G. Leaders. - М.: АСАДЕМА, 2003. -- 416 p.

2. Wilkinson, J.A. Thirty years of ageism research / J.A. Wilkinson, K.F. Ferraro // Ageism: Stereotyping and prejudice against older adults. – Cambridge: MA, 2002. – P. 339-358.

3. Christian, J. Does intergenerational contact reduce Ageism: When and How Contact Interventions Actually Work? / J. Christian, T. Rhiannon, N. Holt, M. Larkin, J.H. Cotler // Journal of Arts and Humanities. – 2014. – Vol. 3. – № 1. – P. 1-15.

4. Grant, L. Effects of ageism on individual and health care providers' responses to healthy aging / L. Grant // Health and Social Work. – 1996. – № 21. – P. 9-15.
5. Report of the United Nations High Commissioner for Human Rights [Electronic resource] // Main session 2012. - Geneva, 23-27 July 2012. - Access mode: <http://www.unhcr.org/refugees/files/2012/07/11182014.pdf> (access date 11/18/2014).
6. Martin J Prince, The burden of disease in older people and implications for health policy and practice// Fan Wu, YanfeiGuo, Luis M Gutierrez Robledo, Martin O'Donnell, Richard Sullivan, Salim Yusuf/ Lancet. - 2015 February. Vol. 7. №5. - P. 549.
7. Una E Makris, Robin T Higashi, Emily G Marks, Liana Fraenkel, Joanna E M Sale, Thomas M Gill, M Carrington Reid, Ageism, negative attitudes, and competing co-morbidities-- why older adults may not seek care for restricting back pain: a qualitative study// BMC Geriatr. – 2015. - №8. – P. 15-39.
8. Abitova, G. Rights of older people in Kyrgyzstan: legislation and practice [Electronic resource] / G. Abitova. - Access mode: <http://helpageeeca.org/resources/publications/> (date accessed: 4.01.2015).
9. Antonio Cherubini, Andrea Corsonello, FabriziaLattanzio, Underprescription of beneficial medicines in older people: causes, consequences and prevention// Drugs Aging. - 2012 Jun. - №1. – P. 463.
10. Aleksandra Blachnio, Wellbeing and older adults in primary health care in Poland// Aleksandra Blachnio, Leszek Buliński, 2019.
11. Perceptions of Ageism in Health and Social Services in Ireland: Report based on research undertaken by Eileen McGlone and Fiona Fitzgerald // National Council on Ageing and Older People, 2005. – 138 p. URL: <https://ru.scribd.com/doc/235623173/Ageism> (датаобращения: 02.01. 2015).
12. Yanni Yang, Lily Dongxia Xiao, ShahidUllah, Lanlan Deng, General practitioners' knowledge of ageing and attitudes towards older people in China// Australas J Ageing. - 2015 Jun. - №34. – P. 7-82.
13. Eric Wiel, Age discrimination in out-of-hospital cardiac arrest care: a case-control study/ Christophe Di Pompéo, Nicolas Segal, Gérald Luc, Jean-Baptiste Marc, Carine Vanderstraeten, Carlos El Khoury, JoséphineEscutnaire, Karim Tazarourte, Pierre-Yves Gueugniaud, Hervé Hubert, GR-RéAC// Eur J CardiovascNurs. – 2018. - №17. – P. 505-512.

14. Kolpina L.V., Gorelik S.G., Reutov E. Monograph "Ageism in the Serving of Senior Citizens by Health Care and Social Protection Institutions". LAP LAMBERT Akademic Publishing, Saarbruken, Deutschland (Германия).- 2015.- 153 с.

15. Sara Arber, Patient characteristics and inequalities in doctors' diagnostic and management strategies relating to CHD: a video-simulation experiment/ John McKinlay, Ann Adams, Lisa Marceau, Carol Link, Amy O'Donnell// SocSci Med. - 2006 Jan. - №62. – P. 15-103.

16. Parag Goyal, Patterns of scheduled follow-up appointments following hospitalization for heart failure: insights from an urban medical center in the United States/ Madeline R Sterling, Ashley N Beecy, John T Ruffino, Sonal S Mehta, Erica C Jones, Mark S Lachs, and Evelyn M Horn// ClinInterv Aging. - Published online 2016 Sep. – P. 1332-1335.

17. Aya Ben-Harush, Ageism among physicians, nurses, and social workers: findings from a qualitative study/ Sharon Shiovitz-Ezra, Israel Doron, Sara Alon, Arthur Leibovitz, HavaGolander, Yafa Haron, LiatAyalon// Eur J Ageing. - 2017 Mar. - №14. – P. 39-48.

18. Matteo Cesari, COVID-19 in Italy: Ageism and Decision Making in a Pandemic// J Am Med Dir Assoc. - 2020 May. - №21. – P. 576-577.