

Znanje o dobnim promjenama pamćenja, ageizam i emocionalna dobrobit stručnjaka zaposlenih u području skrbi za starije osobe

Knowledge on cognitive ageing, ageism and affective well-being in professionals working with older people

Andrea Vranić, Anita Lauri Korajlija, Ana Raguž*

Sažetak

Istraživanja u području kognitivnog starenja sve više naglašavaju važnost ispitivanja stereotipa o starijim osobama, tzv. ageizam, kod stručnjaka u skrbi za starije. Prisutnost stereotipa i predrasuda kod stručnjaka u skrbi za starije, može dovesti do neprikladnog tretmana starijih osoba. Nedovoljno poznavanje procesa starenja može značajno doprinijeti stvaranju i razvoju ageizma. Također, nepoznavanje domene rada dovodi do smanjene percepcije dobrobiti na poslu, dok bolje poznavanje domene rada doprinosi smanjenju stresa na radnom mjestu. Ovim smo radom željeli ispitati razinu znanja o dobnim promjenama pamćenja, izražavanje ageizma, te afektivnu dobrobit na poslu kod stručnjaka u skrbi za starije osobe (N = 128), te međusoban odnos ispitivanih varijabli. U on-line ispitivanju sudionici su ispunili Upitnik znanja o dobnim promjenama pamćenja (KMAQ), Fraboni skalu ageizma (FSA) i Skalu afektivne dobrobiti na poslu (JAWS). Rezultati su analizirani s obzirom na specifične karakteristike sudionika (dob, zanimanje, skrb o starijem članu obitelji). Stručnjaci pokazuju umjereno znanje o dobnim promjenama pamćenja, izražavaju blago negativne stavove prema starijima i izvještavaju o prevladavajućim ugodnim emocijama u radu sa starijima. Liječnici pokazuju značajno više znanja o dobnim promjenama pamćenja u odnosu na ostale djelatnike obuhvaćene ispitivanjem, a stariji stručnjaci iskazuju značajno više razine izbjegavanja, kao aspekta ageizma, od ostalih sudionika. Također, stariji stručnjaci iskazuju višu razinu ugodnih i nižu razinu neugodnih emocija u odnosu na svoj radni kontekst. Izbjegavanje je pozitivno povezano s nižim znanjem o dobnim promjenama pamćenja, a stereotipi i diskriminacija s emocionalnom dobrobiti na radnom mjestu. Rezultati su interpretirani u skladu s hipotezom kontakta i teorijom upravljanja strahom.

Ključne riječi: znanje o starosti, ageizam, afektivna dobrobit

Summary

Cognitive aging research is ever more stressing the importance of examining ageist stereotypes in senior care professionals. Ageism in senior care professionals may lead to inappropriate treatment of the elderly. Inadequate knowledge of the aging process can significantly contribute to the creation and development of ageism. Also, lack of work-related knowledge might result in the reduction in perceived job-related well-being, while more knowledgeable professionals seem to experience higher satisfaction and less stress in their professional context. In this study, we examined the level of knowledge about memory aging, ageism and affective job-related well-being in professionals working with elderly (N = 128) and the relation between these variables. Using an on-line form, participants filled in the Knowledge of Memory Aging Questionnaire (KMAQ), Fraboni Ageism Scale (FSA) and Job-related Well-being Scale (JAWS). The results were analyzed with regard to the participants' characteristics (age, occupation, care of the older family member). Professionals in this study show average knowledge of memory aging, express average levels of ageism, and mostly perceive the positive affect related to their job. Medical doctors show significantly higher levels of knowledge in comparison to other vocations. Older participants express higher levels of avoidance of the elderly, as an aspect of ageism. In terms of job-related affectivity, older participants express higher levels of positive and lower level of negative emotions. Avoidance is correlated with lower levels of memory aging

* Sveučilište u Zagrebu, Filozofski fakultet, Odsjek za psihologiju (doc. dr. sc. Andrea Vranić, doc. dr. sc. Anita Lauri Korajlija, Ana Raguž, mag. psych.)

Autor za dopisivanje/Corresponding author: Doc. dr. sc. Andrea Vranić, Filozofski fakultet, Sveučilišta u Zagrebu, Odsjek za psihologiju, Ivana Lučića 3, 10000 Zagreb. E-mail: avranic@ffzg.hr

Primljeno/Received 2017-07-14; Ispravljeno/Revised 2017-10-11; Prihvaćeno/Accepted 2017-10-26

knowledge, while stereotypes and discrimination are correlated with job-related affective well-being. The results are discussed in terms of contact hypothesis and terror management theory.

Key words: aging knowledge, ageism, affective well-being

Med Jad 2018;48(3):99-112

Uvod

Demografske analize upućuju na sve veći broj starijih osoba u populaciji. Prema popisu stanovništva Republike Hrvatske iz 2011. godine 17,7% stanovništva imalo je 65 ili više godina.¹ U Europi 5,1% osoba starijih od 65 godina prima dugotrajnu skrb u različitim institucijama mimo zdravstvenih ustanova,² dok je u Republici Hrvatskoj taj postotak nešto manji i iznosi 2%.³ Povećanje stanovništva treće životne dobi posljedično mijenja i odgovornost društva prema potrebama starijih. Starenje je, donekle, uvjetovano i društvenim čimbenicima povezanim s novim obiteljskim strukturama i dinamikom obitelji. Moderni način života zahtijeva što ranije osamostaljenje, a današnje obitelji imaju sve manje vremena za svoje starije članove, te su oni u većini slučajeva prepušteni sami sebi. Samoća i onemoćalost uslijed bolesti čest su razlog povećanoga broja zahtjeva za institucionaliziranom skrbi.³ Sve veći broj zahtjeva za smještajem u domove za starije i nemoćne osobe govori u prilog tomu da mlađi sve rjeđe ostvaruju prilike za bolje upoznavanje starijih osoba i povezivanje s njima, a nedovoljno poznavanje promjena može dovesti do nastanka stereotipa i predrasuda,⁴ te neprikladnog tretmana starijih osoba.^{5,6} Osobit problem pritom predstavljaju stavovi koje prema starijima mogu imati stručnjaci u skrbi i njezi u domovima za starije, te u bolnicama. Povrh stresa zbog prirode posla i nedovoljnoga broja zaposlenih, pojava dobnih predrasuda kod stručnjaka u ovom području može dovesti do pojačane emocionalne neugode i smanjene dobrobiti vezane uz posao. Stoga je, u smislu osiguravanja boljih radnih uvjeta i većega zadovoljstva poslom, kao i pružanja odgovarajuće brige i skrbi starijim osobama potrebno poznavati, ne samo izraženost dobnih stereotipa kod zdravstvenih stručnjaka u području skrbi za starije, već i njihovo znanje o dobnim promjenama čiji nedostatak može biti u srži razvoja i održavanja stereotipa. Upravo smo se ovim aspektima rada u području skrbi za starije bavili u ovom istraživanju.

Znanje o starenju i ageizam

Prirodan proces starenja, odnosno primarno ili biološko starenje, ne oduzima sposobnost za obavljanje svakodnevnih aktivnosti. No, ukoliko su strukturalne i biokemijske promjene živčanoga sustava

pre naglašene, može doći do kognitivne deterioracije. Razumijevanje osnovnih dobnih promjena u kognitivnim procesima je važno za osobe koje rade u zdravstvu i socijalnoj skrbi, jer time osiguravaju realna očekivanja, što posljedično snižava razinu stereotipnog doživljavanja starijih, koja se prvenstveno temelji na negativnoj slici o kognitivnim kapacitetima u starosti.⁴ Pružanje optimalne zdravstvene usluge starijim osobama stoga podrazumijeva i poznavanje fizičkih, kognitivnih i psiholoških promjena povezanih sa starijom dobi.

Primarne kognitivne promjene povezane s dobi odnose se na promjene u kvaliteti i učinkovitosti različitih sustava pamćenja. Istraživanja upućuju na manjkavo znanje stručnjaka o ovim dobnim promjenama, usprkos edukaciji i iskustvu u radu sa starijima,⁷ a dob, spol, obrazovanje i kontakt sa starijima ne pokazuju se kao značajan prediktor poznavanja dobnih promjena.⁸ Stručnjaci ipak više znaju i bolje prepoznaju patološke promjene pamćenja, dok je znanje o normativnim promjenama pamćenja lošije.^{4,9,10} Bolje poznavanje kognitivnih promjena povezanih s dobi može doprinijeti smanjenju doživljaja stresa stručnjaka na radnim mjestima u skrbi za starije.⁴ Općenito, moguće je da upravo zbog manjkavog znanja o razvojnim promjenama, praćenih zahtjevima modernoga društva, koji nameću ljepotu, produktivnost i neovisnost kao normu i ideal življenja, pojam starost i starenje obično izaziva negativne asocijacije, odnosno percipira se kao negativno razdoblje života, te dovodi do ageizma. Ageizam podrazumijeva predrasudu prema nekoj osobi ili grupi temeljenu na njihovoj dobi, no suštinski se radi o predrasudama prema starijima.¹¹ Kao jedan od ključnih čimbenika koji doprinose nastanku i razvoju ageizma navodi se nedostatak istraživanja o kvalitetnoj integraciji starijih osoba u društvo.¹² No, iako se u novije vrijeme značajno povećao broj istraživanja, kako procesa starenja, tako i starijih osoba, čini se kako zastupljenost ageizma nije manja.¹³

Nastanak i razvoj ageizma pojašnjava nekoliko teorija – primjerice, teorija socijalnog identiteta,^{14,15} hipoteza kontakta¹⁶ i teorija upravljanja strahom.¹⁷ Prema teoriji socijalnog identiteta, osobe formiraju socijalni identitet temeljem pripadnosti nekoj grupi, što dovodi do unutargrupne pristranosti. Dakle, mladi se poistovjećuju s drugim mladima i favoriziraju svoju grupu, dok se starije osobe stereotipiziraju. Hipoteza kontakta opisuje smanjivanje stereotipa prema starijima

u uvjetima različitih vrsta međugrupnog kontakta, te sugerira kako je kvaliteta kontakta bolji prediktor smanjenja stereotipa od kvantitete kontakta ili, pak, interakcije kvalitete i kvantitete kontakta. Slično tome, teorija upravljanja strahom pojašnjava kako ageizam dijelom proizlazi iz gerontofobije, odnosno iracionalnog straha, mržnje i općeg nesviđanja prema starijima. Suvremena kultura, naime, propagira kult mladosti, dok se starenje doživljava kao opadanje potencijala osobe. Stoga se, prema postavkama teorije upravljanja strahom, razvojem stereotipa, osjećaj vrijednosti i samopoštovanja štiti od osjećaja tjeskobe zbog vlastite smrtnosti. Potvrđuje se, naime, kako sudionici zaista postaju tjeskobniji kada im se ideja vlastite smrtnosti učini salijentnom i ta se tjeskoba iskazuje u njihovim kognitivnim i ponašajnim reakcijama.¹⁸ Čini se kako su stariji mladima vrlo jasan podsjetnik na smrtnost i ograničenost životnoga vijeka, te pojavnošću proizvode tjeskobu zbog straha od umiranja i vlastite smrtnosti, pa predrasude prema starijima i njihovo derogiranje predstavljaju alat kojim se može upravljati tim strahom. Mlađe osobe distanciraju se od onoga što bi mogle postati i što ih plaši. Dakle, ageizam nije ništa drugo doli naša vlastita predrasuda prema zastrašujućem budućem sebi.¹⁹

Ageizam i radna emocionalna dobrobit

Zdravstveni djelatnici su jedna od profesija koja zasigurno najčešće dolazi u kontakt sa starijom populacijom. Stoga su i njihovi stavovi prema starijima iznimno važni. Gerijatrija kao disciplina nije popularna pri odabiru područja rada medicinskih sestara, a istraživanja pokazuju kako su stavovi prema starijima kod stručnjaka u zdravstvu vrlo slični stavovima opće populacije.²⁰ Zdravstveni djelatnici iskazuju lošije mišljenje o starijima, nego o mlađim bolesnicima.²¹ Pregledom literature uočavaju se nekonzistentni rezultati odnosa ageizma i demografskih varijabli (dob, spol, duljina radnoga staža, stupanj obrazovanja, suživot sa starijom osobom). Primjerice, smatra se kako muškarci češće iskazuju ageizam, no neka istraživanja to ne potvrđuju.^{22,23,24} Iako načelno stariji stručnjaci izražavaju pozitivnije stavove prema starijima,²³ radovi ponekad ne utvrđuju povezanost dobi stručnjaka sa stupnjem izražavanja ageizma.^{22,25} Stručnjaci koji imaju malo radnoga staža (1-2 godine) imaju pozitivnije stavove prema starijima.²⁶ Također, odnos stupnja obrazovanja i ageizma nije posve jednoznačan. Neka istraživanja pokazuju kako stručnjaci s višim stupnjem obrazovanja imaju pozitivnije stavove,^{26,27} no u nekim istraživanjima nije utvrđena ova povezanost.^{22,24,25} Iskustvo suživota sa starijom osobom pokazuje se negativno povezanim sa stereotipima prema starijima.²⁴ Također, pokazuje se da se stručnjaci koji rade u

različitim ustanovama, na primjer, u bolnicama i u domovima za starije i nemoćne, međusobno ne razlikuju u izražavanju negativnih stavova prema starijima.²⁵ Općenito, djelatnici orijentirani na bolesnika/klijenta u skrbi, kao i oni koji se percipiraju kompetentnima, zadovoljniji su radom sa starijim bolesnicima i izražavaju pozitivnije stavove prema njima.²⁰

Osim što su stavovi o starijima kod stručnjaka koji s njima rade povezani sa znanjem o starenju, povezani su i s osjećajem dobrobiti na poslu.²⁶ Općenito se stres na poslu definira kao negativna percepcija kvalitete posla koja utječe na mentalno i tjelesno zdravlje. Situacije koje se percipiraju kao stresne su one u kojima zahtjevi posla predstavljaju prijetnju ili nisu usklađeni sa znanjem, sposobnostima i vještinama zaposlenika, te u kojima zaposlenici nemaju podršku i kontrolu nad poslom.²⁸ Teorije stresa povezanog s poslom primjenjive su i na institucije koje rade sa starijom populacijom. Djelatnici u skrbi imaju općenito teške i zahtjevne poslove koji su nisko plaćeni, bez dodatnih povlastica, te zahtijevaju prekovremeni i smjenski rad, što može voditi u iscrpljenost i sklonost depresivnosti i anksioznosti.²⁶ U Hrvatskoj, broj djelatnika u domovima za starije i nemoćne upućuje na veliki nesrazmjer između broja korisnika domova koji trebaju pomoć i broja stručnjaka koji o njima institucionalno skrbe.¹

Ranije se dobrobit na poslu usko povezivala s nezadovoljstvom ili doživljajem stresa na poslu, a neki autori još uvijek dobrobit zaposlenika definiraju kao odsustvo negativnih simptoma, kao što su sagorijevanje na poslu, bolovanje i ulaganje napora.²⁹ No, u novije vrijeme pretpostavlja se kako su emocije najvažniji indikator dobrobiti na poslu.³⁰ Emocionalna dobrobit na poslu predstavlja osjećaj pojedinca o sebi u odnosu na svoj posao.³¹ Često se veže uz specifično područje, te se može koristiti za mjerenje ugodnih i neugodnih emocija vezanih uz radno okruženje. Emocionalna dobrobit je veća što se češće doživljavaju ugodne, a rjeđe neugodne emocije. Neugodne emocije, za razliku od ugodnih, imaju tendenciju duljeg trajanja i dovode do intenzivnijih emocionalnih reakcija. Učestalo doživljavanje neugodnih emocija može dovesti do dugoročnog stresa, što značajno narušava dobrobit pojedinca, a posljedično smanjuje sposobnost funkcioniranja na poslu. Osim na poslu, poteškoće u funkcioniranju se javljaju i u privatnom životu, što može dovesti do lošijeg osjećaja opće dobrobiti.^{32,33}

Nedostatak iskustva u skrbi za starije osobe snažno je povezan s osjećajem emocionalne krhkosti.³⁴ Zaposlenici koji percipiraju da su bolje osposobljeni za rad s dementnim starijim osobama, u svom su radu usmjereni na osobu i izvještavaju o većem zadovoljstvu na poslu, no nije jasno percipiraju li zadovoljniji sudionici sebe osposobljenjima ili su

osposobljeniji zbog većeg znanja i zadovoljniji na poslu.²⁶ Slično tome, moguće je da tip usmjerenosti na klijenta pridonosi percepciji učinkovitosti, ali i da veća osposobljenost vodi k pristupu usmjerenom na klijenta. Iako rad u skrbi za starije osobe sa sobom nosi niz izazova, stresnih situacija, neugodnih emocija i iscrpljenosti, postoji puno ugodnih i zadovoljavajućih iskustava, te djelatnici u skrbi za starije izvještavaju o velikom angažmanu i zadovoljstvu poslom.³⁵

Cilj istraživanja

Diskriminacija temeljena na dobi utječe na osobna i praktična ponašanja u odnosu sa starijima. U zdravstvenoj skrbi postoje jasni dokazi diskriminacije starijih osoba.¹³ U Hrvatskoj 22% osoba navodi kako je doživjelo diskriminaciju u području zdravstvene zaštite, a 6% izjavljuje da su bili diskriminirani po dobnoj osnovi.³⁶ Dobni stereotipi dovode do toga da na istu promjenu u doživljavanju ili ponašanju pojedinca reagiramo različito, ovisno o dobnoj skupini kojoj pojedinac pripada. Kod stručnjaka za mentalno zdravlje stereotipi i predrasude mogu rezultirati podcjenjivanjem ozbiljnosti problematike i odabira tretmana.³⁷ Sukladno rezultatima svjetskih istraživanja, i u Hrvatskoj se starije osobe u zdravstvenim ustanovama susreću s lošim tretmanom bolesnika, predugim čekanjem na red u situacijama hitnosti, lošim higijenskim uvjetima i neljubaznošću medicinskoga osoblja, te navode da su žrtve diskriminacije u privatnim domovima za starije i nemoćne.³⁸ U interakciju sa starijim bolesnikom liječnici i ostali zdravstveni stručnjaci unose stavove, vjerovanja i ponašanja u podlozi kojih može biti ageizam, te se u ovom istraživanju bavimo odnosom ageizma, osjećaja dobrobiti na poslu i razinom znanja kod stručnjaka u skrbi za starije osobe. Istraživanjem smo željeli prikupiti informacije važne za bolje razumijevanje radnog konteksta stručnjaka koji rade sa starijom populacijom. Specifičnije, cilj je ovoga istraživanja utvrditi razinu ageizma, znanja o procesima pamćenja i percipirane dobrobiti na poslu s obzirom na različite demografske karakteristike stručnjaka koji rade u području skrbi za starije osobe, te ispitati odnos između ageizma, znanja o procesima pamćenja i percipirane emocionalne dobrobiti na poslu.

Metoda

Sudionici

Istraživanju je pristupilo 208 sudionika (88,3% žena), djelatnika u skrbi za starije osobe, od čega je 128 sudionika u potpunosti ispunilo upitnike. Najveći broj

sudionika je odustao nakon prvoga upitnika – Skale afektivne dobrobiti na poslu. Prosječna dob sudionika iznosi 44,3 godine (SD = 10,78), s rasponom dobi od 21 do 66 godina. Prosječna duljina njihova radnog staža je 19,6 godina (SD = 11,73), s rasponom od 1 do 41 godine staža. Sudionici istraživanja su stručnjaci različitih zanimanja, zaposleni na različitim radnim mjestima u ustanovama koje se bave pružanjem skrbi osobama treće životne dobi. Detaljniji prikaz strukture uzorka dan je u Tablici 1.

Postupak

U svrhu provođenja ovoga istraživanja osmišljeno je *on-line* ispitivanje preko Survey Monkey servera (www.surveymonkey.com). Za ispunjavanje svih upitnika bilo je potrebno oko 15 minuta. Molba za sudjelovanjem u istraživanju upućena je na e-mail adrese administracije ili ravnateljstva Domova za starije i nemoćne, bolnica i domova zdravlja, te udruga koje se bave starijom populacijom, na razini cijele Hrvatske, te su nadležni zamoljeni prosljediti zamolbu i link na istraživanje svojim djelatnicima. Na početku ispunjavanja sudionicima je dana opća uputa i informacije o pristanku na sudjelovanje u istraživanju. Prije svakog upitnika dana je detaljna uputa za njegovo ispunjavanje. Sudionici su najprije ispunili Upitnik općih podataka, potom Skalu afektivne dobrobiti na poslu, dok su Upitnik znanja o dobnim promjenama pamćenja i Frabonijeva skala ageizma rotirani slučajnim rasporedom. Ponovljena molba za ispunjavanjem upitnika poslana je na iste adrese dva tjedna nakon od prvoga slanja.

Instrumenti

Upitnik općih podataka. Ovim smo pitanjima prikupili podatke o spolu, dobi, obrazovanju, radnom mjestu, zanimanju, duljini staža i veličini mjesta u kojem su sudionici odrasli. Uz to, prikupili smo podatke o iskustvu suživota i/ili skrbi o starijoj osobi.

Upitnik znanja o dobnim promjenama pamćenja (engl. *Knowledge of Memory Ageing* – KMAQ.)³⁹ KMAQ se sastoji od 28 tvrdnji s ponuđenim odgovorima točno, netočno i ne znam. Polovina pitanja odnosi se na znanje o normativnim dobnim promjenama pamćenja, a druga polovina pitanja na patološke promjene na koje utječu čimbenici kao što su: psihopatološka i psihološka stanja, demencije i sl. Sukladno tome, KMAQ mjeri dva čimbenika znanja o promjenama u pamćenju – normalne (npr. "Stariji ljudi imaju više problema s koncentracijom od mladih ljudi. Drugim riječima, vjerojatnije je da će stare ljude omesti neka pozadinska buka ili druga zbivanja oko njih.")

Tablica 1. Prikaz demografskih obilježja sudionika izražen u postocima (N = 128)
 Table 1 An illustration of demographic characteristics expressed in percentage (N = 128)

Varijabla / Variable		N (%)
Spol Gender	Muški / Male	15 (11,7 %)
	Ženski / Female	113 (88,3%)
Obrazovanje Education	Srednja škola / Secondary school	10 (7,8%)
	Viša škola / Higher school	31 (24,2%)
	Visoka škola ili fakultet / College	67 (52,4%)
	Poslijediplomski studij / Masters	20 (15,6%)
Radno mjesto Working place	Dom za starije i nemoćne Home for the elderly and disabled	48 (37,5%)
	Dom zdravlja / Outpatient clinic	40 (31,2%)
	Bolnice / Hospitals	29 (22,7%)
	Udruga / Association	1 (0,8%)
	Ostalo / Other	10 (7,8%)
Zanimanje Profession	Liječnik / Medical doctor	31 (24,2%)
	Medicinska sestra/tehničar / Nurse technician	52 (40,6%)
	Socijalni radnik / Social worker	29 (22,7%)
	Ostalo / Other	16 (12,5%)
Suživot sa starijom osobom Coexistence with the elderly	Da / Yes	31 (24,2%)
	Ne / No	97 (75,8%)
Skrb o starijoj osobi Care for the elderly	Da / Yes	45 (35,2%)
	Ne / No	83 (64,8%)

i patološke promjene (npr. "Kod osoba s Alzheimerovom bolešću mogu se primijetiti dramatične promjene u ličnosti i odnosima s drugima."). Viši rezultat upućuje na veći stupanj znanja o promjenama koje se događaju u pamćenju tijekom starenja. KMAQ ima zadovoljavajuću konvergentnu i diskriminativnu valjanost,^{4,40} dobru sadržajnu valjanost,⁴ te zadovoljavajuću pouzdanost ($\alpha = 0,79$).⁹ U svrhu potvrđivanja faktorske strukture i utvrđivanja pouzdanosti na našem uzorku provedena je faktorska analiza KMAQ-a što je rezultiralo isključivanjem devet čestica zbog niskih ili negativnih faktorskih zasićenja i ukupnom skalom od 19 čestica.⁴¹ Daljnjom su analizom utvrđene niske pouzdanosti dvofaktorskog rješenja, te smo se u ovom radu odlučili za jednofaktorsko rješenje koje rezultira zadovoljavajućom pouzdanošću ($\alpha = 0,71$). Ekstrahirani faktor nazvali smo *Znanje o dobnim promjenama pamćenja*. Ukupan rezultat u upitniku određen je brojem točno odgovorenih čestica (totalni raspon od 0 do 19).

Fraboni skala ageizma (engl. *Fraboni Scale of Ageism – FSA*) (42). FSA se sastoji od 29 tvrdnji u kojima je zadatak sudionika iskazati svoj stupanj slaganja s tvrdnjom, na ljestvici od 1 do 4, pri čemu 1 znači "uopće se ne slažem", a 4 znači "u potpunosti se slažem". Skala se sastoji od tri faktora: *derogacija*, *izbjegavanje* i *diskriminacija*. Provjera faktorske strukture FSA nije potvrdila originalno faktorsko

rješenje, te su u konačnoj verziji zadržane 23 čestice, dok ih je šest isključeno zbog niskih ili jednakih saturacija na sva tri faktora. Utvrđena tri faktora nazvali smo *stereotipi* (10 čestica, raspon od 1 do 40; primjer čestice: "Mnogi stariji ljudi su škrti i gomilaju svoj novac i imetak."), *izbjegavanje* (6 čestica, raspon od 1 do 24; primjer čestice: "Ne sviđa mi se kada starije osobe pokušavaju razgovarati sa mnom.") i *diskriminacija* (7 čestica, raspon od 1 do 28; primjer čestice: "Većini starijih ljudi ne bi trebalo dozvoliti produljenje vozačke dozvole").⁴¹ Cronbach alpha za pojedine faktore iznosi 0,77 (stereotipi), 0,82 (izbjegavanje) i 0,68 (diskriminacija).

Skala afektivne dobrobiti na poslu (engl. *Job-related Affective Well-being Scale – JAWS*).³⁰ U ovom smo istraživanju koristili kraću verziju JAWS skale od 20 čestica koje tvore dva faktora: ugodne i neugodne emocije. Od ukupno 20 čestica, deset se odnosi na ugodne (npr. "Zbog posla sam se osjećao entuzijastično."), a drugih deset na neugodne emocije (npr. "Zbog posla sam se osjećao obeshrabreno."). Sudionici na skali od 1 do 5 procjenjuju koliko često su se na poslu tako osjećali u posljednjih 30 dana, pri čemu 1 znači "nikad", a 5 "jako često". Raspon rezultata na pojedinoj subskali iznosi od 10 do 50. Pouzdanost instrumenta na hrvatskom uzorku zaposlenika iznosi 0,89 za skalu ugodnih, odnosno 0,94 za skalu neugodnih emocija,⁴³ što odgovara

visokim pouzdanostima utvrđenim u ovom istraživanju ($\alpha = 0,93$ za ugodne i $\alpha = 0,89$ za neugodne emocije).

Rezultati

Kako bi provjerili normalitet distribucije rezultata korištenih varijabli, proveden je Kolmogorov–Smirnovljev test. Rezultati na svim varijablama, osim varijable znanje o dobnim promjenama pamćenja, ne ukazuju na odstupanje distribucije rezultata od normalne (Tablica 2). Međutim, kako pretpostavke parametrijske statistike za varijablu znanje o dobnim promjenama pamćenja nisu ekstremno narušene provedene su parametrijske analize.⁴⁴ U nastavku je dan prikaz deskriptivne statistike za rezultate korištenih mjera.

Sudionici pokazuju prosječno znanje o dobnim promjenama pamćenja. Nadalje, izražavaju i blago negativne stavove prema starijima, odnosno izražavaju blago negativne stereotipe prema starijima, uz višu razinu diskriminirajućih ponašanja, no nižu razinu izbjegavanja. Rezultati na subskalama Skale afektivne dobrobiti na poslu ukazuju da su ugodne emocije prisutne nešto više od prosjeka, dok su neugodne emocije malo ispod prosječne vrijednosti skale.

Kako bi provjerili postojanje razlika u izražavanju ageizma, znanju o dobnim promjenama pamćenja i doživljavanja emocionalnih reakcija na poslu s obzirom na dob stručnjaka provedene su analize varijance uz kontrolu radnoga staža. Kako smo pretpostavili, nelinearan odnos dobi i ispitivanih varijabli sudionici su, obzirom na dob, podijeljeni u tri jednake skupine: 20-35 (rana odrasla dob; N = 35), 36-50 (srednja odrasla dob; N = 47) i 51-66 (kasna odrasla dob; N = 46).

U smislu izražavanja ageizma, kod sudionika različite dobi utvrđena je značajna razlika samo kod dimenzije izbjegavanja, dok kod ostalih dimenzija

ageizma nisu utvrđene statistički značajne dobne razlike (Tablica 3).

Zanimljiv je nalaz da je izbjegavanje najizraženije među najstarijim sudionicima, no niti jedna pojedinačna dobna razlika ne doseže razinu statističke značajnosti. Trend opadanja u funkciji dobi vidljiv je kod stereotipa, no razlike ne dosežu razinu statističke značajnosti. Također su utvrđene razlike među stručnjacima različite dobi u doživljavanju ugodnih i neugodnih emocija (Tablica 3). Scheffe post-hoc testom utvrđeno je da se stručnjaci srednje i kasne odrasle dobi razlikuju u doživljaju ugodnih emocija na poslu ($p < 0,05$).

Stručnjaci kasne odrasle dobi izražavaju više ugodnih emocija od kolega srednje odrasle dobi. U procjeni doživljaja neugodnih emocija na radnom mjestu nisu utvrđene pojedinačne razlike među grupama, premda su one na granici značajnosti i pokazuju trend smanjenja doživljaja neugodnih emocija s porastom dobi (Tablica 3). Nisu utvrđene ni dobne razlike u znanju o dobnim promjenama pamćenja.

Kako bi utvrdili razlike između sudionika različitih zanimanja u ageizmu, znanju o dobnim promjenama pamćenja, te u doživljavanju ugodnih i neugodnih emocija na radnom mjestu, podijelili smo sudionike u tri skupine – liječnike (N = 32), stručne suradnike (psihologe i socijalne radnike; N = 33) te medicinske sestre i tehničare (N = 58).

Rezultati pokazuju razlike u znanju o dobnim promjenama pamćenja u smjeru viših razina znanja kod liječnika u odnosu na medicinske sestre/tehničare. Razlike u ageizmu, te emocionalnoj dobrobiti na radnom mjestu, ovisno o vrsti zanimanja, nisu statistički značajne (Tablica 4).

Tablica 2. Deskriptivna statistika rezultata na Uпитniku znanja o dobnim promjenama pamćenja (KMAQ), Fraboni skali ageizma (FSA) i Skali afektivne dobrobiti na poslu (JAWS) (N = 128)

Table 2 Descriptive statistics results on Knowledge on Memory Aging Questionnaire changes (KLAQ), Fraboni Scale Ageism (FSA) and Job Affective Well-being Scale (JAWS) (N = 128)

Varijable / Variable	M	SD	min	max	D
Znanje o dobnim promjenama pamćenja <i>Knowledge of age memory changes</i>	11,9	3,29	1	19	1,414*
Stereotipi / <i>Stereotypes</i>	22,3	3,46	13	30	1,227
Izbjegavanje / <i>Avoidance</i>	9,8	2,76	6	22	1,313
Diskriminacija / <i>Discrimination</i>	14,6	2,67	8	21	1,248
Ugodne emocije / <i>Pleasant emotions</i>	32,6	6,90	13	45	1,090
Neugodne emocije / <i>Unpleasant emotions</i>	23,5	6,70	10	41	1,031

Legenda: D = Komogorov-Smirnov z-test; *p < ,05 / Legend: D = Komogorov-Smirnov z-test; *p < .05

Tablica 3. Rezultati analize varijance rezultata Upitnika znanja o dobnim promjenama pamćenja, subskala Frabonijeve skale ageizma (stereotipi, izbjegavanje i diskriminacija) i subskala Skale afektivne dobrobiti na poslu (ugodne i neugodne emocije) s obzirom na dob zaposlenika uz duljinu radnoga staža kao kovarijantu (N = 128)
 Table 3 Results of result variance analysis of Knowledge on Memory Aging Questionnaire subcale of changes (KLAQ) subcale of Fraboni Scale Ageism(FSA) and subscale of Job Affective Well-being Scale (pleasant and unpleasant emotions) with reference to employee and length of seniority as covariant (N=128)

	Rana odrasla dob (N = 35) <i>Early adulthood</i>	Srednja odrasla dob (N = 47) <i>Middle age</i>	Kasna odrasla dob (N = 46) <i>Late adulthood</i>	Dob Age	Radni staž Seniority
	M (SD)	M (SD)	M (SD)	F p	F p
KMAQ	15,3 (3,15)	14,6 (4,27)	14,9 (3,19)	0,29 (,752)	0,01 (,967)
Stereotipi <i>Stereotypes</i>	22,7 (3,77)	22,2 (3,59)	21,9 (3,09)	0,26 (,770)	0,06 (,814)
Izbjegavanje <i>Avoidance</i>	9,6 (2,22)	9,2 (2,33)	10,5 (3,33)	3,16 (,052)	1,74 (,180)
Diskriminacija <i>Discrimination</i>	14,9 (2,04)	14,8 (2,72)	14,3 (3,04)	0,79 (,375)	0,11 (,898)
Ugodne emocije <i>Pleasant emotions</i>	32,1 (6,90)	30,8 (7,28)	34,7 (60,4)	4,42 (,014)	2,01 (,159)
Neugodne emocije <i>Unpleasant emotions</i>	24,8 (7,04)	24,6 (7,28)	21,5 (5,32)	3,81 (,025)	2,21 (,140)

Legenda: KMAQ – Upitnik znanja o dobnim promjenama pamćenja

Legend: KMAQ – Questionnaire on age memory changes

Tablica 4. Rezultati analize varijance rezultata Upitnika znanja o dobnim promjenama pamćenja, subskala Frabonijeve skale ageizma (stereotipi, izbjegavanje i diskriminacija) i subskala Skale afektivne dobrobiti na poslu (ugodne i neugodne emocije) s obzirom na zanimanje stručnjaka (N = 128)
 Table 4 Results of result variance analysis of Knowledge on Memory Aging Questionnaire subscale of changes (KLAQ) subscale of Fraboni Scale Ageism (FSA) and subscale of Job Affective Well-being Scale (pleasant and unpleasant emotions) with reference to the profession of experts (N = 128)

	Stručni suradnici <i>Expert associates</i> (N = 33)	Medicinsko osoblje <i>Medical staff</i> (N = 58)	Liječnici <i>Physicians</i> (N = 32)	F	p
	M (SD)	M (SD)	M (SD)		
KMAQ	11,9 (3,56)	11,3 (2,77)	13,4 (3,33)	4,41	,014
Stereotipi <i>Stereotypes</i>	21,9 (2,99)	22,4 (3,48)	22,7 (3,71)	0,49	,610
Izbjegavanje <i>Avoidance</i>	9,1 (2,18)	10,1 (3,23)	9,81 (2,32)	1,34	,265
Diskriminacija <i>Discrimination</i>	13,9 (2,28)	14,7 (2,85)	15,3 (2,57)	2,42	,093
Ugodne emocije <i>Pleasant emotions</i>	32,2 (6,23)	32,8 (7,38)	32,8 (3,75)	0,07	,933
Neugodne emocije <i>Unpleasant emotions</i>	24,1 (5,91)	23,6 (7,34)	23,8 (6,39)	0,06	,642

Legenda: KMAQ – Upitnik znanja o dobnim promjenama pamćenja

Legend: KMAQ – Knowledge of Memory Aging Questionnaire

Nadalje, nisu utvrđene razlike u ageizmu, znanju o dobnim promjenama pamćenja i emocionalnoj dobrobiti na radnom mjestu s obzirom na stupanj obrazovanja – drugim riječima, nema razlika u ageizmu, znanju o dobnim promjenama pamćenja i emocionalnoj dobrobiti između osoba sa završenom srednjom, višom, visokom školom ili poslijediplomskim obrazovanjem. Jednako tako, nema razlike u ovim varijablama, ovisno o radnom mjestu sudionika, odnosno o tome rade li osobe u bolnici, domovima zdravlja ili domovima umirovljenika.

Zanimalo nas je također ima li razlike u ageizmu, znanju o dobnim promjenama pamćenja, te emocionalnoj dobrobiti na radnom mjestu, kod sudionika koji u svom obiteljskom okruženju imaju kontakta i skrbe o starijim osobama. Sudionike smo pitali žive li u zajedničkom kućanstvu sa starijom osobom, te skrbe li o starijoj osobi izvan zajedničkog kućanstva. Od ovako prikupljenih podataka formirali smo varijablu *skrb za starije osobe* (podijelili smo sudionike na one koji ne skrbe i one koji skrbe – bez obzira je li to u zajedničkom kućanstvu ili ne). Pri tome smo pretpostavili da život u zajedničkom kućanstvu uključuje i određenu razinu skrbi za

starije osobe. Rezultati su prikazani u Tablici 5. Rezultati pokazuju kako nema razlika u ageizmu, znanju o dobnim promjenama pamćenja, te emocionalnoj dobrobiti na radnom mjestu, ovisno o tome skrbe li sudionici u obiteljskom okruženju o starijoj osobi ili ne.

Kako bi ispitali odnos između dimenzija ageizma, znanja o dobnim promjenama pamćenja i emocionalne dobrobiti na radnom mjestu, ispitali smo povezanost navedenih varijabli. Koeficijenti povezanosti nalaze se u Tablici 6. Rezultati pokazuju kako je znanje o dobnim promjenama pamćenja povezano s izbjegavanjem, odnosno sudionici koji su skloniji izbjegavanju starijih osoba, češće imaju slabije znanje o dobnim promjenama pamćenja ($p < ,05$). Doživljaj ugodnih emocija na radnom mjestu negativno je povezan sa stereotipima ($p < ,05$) i diskriminacijom ($p < ,01$). Drugim riječima, sudionici koji imaju manje stereotipa o starijim osobama manje su skloni diskriminaciji starijih na radnom mjestu i češće doživljavaju ugodne emocije. Doživljavanje neugodnih emocija također je povezano sa stereotipima, pa tako sudionici skloniji stereotipima češće doživljavaju neugodne emocije na radnom mjestu ($p < ,01$).

Tablica 5 Rezultati analize varijance rezultata Upitnika znanja o dobnim promjenama pamćenja, subskala Frabonijeve skale ageizma (stereotipi, izbjegavanje i diskriminacija) i subskala Skale afektivne dobrobiti na poslu (ugodne i neugodne emocije) s obzirom na skrb o starijim osobama u obiteljskom okruženju (N = 128)
Table 5 Results of result variance analysis of Knowledge on Memory Aging Questionnaire subscale of changes (KMAQ) subscale of Fraboni Scale Ageism (FSA) and subscale of Job Affective Well-being Scale (pleasant and unpleasant emotions) with reference to elderly care within the family environment (N=128)

	Skrbe (care) (N = 65)	Ne skrbe (no care) (N = 63)	F	p
	M (SD)	M (SD)		
KMAQ	12,2 (3,32)	11,6 (3,26)	0,89	,347
Stereotipi / Stereotypes	22,2 (3,55)	22,3 (3,39)	0,03	,869
Izbjegavanje / Avoidance	9,8 (2,79)	9,8 (2,73)	0,01	,938
Diskriminacija / Discrimination	14,9 (2,56)	14,5 (2,78)	0,49	,484
Ugodne emocije / Pleasant emotions	32,4 (6,48)	32,8 (7,34)	0,09	,771
Neugodne emocije / Unpleasant emotions	22,9 (6,47)	24,1 (6,92)	0,95	,332

Legenda: KMAQ – Upitnik znanja o dobnim promjenama pamćenja / Legend: KMAQ – Knowledge of Memory Aging Questionnaire

Tablica 6. Pearsonovi koeficijenti korelacije između dimenzija ageizma, znanja o dobnim promjenama pamćenja i emocionalne dobrobiti na radnom mjestu (N = 128)

Table 6 Pearson's correlation coefficients between ageism dimensions, aging change knowledge and emotional well-being at work (N=128)

	1	2	3	4	5	6
1. KMAQ	--	-,044	-,175*	-,061	,079	,046
Stereotipi / Stereotypes		--	,220*	,238**	-,188*	,266**
Izbjegavanje / Avoidance			--	,312**	,074	-,029
Diskriminacija / Discrimination				--	-,244**	,086
Ugodne emocije / Pleasant emotions					--	-,541**
Neugodne emocije / Unpleasant emotions						--

Legenda: KMAQ – Upitnik znanja o dobnim promjenama pamćenja / Legend: KMAQ – Knowledge of Memory Aging Questionnaire, * $p < ,05$; ** $p < ,01$

Rasprava

Porast broja starijih osoba u ukupnoj svjetskoj, pa tako i hrvatskoj populaciji, značajno utječe na brojnost i kvalitetu institucijskih usluga koje djelatnici u području skrbi za starije osobe pružaju svojim klijentima. Starost kao kronološki pojam, te starenje kao biološki i psihološki proces, realitet su 21. stoljeća koji pred društvo općenito postavlja velike izazove. Ključne društvene promjene se danas, više nego ikada prije, odnose na rad usmjeren na stariju populaciju – bilo kroz izravni rad sa starijim osobama, bilo kroz izmjenu javne politike i borbu protiv ageizma.⁴⁵ S obzirom na rastući broj starijih u društvu, poznavanje karakteristika starenja i promjena u ponašanju koje ono donosi od vitalne je važnost za društvo općenito, a posebno za stručnjake u području gerontološke skrbi. Pokazuje se kako je upravo znanje, odnosno nedovoljno poznavanje radnoga područja, čest uzrok nezadovoljstva i različitih neadaptivnih obrazaca ponašanja u radnom kontekstu.⁹ Ovaj rad predstavlja prvu etapu šireg istraživanja specifičnosti radnoga konteksta djelatnika u skrbi za starije osobe u Republici Hrvatskoj, a prema našim saznanjima, ovo je prvo istraživanje u nas provedeno s dugoročnim ciljem boljšeg razumijevanja ovog specifičnog radnog konteksta. U konačnici, ovim i budućim rezultatima želimo ponuditi korake za osnaživanje stručnjaka u ovom izuzetno vrijednom i sve traženijem području.

Rezultati ovoga istraživanja pokazuju kako stručnjaci u skrbi za starije osobe u Republici Hrvatskoj, prema rezultatima KMAQ-a, posjeduju prosječno znanje o dobnim promjenama pamćenja. Primjena ovoga upitnika na našoj populaciji nije potvrdila teorijsku faktorsku strukturu, pa rezultate interpretiramo kao ukupno znanje, ne razlažući ga zasebno na znanje o normativnim i znanje o patološkim promjenama pamćenja. Normalno pamćenje pritom predstavlja posljedicu prirodnih maturacijskih procesa, dok je patološko uzrokovano nenormativnim čimbenicima, primjerice neurodegenerativnim bolestima ili traumom mozga.⁴⁶ Razlikovanje normativnih i patoloških promjena pamćenja povezanih s dobi, kritičan je korak u razumijevanju kognitivnih sposobnosti odraslih osoba i otonac za oblikovanje prikladnih očekivanja od starijih osoba. Svijest o dobnim promjenama u kognitivnim sposobnostima, kao i osjetljivost na njih, ključne su za izbjegavanje nastanka ageizma koji osnažuje i održava negativan dojam o kognitivnim sposobnostima u kasnijoj životnoj dobi. Uspoređujući znanje o dobnim promjenama pamćenja između različitih obrazovnih grupa, utvrđuje se kako pružatelji skrbi i stručnjaci u općenitom području gerontologije, pokazuju bolje

znanje. Posebno je ta razlika vidljiva u području patoloških promjena, što sugerira kako se korist od veće izloženosti starijim osobama ili većeg iskustva u radu s ovom populacijom iskazuje upravo u ovoj domeni.¹⁰ Djelatnici u skrbi za starije osobe češće se susreću ili pružaju skrb osobama s različitim vrstama demencije, posebice Alzheimerovom demencijom, češće su izloženi informacijama o patološkim promjenama pamćenja ili su dodatno educirani kroz različite radionice ili predavanja u matičnim institucijama.⁴⁷

Ipak, koristeći ukupni rezultat na KMAQ-u, kako je opisano u Rezultatima, ovim smo istraživanjem pokazali kako je znanje stručnjaka zapravo tek nešto iznad prosječne vrijednosti skale, što može biti zabrinjavajuće. No, relativno slabo znanje stručnjaka o dobnim promjenama kognitivnih sposobnosti nije usamljen nalaz.⁷ Pitanje koje se pritom svakako nameće je ono o razini znanja ostatka populacije u RH. Znanje, tj. njegov izostanak, predstavlja jedan od preduvjeta za razvoj predrasuda^{4,7,48} što neizravno sugeriraju i rezultati ovoga istraživanja. Deskriptivnom analizom se kod stručnjaka primjećuju umjereno visoki negativni stavovi prema starijima, posebno u aspektima izražavanja stereotipa i diskriminacije, dok su izbjegavajuća ponašanja prema starijima nisko prisutna. Općenito, kod stručnjaka u skrbi za starije osobe, očekuje se niža izraženost ageizma zbog češćeg iskustva koje imaju sa starijima i dodatnih edukacija tijekom rada.⁴ Veći kontakt i iskustvo sa starijima dovodi do većeg poznavanja problematike i prepoznavanja ozbiljnih promjena. Međutim, i ovdje se postavlja pitanje - ako je ageizam prilično visoko izražen kod stručnjaka koji su znatno više educirani o starenju i promjenama koje se događaju s dobi, te njihovom utjecaju na različite aspekte života, kakva je onda pojavnost ageističkih stavova u ostatku hrvatske populacije.

Uzorak sudionika ovoga istraživanja heterogen je po nekim od varijabli koje neizravno mogu utjecati na razinu znanja o kognitivnom starenju. U istraživanju su sudjelovali sudionici izrazito različite dobi (raspon dobi 21-66 godina) i duljine radnoga staža (1-41 godina), pri čemu starija dob i, sukladno tome, dulji staž, svakako doprinose većoj izloženosti starijim osobama i češćem kontaktu s njima. Također, sudionici su bili i različitih zanimanja, od liječnika do medicinskih sestara i tehničara, čija je već i temeljna naobrazba vrlo različita u smislu zahtjeva za semantičkim poznavanjem područja. Osim dobi i razine obrazovanja, karakteristika koja doprinosi boljšem poznavanju starijih osoba, sukladno hipotezi kontakta,¹⁶ je sam kontakt sa starijom osobom. Za većinu ljudi to predstavlja suživot sa starijim članom

obitelji ili kontinuirana skrb koju trebaju osigurati ili pružiti starijim članovima obitelji. Stoga smo rezultate analizirali s obzirom na one karakteristike sudionika koje smo smatrali da mogu biti povezane s razinom znanja i/ili razinom stereotipa – dob, zanimanje i skrb o starijem članu obitelji. Među sudionicima ovoga istraživanja je, naime, polovina sudionika imala u skrbi starijeg člana obitelji.

Sudionici su prema dobi podijeljeni u skupinu rane, srednje i kasne dobi, a analiza varijance njihovih rezultata na primijenjenim upitnicima pokazala je kako nema razlike u razini znanja, ovisno o dobi stručnjaka, uz kontrolu radnoga staža. Međutim, utvrđena je značajna razlika u aspektima ageizma, točnije u aspektu izbjegavanja, pri čemu najstariji stručnjaci, oni u dobi između 51-66 godina, pokazuju najviše izbjegavanja. Nekoliko je mogućih objašnjenja ovoga nalaza. Općenito govoreći, iako je starenje neizbježno, starost nije ono čemu se većina populacije veseli. Opća slika starije osobe i njezinih sposobnosti je negativno obojena, a starost se uglavnom doživljava kao razdoblje bespomoćnosti, neaktivnosti, nesamostalnosti i usamljenosti. U cilju očuvanja slike o sebi kao o osobi koja je radno sposobna, aktivna i visoko funkcionalna, osobe na pragu starosti često se imaju potrebu "odvojiti" od kategorizacije njih samih kao osobe treće životne dobi. Ranije spomenute hipoteza kontakta, kao i teorija upravljanja strahom, podržavaju ovakvo viđenje.^{14,16} Stručnjaci kasne odrasle dobi su, kronološki gledano, najbliži trećoj životnoj dobi. Moguće je da se, znajući što ta dob nosi sa sobom, osobe kasne odrasle dobi imaju potrebu zaštititi od tjeskobe do koje dovodi ideja o vlastitom starenju i/ili smrtnosti te se od nje štite izbjegavajući starije sobe. Frabonijevom skalom ispitali smo tri aspekta ageizma – izražavanje stereotipa (koje se u nekim verzijama skale odnosi na derogaciju, tj. govor mržnje ili antagonistička ponašanja), izbjegavanje (minimiziranje socijalnih kontakata i susreta) i diskriminaciju (aktivno djelovanje u pokušaju isključivanja od starijih).⁴² Valja imati na umu kako smo ispitali stručnjake o bitnim sastavnicama njihovog radnog okruženja. U tom smislu, derogiranje ili izravna diskriminacija su salijentna ponašanja koja mogu imati ozbiljne posljedice sve do razine gubitka radnoga mjesta. Izbjegavanje je aspekt kojim se stereotipi prema starijima mogu manifestirati, a da osoba i dalje korektno obavlja svoj posao, te je stoga sigurniji za izražavanje.⁷

Analizirali smo i razlike u ispitivanim varijablama s obzirom na različita zanimanja zastupljena u uzorku stručnjaka u području skrbi za starije - liječnike, stručne suradnike (socijalni radnici i psiholozi), pomoćno medicinsko osoblje (med. sestre i tehničari).

Kako smo i očekivali, analiza varijance njihovih rezultata na sve tri primijenjene skale, pokazala je značajne razlike u znanju o dobnim razlikama u pamćenju, pri čemu, očekivano, liječnici posjeduju više razine znanja od stručnjaka ostalih zanimanja. Opsežnija i zahtjevnija temeljna naobrazba omogućava i bolju pohranu i učinkovitu organizaciju srodnih informacija koje se kasnije usvajaju i koje je potrebno inkorporirati u već postojeća znanja. U tom smislu očekivano je da liječnici posjeduju veće znanje, u koje lakše i učinkovitije mogu ugrađivati nova znanja i iskustva. Liječnici su češće i osobe koje donose odluke vezano uz, primjerice, liječenja i postupak oporavka kod svojih bolesnika/starijih osoba, te su češće motivirani za produbljivanje znanja. S druge strane, medicinsko osoblje se češće ravna prema napucima liječnika, te za kvalitetno obavljanje njihovog posla nije nužno precizno razumijevanje svih aspekata kliničke slike bolesnika ili funkcioniranja starije osobe. Razlike u izražavanju ageizma s obzirom na zanimanje stručnjaka nisu utvrđene, što je u skladu s rezultatima prethodnih istraživanja.^{25,49}

Hipoteza kontakta¹⁶ pojašnjava održavanje stereotipa ili, pak, njihovo smanjenje varijacijama u kvaliteti i kvantiteti kontakta između dvije grupe. U području ovoga istraživanja to bi značilo kako će sudionici koji imaju češće i osobnije kontakte sa starijim osobama, na primjer oni koji skrbe za nekog starijeg člana obitelji, imati manje izražene stereotipe. Veći kontakt sa starijima, ujedno i povećava znanje i iskustvo s ovom populacijom, što može dodatno umanjiti izražavanje stereotipa. Analiza razlika između sudionika ovoga istraživanja koji skrbe o starijim osobama i onih koji nemaju starijeg člana obitelji u svojoj skrbi nije, međutim, pokazala razlike među ovim grupama, ni u razini znanja, niti u izražavanju nekih aspekata ageizma. No, ovdje valja biti oprezan sa zaključkom, jer je, zapravo, potrebna detaljnija analiza, kao i definicija samog kontakta. Uz precizniju definiciju, svakako bi do donošenja konačnog zaključka trebalo provjeriti i niz konativnih varijabli vezanih uz odnos sa starijom osobom za koju se sudionik brine (npr., dobrovoljnost brige, egzistencijalni uvjeti, podrška okoline i sl.).

I znanje, i eventualno prisutni stereotipi o starijoj populaciji, kod stručnjaka koji rade u skrbi za starije osobe mogu predstavljati važne determinante zadovoljstva na poslu i određivati percepciju dobrobiti na poslu. Stručnjaci koji rade sa starijim osobama izvještavaju o prevladavajućim ugodnim reakcijama na poslu. Iako je posao koji obavljaju stresan i samim time emocionalno zahtjevan, doživljavanje neugodnih emocija na poslu je ispod prosječne razine. S obzirom na prethodno prikazane karakteristike sudionika,

analiza rezultata na Skali afektivne dobrobiti na poslu pokazuje zanimljive nalaze. Među skupinama stručnjaka različite dobi postoje statistički značajne razlike u percipiranoj afektivnoj dobrobiti na poslu, i to, kako za ugodne, tako i za neugodne emocije, koje su iskusili na radom mjestu. Stručnjaci kasne odrasle dobi doživljavaju značajno više ugodnih emocija od stručnjaka druge dvije dobne skupine. Ugodni afekti obuhvaćeni ovim upitnikom odnose se na osjećaj opuštenosti, zadovoljstva, sigurnosti koje su sudionici iskusili na poslu u proteklih 30 dana.³⁰ Duljina radnog iskustva stručnjaka kasne odrasle dobi je vjerojatno srazmjerna njihovoj dobi, odnosno ovi su stručnjaci oni s najviše iskustva u radu, pa je očekivano da su opušteniji pri radu i da se osjećaju, primjerice, sigurnije, a samim time i zadovoljnije.³⁴

Zapravo sukladno tome, najviše percipiranih neugodnih emocija povezanih s poslom kroz mjesec dana prije ispitivanja, utvrđeno je kod stručnjaka rane odrasle dobi. Ova razlika između dobnih skupina je statistički značajna. Neugodne emocije obuhvaćene upitnikom JAWS su, na primjer, anksioznost, obeshrabrenost, zastrašenost, i očekivano je da ih značajno više osjećaju osobe koje imaju manje radnoga staža i iskustva, te se nalaze na nižim hijerarhijskim pozicijama unutar svojih institucija, odnosno radnih organizacija. Nedostatak iskustva u skrbi za starije osobe snažno je povezan s osjećajem emocionalne krhkosti,³⁴ odnosno osjećaja obeshrabrenosti, depresivnosti i tjeskobe, što pokazuje veći broj istraživanja.²⁶

Literatura upućuje na to da su stavovi prema starijim osobama kod stručnjaka koji rade u skrbi za ovu populaciju obično povezani s poznavanjem domene starenja.²⁶ Sukladno tome, stavovi, ovisno o njihovoj valenciji, mogu doprinijeti osjećaju dobrobiti na poslu. U ovom je istraživanju analiza povezanosti stavova, tj. čimbenika koji formiraju stavove, znanja o starenju, te osjećaja emocionalne dobrobiti na poslu, djelomično potvrdila ove pretpostavke. Od tri čimbenika, tj. ishodišta razvoja i održavanja ageizma, utvrđeno je kako stručnjaci u skrbi za starije koji imaju manje znanja o procesima starenja, češće izbjegavaju starije osobe. Drugim riječima, ovi će stručnjaci radije izbjeci razgovor sa starijim osobama, neće ih gledati u oči prilikom razgovora, te će koristiti druge kompenzatorne reakcije, kako bi smanjili ili izbjegli kontakt sa starijom osobom. Radeći sa starijom populacijom, ovi su stručnjaci stekli znanja o ponašanju starijih, posebice stručnjaci u domovima umirovljenika, u kojima opažaju starije korisnike u svakodnevnom interakcijama u kojima uviđaju da su njihova ponašanja slična ponašanjima mlađih generacija u smislu druženja s vršnjacima ili

iskušavanja novih aktivnosti – za što u domovima često ima prilike.

Ponašanja koja opisuju čestice koje formiraju čimbenik stereotipa na FSA, doista i čine najčešće sadržaje stereotipa prema starijima, no imajući veće mogućnosti za kontakt sa starijima kroz svoj posao, stručnjaci u području gerontološke skrbi, imaju priliku iskustveno mijenjati svoja uvjerenja i proširivati znanja o svakodnevnom ponašanju starijih osoba. Slično tome, vjerojatno ostvarujući češće i kvalitetnije kontakt sa starijima u okviru opisa svoga radnog mjesta, ovi stručnjaci ne iskazuju diskriminaciju prema starijima. Čestice čimbenika izbjegavanja uglavnom opisuju komunikacijske aspekte odnosa sa starijima koji doista imaju svojih specifičnosti – potrebno je govoriti glasnije, jasnije, ponavljati, kako bi se osiguralo upamćivanje, podpitivati, ukoliko razgovor zapinje, – također i poznavanje kognitivnog sustava starijih osoba nužno je za dobro snalaženje u komunikaciji i razumijevanju starijih.⁴⁶ Moguće je da se zbog komunikacije zasićene ponavljanjem ili sporim, manje elaboriranim govorom, kako bi se osiguralo razumijevanje, stručnjaci koji manje znaju o kognitivnim poteškoćama osjećaju manje učinkoviti u ovim situacijama, te ih u cilju očuvanja vlastite samoefikasnosti jednostavno izbjegavaju.^{12, 13}

Sukladno spomenutom, izbjegavanje starijih osoba, kao vid ageističkog stereotipa, negativno je povezano s ugodnim, a pozitivno s doživljavanjem neugodnih emocija na radnom mjestu. Osobe koje rade u skrbi za starije osobe, te se svakodnevno susreću i komuniciraju sa starijim osobama, a pritom ih zapravo nastoje izbjeći, nalaze se u konfliktnoj situaciji koja nužno rezultira osjećam neugode ili smanjene ugode. Stručnjaci koji se ne osjećaju ugodno u društvu starijih osoba i žele ih izbjeći, a moraju s njima svakodnevno komunicirati, imati će poteškoće prilagodbe na poslu, vjerojatno biti manje učinkoviti, percipirati svoju kompetentnost nižom, te samim time njihov osjećaj ugode na radnom mjestu ne može biti visok. Ove poteškoće na poslu uobičajeno se javljaju kod povišenih razina stresa na poslu, kakva je i situacija izloženosti objektu vlastitog negativnog stava⁴³ – u ovom slučaju starijim osobama.

Slično kao i izbjegavajuća, tako su i diskriminacijska ponašanja prema starijima, koja stručnjaci iskazuju na radnom mjestu, povezana s osjećajem neugode, a sukladno tome su ove dvije komponente ageističkog stereotipa i međusobno povezane. Diskriminacijska ponašanja su u izravnoj suprotnosti s načelima rada u području skrbi za starije osobe, te kao takva vode do opomena, sankcija ili disciplinskih mjera, što sve, u situaciji današnje ekonomske nestabilnosti, vodi do mogućnosti gubitka posla i

predstavlja jasan razlog za osjećaj neugode vezan uz posao.⁵⁰ Iako bi bilo očekivano da se ova ponašanja ne iskazuju u ovom radnom kontekstu, zasada se još uvijek dobnom diskriminacija smatra manje ozbiljnim oblikom diskriminacije, od primjerice rasne, rodne ili diskriminacije po nacionalnoj osnovi. Stoga je moguće da, usprkos neprofesionalnom i diskriminacijskom ponašanju, osobe koje iskazuju ova ponašanja ostaju u ovom radnom okruženju i ne bivaju odgovarajuće sankcionirani. Također je moguće da su ova ponašanja "željena" od strane pojedinih stručnjaka, no oni prikladno procjenjuju da ih ne treba iskazivati. U tom slučaju se ona ne manifestiraju izravno u radnoj okolini, no prisutna su u privatnim uvjerenjima, i rezultiraju neusklađenošću uvjerenja i ponašanja, što u konačnici dovodi do osjećaja neugode na poslu.⁵¹

Ograničenja i smjernice za buduća istraživanja

Ovo istraživanje ima nekoliko važnih ograničenja koja ćemo istaknuti. Pri uvažavanju ovdje iznesenih zaključaka treba razmotriti pristranost uzorka. Naime, poziv za sudjelovanje u istraživanju poslali smo na preko 200 e-mail adresa različitih institucija uključenih u skrb za starije, sa zamolbom da svojim zaposlenicima prosljede link na upitnike. U konačnici je sve upitnike ispunilo 128 sudionika, dok je preko 200 njih pristupilo istraživanju, no nije ispunilo sve upitnike (njih 31 je odustalo nakon nekoliko prvih pitanja). Analiza razlika u socio-demografskim obilježjima između sudionika koji su ispunili sve upitnike i onih koji su odustali pokazala je značajnu razliku jedino s obzirom na obrazovanje sudionika (češće su odustajali sudionici sa srednjom stručnom spremom). S obzirom na poslan broj zamolbi, ovaj se broj sudionika može činiti malim, no istraživanja jasno pokazuju da je ovakav način prikupljanja podataka manje "uspješan" u regrutaciji sudionika u odnosu na individualni pristup "licem u lice".⁵² No, ipak je riječ o uzorku relativno dobre reprezentativnosti, heterogenom po obrazovanju, dobi, duljini staža, zanimanju i veličini mjesta stanovanja. Osim toga, konačan broj zaposlenih u skrbi za starije u RH nije moguće jednoznačno utvrditi, jer rad sa starijim osobama nije jednoznačno definiran – primjerice, liječnici na pojedinim bolničkim odjelima, izuzev gerontoloških odjela, rade i sa starijim osobama, no ne isključivo. Bilo bi zanimljivo ispitati eventualne razlike u pristupu starijim osobama, kao i očekivanja o ishodima liječenja koja imaju liječnici različitih specijalizacija, te različitog stupnja izloženosti, tj. kontakta, sa starijim bolesnicima. Dodatno, u kontekstu ispitivanih varijabli bilo bi važno u budućim istraživanjima prikupiti podatak o radnom stažu s populacijom starijih osoba, a

ne samo u ukupnom radnom stažu, kao što smo to mi učinili u ovom istraživanju.

S obzirom na primijenjene instrumente, odnosno ispitane varijable, rezultate treba komentirati uz oprez, jer su ovdje utvrđene faktorske strukture različite od onih teorijski predloženih. U slučaju FSA na našem je uzorku utvrđena struktura izmijenjena u odnosu na originalno predloženo, no ova je struktura ipak u skladu s onima utvrđenim u mnogim drugim istraživanjima u različitim kulturama – francuskoj,⁵³ talijanskoj,⁵⁴ turskoj.⁵⁵ Uz to, važno je istaknuti i moguće davanje socijalno poželjnih odgovora od strane sudionika, naročito kada se radi o skali ageizma, jer aktivno izražavanje predrasuda nije socijalno prihvatljivo ponašanje među medicinskim osobljem. S druge strane, KMAQ u originalnoj verziji mjeri dva čimbenika, znanje o normativnim i znanje o patološkim dobnim promjenama pamćenja, a analiza KMAQ-a na našem uzorku dovela je do izmjena zbog kojih smo rezultat interpretirali kao jednofaktorsko rješenje, odnosno znanje o dobnim promjenama pamćenja općenito. U tom smislu rezultati prethodnih istraživanja u kojima je korišten ovaj instrument i naši rezultati nisu izravno usporedivi, te bi ovdje iznesene nalaze trebalo provjeriti na nezavisnom, poželjno većem uzorku, i uz korištenje drugih instrumenata za procjenu znanja ili pak, eventualno proširiti sadašnji uzorak.

Zaključak

Stručnjaci u skrbi za starije osobe u RH pokazuju prosječno znanje o promjenama pamćenja povezanim s dobi, te prosječnu razinu ageizma. Usprkos relativno zadovoljavajućim rezultatima, treba naglasiti kako je riječ o osobama koje su profesionalno vezane za osobe starije životne dobi, kojih je sve veći broj, i kako prosječno poznavanje domene kognitivnih sposobnosti starijih osoba u ovom slučaju zapravo nije zadovoljavajuće, kao ni razina ageizma s obzirom da se radi o pružateljima institucionalne brige i skrbi o starijim osobama. Stoga, kao ključni nalaz i spoznaju proizašlu iz ovoga istraživanja treba naglasiti potrebu za dodatnom edukacijom stručnjaka ovoga profila. Edukacije, treninzi i programi iz gerontologije značajno utječu na mijenjanje stavova prema starijim osobama.^{4,7,56,57} Stavovi prema starijima se mogu mijenjati, a znanje i vještine potrebne za skrb o njima razvijati, te se i zadovoljstvo stručnjaka koji rade sa starijima može povećati. Edukacija je bitan čimbenik u sprječavanju diskriminacije osoba treće životne dobi i stoga treba poduzeti mjere za unaprjeđenje odnosa zaposlenika i klijenata. Dodatno obrazovanje podiže kvalitetu usluga i dobrobit samih zaposlenika, a

povećanjem njihove dobrobiti i zadovoljstva povećava se i učinkovitost, što također podiže kvalitetu skrbi za starije. Novija istraživanja potvrđuju kako je promjena stavova o starijim osobama moguća putem medijacije anksioznosti zbog starenja u odnosu na znanja i stereotipe.⁵⁶ Povećanje znanja utječe na smanjenje anksioznosti zbog vlastitog starenja, što u konačnici djeluje na smanjenje stereotipa. Iz navedenih razloga, programi i intervencije za destigmatizaciju osoba treće životne dobi trebaju se temeljiti na smanjenju osobne anksioznosti zbog starenja, te na razini socijalne politike treba poduzeti mjere u svrhu poboljšanja kvalitete života ove, sve brojnije populacije.

Literatura

1. Državni zavod za statistiku Stanovništvo prema starosti i spolu, popisi 1953.–2011. Dostupno na adresi <http://www.dzs.hr/Hrv/censuses/census2011/censuslogo.htm>. Datum pristupa informaciji 15. lipnja 2017.
2. Europska Komisija. The social situation in the European Union 2005-2006: The Balance between generations in an ageing Europe. European Commission: Directorate-General for Employment, Social Affairs and Equal Opportunities. Dostupno na adresi: http://ec.europa.eu/employment_social/social_situation/docs/ssr2005_2006_en.pdf. Datum pristupa informaciji 1. lipnja 2017.
3. Žganec N, Rusac S, Laklija M. Trendovi u skrbi za osobe starije životne dobi u Republici Hrvatskoj i u zemljama Europske Unije. Revija za socijalnu politiku. 2008;15: 171-88.
4. Jackson EM, Cherry KE, Smitherman EA, Hawley KS. Knowledge of memory aging and Alzheimer's disease in college students and mental health professionals. Aging Ment Health. 2008;12:258-66.
5. Pasupathi M, Löckenhoff CE. Ageist behavior. U: Nelson TD, ur. Ageism: Stereotyping and prejudice against older persons. Cambridge: MIT Press; 2002, str. 201-46.
6. Wilkinson JA, Ferraro KF. Thirty years of ageism research. U: Nelson TD, ur. Ageism: Stereotyping and prejudice against older persons. Cambridge: MIT Press; 2002, str. 339-58.
7. Stuart-Hamilton I, Mahoney B. The effect of aging awareness training on knowledge of, and attitudes towards older adults. Educ Gerontol. 2003;29:251-60.
8. Palmore EB, ur. The Facts on Aging Quiz. NY: Springer; 1998.
9. Cherry KE, Allen PD, Jackson EM, Hawley KS, Brigman S. Knowledge of normal and pathological memory aging in college students, social workers and health care professionals. Educ Gerontol. 2010;36:281-97.
10. Cherry KE, Brigman S, Reese-Melancon C, Burton-Chase A, Holland K. Memory aging knowledge and memory self-appraisal in younger and older adults. Educ Gerontol. 2013;39:168-78.
11. Butler RN. Age-ism: another form of bigotry. Gerontologist. 1969;9:243-46.
12. Traxler AJ. Let's get gerontologized: Developing sensitivity to aging. The multipurpose senior center concept: A training manual for practitioners working with the aging. Springfield, IL: Illinois Department of Aging; 1980.
13. Nelson TD. Ageism: Prejudice against our feared future self. J Soc Issues. 2005;61:207-21.
14. Eagly AH. Sex differences in social behavior: A social-role interpretation. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Inc; 1987.
15. Tajfel H, Turner JC. An integrative theory of intergroup conflict. U: William G. Austin, Stephen Worchel. The social psychology of intergroup relations. Brooks/Cole Pub Co, 1979. str. 47.
16. Sullivan K. Ageism and the contact hypothesis: The effect of work-related and non work-related contact on age-related stereotypes [magisterij]. Arlington: The University of Texas; 2008.
17. Martens A, Goldenberg JL, Greenberg J. A terror management perspective on ageism. J Soc Issues. 2005;61:223-39.
18. Solomon S, Greenberg J, Pyszczynski T. A terror management theory of social behavior: The psychological functions of self-esteem and cultural worldviews. Adv Exp Soc Psychol. 1991;24:93-159.
19. Nelson TD, ur. Handbook of prejudice, stereotyping, and discrimination. Oxford: Psychology Press; 2009.
20. Lovell M. Caring for the elderly: changing perceptions and attitudes. J Vasc Nurs. 2006;24:22-6.
21. Palmore EB. The Ageism Survey: First findings. Gerontologist. 2001;41:572-75.
22. Pan IJ, Edwards H, Chang A. Taiwanese nursing students' attitudes toward older people. J Gerontol Nurs. 2009;35:1-6.
23. Rupp DE, Vodanovich SJ, Crede M. The multi-dimensional nature of ageism: construct validity and group differences. J Soc Psychol. 2005;145: 335-62.
24. Hweidi IM, Al-Hassan MA. Jordanian nurses' attitudes toward older patients in acute care settings. Int Nurs Rev. 2005; 52: 225–32.
25. Koren ME, Hertz J, Munroe D, et al. Assessing students' learning needs and attitudes: considerations for gerontology curriculum planning. Gerontol Geriatr Educ. 2008;28:39-56.
26. Zimmerman S, Williams CS, Reed PS, et al. Attitudes, stress, and satisfaction of staff who care for residents with dementia. Gerontologist. 2005;45:96-105.
27. Furlan JC, Craven BC, Ritchie R, Coukos L, Fehlings MG. Attitudes towards the older patients with spinal cord injury among registered nurses: a cross-sectional observational study. Spinal Cord. 2009;47:674-80.
28. Cox T, Griffiths A, Cox S. Work-related stress in nursing: Controlling the risk to health. Geneva: International Labour Office; 1996.
29. Warr PB, ur. Work, happiness, and unhappiness. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum; 2007.
30. Van Katwyk PT, Fox S, Spector PE, Kelloway EK. Using the Job-Related Affective Well-Being Scale

- (JAWS) to investigate affective responses to work stressors. *J Occup Health Psychol.* 2000;5:219-230.
31. Morissy L, Boman P, Mergler A. Nursing a case of the blues: An examination of the role of depression in predicting job-related affective well-being in nurses. *Ment Health Nurs.* 2013;34:158-68.
32. Larsen R. The Contributions of Positive and Negative Affect to Emotional Well-Being. *Psychological Topics.* 2009;18:247-66.
33. Warr PB, ur. *Psychology at work.* England: Penguin books; 2002.
34. Juthberg C, Eriksson S, Norberg A, Sundin K. Stress of conscience and perceptions of conscience in relation to burnout among care-providers in older people. *J Clin Nurs.* 2008;17:1897-1906.
35. Dackert I. The impact of team climate for innovation on well-being and stress in elderly care. *J Nurs Manag.* 2010;18:302-10.
36. Bosanac G. Istraživanje o stavovima i razini svijesti o diskriminaciji i pojavnim oblicima diskriminacije. Zagreb: Ured za ljudska prava Vlade Republike Hrvatske, Ured pučkog pravobranitelja i Centar za mirovne studije; 2009.
37. Ivey DC, Wieling E, Harris SM. Save the young – the elderly have lived their lives: ageism in marriage and family therapy. *Fam Process.* 2000;39:163-75.
38. Rusac S, Štambuk A, Veri, J. Dobna diskriminacija: iskustva starijih osoba. *Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja.* 2013;49:96-105.
39. Cherry KE, Brigman S, Hawley KS, Reese CM. The knowledge of memory aging questionnaire: Effects of adding a 'don't know' response option. *Educ Gerontol.* 2003;29:427-46.
40. Cherry KE, West RL, Reese CM, Santa Maria MP, Yassuda M. The knowledge of memory aging questionnaire. *Educ Gerontol.* 2000;26:195–219.
41. Raguž A. Znanje o dobnim promjenama pamćenja, ageizam i emocionalna dobrobit stručnjaka zaposlenih u području skrbi za starije osobe [magisterij]. Zagreb: Filozofski fakultet; 2017, str. 44.
42. Fraboni M, Saltstone R, Hughes S. The Fraboni Scale of Ageism (FSA): An attempt at a more precise measure of ageism. *Can J Aging.* 1990;9:56-66.
43. Nežirević E, Tonković Grabovac M, Lauri Korajlija A. Recovery from work – Is it yet another name for work-stress coping strategies? U: Moore KA, Buchwald P. *Stress and Anxiety – Coping and Resilience.* Berlin: Logos Verlag; 2017, str. 69-78.
44. Aron A, Aron EN, Coups EJ. *Statistics for psychology.* New Jersey, NY: Pearson; 2006.
45. Officer A, Schneiders M, Wu D, Nash P, Thiyagarajan J, Beard J. Valuing older people: time for a global campaign to combat ageism. *Bull World Health Organ.* 2016;94:710-710A.
46. Cherry KE, Smith AD. Normal memory aging. U: Hersen M, Van Hasselt VB, ur. *Handbook of Clinical Geropsychology.* New York, NY: Plenum; 1998, str. 87-110.
47. Tomek-Roksandić S, Mimica N, Kušan Jukić M. *Alzheimerova bolest i druge demencije rano otkrivanje i zaštita zdravlja.* Zagreb: Medicinska naklada; 2016.
48. Stewart JJ, Giles L, Paterson JE, Butler SJ. Knowledge and attitudes toward older people: New Zealand students entering health professional degrees. *Phys Occup Ther Geriatr.* 2005;23:25-36.
49. Söderhamn O, Lindencrona C, Gustavsson SM. Attitudes toward older people among nursing students and registered nurses in Sweden. *Nurse Educ Today.* 2001;21:225-29.
50. Wisdom NM. *Social acceptance of age discrimination.* [Doctoral Theses]. Stillwater: Oklahoma State University; 2010. 121p.
51. Furnham A. Work related beliefs and human values. *Personal Individ Differ.* 1987;8:627-37.
52. Granello DH, Wheaton JE. *Online Data Collection: Strategies for Research.* JCAD. 2004;82:387-393.
53. Boudjemad S, Gana K. Ageism: Adaptation of the Fraboni of Ageism Scale-Revised to the French language and testing the effects of empathy, social dominance orientation and dogmatism on ageism. *Can J Aging.* 2009;28:371-89.
54. Donizzetti AR. *Misurare il pregiudizio verso gli anziani: Validazione italiana della Fraboni Scale of Ageism e analisi delle differenze per genere ed età.* *Giornale di Psicologia.* 2010;26:262-74.
55. Kutlu Y, Kucuk L, Yildiz Findik U. Psychometric properties of the Turkish version of the Fraboni Scale of Ageism. *Nurs Health Sci.* 2012;14:464-71.
56. Allan LJ, Johnson JA. Undergraduate attitudes toward the elderly: The role of knowledge, contact and aging anxiety. *Educ Gerontol.* 2008;35:1-14.
57. Cottle NR, Glover RJ. Combating ageism: Change in student knowledge and attitudes regarding aging. *Educ Gerontol.* 2007; 33:501-12.