

Odnos do demence in stigma demence

ATTITUDES TOWARDS DEMENTIA AND THE STIGMA OF DEMENTIA

Katja OŠLAK¹, Bojan MUSIL¹

¹ Filozofska fakulteta Univerze v Mariboru, Oddelek za psihologijo

Izvleček

Namen pričujočega prispevka je bil raziskati odnos do demence in posledično pojavnost in moč stigme do oseb z demenco. Za namen raziskave smo uporabili vprašalnik, ki je bil sestavljen v sklopu projekta Alzheimer's Australia 2012 in meri dve komponenti stigme (izogibanje oz. negativna prepričanja in sprejemanje oz. pozitivna prepričanja). Dodatno sta bili uporabljeni še dve lestvici, ki merita verjetnost neiskanja pomoči in odlašanja z iskanjem pomoči v primeru opažanja zgodnjih znakov demence pri sebi, in sta bili prav tako del prej omenjene avstralske raziskave. V raziskavi je sodelovalo 153 udeležencev starih med 19 in 87 let. Rezultati so pokazali, da prihaja do statistično pomembnih razlik glede na določene socialno-demografske dejavnike. Moški so odražali večjo mero negativnih prepričanj in tendence po izogibanju ter nižjo mero pozitivnih prepričanj in sprejemanja v primerjavi z ženskami. Nižje izobraženi posamezniki so načeloma odražali večjo mero negativnih prepričanj in tendence po izogibanju kot višje izobraženi, pri doživljanju pozitivnih prepričanj pa med udeleženci glede na stopnjo izobrazbe ni prišlo do razlik. S predvidevanji se ni ujemale dejstvo, da starejši udeleženci v primerjavi z mlajšimi niso odražali višje mere pozitivnih prepričanj in sprejemanja. Izkazalo se je, da moč pozitivnih prepričanj z leti najprej narašča, potem pa začne upadati. Do obratnega učinka je prišlo pri negativnih prepričanjih, ki so bila najmočnejša pri najmlajših ter najstarejših udeležencih. Potrdilo se je, da so udeleženci s predhodnim stikom z osebo z demenco odražali manjšo mero stigme. Ugotovljena je bila tudi šibka pozitivna povezanost doživljanja negativnih prepričanj in želje po izogibanju z neiskanjem in odlašanjem iskanja pomoči v hipotetičnem primeru opažanja zgodnjih znakov demence pri sebi.

Ključne besede odnos do demence, stigma demence, izogibanje, sprejemanje, iskanje pomoči

Abstract

The purpose of the study was to explore attitudes towards dementia and consequent manifestation and intensity of stigma concerning people with dementia. In the study, we used the adaptation of a questionnaire that was developed for the purpose of the Alzheimer's Australia 2012 project. It measures two components of stigma (personal avoidance and person centredness). We added two scales that measure the possibility of not seeking help and delaying seeking help in case of noticing the early signs of dementia. Study included 153 participants, aged between 19 and 87 years. The results showed some statistically significant differences in experiencing stigma considering some social-demographic factors. Men had higher level of personal avoidance and lower level of person centredness than women. Participants with lower education had higher levels of personal avoidance, but concerning level of education, we did not find any differences in experiencing person centredness. Contrary to the expectations was also the fact that older participants did not show higher levels of person centredness. It was found that intensity of person centredness at first ascends with age, but later starts descending. Opposite effect was found with personal avoidance, which was strongest with youngest and eldest participants. It was confirmed that people that had already had some contact with dementia patients in the past showed lower level of personal avoidance. It was also found out that experiencing negative views and desire for avoidance of dementia patients positively correlates with not seeking help and delaying seeking help in hypothetical case of experiencing early signs of dementia.

Key words attitudes towards dementia, stigma of dementia, personal avoidance, person centredness, seeking help

Kaj je znanega?

Raziskovalci na obravnavanem področju so v svojih raziskavah ugotovili, da je določena mera stigme v odnosu do oseb z demenco v družbi prisotna ter se povezuje z zakasnitvijo pri iskanju pomoči in zavračanjem testiranja za demenco.

Kaj je novega?

V pričujočem članku dobimo podrobnejši vpogled v strukturo prepričanj o osebah z demenco. Zajeta so negativna prepričanja in želja po izogibanju, pozitivna prepričanja ter iskanje pomoči v primeru opažanja zgodnjih znakov demence pri sebi.

Navajajte kot:

Ošlak K, Musil B. Odnos do demence in stigma demence. Javno zdravje 2017;1(1):74-83.

Prispelo:

29.6.2017

Sprejeto:

26.9.2017

Korespondenca:

katja.oslak@gmail.si

Članek je licenciran pod pogoji Creative Commons Attribution 4.0 International licence. (CC-BY licenca). The article is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License (CC-BY license).

I UVOD

I.1 Demenca

Z besedo demenca opisujemo zbirko simptomov, ki so posledica motenj v delovanju možganov, pri čemer ne gre za eno specifično bolezen, ampak za nevrolško-degenerativni sindrom, ki povzroči močne kognitivne in funkcijske okvare ter posledično smrt (1). Kognitivne okvare zajemajo motnje spomina, koncentracije, jezika, izvršnih funkcij in vizualno-spacialnih sposobnosti, funkcijske pa vsakdanja življenjska opravila kot npr. hranjenje, skrb za osebno higieno, oblačenje, opravljanje potrebe, skrb za gospodinjska opravila, nakupovanje, skrb za finance, vožnjo itd. (2). Motnje, ki so posledica demence, so kronične, progresivne, trajne in neozdravljive (3). Najpogostejši vzrok za demenco je Alzheimerjeva bolezen (50–70 % primerov), redkejši tipi demence pa so še vaskularna demenca (20–30 % primerov), fronto-temporalna demenca (5–10 % primerov) in demenca z Lewyjevim telesci (manj kot 5 % primerov). S staranjem se verjetnost za obolenost z Alzheimerjevo boleznijo močno zvišuje, pred 65. letom starosti tako zbolijo le 1 % ljudi, po 65. letu starosti pa število obolelih strmo narašča. Pri 80. letih starosti ima že vsak tretji posameznik Alzheimerjevo bolezen, pri devetdesetih pa že vsak drugi (4).

Organizacija Alzheimer's Disease International (ADI) je izvedla vrsto raziskav na področju demence in ocenila, da je leta 2010 za demenco bolehalo 36 milijonov ljudi po vsem svetu. Zaradi staranja prebivalstva ocenjujejo, da se bo ta številka v prihodnosti še povečala, kar posledično pomeni tudi vedno večje ekonomsko breme za družbo (5).

I.2 Odnos do oseb z demenco in stigma demence

Ko govorimo o odnosu do skupin, ki po določenih vidikih izstopajo oziroma so drugačne, se pogosto navezujemo na pojem stigme.

Stigma je zveza med neko značilnostjo in stereotipom, pri čemer ta značilnost močno »zmanjšuje vrednost posameznika« ter ga iz normalne, celostne osebe spremeni v omadeževano, neupoštevano in iz družbe izključeno osebo. Značilnost je bodisi fiziološke bodisi psihološke narave in v nekem smislu odstopa od tistega, kar se znotraj socialnega okolja dojema kot normalno oz. pričakovano. Povod za stigmatizacijo je lahko tudi pripadnost drugi rasi, nacionalnosti ali religiji (6). Ena izmed najbolj stigmatiziranih, diskriminiranih, zapostavljenih in ranljivih socialnih skupin naj bi bili ljudje, ki trpijo za duševnimi motnjami (7). Odnos družbe do oseb z duševnimi motnjami se je sicer v

zadnjih letih že nekoliko izboljšal, predvsem v smislu večjega sprejemanja in bolj pozitivne naravnosti do njih. Tudi strah in želja po socialni izolaciji sta nižja kot pred leti, ugotavljajo angleški raziskovalci (8). Ena izmed najpogostejših duševnih motenj, ki tipično prizadenejo starejše prebivalstvo, je demenca, ki je sicer pogosto videna kot naravni del staranja, kar lahko negativno vpliva na prepoznavanje in obravnavanje bolezni. Večina njenih simptomov pa je še danes močno stigmatiziranih (9).

V preteklosti so bili ljudje z demenco odmaknjeni in izolirani v institucijah, v 1990-ih pa so se razmahnila zdravila za lajšanje simptomov demence. Čeprav se je ozaveščenost družbe o demenci do danes že močno povečala, pa to na žalost ni povzročilo drastičnih sprememb v smislu sprejemanja oseb z demenco in zmanjševanja stigme. Temeljni razlog za to je pomanjkanje znanja o samem izvoru in poteku bolezni ter napačna prepričanja o tem, kako se bo oseba z demenco vedla. Stigma, vezana na demenco, vse osebe z demenco uvršča v eno kategorijo, ki ne razlikuje med posamezniki, kar seveda vodi v napačne predstave o simptomih in poteku bolezni, ki se v resnici zelo razlikujejo med posamezniki (5). V začetni fazi bolezni lahko oseba dokaj normalno funkcionira in še naprej opravlja mnoge stvari, ki jih je počela pred diagnozo demence. Ko bolezen napreduje, lahko oseba še vedno sodeluje v mnogih aktivnostih, vendar ni več neodvisna in potrebuje več pomoči ter prilagoditev. Šele zadnja faza je tista, za katero so značilne hude težave v kogniciji in pri opravljanju vsakdanjih opravil (4).

Pomanjkanje znanja o poteku bolezni vodi v depersonalizacijo oseb z demenco, pomanjkanje simpatije do njih ter razumevanja njihovih potreb. Tako lahko npr. osebo že v prvi fazi bolezni doleti osip prijateljstev in poznanstev. Prav tako stigma demence vodi v osredotočanje na vse izgube, ki jih je oseba doživela zaradi bolezni, namesto da bi se raje osredotočili na sposobnosti, ki so osebi ostale ter aktivnosti, v katerih še vedno lahko sodeluje. To prikrajša osebo za mnoge prijateljske in družinske vezi, kar pomeni izolacijo in pomanjkanje stimulacije ter posledično še večjo škodo, kot jo povzroči bolezen sama (5).

Stigma je vsekakor eden izmed vzrokov zato, da je formalno diagnosticiranih manj kot 50 % posameznikov obolelih za demenco (10). Kar pa je škoda, saj obstajajo dokazi, da lahko posamezniki z zgodnjo diagnozo demence s pomočjo kognitivno-vedenjske terapije gledajo na svoj položaj manj negativno, se bolje zavedajo stigmatizirajočih misli in občutkov, se lažje sprijaznijo z boleznijo ter se na

sploh boljše spopadajo z njo v kasnejših fazah bolezni (11).

Identifikacija stigme je ključna, saj stigma pogosto bolnim posameznikom preprečuje prepoznavanje znakov bolezni in iskanja ustrezne pomoči ter zmanjšuje možnost kvalitetnega življenja, ki je v začetnih fazah bolezni še mogoče in povzroča občutke sramu ter nekompetentnosti (5). Prav tako je povezana z odlašanjem testiranja za demenco in manj učinkovitim zdravljenjem, kar potencialno negativno vpliva na sam razvoj bolezni ter obvladovanje njenih simptomov (12).

1.3 Raziskave

Burgener in sodelavci (13) so izvedli obsežno raziskavo, v kateri so preučevali vplive samonanašalne stigme (self-stigma) na kakovost življenja pri posameznikih v zgodnji fazi razvoja demence. Ugotovili so, da so glavne komponente samonanašalne stigme (socialna izolacija, občutek sramu ter socialno zavračanje) močno pozitivno povezane z anksioznostjo, depresijo in vedenjskimi motnjami ter negativno povezane z zdravjem, pripravljenostjo za sodelovanje v socialnih aktivnostih ter samokontrolo. Do podobnih odkritij sta prišla tudi Livingston in Boyd (14), in sicer, da naj bi ponotranjena stigma (self-stigma) negativno vplivala na posameznikovo samopodobo, samoučinkovitost, samokontrolo, integracijo, upanje in kakovost življenja na sploh.

V avstralski pilotski študiji Exploring dementia and stigma beliefs (15) so preučevali prisotnost stigme do oseb z demenco med odraslimi, starimi od 40 do 65 let, in ugotovili, da so v avstralski družbi prisotna negativna prepričanja. Kar 50,8 % sodelujočih je bilo prepričanih, da oseba z demenco ni sposobna sodelovati v smiselnem pogovoru, 34,0 % jih je bilo mnenja, da je oseba z demenco nadležna, 14,3 % je bilo prepričanih, da ima oseba slabo osebno higieno, 11,0 % pa jih je izrazilo, da bi se raje izognili druženju z osebo z demenco, če bi imeli to možnost. Ti rezultati nakazujejo tendenco po socialnem izogibanju tem osebam, kar pa ne pomeni nujno tudi želje po socialni izključitvi. S trditvijo Ljudje z demenco bi morali živeti nekje, kjer ne bodo nikogar motili se je namreč strinjalo le 1,3 % vseh sodelujočih v raziskavi. Po drugi strani so raziskovalci želeli dobiti tudi vpogled v morebitna pozitivna prepričanja o osebah z demenco in ugotovili, da so tudi ta prisotna. Kar 46,1 % vprašanih verjame v to, da so ljudje z demenco še vedno sposobni sodelovati v mnogih različnih aktivnostih, 38,6 % vprašanih uživa v njihovi družbi, 37,7 % verjame, da so pomemben vir modrosti, 34,4 % pa, da lahko prenašajo pomembne tradicije na mlajše generacije.

Zanimalo jih je tudi, kakšen odnos imajo sodelujoči v raziskavi do testiranja, diagnoze demence in iskanja pomoči. Večina bi se na diagnozo negativno odzvala ter v prihodnosti pričakovala stigo in diskriminacijo. Poročali so o občutkih sramu (60 %), ponižanja (47 %) in anksioznosti (76 %). Verjeli so v povečane možnosti diskriminacije v zdravstvenem sektorju, kar 70 % pa je nakazovalo tudi tveganje za pojav depresije (15). V nadaljevanju raziskave so udeležence vprašali, pri kom bi iskali pomoč v primeru, da bi sami pri sebi začeli opazovati zgodnje znake demence, in večina vprašanih je trdila, da bi iskala pomoč pri osebnemu zdravniku (82,2 %) ali partnerju (49,4 %). Manjši delež ljudi (7,2 %) je trdil, da pomoči sploh ne bi iskal, kar 21,3 % ljudi pa je trdilo, da bi odlašali z iskanjem pomoči tako dolgo, kot bi bilo mogoče. Prav tako so ugotovili, da je zavlačevanje z iskanjem pomoči povezano z doživljanjem stigme oz. močjo negativnih prepričanj o osebah z demenco (16).

Preverili so tudi, kako se stigma razlikuje glede na določene socialno-demografske dejavnike. Ugotovili so, da moški odražajo večjo mero negativnih prepričanj in tendence po izogibanju osebam z demenco kot ženske ter nižjo mero pozitivnih prepričanj. Starost je pozitivno korelirala s pozitivnimi prepričanji, kar nakazuje na to, da ljudje z lastnim staranjem postajajo vse bolj sprejemajoči v odnosu do oseb z demenco. Nižja izobrazba je pozitivno korelirala z močjo negativnih prepričanj in željo po izogibanju, kar nakazuje na to, da so manj izobraženi ljudje bolj nagnjeni k stigmatiziranju, po drugi strani pa so ravno ti odražali manj strahu pred diskriminacijo, kar kaže na to, da se manj zavedajo morebitnih posledic stigme. Ljudje, ki imajo stik z osebami z demenco so odražali manj negativnih prepričanj in želje po izogibanju, kar lahko pojasnimo s tem, da imajo ti ljudje boljše znanje o bolezni in posledično odražajo več razumevanja (17).

1.4 Cilji in hipoteze

V sklopu pričujoče raziskave smo raziskali odnos do oseb z demenco v sklopu celostnega vidika stigme. Osredotočili smo se na pojavnost in moč stigme, torej negativnih prepričanj in tendence po izogibanju osebam z demenco, po drugi strani pa nas je zanimalo tudi, ali v družbi obstajajo določena pozitivna prepričanja o le-teh. Prav tako nas je zanimalo, v kolikšni meri bi udeleženci odlašali z iskanjem pomoči, v kolikor bi sami pri sebi začeli opazovati zgodnje znake demence. Preverili smo, ali obstajajo morebitne razlike v doživljanju stigme in pozitivnih prepričanj glede na spol, starost, izobrazbo in predhodni stik z osebami z demenco. Prav tako smo želeli izvedeti, ali se doživljanje stigme povezuje z zavlačevanjem

iskanja pomoči v primeru suma na zgodnje znake demence.

Na podlagi pregledane literature smo oblikovali naslednje hipoteze:

HIPOTEZA 1: Moški bodo odražali večjo mero stigme do oseb z demenco kot ženske.

HIPOTEZA 2: Posamezniki z nižjo izobrazbo bodo odražali večjo mero stigme do oseb z demenco kot posamezniki z višjo izobrazbo.

HIPOTEZA 3: Starejši posamezniki bodo bolj pozitivno naravnani v odnosu do oseb z demenco kot mlajši.

HIPOTEZA 4: Posamezniki, ki so že imeli stik z osebo z demenco, bodo odražali manjšo mero stigme kot posamezniki, ki stika niso imeli.

HIPOTEZA 5: Posamezniki, ki odražajo večjo mero stigme do oseb z demenco, bodo v večji meri odlašali z iskanjem pomoči oz. pomoči sploh ne bodo iskali.

2 METODE

2.1 Udeleženci

V raziskavi je sodelovalo 153 udeležencev, od tega 87 (56,9 %) žensk in 66 (43,1 %) moških, starih med 19 in 87 let. Povprečna starost udeležencev je bila 41,9 let. Pet udeležencev (3,3 %) je imelo osnovnošolsko izobrazbo, 81 udeležencev (52,9 %) srednješolsko izobrazbo, 27 udeležencev (17,6 %) višješolsko izobrazbo, 32 udeležencev (20,9 %) visokošolsko strokovno oz. univerzitetno izobrazbo na 1. bol. stopnji, 7 udeležencev (4,6 %) magistrsko izobrazbo ter 1 udeleženec (0,7 %) doktorsko izobrazbo. Predhodni stik z osebo z demenco je imelo 72 udeležencev (47,1 %), 81 udeležencev (52,9 %) pa stika ni imelo.

2.2 Pripomočki

Kot osnova za sestavo instrumenta nam je služil vprašalnik, ki so ga razvili Phillipson idr. (17). Iz izvirnega vprašalnika, ki so ga avtorji sestavili iz prilagoditev drugih instrumentov, tj. vprašalnika PRISM-PC (The Perceptions Regarding Investigational Screening for Memory in Primary Care) (18) in The Fraboni Scale of Ageism (19) ter dodanih postavk, ki se nanašajo na morebitna pozitivna prepričanja o ljudeh z demenco, so omenjeni raziskovalci na pilotni študiji članov Australia Alzheimer's Consumer Dementia Research Network (17) s pomočjo eksploratorne faktorске analize utemeljili štiri dimenzije, in sicer Izogibanje (ang. Personal avoidance), ki nakazuje tendenco po izogibanju in socialni izključitvi oseb z demenco; Sprejemanje (ang. Person centredness), ki odraža pozitiven odnos do oseb z demenco; ter Strah pred označevanjem (ang. Fear of Labelling) in Strah pred diskriminacijo (ang. Fear of Discrimination). Slednji dimenziji v nadaljnjih

raziskavah v splošnem nista izkazovali pomembnih povezav z drugimi raziskovalnimi koncepti.

V naši raziskavi smo se osredotočili na prvi dve dimenziji zgornjega vprašalnika, in sicer Izogibanje (npr. Če bi imel/a demenco, ne bi želel/a, da moja družina izve; Če bi imel/a demenco, bi me bilo sram itd.) in Sprejemanje (npr. Ljudje z demenco lahko sodelujejo v mnogih različnih aktivnostih in interesnih dejavnostih, Družba večine ljudi z demenco je v resnici prav prijetna itd.), pri čemer smo v prilagoditvi instrumenta pazili na razumljivost posamičnih postavk glede na specifičen (slovenski) sociokulturni kontekst. Končna verzija tako združuje 9 postavk za dimenzijo Izogibanje in 9 za dimenzijo Sprejemanje. Pri dimenziji Izogibanje je Cronbachov alfa kot mera notranje konsistentnosti znašal 0,83, pri dimenziji Sprejemanje pa 0,84. Pri vseh postavkah so morali udeleženci na 5-stopenjski Likertovi lestvici označiti, v kolikšni meri se s posamezno postavko strinjajo (od močno se strinjam do močno se ne strinjam). Večje strinjanje s postavkami dimenzije Izogibanje nakazuje na močnejše doživljanje stigme do oseb z demenco; večje strinjanje s postavkami dimenzije Sprejemanje pa nakazuje bolj pozitivno naravnost v odnosu do oseb z demenco.

V pričujoči raziskavi sta bili uporabljeni tudi dve postavki iz lestvice Help seeking scale (20), ki so jo avstralski raziskovalci uporabili v nadaljevalnem delu svoje študije. Le-ti se nanašata na verjetnost odlašanja pri iskanju pomoči in verjetnost splošnega neiskanja pomoči v primeru opažanja prvih znakov demence pri sebi. Tudi tukaj so posamezniki na 5-stopenjski Likertovi lestvici označili nivo verjetnosti zavlačevanja oz. neiskanja pomoči (od zelo verjetno do zelo malo verjetno).

2.3 Postopek

Zbiranje podatkov je trajalo približno en mesec. Vsi udeleženci so vprašalnik prejeli v fizični obliki in ga izpolnili takoj oz. v roku nekaj dni. Ob prejemu vprašalnika jim je bila podana kratka razlaga tematike in namena raziskave. Seznanjeni so bili z dejstvom, da je njihovo sodelovanje v raziskavi anonimno, prostovoljno in lahko od nje kadarkoli odstopijo. Pred začetkom reševanja vprašalnika so izpolnili tudi podatke o spolu, starosti, stopnji izobrazbe in predhodnem stiku z osebami z demenco. Podatki so bili obdelani s pomočjo programa SPSS.

3 REZULTATI

Za lažjo primerjavo rezultatov z izvorno avstralsko raziskavo (17) smo najprej analizirali frekvenčne porazdelitve po posameznih postavkah in ugotovili, da

se te kar precej razlikujejo glede na posamezne postavke znotraj dimenzij. Pri dimenziji Izogibanje se je kar 58,1 % udeležencev strinjalo s trditvijo Od večine ljudi ni za pričakovati, da bodo lahko sodelovali v kompleksnem in zanimivem pogovoru. Isti odstotek udeležencev se je strinjal tudi s trditvijo Večina ljudi z demenco slabo skrbi za svojo osebno higieno. S trditvijo Večina ljudi z demenco je nadležna, saj ves čas ponavljajo ene in iste zgodbe se je strinjalo 37,9 % udeležencev. S trditvijo Jaz osebno ne bi želel/a preživeti veliko časa z osebo z demenco se je strinjalo 7,9 % vprašanih, 3,3 % so se strinjali s trditvijo Ni mi všeč, ko oseba z demenco želi začeti pogovor z mano in le 2 % sta se strinjala s trditvijo Bolje bi bilo, da bi ljudje z demenco živeli nekje, kjer ne bi nikogar motili. Znotraj dimenzije Sprejemanje so se udeleženci še v dosti večji meri strinjali s postavkami. Največ strinjanja je sprožila postavka Ne bi me motilo obiskati osebe z

demenco, četudi se ta ne bi spomnila, da sem prišel/a (74,5 %), najmanj pa postavka Ljudje z demenco imajo pomembno vlogo pri prenašanju tradicije na mlajše generacije (37,3 %). Pri dimenziji Zavlačevanje z iskanjem pomoči je 17 % udeležencev dejalo, da je verjetno (12,4 %) oz. zelo verjetno (4,6 %), da bi z iskanjem pomoči čim bolj dolgo zavlačevali. Pri dimenziji Neiskanje pomoči pa je 13,1 % udeležencev dejalo, da je verjetno (9,8 %) oz. zelo verjetno (3,3 %), da pomoči sploh ne bi iskali.

Za vse dimenzije in vprašanja vprašalnika so v Tabeli 1 prikazane deskriptivne statistike – povprečne vrednosti, standardni odkloni, asimetričnosti, sploščenosti, minimalne vrednosti, maksimalne vrednosti, rezultati testa za preverjanje normalnosti porazdelitve ter povprečne vrednosti posamezne postavke znotraj dimenzije.

Tabela 1: Deskriptivne statistike in test za normalnost porazdelitve vseh štirih dimenzij

Dimenzija	M	SD	Asimetričnost	Sploščenost	Min	Max	Shapiro-Wilk (p)	M/št. postavk
Izogibanje	21,01	5,44	0,38	-0,46	10	34	0,003	2,33
Sprejemanje	30,19	6,54	-0,29	-0,29	12	45	0,011	3,35
Zavlačevanje z iskanjem pomoči	2,39	1,13	0,49	-0,52	1	5	0,000	2,39
Neiskanje pomoči	2,19	1,11	0,62	-0,43	1	5	0,000	2,19

Opombe: M = aritmetična sredina; SD = standardni odklon; min = minimalna vrednost; max = maksimalna vrednost; M / št. postavk = aritmetična sredina posamezne postavke v dimenziji.

Iz Tabele 1 je razvidno, da so se udeleženci v največji meri strinjali s postavkami dimenzije Sprejemanje (M/št. postavk = 3,35), precej manj so se strinjali s postavkami dimenzije Izogibanje (M/št. postavk = 2,33) in Zavlačevanje z iskanjem pomoči (M = 2,39), najmanj pa s postavkami dimenzije Neiskanje pomoči (M = 2,19).

Rezultati testa za preverjanje normalnosti porazdelitve so pokazali, da naj bi se porazdelitve vseh spremenljivk statistično pomembno razlikovale od normalne porazdelitve. Njihove vrednosti asimetričnosti in sploščenosti sicer zavzele vrednosti znotraj -1 in 1, kar pomeni, da jih še lahko interpretiramo kot približno normalno porazdeljene (21). Preverili smo tudi histogramne teh spremenljivk, ki pri Izogibanju in Sprejemanju prikazujejo približno normalno porazdelitev, pri dimenzijah Zavlačevanje z iskanjem pomoči in Neiskanje pomoči pa ne, zato smo v nadaljevanju kot normalno porazdeljeni obravnavali samo spremenljivki Izogibanje in Sprejemanje.

V nadaljevanju so prikazani rezultati testov, s katerimi smo preverjali zastavljene hipoteze. Ocenili smo, da se spremenljivki Izogibanje in Sprejemanje približno normalno porazdelujeta, zato smo za preverjanje razlik v povprečjih uporabili parametrične teste.

Glede na spol smo preverili razlike med povprečji s pomočjo T testa za preverjanje enakosti porazdelitev dveh neodvisnih vzorcev za dimenziji Izogibanje in Sprejemanje. Rezultati moških in žensk se pri dimenziji Izogibanje statistično pomembno razlikujejo ($t(151) = 4,68$; $p < 0,005$), pri čemer so moški dosegali pomembno višje vrednosti (M = 23,23; SD = 5,75) od žensk (M = 19,33; SD = 4,55). Tudi pri dimenziji Sprejemanje se rezultati moških in žensk statistično pomembno razlikujejo ($t(151) = 3,17$; $p < 0,005$). Ženske so dosegale pomembno višje vrednosti (M = 31,61; SD = 6,20) od moških (M = 28,32; SD = 6,55).

V nadaljevanju sledi preverjanje druge hipoteze, ali se rezultati udeležencev pri dimenzijah Izogibanje in

Sprejemanje statistično pomembno razlikujejo glede na stopnjo izobrazbe. To smo želeli storiti z enosmerno ANOVO, pri čemer je Levenov test pokazal, da variance pri spremenljivki Izogibanje niso homogene ($p = 0,003$). Zato smo opravili dva testa, ki ne predpostavljata enakih varianc. Welchov test in Brown-Forsythov test sta pokazala, da med skupinami prihaja do statistično pomembnih razlik v porazdelitvah ($p < 0,005$). Da bi ugotovili, med katerimi skupinami prihaja do razlik, smo opravili še post hoc Games-Howell test. Ta je pokazal, da prihaja do statistično pomembnih razlik med srednjo šolo in visokošolskim strokovnim oz. univerzitetnim programom na 1. bolonjski stopnji ($p = 0,000$) ter na 0,05 stopnji

zaupanja tudi med višjo šolo in visokošolskim strokovnim oz. univerzitetnim programom na 1. bolonjski stopnji ($p = 0,039$). Udeleženci s srednješolsko in višješolsko izobrazbo so torej dosegali statistično pomembno višje rezultate pri dimenziji Izogibanje kot udeleženci z visokošolsko strokovno oz. univerzitetno izobrazbo na 1. bolonjski stopnji. Pri dimenziji Sprejemanje vrednosti Levenovega testa niso bile statistično pomembne, zato smo za preverjanje razlik med skupinami lahko uporabili enosmerno ANOVO, ki pa ni pokazala statistično pomembnih razlik ($F(4, 148) = 1,084$; $p = 0,366$).

Tabela 2: Povprečne vrednosti in standardni odkloni dimenzij Izogibanje in Sprejemanje glede na stopnjo izobrazbe

Stopnja izobrazbe	N	M (Izogibanje)	SD (Izogibanje)	M (Sprejemanje)	SD (Sprejemanje)
Osnovna šola	5	24,20	7,69	33,4	4,67
Srednja šola	81	22,59	5,64	29,33	7,30
Višja šola	27	20,41	4,43	30,26	5,63
Visokošolski strokovni / uni. program 1. bol. st.	32	17,28	3,64	31,25	5,85
Magisterij (2. bol. st.) in doktorat	8	21,01	3,42	32,38	3,42
Skupaj	153	21,01	5,44	30,19	6,53

Opombe: N = število oseb; M = aritmetična sredina; SD = standardni odklon.

Iz Tabele 2 je razvidno, da se z višanjem stopnje izobrazbe povprečne vrednosti pri dimenziji Izogibanje nižajo. Izjema je le najvišja stopnja izobrazbe magisterij (2. bol. st.) in doktorat ($M = 21,01$; $SD = 3,42$), katere vrednosti so v povprečju nižje od osnovne šole ($M = 24,20$; $SD = 7,69$) in srednje šole ($M = 22,59$; $SD = 5,64$), vendar višje od višje šole ($M = 20,41$; $SD = 4,43$) ter visokošolskega strokovnega oz. univerzitetnega programa na 1. bolonjski stopnji ($M = 17,28$; $SD = 3,64$), ki je dosegal najnižje vrednosti pri dimenziji Izogibanje. Pri dimenziji Sprejemanje so najvišje vrednosti dosegali posamezniki z osnovnošolsko izobrazbo ($M = 33,4$; $SD = 4,67$), nekoliko nižje vrednosti so dosegali posamezniki z višjo ($M = 30,26$; $SD = 5,63$), visokošolsko ($M = 31,25$; $SD = 5,85$) in magistrsko oz. doktorsko izobrazbo ($M = 32,38$; $SD = 3,42$), najnižje pa posamezniki s srednješolsko izobrazbo ($M = 29,33$; $SD = 7,30$).

V nadaljevanju sledi preverjanje tretje hipoteze, ali se rezultati udeležencev pri dimenzijah Sprejemanje in Izogibanje statistično pomembno razlikujejo glede na starost udeležencev. Za ta namen je bila ordinalna spremenljivka Starost pretvorjena v pet starostnih

kategorij. Levenov test je pokazal, da med variancami različnih kategorij prihaja do statistično pomembnih razlik pri obeh dimenzijah ($p = 0,000$), zato smo namesto ANOVE, ki predpostavlja homogenost varianc, izvedli Welchov in Brown-Forsythov test. Oba testa sta pri dimenziji Sprejemanje pokazala statistično pomembnost na 0,05 stopnji zaupanja. Signifikantnost Welchovega testa je znašala 0,028, $F(4, 63,84) = 2,92$, signifikantnost Brown-Forsythovega testa pa 0,019; $F(4, 118,98) = 3,07$. V nadaljevanju smo s post hoc Games-Howell testom ugotovili, da do statistično pomembnih razlik pri dimenziji Sprejemanje prihaja med udeleženci mlajšimi od 25 let ter udeleženci starimi med 26 in 35 let. Na 0,05 stopnji zaupanja so udeleženci mlajši od 25 let dosegali statistično pomembno nižje vrednosti kot udeleženci stari med 26 in 35 let. Med ostalimi starostnimi skupinami pri dimenziji Sprejemanje ni prišlo do statistično pomembnih razlik v rezultatih. Pri dimenziji Izogibanje sta Welchov test ($F(4, 68,05) = 8,99$; $p = 0,000$) in Brown-Forsythov test ($F(4, 137,558) = 6,365$) prav tako pokazala statistično pomembnost razlik med starostnimi skupinami. Post hoc Games-Howell test je razkril, da naj bi bile statistično

pomembne razlike med udeleženci mlajšimi od 25 let in udeleženci starimi med 36 in 45 let ($p = 0,000$); med udeleženci starimi med 36 in 45 let ter udeleženci starimi med 46 in 55 let ($p = 0,09$) ter med udeleženci starimi med 36 in 45 let in udeleženci starejšimi od 56 let ($p = 0,000$). Udeleženci, mlajši od

25 let, naj bi tako dosegali statistično pomembno višje rezultate pri dimenziji Izogibanje kot udeleženci stari med 36 in 45 let. Udeleženci stari med 36 in 45 let pa naj bi dosegali statistično pomembno nižje rezultate pri dimenziji Izogibanje kot udeleženci stari med 46 in 55 let ter udeleženci starejši od 56 let.

Tabela 3: Povprečne vrednosti in standardni odkloni dimenzij Sprejemanje in Izogibanje glede na starost

Starostna kategorija	N	M (Sprejemanje)	SD (Sprejemanje)	M (Izogibanje)	SD (Izogibanje)
Mlajši od 25 let	39	27,87	8,49	23,00	6,77
Stari med 26 in 35 let	25	32,56	4,50	19,80	4,31
Stari med 36 in 45 let	17	30,12	6,29	16,65	3,02
Stari med 46 in 55 let	34	31,91	5,27	20,41	4,57
Stari 56 in več	38	29,50	5,84	22,26	4,91
Skupaj	153	30,19	6,54	21,01	5,44

Opombe: N = število oseb; M = aritmetična sredina; SD = standardni odklon.

Tabela 3 prikazuje, da so najnižje vrednosti pri dimenziji Sprejemanje dosegali udeleženci mlajši od 25 let ($M = 27,87$; $SD = 8,49$), najvišje pa udeleženci stari med 26 in 35 let ($M = 32,56$; $SD = 4,50$). Ostale starostne kategorije so dosegale zelo podobne rezultate. Povprečni rezultat udeležencev starih med 36 in 45 let je znašal 30,12 ($SD = 6,29$), povprečni rezultat udeležencev starih med 46 in 55 let je znašal 31,91 ($SD = 5,27$), povprečni rezultat udeležencev starejših od 55 let pa 29,50 ($SD = 5,84$). Pri dimenziji Izogibanje so najnižje vrednosti dosegali udeleženci stari med 36 in 45 let ($M = 16,65$; $SD = 3,02$), nekoliko višje vrednosti so dosegali udeleženci stari med 26 in 35 let ($M = 19,80$; $SD = 4,31$), še nekoliko višje udeleženci stari med 46 in 55 let ($M = 20,41$; $SD = 4,57$), najvišje pa udeleženci stari 56 let in več ($M = 22,26$; $SD = 4,91$) ter najmlajši udeleženci ($M = 23,00$; $SD = 6,77$).

V nadaljevanju je preverjena četrta hipoteza, ali se rezultati udeležencev pri dimenzijah Izogibanje in Sprejemanje statistično pomembno razlikujejo glede na predhodni stik udeleženca z osebami z demenco. T test za dva neodvisna vzorca je pokazal, da pri dimenziji Izogibanje med skupinama prihaja do statistično pomembnih razlik ($t(151) = 4,41$; $p = 0,000$). Posamezniki s predhodnim stikom ($M = 19,28$; $SD = 4,51$) so dosegali statistično pomembno nižje vrednosti kot posamezniki, ki niso imeli stika z osebami z demenco ($M = 22,95$; $SD = 5,76$). Pri dimenziji Sprejemanje so vrednosti T testa prav tako pokazale statistično pomembne razlike ($t(151) = -3,67$; $p = 0,000$). Posamezniki s predhodnim stikom so dosegali statistično pomembno višje vrednosti ($M =$

31,96; $SD = 6,25$) kot posamezniki brez predhodnega stika z osebami z demenco ($M = 28,21$; $SD = 6,33$).

V sklopu pete hipoteze je bilo preverjeno, ali je doživljanje stigme povezano z zavlačevanjem iskanja pomoči oz. neiskanjem pomoči, v primeru opažanja zgodnjih znakov demence pri sebi. Spremenljivki Zavlačevanje z iskanjem pomoči in Neiskanje pomoči sta se nenormalno porazdeljevali, zato je bil za preverjanje povezanosti uporabljen Spearmanov korelacijski koeficient. Na 0,05 stopnji zaupanja se je kot statistično pomembna izkazala povezanost spremenljivk Izogibanje in Zavlačevanje iskanja pomoči ($p = 0,019$). Spremenljivki Izogibanje in Zavlačevanje z iskanjem pomoči sta v neznatni pozitivni korelaciji, pri čemer korelacijski koeficient znaša 0,189. Med spremenljivkama Sprejemanje in Zavlačevanje z iskanjem pomoči ni prišlo do statistično pomembne povezanosti ($p = 0,621$).

Preverjena je bila tudi povezanost spremenljivk Izogibanje in Sprejemanje s spremenljivko Neiskanje pomoči. Na 0,01 stopnji zaupanja se je kot statistično pomembna izkazala povezanost med spremenljivkama Izogibanje in Neiskanje pomoči ($p = 0,001$), pri čemer je korelacijski koeficient znašal 0,256, kar kaže na šibko pozitivno korelacijo spremenljivk. Med spremenljivkama Sprejemanje in Neiskanje pomoči ni prišlo do statistično pomembne povezanosti ($p = 0,206$).

4 RAZPRAVA

V sklopu pričujoče študije smo raziskali odnos družbe do oseb z demenco. Osredotočili smo se na negativna in pozitivna prepričanja o le-teh ter na verjetnost

iskanja pomoči v primeru opažanja prvih znakov demence pri sebi. Pri postavljanju hipotez smo se v večji meri opirali na ugotovitve obširne avstralske študije (15, 16, 17). Ugotovili smo, da je določena mera negativnih prepričanj v družbi prisotna, vendar zgolj na določenih področjih. V ozadju teh pa je bolj želja po socialnem izogibanju kot želja po širši socialni izolaciji. Skladno z ugotovitvami avstralske študije (15) so tudi udeleženci naše raziskave odražali največ stigme v odnosu do oseb z demenco na področju skrbi za osebno higieno ter sposobnosti sodelovanja v kompleksnem in zanimivem pogovoru. Po drugi strani pa se je zelo majhen delež udeležencev strinjal s tem, da bi bilo bolje, da bi ljudje z demenco živeli nekje, kjer ne bi nikogar motili, in da jim ni všeč, ko oseba z demenco želi začeti pogovor z njimi, kar je prav tako skladno z avstralsko raziskavo. V nadaljevanju smo pri preverjanju prisotnosti pozitivnih prepričanj ugotovili, da so ta prisotna v zelo veliki meri, ki je večja v primerjavi z avstralskim vzorcem. Velike večine udeležencev ne bi motilo obiskati osebe z demenco, četudi se ta ne bi spomnila njihovega obiska, niso pa se toliko strinjali s tem, da imajo osebe z demenco pomembno vlogo pri prenašanju tradicije na mlajše generacije. V primeru suma na lastne zgodnje znake demence bi kar petina udeležencev čim dlje zavlačevala z iskanjem pomoči, nekoliko manjši delež pa pomoči sploh ne bi iskal, kar se prav tako ujema z ugotovitvami avstralske raziskave (16).

V sklopu preverjanja prve zastavljene hipoteze smo ugotovili, da se moški in ženske razlikujejo v doživljanju negativnih in pozitivnih prepričanj o osebah z demenco. Moški so v primerjavi z ženskami odražali močnejšo stigmatizacijo in tendenco po izogibanju. Po drugi strani pa so ženske odražale večjo mero pozitivnih prepričanj in sprejemanja oseb z demenco kot moški. Prvo hipotezo lahko torej potrdimo, saj se ugotovitve skladajo z ugotovitvami izvirne avstralske študije (17) in tudi z ugotovitvami drugih raziskav (8). Ženske naj bi imele v splošnem manjši strah in željo po socialni izolaciji oseb z duševnimi motnjami ter hkrati več tolerance, razumevanja, zaupanja in pripravljenosti za integracijo le-teh v družbo.

Pri preverjanju druge hipoteze smo ugotovili, da so se udeleženci pri doživljanju stigme do oseb z demenco razlikovali tudi glede na stopnjo izobrazbe. Manj izobraženi posamezniki so načeloma odražali večjo mero negativnih prepričanj in želje po izogibanju kot bolj izobraženi, kar se sklada z ugotovitvami avstralske raziskave (17). To dejstvo bi lahko razložili s tem, da imajo manj izobraženi ljudje na splošno manj znanja o duševnih motnjah in demenci ter posledično manj razumevanja in večjo željo po izogibanju. Do statistično pomembnih razlik je sicer prišlo le med

posamezniki s srednješolsko izobrazbo in posamezniki z visokošolsko strokovno oz. univerzitetno izobrazbo na 1. bolonjski stopnji ter med slednjimi in posamezniki z višješolsko izobrazbo. To bi lahko bila posledica premajhnega števila udeležencev v skupini udeležencev z osnovnošolsko izobrazbo in magistrsko oz. doktorsko izobrazbo. V sklopu te hipoteze smo preverili še, ali se posamezniki glede na izobrazbo razlikujejo tudi v doživljanju pozitivnih prepričanj. Tukaj ni bilo odkritih statistično pomembnih razlik, drugo hipotezo pa lahko na podlagi ugotovljenega le delno potrdimo.

Tretja hipoteza je predpostavljala, da bodo starejši udeleženci odražali večjo mero pozitivnih prepričanj in sprejemanja v odnosu do oseb z demenco kot mlajši. Izkazalo se je, da doživljanje pozitivnih prepričanj z leti narašča, najbolj očitno na prehodu iz dvajsetih v trideseta leta, potem pa čez čas začne upadati. Tako so se kot najbolj pozitivno naravnani izkazali udeleženci stari med 26 in 35 let. Ta ugotovitev se le delno sklada z ugotovitvami avstralske raziskave (17), kjer so ugotovili, da naj bi ljudje z lastnim staranjem postajali vedno bolj sprejemajoči v odnosu do oseb z demenco. Na tem mestu smo preverili tudi, kako se udeleženci glede na starost razlikujejo v doživljanju negativnih prepričanj. Ugotovili smo, da pri negativnih prepričanjih prihaja do podobnega učinka kot pri pozitivnih. Najvišjo mero stigme so odražali najmlajši in najstarejši udeleženci, najmanjšo pa udeleženci srednjih let. Tretjo hipotezo lahko na podlagi ugotovljenega le delno potrdimo.

V sklopu četrte hipoteze je bilo preverjeno, ali se udeleženci razlikujejo v doživljanju stigme glede na predhodni stik z osebami z demenco. Posamezniki, ki so v preteklosti že imeli stik z le-temi, so odražali bistveno manj stigme ter bistveno več pozitivnih prepričanj v odnosu do njih, kar se sklada z ugotovitvami prejšnjih raziskav (5, 17). To dejstvo lahko pojasnimo s tem, da imajo ljudje, ki že imajo izkušnje z osebami z demenco, boljše znanje o bolezni in posledično odražajo več razumevanja. Pomanjkanje znanja o poteku bolezni namreč lahko vodi v depersonalizacijo oseb z demenco, pomanjkanje simpatije do njih in razumevanja njihovih potreb. Na podlagi ugotovljenega lahko četrto hipotezo potrdimo. Pri preverjanju pete hipoteze smo ugotovili, da bi posamezniki, ki so odražali večjo mero stigme v odnosu do oseb z demenco, bolj odlašali z iskanjem pomoči, v primeru, da bi sami pri sebi začeli opažati zgodnje znake demence oz. v večji meri pomoči sploh ne bi iskali v primerjavi s posamezniki, ki so odražali manj stigme. Peto hipotezo lahko na podlagi te ugotovitve potrdimo. Da je stigma povezana z odlašanjem testiranja za demenco, so ugotovili tudi v

drugih raziskavah (10, 12, 16). Stigma namreč povzroča občutke sramu in nekompetentnosti ter preprečuje bolnim posameznikom prepoznavanje znakov bolezni. To vodi v odlašanje pri iskanju ustrezne pomoči in tako zmanjšuje možnost kakovostnega življenja, ki je v začetnih fazah bolezni še mogoče (5). Fowler idr. (22) so ugotovili, da ljudje diagnozo demence velikokrat povezujejo s trpljenjem in zato zavračajo možnost testiranja. Pozna diagnoza demence pa pomeni slabšo obvladovanje njenih simptomov in ima negativen vpliv na sam razvoj bolezni (12). Formalno diagnosticiranih je manj kot 50 % posameznikov obolelih za demenco in eden izmed vzrokov za to je vsekakor stigma (10). Ravno zato je njena identifikacija tako ključnega pomena. V sklopu te hipoteze smo preverili tudi povezanost med pozitivnimi prepričanji in zavlačevanjem oz. neiskanjem pomoči, ki pa se ni izkazala kot statistično pomembna.

V nadaljevanju so navedene tudi določene pomanjkljivosti raziskave in predlogi za izboljšanje. Kot prvo pomanjkljivost bi navedli vzorec, ki bi lahko vseboval večje število udeležencev in bi na določenih področjih bil bolj reprezentativen (npr. na področju izobrazbe). Drugo pomanjkljivost predstavlja vprašalnik, kjer je zaradi jezikovnih in kulturnih razlik v procesu prevajanja lahko prišlo do morebitnih sprememb v pomenu posamezne postavke. Dodatna slabost vprašalnika je v tem, da so vse postavke v dimenzijah bodisi pozitivno bodisi negativno vrednotene. V prihodnosti bi bilo dobro obratno vrednotiti posamezne postavke znotraj dimenzij, s čimer bi zmanjšali verjetnost socialno zaželenega odgovaranja. Prav tako bi lahko v prihodnje raziskovali še druge komponente stigme in ne samo želje po

izogibanju ter označevanje oseb z demenco. Pri tem ciljamo predvsem na stereotipe, ki v ljudeh vzbudijo željo po socialnem izogibanju in zavračanju ter kakšen vpliv imajo slednji na diskriminacijo. Dobro bi bilo raziskati tudi samo diskriminacijo znotraj javnozdravstvenega sektorja.

5 ZAKLJUČEK

Na podlagi ugotovitev pričujoče raziskave lahko zaključimo, da je pri nas prisotna določena mera stigme do oseb z demenco. Ta jim še dodatno otežuje življenja in negativno vpliva na iskanje pomoči, zato je pomembno, da si prizadevamo za njeno identifikacijo in zmanjšanje. Prvi korak, ki ga moramo narediti, je obveščanje in edukacija družbe o dejanskih simptomih in vzrokih demence ter napačnih prepričanjih, ki o njej obstajajo. Ljudje si namreč ustvarijo prepričanja, da oseba že takoj, ko je diagnosticirana za demenco, ni več sposobna sprejemanja odločitev in skrbi zase. Veliko vlogo pri nastanku in ohranjanju stigme imajo mediji, saj pri poročanju o osebah z demenco te pogosto upodabljajo v zadnjih fazah bolezni, ko je pri njih že okrnjena sposobnost verbalnega komuniciranja in opravljanja vsakdanjih opravil. Zato je izrednega pomena podučiti družbo o tem, da osebe z demenco po diagnozi še vedno lahko sodelujejo v mnogih aktivnostih ter ohranjajo relativno neodvisnost v vsakdanjem življenju in da se napredovanje bolezni zelo razlikuje med posamezniki (5). Ključno vlogo pri tem pa igra zgodnja diagnoza demence, ki posamezniku in njegovi družini omogoča pravočasno pripravo na potek bolezni in spopadanje z njenimi simptomi.

LITERATURA

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5 (4th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association, 1994.
2. Yamin S, Stinchcombe A, Gagnon S. Comparing cognitive profiles of licensed drivers with mild Alzheimer's disease and mild dementia with lewy bodies. *International Journal of Alzheimer's Disease* 2016; 2016: 1–11.
3. Wimo A, Jonsson L, Gustavsson A, McDaid D, Ersek K, Georges J, et al. The economic impact of dementia in Europe in 2008 – cost estimates from the Eurocode project. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 2010; 26: 825–32.
4. Kavčič V. Umovadba za bistre možgane v poznih letih. Dob pri Domžalah: Miš, 2015.
5. Batsch NL, Mittelman MS. World Alzheimer report 2012: Overcoming the stigma of dementia. London: Alzheimer's Disease International, 2012.
6. Goffman E. Notes on the management of spoiled identity. New York: Simon in Schuster, 1963.
7. Johnstone MJ. Stigma, social justice and the rights of the mentally ill: Challenging the status quo. *Australian and New Zealand Journal of Mental Health Nursing* 2001; 10: 200–9.
8. TNS BMRB. Attitudes to mental illness 2012 research report. London: TNS BMRB, 2013.
9. Graham N, Lindesay J, Katona C, Bertolote JM, Camus V, Copeland JMR, et al. Reducing stigma and discrimination against older people with mental disorders: A technical consensus statement. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 2003; 18: 670–8.
10. Prince M, Bryce R, Ferri C. World Alzheimer report 2011. London: Alzheimer's Disease International, 2011.

11. Husband HJ. The psychological consequences of learning a diagnosis of dementia: Three case examples. *Aging and Mental Health* 1999; 3: 179–83.
12. Koch T, Iliffe S. Rapid appraisal of barriers to the diagnosis and management of patients with dementia in primary care: A systematic review. *BMC Family Practice* 2010; 11: 1–8.
13. Burgener SC, Buckwalter K, Perkhounkova Y, Liu MF. The effects of perceived stigma on quality of life outcomes in persons with early-stage dementia: Longitudinal findings: Part 2. *Sage* 2013; 14: 609–32.
14. Livingston JD, Boyd JE. Correlates and consequences of internalized stigma for people living with mental illness: A systematic review and meta-analysis. *Social Science and Medicine* 2010; 71: 2150–61.
15. Phillipson L, Magee C, Jones S, Skladzien E. Exploring dementia and stigma beliefs: A pilot study of Australian adults aged 40 to 65 years. Wollongong: *Alzheimer's Australia*, 2012.
16. Phillipson L, Magee C, Jones S, Reis S, Skladzien E. Dementia attitudes and help-seeking intentions: An investigation of responses to two scenarios. *Aging and Mental Health* 2014; 2014: 1–10.
17. Phillipson L, Magee C, Jones S, Skladzien E. Correlates of dementia attitudes in a sample of middle-aged Australian adults. *Australasian Journal on Ageing* 2014; 33: 158–63.
18. Boustani M, Perkins AJ, Monahan P, Fox C, Watson L, Hopkins J, et al. Measuring primary care patients' attitudes about dementia screening. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 2008; 23: 812–20.
19. Fraboni M, Saltstone R, Hughes S. The Fraboni scale of ageism (FSA): An attempt at a more precise measure of ageism. *Canadian Journal on Aging* 1990; 9: 56–66.
20. Wilson CJ, Deane FP, Ciarrochi JV, Rickwood D. Measuring help seeking intentions: Properties of the general help seeking questionnaire. *Canadian Journal of Counselling* 2005; 39: 15–28.
21. Sočan G. Postopki klasične testne teorije. Ljubljana: Filozofska fakulteta, 2011.
22. Fowler NR, Perkins AJ, Turchan HA, Frame A, Monahan P, Gao S, et al. Older primary care patients' attitudes and willingness to screen for dementia. *Journal of Aging Research*, 2015; 2015: 1–7.