

Masterarbeit

Einstellungen von Pflegepersonen zur Pflege von Menschen 80+

eingereicht von

Anna Marbler, BscN

zur Erlangung des akademischen Grades

Master of Science

(MSc)

an der

Medizinischen Universität Graz

ausgeführt am

Institut für Pflegewissenschaft

unter der Anleitung von Betreuerinnen

Dr.ⁱⁿ rer. cur. Gerhilde Schüttengruber, BSc, MSc

Univ.- Prof.ⁱⁿ Dipl.Pflegepäd.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ rer. cur. Christa Lohrmann, FEANS,
DGKP

Graz, am 12.02.2024

Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst habe, andere als die angegebenen Quellen nicht verwendet habe und die den benutzten Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe.

Graz, 12.02.2024

Anna Marbler, BscN eh

Zusammenfassung

Hintergrund: Die Prognose besagt, dass der Anteil an Personen die 80 Jahre oder älter sind, in Zukunft steigen wird. Eine ältere Gesellschaft hat einen größeren Bedarf an Gesundheitsversorgung und Pflege. Die Einstellung zur Pflege von älteren Menschen ist mit der Bereitschaft zur Pflege älterer Menschen verbunden. Ziel dieser Masterarbeit war es, die Einstellung der Pflegepersonen zur Pflege von Menschen 80+ in Österreich aufzuzeigen und Unterschiede in der Einstellung hinsichtlich der Grundcharakteristika der Pflegepersonen zu beschreiben.

Methode: Um die Forschungsfrage zu beantworten, wurde eine Sekundärdatenanalyse auf Grundlage der Primärerhebung von Lampersberger et al. (2022) durchgeführt. Die Einstellung hinsichtlich der Pflege von älteren Menschen, wurde mit der Perspectives on Caring for Older People (PCOP)-Skala erhoben. Signifikante Unterschiede wurden durch angemessene statistische Tests ermittelt. Zur Datenanalyse wurde das Statistikprogramm IBM® SPSS® Statistics Version 28 verwendet.

Ergebnisse: 1258 Pflegepersonen konnten in die Analyse eingeschlossen werden. Die Pflegepersonen zeigten eine insgesamt positive Einstellung zur Pflege von älteren Menschen. Unterschiede konnten in den Grundcharakteristika festgestellt werden. Vor allem weibliche, ältere Pflegepersonen mit einer größeren Berufserfahrung und welche im Setting der Langzeitpflege arbeiteten, zeigten eine positivere Einstellung zur Pflege. Eine geriatrische Ausbildung und vermehrter Kontakt mit Menschen 80+ wirkten sich ebenfalls positiv auf die Einstellung zur Pflege aus.

Schlussfolgerung: Da die Einstellung mit der Bereitschaft zur Pflege verbunden ist, ist es dennoch notwendig die Einstellung zur Pflege von älteren Menschen weiter zu verbessern. Vor allem die Faktoren Kontakt und Wissen stellten sich als wichtige Ansatzpunkte für Interventionen heraus. Pädagogische Interventionen in der Pflegepraxis sowie qualitative Methoden in der Forschung sind notwendig, um die kommenden Herausforderungen bewältigen zu können.

Abstract

Background: The forecast indicates that the proportion of people aged 80 or older will increase in the future. An older society has a greater need for healthcare and care. Attitudes towards caring for older people are linked to the willingness to care for older people. The aim of this master's thesis was to show the attitudes of nurses towards caring for people aged 80+ in Austria and to describe differences in attitudes regard to the basic characteristics.

Method: In order to answer the research question, a secondary data analysis was carried out based on the primary survey by Lampersberger et al. (2022). Attitudes towards caring for older people was assessed using the Perspectives on Caring for Older People (PCOP) scale. Significant differences were determined using appropriate statistical tests. The statistical program IBM® SPSS® Statistics Version 28 was used for data analysis.

Results: 1258 nurses were included in the analysis. The nurses showed an overall positive attitude towards caring for older people. Differences were found in the basic characteristics. In particular, female, older nurses with greater professional experience and who work in the long-term care setting showed more positive attitude towards care. Geriatric training and increased contact with people aged 80+ also had a positive effect on attitudes towards care.

Conclusion: As attitudes are linked to the willingness to provide care, it is nevertheless necessary to further improve attitudes towards caring for older people. The factors of contact and knowledge in particular proved to be important starting points for interventions. Educational interventions in nursing practice and qualitative methods in research are necessary in order to meet the challenges ahead.

Inhaltsverzeichnis

Eidesstattliche Erklärung	II
Zusammenfassung	III
Abstract	IV
Inhaltsverzeichnis	V
Abkürzungen und deren Erklärung	VII
Abbildungsverzeichnis	VIII
Tabellenverzeichnis	IX
1 Einleitung.....	1
1.1 Pflege ältere Menschen.....	1
1.1.1 Bereitschaft zur Pflege von älteren Menschen.....	2
1.1.2 Einstellung und Bereitschaft zur Pflege von älteren Menschen	4
1.2 Gesundheitsziele.....	4
1.3 WHO-Konzept „gesundes Altern“	6
1.4 Klassifikation des Alters.....	6
1.5 Altersdiskriminierung	7
1.5.1 Altersdiskriminierung im Gesundheitswesen	8
1.5.2 Altersdiskriminierung in der Pflege.....	9
1.6 Bedeutung von Einstellung.....	11
1.7 Theoretischer Rahmen	12
1.8 Relevanz	14
1.9 Zielsetzung und Forschungsfrage	15
2 Methode	15
2.1 Sekundärdatenanalyse.....	15
2.2 Setting und Population	16
2.3 Datenerhebung.....	16
2.4 Messinstrument	17

2.5	Beschreibung der Variablen	19
2.6	Analyse der Daten.....	21
2.7	Ethikvotum.....	22
3	Ergebnisse	23
3.1	Beschreibung der Stichprobe	23
3.2	Einstellungen zur Pflege von Menschen 80+.....	25
3.2.1	Zusammenhang zwischen der Einstellung zu Menschen 80+ und der Einstellung zur Pflege jener.....	26
3.2.2	Darstellung der Einstellung anhand der einzelnen PCOP-Komponenten	26
3.3	Unterschiede in Gruppen.....	28
4	Diskussion.....	33
4.1	Charakteristika der Stichprobe	34
4.2	Einstellungen zur Pflege von Menschen 80+.....	36
4.2.1	Unterschiedliche Aspekte hinsichtlich der Einstellungen	36
4.2.2	Vergleich mit anderen Angehörigen von Gesundheitsberufen	37
4.2.3	Ländervergleich	38
4.2.4	Einstellung zu älteren Menschen im Vergleich	40
4.2.5	Einstellungen von Studierenden der Pflege im Vergleich	41
4.3	Unterschiede in der Einstellung der Pflegepersonen.....	43
4.4	Stärken und Limitationen.....	47
5	Schlussfolgerung.....	48
5.1	Empfehlungen für Praxis	49
5.2	Empfehlungen für Forschung	49
6	Literaturverzeichnis	50
7	Anhang.....	i

Abkürzungen und deren Erklärung

ANOVA	Analysis of Variance
ASD	Aging Semantic Differential
CI	Confidence Interval
COVID-19	Coronavirus Disease 2019
EU	Europäische Union
EU-SILC	European Union- Statistics on Income and Living Conditions
ÖKGV	Österreichische Gesundheits- und Krankenpflegeverband
PCOP	Perspectives on Caring for Older Patients
Q-Q-Diagramm	Quantil-Quantil-Diagramm
SD	Standardabweichung
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
USA	United States of America
WHO	World Health Organization

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Häufigkeiten positiv formulierter Komponenten (PCOP-Skala).....	27
Abbildung 2: Häufigkeiten negativ formulierter Komponenten (PCOP-Skala)	27
Abbildung 3: Netzdiagramm Mittelwerte: klinische Schwerpunkte	30
Abbildung 4: Netzdiagramm Mittelwerte: Arbeitsbereich	31
Abbildung_Anhang 1: Fragebogen, Seite 1 & 2.....	vi
Abbildung_Anhang 2: Fragebogen, Seite 3 & 4.....	vii
Abbildung_Anhang 3: Fragebogen, Seite 5 & 6.....	viii

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Aufgliederung klinischer Schwerpunkt	24
Tabelle 2: Unterschiede in Geschlecht, Ausbildung, Arbeitserfahrung, klinischer Schwerpunkt und geriatrische Ausbildung.....	29
Tabelle 3: Unterschiede in Beruf, Setting, Alter.....	32
Tabelle 4: Unterschiede in arbeiten mit Patient*innen 80+, 80+ Personen im Familienkreis, persönliche Themen besprechen und Bedeutung/Definition von Altersdiskriminierung kennen.....	33
Tabelle_Anhang 1: Charakteristika der Stichprobe	i
Tabelle_Anhang 2: Gruppenunterschiede in PCOP-Skala (zwei Variablen).....	ii
Tabelle_Anhang 3: Gruppenunterschiede in PCOP-Skala (mehr als zwei Variablen)	iii
Tabelle_Anhang 4: Gruppenunterschiede in ASD (zwei Variablen)	iv
Tabelle_Anhang 5: Gruppenunterschiede in ASD (mehr als zwei Variablen).....	v

1 Einleitung

In allen Regionen der Welt ist ein Anstieg der Gruppe 80+ in der Bevölkerung zu erkennen. Weltweit hat sich der Anteil der 80-Jährigen und älteren Personen von 1990 bis 2019 nahezu verdreifacht, bis 2050 wird sich laut dem Bericht „*World Population Ageing 2019*“ der Vereinten Nationen, diese Anzahl voraussichtlich nochmals verdreifachen (United Nations, 2020).

Der Anteil an der Gesamtbevölkerung der Menschen die 80 Jahre alt oder älter sind lag 2022 bei 5,8 %. Im Jahr 2001 war jener Anteil noch bei 3,6 % zu verzeichnen. Dieser ansteigende Trend ist auch in der Europäischen Union zu erkennen. 2001 lag der Anteil der 80-Jährigen und älteren Personen bei 3,4 %, 2022 bei 6,1 % (Eurostat, 2023a). Der Trend des Anstieges der älteren Bevölkerung wird auch im Bericht „*The 2021 Ageing Report*“ der Europäischen Union (2021) diskutiert. Dieser prognostiziert für die Europäische Union, dass der Anteil der Personen, die 80 Jahre oder älter sind, gemessen an der Gesamtbevölkerung, für 2050 bei 11,4 % und für 2070 bei 13,2 % liegen wird. Für Österreich werden für 2050 11,1 % und für 2070 12,2 % prognostiziert (European Commission, 2023).

Derzeit herrscht zwischen den Geschlechtern ein Unterschied hinsichtlich der Lebenserwartung vor. Dabei sind ältere Frauen in allen Altersgruppen in der Überzahl, insbesondere bei Menschen die 80 Jahre oder älter sind. Im Jahr 2019 kamen weltweit nur 63 Männer auf 100 Frauen im Alter von 80 Jahren oder älter. Da der Unterschied in der Lebenserwartung zwischen den Geschlechtern in den kommenden Jahren abnehmen wird, wird der Geschlechterunterschied geringer werden. Prognostiziert wird ein Sinken des Frauenanteils von 61% im Jahr 2019 auf 59% im Jahr 2050 (United Nations, 2020).

1.1 Pflege ältere Menschen

Die Alterung der Bevölkerung führt in Zukunft zu einem Anstieg von abhängigen, älteren Menschen sowie zu einem erhöhten Pflegebedarf. Durch die Verbesserung des allgemeinen Gesundheitszustandes kann diesem Prozess entgegengewirkt werden (European Commission, 2021). Durch ein frühzeitiges Eingreifen im Rahmen einer Primärprävention und somit einer Änderung des Lebensstils, kann eine chronische Erkrankung hinausgezögert werden (Hajat and Stein, 2018). 1980

wurde vom amerikanischen Arzt James F. Fries die Kompressionsthese vorgestellt. Diese besagt, dass chronische Krankheiten durch eine Änderung des Lebensstils hinausgezögert werden können. Auf diese Weise kann das Durchschnittsalter bei Eintritt der ersten Krankheit angehoben werden. Die Verlängerung der Vitalität des Menschen komprimiert den Zeitraum der Morbidität gegen Ende des Lebens (Fries, 1980).

Der Gesundheitszustand der Bevölkerung in der europäischen Union wurde in der Erhebung der Europäischen Statistik und Lebensbedingungen (EU-SILC) erfasst und zeigte, dass 2022 76,4 % der Personen, die 85 Jahre oder älter sind, Einschränkungen im täglichen Leben aufwiesen, welche auf den Gesundheitszustand zurückzuführen sind (Eurostat, 2023b). In Österreich lag dieser Anteil bei 76,7 %. In der EU waren in der Altersgruppe von 75 bis 84 Jahren 59,0 % von Einschränkungen des täglichen Lebens betroffen. In Österreich lag dieser Anteil bei 54,6 % (Eurostat, 2023b). Der Anteil der Altersgruppe von 75 bis 84, die von Einschränkungen des täglichen Lebens betroffen waren, fiel deutlich geringer aus als jener der Altersgruppe 85 Jahre oder älter. Menschen in der älteren Gruppe wiesen somit ein höheres Maß an Einschränkungen auf.

In einer polnischen Studie konnte ebenfalls festgestellt werden, dass fortgeschrittenes Alter mit einer zunehmenden Pflegebedürftigkeit einher ging (Doroszkiwicz et al., 2018). Weiters konnte das Fortschreiten der Pflegeabhängigkeit mit Verschlechterung der kognitiven Fähigkeiten, Schwierigkeiten in den Aktivitäten des täglichen Lebens und Bewegungseinschränkungen in Verbindung gebracht werden (Doroszkiwicz and Sierakowska, 2021). In einer deutschen Studie konnte auch ein signifikanter Zusammenhang zwischen dem höheren Alter und einer höheren Pflegebedürftigkeit festgestellt werden (Schnitzer et al., 2020).

1.1.1 Bereitschaft zur Pflege von älteren Menschen

Eine ältere Gesellschaft hat einen größeren Bedarf an Gesundheitsversorgung und Pflege (European Commission, 2023). Das Literaturreview von Neville et al. (2013) untersuchte die Präferenzen von Studierenden der Pflege hinsichtlich ihrer zukünftigen Arbeitsstelle. Die Pflege älterer Menschen als Berufsziel hatte keinen hohen Stellenwert (Neville et al., 2013). Liu et al. (2022) zeigte in einer Umfrage,

die in Hongkong durchgeführt wurde, dass die Mehrheit der Studierenden der Pflege die Arbeit mit jungen Erwachsenen (28,9%), gefolgt von Neugeborenen (19,0%) und Jugendlichen (18,3%), bevorzugen. Nur 7,7 % der Studierenden gaben die Pflege älterer Menschen als ihre erste Berufswahl an. In China zeigte sich, dass nur 3,6% der Studierenden die Pflege älterer Menschen als ihre erste Berufswahl nannten (Liu et al., 2022). In einer Studie aus Sri Lanka zeigte sich ebenfalls, dass die am wenigsten bevorzugte Gruppe für die künftige Berufswahl, die Gruppe der älteren Menschen ist. Nur 5,1% nannten die Pflege älterer Menschen als erste Präferenz für ihre zukünftige Arbeit (Rathnayake et al., 2016). In Kanada äußerten 14 % der Studierenden der Pflege die Absicht, in der gerontologischen Pflege zu arbeiten. Studierende, die durch mehrere klinischen Praktika bereits Erfahrungen in der Pflege von älteren Menschen hatten, gaben eher an, in diesem Bereich arbeiten zu wollen (Smith et al., 2022).

Das geringe Interesse an der Arbeit mit älteren Menschen ist auch in Europa gegeben. Die europäische Studie von Koskinen et al. (2021) untersuchte das Interesse von Studierenden an der Pflege von älteren Menschen. Eine großangelegte Querschnittserhebung in sechs europäischen Ländern wurde durchgeführt. Von den untersuchten Ländern zeigten spanische Studierende das größte Interesse an der Pflege von älteren Menschen, deutsche Studierende das geringste. Insgesamt war jedoch das Interesse der Studierenden an der Pflege von älteren Menschen, alarmierend gering (Koskinen et al., 2022).

Im integrativen Review von Dai et al. (2020) wurde ebenfalls die Bereitschaft von Studierenden der Pflege, hinsichtlich der Pflege von älteren Menschen untersucht. 24 Studien wurden ausgewertet und zeigten eine widersprüchliche oder negative Einstellung zur Bereitschaft. Die Absicht von Studierenden in der Pflege von älteren Menschen zu arbeiten, hatte in den meisten Studien einen niedrigen Rang. Zu den wichtigen Faktoren, die diese Bereitschaft beeinflussten, zählte unter anderem die Einstellung zur Altersheilkunde. Weitere Faktoren waren die Vorerfahrungen in der Pflege von älteren Menschen, Ängste vor dem Altern, das klinische Praxisumfeld und die Lebenserfahrung mit älteren Familienmitgliedern (Dai et al., 2020).

1.1.2 Einstellung und Bereitschaft zur Pflege von älteren Menschen

Laut Liu et al. (2022) war die Einstellung zur Pflege von älteren Menschen positiv und signifikant mit der Bereitschaft zur Pflege älterer Menschen verbunden. Studierenden der Pflege mit einer positiven Einstellung zur Pflege von älteren Menschen zeigten eine hohe Bereitschaft zur Pflege älterer Menschen (Liu et al., 2022). Rathnayake et al. (2016) zeigte, dass Studierende, die mit älteren Menschen zusammenlebten, eine positive Einstellung zu älteren Menschen hatten. Die positive Einstellung zu älteren Menschen und die Bereitschaft zur Arbeit mit ihnen stand ebenfalls in einer positiven Beziehung (Rathnayake et al., 2016).

Cheng et al. (2022) zeigte, dass die Einstellung zum Altern und der Pflege von älteren Menschen signifikant mit der Bereitschaft zur Pflege von älteren Menschen verbunden sind. Eine positive Einstellung ist auch mit einer größeren Bereitschaft, gerontologische Patient*innen in Zukunft zu betreuen, verbunden. In der Studie wurden Studierende der Pflege aus China, Chile, Ägypten, Hongkong, Indien, Griechenland, Palästina, Philippinen und Saudi-Arabien eingeschlossen (Cheng et al., 2022).

Die Einstellung der Pflegepersonen und das Wissen über das Alter und den Alterungsprozess beeinflussten die Präferenzen von slowakischen Pflegepersonen hinsichtlich der Arbeit mit älteren Menschen und der Qualität der erbrachten Pflege (Kabatova et al., 2016)

Im systematischen Review von Himanen und Salin (2023) wurden Faktoren identifiziert, die mit der Entscheidung für einen Beruf in der Altenpflege zusammenhängen. Unter anderem wurde eine positive Einstellung zu älteren Menschen, Vorerfahrung in der Pflege von älteren Menschen, das Zusammenleben mit älteren Erwachsenen und das Gefühl, dass die Arbeit emotional befriedigend ist, genannt. Die Einstellungen und Ansichten der Studierenden zur Langzeitpflege variierten je nach ihren eigenen Erwartungen, Erfahrungen und Wahrnehmungen (Himanen and Salin, 2023).

1.2 Gesundheitsziele

Um eine gesundheitsförderliche Gesamtpolitik in der europäischen Union zu entwickeln, wurden Gesundheitsziele als Steuerungsinstrument etabliert. Sie enthalten Anregungen, wie die Gesundheit verbessert, gesundheitliche

Ungleichheiten bekämpft und die Gesundheit künftiger Generationen gesichert werden kann (Bundesministerium für Soziales, 2023b).

Die Weltgesundheitsorganisation erarbeitete für die europäische Region ein Konzept mit dem Titel „Gesundheit 21“, um die während der Weltgesundheitsversammlung 1977 geborenen und auf der Konferenz von Alma-Ata im Jahre 1978 konkretisierten Version von einer „Gesundheit für alle“ zu realisieren. Eines der zwei Hauptziele ist die Förderung und der Schutz der Gesundheit der Bevölkerung während des gesamten Lebens (Weltgesundheitsorganisation, 1998).

Dieses Konzept sollte jeder Staat in seiner Gesundheitspolitik berücksichtigen. „Gesundheit für alle“ wurde als ein Prozess angelegt, wofür 21 Ziele separat formuliert wurden. Sie dienten als Handlungsrahmen und als Anregungen für mögliche Ziele und Schwerpunkte auf Bund-, Länder- und Gemeindeebene. Wichtige Ziele sind unter anderem „Altern in Gesundheit“ und „Qualifizierung von Fachkräften für gesundheitliche Aufgaben“ (Weltgesundheitsorganisation, 1998).

Österreich definierte für sich zehn Ziele für eine gesundheitliche Gesamtpolitik. Die Gesundheitsziele haben den Zweck, Lebens- und Arbeitsbedingungen zu schaffen die alle Menschen unterstützen sollten, ihre Lebensgewohnheiten zu verbessern und gesund zu bleiben. Die großen Ziele sind die Gesundheit, die Lebensqualität und das Wohlbefinden zu steigern (Bundesministerium für Soziales, 2023a).

Ein Ziel davon lautet: *„Für gesundheitliche Chancengerechtigkeit zwischen den Geschlechtern und sozioökonomischen Gruppen, unabhängig von der Herkunft, für alle Altersgruppen sorgen.“* (Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, 2017, S.IX). Alle Gruppen der Bevölkerung sollen eine gerechte Chance haben, ihre Gesundheit zu fördern, zu erhalten und wiederherzustellen. Für alle Altersgruppen solle gewährleistet sein, dass unabhängig von Herkunft, Wohnregion und Geschlecht dieselben Gesundheitschancen bestehen. Eine Stärkung benachteiligter Bevölkerungsgruppen in allen Lebensbereichen sei nötig. Ein gleicher, zielgruppengerechter und barrierefreier Zugang für alle Personen der Bevölkerung sei zu gewährleisten. Das Gesundheits- und Sozialsystem sollte dahingehend gestaltet werden (Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, 2017).

Auch in der Steiermark wurden Gesundheitsziele formuliert und bilden eine zentrale Grundlage für die steirische Gesundheitspolitik. Im Jahr 2022 wurden diese aktualisiert. Sie sollten zu mehr gesunden Lebensjahren und einer hohen Lebensqualität in der Steiermark beitragen. Eines der Ziele lautet „Das Gesundheits- und Pflegewesen zukunftsfähig und gesundheitsförderlich gestalten“ (Land Steiermark, 2023, Gesundheitsfond Steiermark, 2011).

1.3 WHO-Konzept „gesundes Altern“

Um gesundes Altern zu stärken, müssten laut WHO (2020) dahingehend umfangreich Maßnahmen angelegt werden und über Krankheiten hinausgehen. Die Aufrechterhaltung der Funktionsfähigkeit sollte bis ins hohe Alter durch diese Maßnahmen unterstützt werden. Die Weltgesundheitsorganisation veröffentlichte 2020 einen Report dazu mit dem Titel „Altersgerechte Umfeldler in Europa“ (Weltgesundheitsorganisation, 2020).

Die WHO (2020) nannte lokale Umfeldler, Gesundheitsleistungen und Langzeitpflegeleistungen als wichtige Ansatzpunkte für Maßnahmen, um gesundes Altern zu fördern. Gesundheits- und Pflegeleistungen, die für ältere Menschen erbracht werden, sind laut WHO (2020) von wesentlicher Bedeutung, um gesundes Altern zu fördern und ein würdevolles Leben zu ermöglichen. Dienstleistungen müssen gut integriert sein, um ältere Menschen nicht zu überfordern. Betreuungs- und Pflegepersonen sowie Familie mit abhängigen, älteren Menschen sollten unterstützt werden. Dazu zählen psychosoziale Beratung, Programme zur Schaffung von Kapazität und Schulungsmaßnahmen für Betreuungs- und Pflegepersonen (Weltgesundheitsorganisation, 2020).

1.4 Klassifikation des Alters

Kulturell wurde das Alter oft in ein aktives „drittes“ und ein abhängiges „viertes Alter“ aufgespalten (Amrhein, 2013). Neugarten (1974) stellte in den 1970er Jahren das Konzept vor, in welchem ältere Menschen nicht als einheitliche Gruppe angesehen werden. Die Stratifizierung nach Alter diene der Abgrenzung zwischen den fitten Alten und jenen die Unterstützung benötigen. Neugarten veröffentlichte den Vorschlag der „jungen Alten“ und „alten Alten“. Die „jungen Alten“ wurden im Alter zwischen 55-75 Jahren angesiedelt, sie befanden sich bereits im Ruhestand aber waren noch fit, wohlhabend und politisch aktiv. Die „alten Alten“ wurden als über 75

Jahre definiert und benötigten möglicherweise Unterstützung in den Aktivitäten des täglichen Lebens (Neugarten, 1974).

Das Konzept des "dritten Alters" und des "vierten Alters" wird mit Laslett (1995) in Verbindung gebracht. Dieser beschrieb den Übergang vom „dritten“ ins „vierte Alter“ als individuell und mit dem körperlichen Verfall assoziiert (Laslett, 1995). In der gerontologischen Literatur wurde das hohe Alter auch oft als „viertes Alter“ bezeichnet (Baltes and Smith, 2003, Gilleard and Higgs, 2010).

Laut Kydd et al. (2020) nahmen diese Stratifizierungen aber keine Rücksicht auf Faktoren welche Menschen im Alter beeinflussen. Zu den Einflussfaktoren zählen unter anderem Kultur, sozioökonomischer Status, Gesundheitszustand und Umwelt. Das Konzept von Neugarten diene jedoch dazu anzuerkennen, dass eine Klassifikation von Menschen als alt, die von 60 Jahren bis 110 Jahren reicht, viel zu weit gefasst war, um irgendeine Bedeutung zu haben (Kydd et al., 2020).

Bei der exakten Einteilung der "alten" Bevölkerung in das älteste und/oder vierte Lebensalter bestand kein Konsens (Kydd et al., 2020). Kydd et al. (2020) untersuchte daher den Sprachgebrauch der Begriffe „fourth age“ und „oldest old“ im wissenschaftlichen Kollektiv der Gerontologie. Resultierend daraus ergab sich, dass diese Begriffe nicht verwendet werden sollen, da sie unzureichend definiert und mit Werten behaftet sind. Kydd et al. (2020) empfahlen die Begriffe für Zehnjahreskohorten zu verwenden, die wenn sie allgemein verwendet werden, vergleichende Altersstudien ermöglichen. Zehnjahreskohorten sind Begriffe wie Sechzigjährige (60-69), Siebzigjährige (70-79), Achtzigjährige (80-89), Neunzigjährige (90-99) und Hundertjährige (100+). Diese Begriffe sind notwendig, um den wertgeladenen Begriff „alt“ und all seine Ableitungen für diese schlecht definierte Bevölkerungsgruppe vollständig zu beseitigen. Potenziell abwertende Formulierungen wie „sehr alte Menschen“ sind somit nicht mehr von Bedarf (Kydd et al., 2020).

1.5 Altersdiskriminierung

Die Altersdiskriminierung ist in der europäischen Kultur tief verwurzelt, beispielsweise in Normen des Alterns, in altersbedingten Überzeugungen und Stereotypen. Dieses Phänomen tritt in verschiedenen Lebensbereichen in unterschiedlichen Formen auf (Rothermund et al., 2021). Jeder fünfte Befragte

(Menschen ab 75 Jahren) gab, in einer in Finnland erhobenen Befragung an, von einer schlechten Behandlung der Gesellschaft betroffen zu sein. Personen mit niedrigem Einkommen, niedrigem Bildungsstatus und welche einen pflegebedürftigen Angehörigen betreuten, waren am stärksten betroffen (Knuutila et al., 2021). Laut Rothermund et al. (2021) kann Altersdiskriminierung Auswirkungen auf die Motivation älterer Menschen haben und stellt eine große Herausforderung für ein gesundes Altern dar.

Altersdiskriminierung oder „Age-ism“ umfasst Vorurteile einer Altersgruppe gegenüber anderen Altersgruppen (Butler, 1969). Geprägt wurde dieser Ausdruck vom Gerontologen Robert Neil Butler (1969). Seither wurde der Begriff mehrmals definiert (Iversen et al., 2009). Die WHO veröffentlichte 2021 den „*Global report on ageism*“ und definierte Altersdiskriminierung mit den Begriffen Stereotypen, Vorurteile und Diskriminierung, die gegenüber anderen oder sich selbst aufgrund des Alters bestehen (Weltgesundheitsorganisation, 2021). Altersdiskriminierung umfasst, laut WHO (2021), mehrere ineinander verknüpfte Aspekte. Sie besteht einerseits aus drei Dimensionen: Stereotypen (Gedanken), Vorurteile (Gefühle) und Diskriminierung (Handlungen oder Verhalten), andererseits umfasst sie drei Ebenen der Manifestation: die institutionelle, zwischenmenschliche und selbstgesteuerte. Weiters sind zwei Formen des Ausdrucks - explizit (bewusst) und implizit (unbewusst) - Teil der Altersdiskriminierung (Weltgesundheitsorganisation, 2021).

Laut Rothermund et al. (2021) können eine schlechte Gesundheit und eine niedrige Motivation sich für gesundes Altern zu engagieren zu verstärkter Altersdiskriminierung führen. Altersdiskriminierung kann wiederum die Gesundheit und die Motivation verringern. Das Entgegenwirken von Altersdiskriminierung ist somit von gesamtgesellschaftlicher Relevanz, um diese komplexe Dynamik zu durchbrechen (Rothermund et al., 2021).

1.5.1 Altersdiskriminierung im Gesundheitswesen

In einer kritischen Literaturübersicht, wurde gezeigt, dass Altersdiskriminierung im Gesundheitswesen existiert (Wilson et al., 2017). Kydd & Fleming (2015) zeigten in einem narrativen Review über Altersdiskriminierung im Gesundheitswesen, stereotypische Ansichten über das Alter. Häufig wurden Begriffe wie Gebrechlichkeit, Schwäche, Abhängigkeit und Unproduktivität mit Alter in

Verbindung gebracht (Kydd and Fleming, 2015). Eine Studie aus den USA zeigte, dass sich mehr als 7 % der Bevölkerung im späten mittleren und höheren Alter, aufgrund ihres Alters im Gesundheitswesen diskriminiert fühlten. Weiters wurde aufgezeigt, dass die Selbstwahrnehmung des Alters eine bedeutende Rolle spielt. Eine positive Selbstwahrnehmung schützt vor einer wahrgenommenen medizinischen Altersdiskriminierung (Sun et al., 2023).

Jeyasingam et al. (2023) zeigte in einem qualitativen systematischen Review, dass Gesundheitspersonal gegenüber älteren Menschen Verhaltensweisen wie Untergrabung der Selbstbestimmung, entmenschlichende, mechanische Pflege, Vernachlässigung und unterschiedlich ausgeführte Pflege im Gegensatz zu jüngeren Erwachsenen, aufwies. Es wurden entmündigende Verhaltensweisen beschrieben, auch Verstöße gegen die Menschenrechte wurden genannt. Dazu zählten Verweigerung der Behandlung und Vernachlässigung mit Todesfolge. Ältere Menschen waren in den Pflegeinteraktionen manchmal unsichtbar. Älteres Alter wurde mitunter mit dem bevorstehenden Tod gleichgesetzt, was zu einem Gefühl der Sinnlosigkeit führte. Dadurch wurde die mangelnde Pflege gerechtfertigt. Pflegepersonen, die in der Gesundheitsförderung tätig waren, standen im Gegensatz dazu. Sie betonten die Fähigkeiten, Erfahrungen und Fertigkeiten älterer Menschen (Jeyasingam et al., 2023).

Altersdiskriminierung konnte auch während der COVID-19 Pandemie festgestellt werden. Eine qualitative Erhebung zeigte, dass ältere Menschen als verletzlich, anfällig für Fehlinformationen und mit mehr Schwierigkeiten die Pandemie zu bewältigen, angesehen wurden (Yu et al., 2023). In der COVID-19 Pandemie gab es einige Zuteilungsprotokolle, die eine Diskriminierung von älteren Menschen bei Ressourcenknappheit verhindern sollte (Reed, 2023). Laut Visintin (2021) führte eine negative Einstellung gegenüber älteren Menschen dazu, dass die COVID-19 Vorsichtsmaßnahmen vermindert eingehalten wurden. Positive Einstellungen verbesserten die Einhaltung der vorgegebenen Maßnahmen (Visintin, 2021).

1.5.2 Altersdiskriminierung in der Pflege

Laut Wilson et al. (2017) müssen sich Pflegepersonen bewusst sein, dass Altersdiskriminierung häufig auftritt und Auswirkungen haben kann. Um sich davor

zu schützen, sollten Pflegepersonen ein Bewusstsein für diese Thematik entwickeln. (Wilson et al., 2017).

Auf Grundlage der Konzeptanalyse von Hammouri et al. (2022, S.10) wurde folgende Definition für Altersdiskriminierung in der Pflege verfasst: *„Altersdiskriminierung von älteren Menschen in der Pflege ist jede Art von Stereotypisierung, Vorurteil oder Diskriminierung zugunsten oder zuungunsten von älteren erwachsenen Patient*innen, die implizit oder explizit von der Pflegeperson praktiziert wird und zu einer tatsächlichen oder wahrgenommenen (direkten oder indirekten) Verschlechterung der Qualität der geleisteten Gesundheitsversorgung führt.“*

Altersdiskriminierung kann wie erwähnt implizit oder explizit sein. Explizite Altersdiskriminierung drückt sich durch Handlungen oder Verhaltensweisen aus, während implizierte beziehungsweise unbewusste Altersdiskriminierung durch Einstellungen, Überzeugungen und Werte gegenüber älteren Menschen zum Ausdruck kommt (Hammouri et al., 2022).

Hammouri et al. (2022) nannte in der Konzeptanalyse drei Vorläufer der Altersdiskriminierung in der Pflege. Pflegepersonen neigen zu Altersdiskriminierung, bewusst oder unbewusst, wenn ältere Menschen in Gesundheitseinrichtungen anwesend beziehungsweise präsent sind. Weiters ist das fehlende Wissen über ältere Menschen sowie die negative Einstellung hinsichtlich älterer Menschen von Bedeutung (Hammouri et al., 2022).

Laut Hammouri et al. (2022) haben Pflegepersonen ein Wissensdefizit gegenüber älteren Menschen, das Alter und die Alterungsprozesse. Dies führt zu negativen Einstellungen und begünstigt die Standardisierung älterer Patient*innen und die Zuweisung von negativen Eigenschaften wie abhängig, gebrechlich, schwach, chronisch krank, kognitiv eingeschränkt, sozial isoliert und mürrisch. Mangelndes Wissen des Pflegepersonals und negative Einstellungen gegenüber älteren Menschen können laut Hammouri et al. (2022) zu einer erheblichen Verschlechterung der Qualität der Pflege von älteren Menschen führen.

1.6 Bedeutung von Einstellung

Eagly und Chaiken (1993, S. 1) definierten Einstellung „als eine psychologische Tendenz, die dadurch zum Ausdruck kommt, dass eine bestimmte Einheit mit einem gewissen Grad an Gunst oder Ungunst bewertet wird.“ Die psychologische Tendenz bezieht sich auf einen Zustand, den eine Person einnimmt und die Bewertung bezieht sich auf alle Arten von bewertenden Antworten, ob offen oder verdeckt, kognitiv, affektiv oder verhaltensmäßig (Eagly and Chaiken, 1993).

Auch die Konzeptanalyse von Altmann (2008) zeigte, dass die entscheidenden Eigenschaften der Einstellung kognitive, affektive und verhaltensbezogene Komponenten sind. Weiters wurde das Konzept der Einstellung als bipolar definiert und als eine Reaktion auf einen Anreiz (Altmann, 2008). Im Feld der Theoretiker*innen und Forscher*innen wurde die Meinung, dass die Einstellung einen bipolaren Charakter hat, geteilt (Fishbein and Ajzen, 2011). Bipolar bedeutet, dass Einstellungen entweder positiv oder negativ sind und einen neutralen Übergangspunkt haben (Fishbein and Ajzen, 1975, Fishbein and Ajzen, 2011).

Fishbein und Ajzen (2011) erläuterten ebenfalls, dass aus verschiedenen Reaktionen auf die Einstellung geschlossen werden kann. Weiters liefert sie nützliche Informationen, um diskriminierendes Verhalten vorherzusagen oder zu erklären (Ajzen, 2012).

Die Einstellung gegenüber älteren Menschen hat einen großen Einfluss auf die Qualität der von Pflegepersonen und anderen Fachkräften des Gesundheitswesens geleisteten Pflege (Bleijenberg et al., 2012, Galzignato et al., 2021, Hammouri et al., 2022, Liu et al., 2013). Faktoren, die die Einstellung zum Alter beziehungsweise zu älteren Menschen beeinflussen, wurden bereits in mehreren Studien untersucht. Population dieser Untersuchungen waren Pflegepersonen oder Personen in Ausbildung zu einen Pflegeberuf. Der Familienstand, die Berufserfahrung und eine Spezialisierung der Station beziehungsweise der Einrichtung hatten Einfluss auf die Einstellung (Mansouri Arani et al., 2017, Rababa et al., 2020). Das Alter spielte ebenfalls eine Rolle (Heckemann et al., 2022, Mansouri Arani et al., 2017, Rababa et al., 2020), sowie das Geschlecht (Rababa et al., 2020). Auch die Anzahl der im Haushalt lebenden älteren Menschen beziehungsweise das Vorhandensein eines älteren Familienmitgliedes oder Bekannten hatte einen Einfluss auf die Einstellung

(Heckemann et al., 2022, Rababa et al., 2020). Wissen über Altersdiskriminierung und die Möglichkeit, persönliche Gespräche mit älteren Menschen in der Familie oder im Freundeskreis zu führen wurden ebenfalls als Einflussfaktoren genannt (Schüttengruber et al., 2022).

Die Beurteilung der Einstellung von Pflegepersonen zum Alter beziehungsweise zu älteren Menschen kann durch verschiedenste Messinstrumente erfolgen. Im systematischen Review von Avalon et al. (2019) wurden elf Skalen identifiziert, die Gedanken, Gefühle oder Verhaltensweisen von Menschen gegenüber älteren Personen erfragen. Dazu zählten unter anderem die „*Fraboni scale of ageism*“ (FSA), „*Kogan’s Attitude towards old Person’s Scale*“ (KOAP) und „*Ageing Semantic Differential*“ (ASD). Weitere Messinstrumente waren „*Aging perceptions questionnaire*“, „*Anxiety about ageing questionnaire*“, „*Attitudes to aging questionnaire*“, „*Expectations Regarding Aging*“, „*Facts on aging quiz*“, „*Image of aging scale*“, „*Reactions to aging questionnaire*“ und „*Tuckman and Lorge questionnaire*“ (Avalon et al., 2019).

Burbank et al. (2018) entwickelte die „*Perspectives on Caring for Older Patients*“ (PCOP) Skala, um explizit die Einstellung von Pflegepersonen und Personen in pflegerischer Ausbildung hinsichtlich der Pflege von älteren Menschen zu messen.

1.7 Theoretischer Rahmen

Es gibt eine Reihe von Theorien, die versuchen, den Ursprung von Altersdiskriminierung zu erklären (Wyman et al., 2018). Nach der Theorie der sozialen Identität (Tajfel and Turner, 1979), werden Beziehungen zwischen großen sozialen Gruppen mit Hilfe von psychologischen Prozessen, die die soziale Identität betreffen, erklärt. Die soziale Identität umfasst beispielsweise das Zugehörigkeitsgefühl einer Person zu einer Gruppe und die damit verbundenen positiven oder negativen Gefühle (Harwood, 2020).

Menschen identifizieren sich mit einer Gruppe (*In-Group*). Diese Gruppe umfasst Personen mit ähnlichen Eigenschaften, wie das gleiche Alter oder die gleiche kulturellen Zugehörigkeit. Die Gruppenzugehörigkeit ist Teil der Selbstidentität. Es werden Wege gesucht, positive Gefühle aus dieser Zugehörigkeit zu ziehen und ein positives Bild von sich selbst zu erhalten. Personen aus der eigenen Gruppe (*In-Group*) positiver zu sehen als andere Gruppen (*Out-Groups*) ist eine Möglichkeit,

diese positiven Gefühle zu erreichen. Menschen neigen eher dazu, Personen aus der eigenen Gruppe zu bevorzugen, im Gegensatz zu Menschen, die außerhalb dieser Gruppe sind, beispielsweise in einer anderen Altersgruppe. Diese Beobachtung wird als In-Group-Bias bezeichnet. Personen entwickeln durch diese Bevorzugung ein diskriminierendes Verhalten. Je mehr Menschen sich der Existenz einer anderen Gruppe (*Out-Group*) bewusst sind, desto wahrscheinlicher ist es, dass Menschen ein diskriminierendes Verhalten zeigen (Tajfel and Turner, 1979).

Pflegepersonen sind die größte Berufsgruppe im österreichischen Gesundheitswesen (Statista, 2023) und haben häufig Kontakt mit älteren Menschen (Bundesministerium für Soziales, 2022). Wenn jüngere Menschen, beispielsweise berufstätige Pflegepersonen, eine ältere Person einschätzen, einen Menschen der 80 Jahre oder älter ist, beurteilen diese jemanden der nicht zur eigenen Altersgruppe zählt. Für Menschen ist das Ziehen von größeren Unterschieden zwischen den unterschiedlichen Altersgruppen, eine Möglichkeit eine positive soziale Identität aufrecht zu erhalten (Kite et al., 2005).

Weiters zeigte Turner et al. (2008), dass ein erweiterter Kontakt mit einer positiveren Einstellung zur *Out-Group* verbunden war. Die Hypothese des erweiterten Kontakts besagt, dass wenn ein Mitglied der *In-Group* eine enge Beziehung zu einem Mitglied der *Out-Group* unterhält, dies zu einer positiveren Einstellung führen kann (Wright et al., 1997). Diese Beziehung reduzierte laut Turner et al. (2008) Angst zwischen den Gruppen und bewirkte eine positivere Wahrnehmung der *In-Group* und *Out-Group*, sowie eine stärkere Einbeziehung der *Out-Group* in die Selbstdarstellung. (Turner et al., 2008). Eine einzige Person, die Freunde aus einer anderen Gruppe hat, hat das Potenzial, die Einstellung vieler Personen zu beeinflussen; jeder kann davon profitieren, auch diejenigen, die selbst keine Freunde aus der *Out-Group* haben (Wright et al., 1997). Wenn Menschen vor dem direkten Kontakt einen erweiterten Kontakt erfahren, könnte dies negative Vorurteile abbauen (Turner et al., 2008).

Ein positiver Kontakt mit einem älteren Menschen konnte laut Cadieux et al. (2019) die Einbeziehung von *Out-Groups* in die Selbstdarstellung steigern und somit die Stereotypen gegenüber älteren Menschen reduzieren. Das Einbeziehen von älteren Menschen in die eigene Selbstdarstellung hat Auswirkungen auf die Einstellung

gegenüber diesen (Cadieux et al., 2019). Burnes et al. (2019) untersuchte Interventionen, die Altersdiskriminierung bei Jugendlichen und Erwachsenen verringern. Es zeigte sich ebenfalls, dass generationsübergreifender Kontakt zusammen mit Bildung die größten Auswirkungen auf die Einstellung gegenüber älteren Menschen hatte (Burnes et al., 2019).

1.8 Relevanz

Meist werden Skalen zur Messung der Einstellung von Pflegepersonen zu älteren Erwachsenen oder zum Altern verwendet. Diese unterscheiden sich aber von den Gefühlen des Pflegepersonals bei der Pflege älterer Patient*innen (Burbank et al., 2018). Burbank et al. (2018) entwickelte die "*Perspectives on Caring for Older Patients*" (PCOP) Skala. Mit diesem Instrument wird die Einstellung der Pflegepersonen und von Personen, die sich in einer pflegerischen Ausbildung befinden, hinsichtlich der Pflege von älteren Menschen, gemessen (Burbank et al., 2018).

Die Einstellung von Pflegepersonen gegenüber Personen die 80 Jahre und älter sind, wurde in Österreich bereits analysiert (Lampersberger et al., 2022), aber nicht gezielt die Einstellung zur Pflege von Menschen 80+. Auch die Einstellung von Studierenden der Pflege-, Medizin- und Geisteswissenschaften zu älteren Menschen in Österreich wurde bereits untersucht (Schüttengruber et al., 2022). Lampersberger et al. (2022) erhoben mittels Onlinefragebogen Daten in Österreich zur Einstellung von Pflegepersonen, einschließlich der PCOP-Skala. Durch die Analyse dieser Daten kann die Einstellung der Pflegepersonen zur Pflege von Menschen 80+ in Österreich aufgezeigt werden.

Laut Ajzen und Fishbein (1972) sind Einstellungen veränderbar. Durch das Feststellen der Einstellung der Pflegepersonen zur Pflege von älteren Menschen können gezielte Interventionen gesetzt werden, um die Einstellung zu verbessern. Negative Einstellungen sind von Bedeutung für altersdiskriminierendes Verhalten (Hammouri et al., 2022) und Altersdiskriminierung führt zu mangelnder Pflege (Jeyasingam et al., 2023). Die Analyse von Unterschieden in den Charakteristika der Pflegepersonen hinsichtlich der Einstellung zeigen, wo der größte Handlungsbedarf besteht und Ansatzpunkte für Interventionen zur Verbesserung der Einstellung zu finden sind. Die Erkenntnisse sind für Aus-, Fort- und

Weiterbildungen sowie der Gestaltung des Praxisumfeldes von Bedeutung, da die Einstellung zur Pflege auch mit der Bereitschaft zur Pflege älterer Menschen zusammenhängt (Liu et al., 2022). Weiters zeigten in der Vergangenheit Studierenden der Pflege wenig Interesse daran mit älteren Menschen zu arbeiten (Dai et al., 2020). Durch den vermuteten steigenden Bedarf an Pflege (European Commission, 2023) können diese Erkenntnisse von Bedeutung sein, um einen Personalmangel, vor allem im Bereich der Langzeitpflege, entgegen zu wirken. Das Verständnis über die Einstellung der Pflegepersonen hinsichtlich der Pflege von älteren Menschen, könnte ein entscheidender Schritt sein, um die zukünftigen Herausforderungen zu meistern.

1.9 Zielsetzung und Forschungsfrage

Ziel dieser Masterarbeit ist es, die Einstellung der Pflegepersonen zur Pflege von Menschen 80+ in Österreich aufzuzeigen und Unterschiede in der Einstellung hinsichtlich der Grundcharakteristika der Pflegepersonen zu beschreiben. Die Ergebnisse dieser wissenschaftlichen Arbeit sollen zeigen wie die Einstellung von Pflegepersonen zur Pflege von Menschen 80+ in Österreich gerichtet sind.

Daraus lässt sich folgende Forschungsfrage ableiten:

„Welche Einstellungen von Pflegepersonen bestehen zur Pflege von Menschen in Österreich, die 80 Jahre und älter sind?“

2 Methode

Als Grundlage zur Beantwortung der Forschungsfrage wurde die Datenerhebung von Lampersberger et al. (2022) aus dem Jahr 2021 herangezogen. Die Zustimmung zur Datennutzung wurde von Frau Lampersberger und dem Institut für Pflegewissenschaft an der Medizinischen Universität Graz eingeholt. Die Erhebung der Primärdaten erfolgte mittels Online-Fragebogen und wurde im Querschnittsdesign mit einer Gelegenheitsstichprobe durchgeführt (Lampersberger et al., 2022).

2.1 Sekundärdatenanalyse

Als Methode dieser Masterarbeit wurde die Sekundärdatenanalyse gewählt. Diese Methode bezieht Daten von einer vorangegangenen Studie, um Fragen oder Hypothesen zu beantworten, die initial nicht beantwortet wurden, beziehungsweise

um Subgruppen aus bereits untersuchten Populationen genauer zu betrachten (Polit and Beck, 2021).

Ein Vorteil der Sekundärdatenanalyse ist die wirtschaftliche Einsparung. Zeit, Geld und Arbeit werden durch die Nutzung von bereits erhobenen Daten eingespart. Das Erheben von Daten ist oft der teuerste und zeitaufwendigste Aspekt der Forschung (Wickham, 2019).

2.2 Setting und Population

Es wurden Pflegeberufe eingeschlossen, die direkt mit Patient*innen arbeiten. Die Erhebung wurde österreichweit durchgeführt und umfasste Pflegepersonen mit Diplom und/oder Bachelorabschluss, mit Diplom und/oder Bachelorabschluss mit einer Spezialisierung und Pflegepersonen ohne Diplomabschluss. Eine Spezialisierung wird beispielsweise durch einen einjährigen Universitätslehrgang erworben und kann in verschiedenen Bereichen wie der Intensiv-, Anästhesiepflege oder Pflege bei Nierenersatztherapie erlangt werden. Unter Pflegepersonen ohne Diplom fielen Heimhilfen, Pflegeassistent*innen mit einer einjährigen Ausbildung und Pflegefachassistent*innen mit einer zweijährigen Ausbildung (Lampersberger et al. 2022).

2.3 Datenerhebung

Die Daten wurden mittels einer Gelegenheitsstichprobe durchgeführt. Die Teilnehmer*innen wurden über E-Mail, Newsletter und soziale Medien kontaktiert. Zur Rekrutierung der Teilnehmer*innen wurden drei Taktiken angewandt. Erstens wurden Einladungen zur Teilnahme per E-Mail an Pflegedienstleiter*innen und Direktor*innen in österreichischen Krankenhäusern, Pflegeheimen und anderen Gesundheitseinrichtungen versandt. Die E-Mail beinhaltete die Bitte, die Einladung an das Pflegepersonal weiterzuleiten.

Zweitens leitete der österreichische Gesundheits- und Krankenpflegeverband (ÖGKV) eine Einladung über seinen Newsletter weiter.

Drittens wurden Einladungen in den sozialen Medien (Facebook) gepostet. Weiters wurden Erinnerungen über den Newsletter des steirischen Gesundheits- und Krankenpflegeverbands ausgesendet und über soziale Medien gepostet (Lampersberger et al. 2022).

Die Datenerhebung erfolgte von Mai 2021 bis Oktober 2021 (Lampersberger et al. 2022) mit LimeSurvey, einem kostenlosen Online-Umfrage Tool (Limesurvey, 2021). Die Teilnahme an der Online-Umfrage dauerte in etwa zehn Minuten. Die für ein 95 %-Konfidenzintervall erforderliche Stichprobengröße wurde auf 383 Teilnehmer*innen berechnet (Lampersberger et al. 2022).

2.4 Messinstrument

Im Zuge einer Kooperation zwischen der Universität von Göteborg und der Medizinischen Universität Graz entwickelte eine Forschungsgruppe den Online-Fragebogen. Dieser bestand aus dem Messinstrument Aging Semantic Differential (ASD) (Rosencranz and McNevin, 1969) dem Messinstrument Perspectives on Caring for older People (PCOP) Skala (Burbank et al., 2018), demographischen Fragen, sowie Fragen zu Faktoren, die möglicherweise die Einstellungen der Pfleger*innen beeinflussen. Diese Faktoren wurden internationaler Literatur entnommen (Lampersberger et al., 2022).

Demografische Fragen wurden gestellt um Informationen über das Geschlecht, das Alter, das Geburtsland und den Bildungsstand der Pflegepersonen zu sammeln. Unter Fragen zu möglichen Einflussfaktoren fielen Fragen zum Beruf des Pflegepersonals, sowie zu Kontakt und Beziehungen mit Menschen, die 80 Jahre und/oder älter sind. Am Ende des Fragebogens konnten die Teilnehmer*innen Kommentare oder Gedanken in ein Freitextfeld eintragen (Lampersberger et al., 2022).

Um die Einstellung der Pflegepersonen in Bezug auf die Pflege von Menschen 80+ zu messen, wurde das Messinstrument PCOP-Skala von Burbank et al. (2018) eingesetzt. Psychometrische Tests haben bestätigt, dass PCOP eine gültige und zuverlässige Skala ist, die zur Messung der Einstellungen von Pflegepersonen zur Pflege von Menschen 80+ verwendet werden kann (Cronbachs $\alpha > 0,8$) (Burbank et al., 2018).

In der Erhebung wurde die kurze Version mit neun Komponenten verwendet. Die Teilnehmer*innen bewerteten auf einer vierstufigen Likert-Skala, Aussagen zu Merkmalen und ihren Gefühlen bei der Pflege von Patient*innen die 80 Jahre und älter sind. Die Aussagen wurden von "Stimme überhaupt nicht zu" (=1) bis "Stimme voll und ganz zu" (=4) beurteilt (Lampersberger et al., 2022). Ein Summenwert (9-

36 Punkte) konnte ebenfalls errechnet werden. Höhere Punktzahlen bedeuten, dass die Personen eine positivere Einstellung gegenüber der Pflege von Menschen 80+ haben (Burbank et al., 2018).

Patricia Burbank, die Entwicklerin der Skala (Burbank et al., 2018) wurde um die Erlaubnis zur Verwendung des Instrumentes gebeten, welche auch erteilt wurde. Das Instrument wurde von zwei unabhängigen Personen aus der englischen in die deutsche Sprache übersetzt und rückübersetzt. Eine Person davon hatte Deutsch und Englisch als Muttersprache, die andere Person war deutschsprachig in der Muttersprache und sprach fließend Englisch (Lampersberger et al., 2022).

Das Messinstrument ASD enthält Paare von gegensätzlichen Adjektiven, beispielsweise beschäftigt - untätig. Diese Adjektivpaare wurden auf einer siebenstufigen Likert-Skala beurteilt. Je niedriger die Punktzahl, desto positiver wurde die Einstellung beurteilt. (Rosencranz and McNevin, 1969). Im Fragebogen wurde die deutsche Version des ASD verwendet. Die Konstruktvalidität und interne Reliabilität (Cronbachs $\alpha > 0,8$) wurde gemessen und bestätigt (Gluth et al., 2010). Gluth et al (2010) wurde vorab um Erlaubnis gebeten diese Version zu verwenden (Lampersberger et al., 2022). Die Validität der 26-Item-Version des ASD wurde von Schüttengruber et al. (2021) mittels konfirmatorischer Faktorenanalyse für die österreichische Bevölkerung bestätigt.

Der ASD-Summenwert liegt zwischen 26 und 182 Punkten. Je nach Zielsetzung kann der ASD als Summenwert verwendet werden, um die Einstellung gegenüber älteren Menschen zu bewerten (Rosencranz and McNevin, 1969).

Der ASD und die PCOP-Skala wurden als Messinstrumente ausgewählt um zwei unterschiedliche Aspekte zu beleuchten. ASD misst die Einstellung von Erwachsenen gegenüber älteren Menschen. Die PCOP-Skala beurteilt, wie Pflegepersonen die Pflege von älteren Menschen wahrnehmen. Durch die Verwendung beider Skalen konnte nicht nur die Einstellung der Pflegepersonen zur Pflege in Österreich abgebildet werden, sondern auch Unterschiede zwischen der Einstellung des Pflegepersonals gegenüber älteren Menschen und ihrer Einstellung in Bezug auf deren Pflege aufgezeigt werden.

2.5 Beschreibung der Variablen

Das Kernstück der Analyse waren die Daten, die durch die PCOP-Skala erhoben wurden. Nur Datensätze, in denen die PCOP-Skala vollständig war, wurden zur Analyse verwendet. Von neun Komponenten sind vier positiv formulierte Aussagen und fünf negativ formulierte Aussagen. Negativ formulierte Aussagen wurden umgekehrt ausgewertet (Burbank et al. 2018). Die Vergabe der Punkte erfolgte entgegengesetzt - "Stimme überhaupt nicht zu" (=4) bis "Stimme voll und ganz zu" (=1). Der vollständige Fragebogen ist im Anhang ersichtlich (Abbildung I). Die Komponenten wurden einzeln betrachtet und auch der Summenwert wurde zur Analyse herangezogen. Als Übergangspunkt von negativer zu positiver Einstellung wurde vorab die Mitte des Summenwertes (22,5 Punkte) festgelegt.

In der Analyse wurden die Daten des Messinstrumentes ASD als Summenwert eingesetzt. Als Übergangspunkt zwischen positiver und negativer Einstellung wurde ebenfalls die Mitte des Summenwertes herangezogen, sprich 104 Punkte.

Weiters erfolgte eine Stratifizierung der erhobenen Daten. Stratifizierung bedeutet, die Bildung von Untergruppen, wobei Teilnehmer*innen mit ähnlichen Werten zusammengefasst und gemeinsam analysiert werden (Behrens and Langer, 2016).

Das Alter wurde in Jahren abgefragt, wobei diese Variable zur Analyse in drei Gruppen zusammengefasst wurde, Pflegepersonen unter 35 Jahren, Pflegepersonen zwischen 35 und 49 Jahren und Pflegepersonen, die 50 Jahre oder älter waren.

In der Variable Beruf konnte zwischen fünf Berufsgruppen gewählt werden. Da Heimhilfe (n=2), Pflegeassistent*in (n=118) und Pflegefachassistent*in (n= 29) nur in geringer Anzahl genannt wurde, wurden diese als Gruppe „ohne Diplom“ zusammengefasst. Weitere Gruppen in dieser Variabel sind Pflegepersonen mit Diplom und Pflegepersonen mit Diplom und Spezialisierung.

In der Frage nach der höchsten abgeschlossenen Ausbildung konnte aus sechs Antworten ausgewählt werden. Die Variable wurde in zwei Gruppen zusammengefasst. Pflegepersonen mit einer akademischen Ausbildung (Bachelorstudium, Masterstudium, Doktoratsstudium) und ohne akademische Ausbildung (Pflichtschule, Matura, Lehre).

Die Arbeitserfahrung wurde ebenfalls in Jahren abgefragt. Auf Basis internationaler Literatur (Rush et al., 2017) wurde diese Variable in zwei Gruppen zusammengefasst. Pflegepersonen mit zehn Jahren oder weniger an Berufserfahrung und Pflegepersonen mit mehr als zehn Jahren an Berufserfahrung.

Weiters wurde in der Variable Setting eine Stratifizierung vorgenommen. Die Ausprägungen stationärer Bereich, Ambulanz und Primärversorgung wurden in einer Gruppe (Akutbereich) zusammengefasst. Langzeitpflege und Hauskrankenpflege wurden in der Gruppe Langzeitpflege zusammengefasst. „Sonstiges“ bildete eine eigene Gruppe.

In der Variable Arbeitsbereich konnte zwischen fünf Ausprägungen gewählt werden. Lehre und Forschung wurden in einer Gruppe (Lehre und/oder Forschung) zusammengefasst, da die Anzahl der Pflegepersonen, die in diesen Bereichen arbeiteten (Lehre n= 29, Forschung n= 8), sehr gering war.

In der Variable Arbeit mit älteren, pflegebedürftigen Personen (+80 Jahre), konnte zwischen vier Ausprägungen gewählt werden. Nie und gelegentlich wurden in einer Gruppe (selten) zusammengefasst sowie täglich und wöchentlich (Gruppe: oft).

In der Frage, ob die Pflegepersonen persönliche Themen mit Personen 80+ besprechen können, konnte zwischen sechs Ausprägungen gewählt werden, diese wurden in zwei Gruppen zusammengefasst. Die Ausprägungen: „Ich kann über alle persönlichen Themen sprechen“, „Ich kann über fast jedes meiner persönlichen Themen sprechen“, „Ich kann über viele persönliche Themen sprechen.“, wurden in einer Gruppe (viele) zusammengefasst. Die Ausprägungen: „Ich kann über manche persönlichen Themen sprechen.“, „Ich kann nur über wenige persönliche Themen sprechen.“, „Ich kann nicht über persönliche Themen sprechen.“, wurde in einer Gruppe (wenige) zusammen analysiert.

Die Definition von Altersdiskriminierung wurde mit drei Antwortmöglichkeiten abgefragt. Die Aufteilung erfolgte in zwei Gruppen, die beiden falschen Definitionen wurden unter „falsch“ zusammengefasst und die richtige Definition bildete die Gruppe „richtig“.

In den Variablen Geschlecht, klinischer Schwerpunkt, gerontologische oder geriatrische Ausbildung, Personen 80+ im Familien- oder Freundeskreis und Bedeutung von Altersdiskriminierung wurden keine Stratifizierung vorgenommen.

In der Variable Geschlecht konnten neben „männlich“ und „weiblich“ auch „divers“ und „ich möchte das nicht angeben“ ausgewählt werden. Die Analyse erfolgte nur in den Gruppen männlich und weiblich. Da die Anzahl der Pflegepersonen die „divers“ oder „möchte ich nicht angeben“ gewählt haben, sehr gering war (n=12), wurden diese Daten in der Analyse nicht berücksichtigt.

Wurde eine gerontologische oder geriatrische Ausbildung absolviert, konnten die Pflegepersonen eine weitere Variable ausfüllen, welche zeigte, in welchem Rahmen die Ausbildung absolviert wurde. Eine geringe Anzahl (n=6) gab unter diesem Punkt „Sonstiges“ an. Danach gab es ein weiteres Feld, um „Sonstiges“ zu spezifizieren. Da unter „Sonstiges“ die Erfahrung genannt wurde, wurde diese Gruppe in der Analyse ausgeschlossen. Um eine mögliche Verfälschung zu vermeiden, wurden diese sechs Teilnehmer*innen auch in der Variable, ob eine Ausbildung absolviert wurde, ausgeschlossen.

2.6 Analyse der Daten

Die Datenauswertung wurde mittels des Statistikprogrammes IBM® SPSS® Statistics 28 durchgeführt. Zunächst erfolgte eine Bereinigung der Daten. Zur Analyse wurden nur jene Pflegepersonen herangezogen, die die PCOP-Skala vollständig ausgefüllt hatten. Nicht plausible Antworten wurden aus der Analyse ausgeschlossen. Summenwerte der PCOP-Skala und der ASD wurden berechnet.

Danach wurde eine deskriptive Analyse zur Darstellung der Stichprobe durchgeführt. Die deskriptive Statistik wird eingesetzt, um Daten zu beschreiben und zusammenzufassen (Polit and Beck, 2021).

Metrische Werte (ASD- und PCOP-Summenwert) wurden auf Normalverteilung überprüft. Dafür wurden Histogramme und Q-Q-Diagramme verwendet. Als weiteres Kriterium wurde zur Überprüfung der Normalverteilung, die Stichprobengröße (n=1258) herangezogen. Die Daten konnten, mit wenigen Ausnahmen, als annähernd normalverteilt angesehen werden (Field, 2018, Mishra et al., 2019). In den Variablen Arbeitsbereich, klinischer Schwerpunkt, sowie in welchen Rahmen eine geriatrische/ gerontologischen Ausbildung absolviert wurde

und Setting lag eine Verletzung der oben genannten Kriterien vor und wurde daher nicht als annähernd normalverteilt angesehen.

Als abhängige Variable, beziehungsweise Testvariable, wurden die Summenwerte (ASD, PCOP-Skala) verwendet. Parametrische Testverfahren wurden in den Variablen durchgeführt, in denen eine Normalverteilung in den Gruppen gegeben war. Umfasste die Variable zwei Ausprägungen wurde mittels T-Test oder bei Varianzheterogenität mittels Welch-Test, auf signifikante Unterschiede überprüft. Die Heterogenität wurde mittels Levene Test überprüft.

Um Unterschiede zwischen Variablen, mit mehr als zwei Ausprägungen, festzustellen, wurde die einfaktorielle Varianzanalyse (ANOVA) durchgeführt, sofern diese Daten als annähernd normalverteilt angesehen wurden (Field, 2018). Konnte eine Heterogenität zwischen den Ausprägungen festgestellt werden, wurde die Welch-ANOVA verwendet. Weiters folgte ein Post Hoc Test, um festzustellen welche Gruppen sich voneinander signifikant unterscheiden. Für die Feststellung der Heterogenität wurde der Games-Howell Test durchgeführt. Konnte keine Heterogenität festgestellt werden, wurde je nach Anforderung GT2 nach Hochberg (wenn die Anzahl der Teilnehmer*innen in den Stichprobengruppen sehr unterschiedlich war) oder Gabriel (bei ähnlicher Größe der Stichprobengruppen, da diesem Test viel Power zugeschrieben wird) verwendet (Field, 2018).

Nicht parametrische Tests wurden angewandt, wenn keine Normalverteilung vorlag. Hierfür wurde der Kurskall-Wallis-Test verwendet (Field, 2018).

Ein Signifikanzlevel von $p < 0,05$ ist eines der zwei, am häufigsten verwendeten Signifikanzlevel (Polit and Beck, 2021). Auf Grund dessen wurde für diese Masterarbeit ein p -Wert $< 0,05$ als statistisch signifikant angenommen.

2.7 Ethikvotum

Ein positives Votum der Ethikkommission der Medizinischen Universität Graz (EK-Nummer 31-320 ex 18/19) lag vor. Den Pflegepersonen wurde vor der Beantwortung des Fragebogens über einen Link eine schriftliche Beschreibung der Erhebung übermittelt. Weiters wurde die Frage gestellt, ob sie an der Online-Umfrage teilnehmen möchten. Wenn diese Pflegepersonen mit „Ja“ antworteten, wurde dies als Einverständnis zur Teilnahme gewertet. Die Daten wurden

anonymisiert gesammelt, sodass keine Rückschlüsse auf die Identität der Teilnehmer*innen geschlossen werden können.

3 Ergebnisse

Insgesamt nahmen 1634 Pflegepersonen an der Erhebung teil, 1280 Pflegepersonen davon haben die PCOP-Skala vollständig ausgefüllt. Daraufhin folgte eine Kontrolle der Antworten hinsichtlich Plausibilität. 22 Datensätze wurden im Zuge dessen ausgeschlossen. Insgesamt konnten 1258 Pflegepersonen zur Datenanalyse eingeschlossen werden.

3.1 Beschreibung der Stichprobe

154 (12,4%) Pflegepersonen waren männlich und 1090 (87,6%) weiblich. Die teilnehmenden Pflegepersonen waren durchschnittlich 43 Jahre alt. 358 (28,5%) Pflegepersonen waren unter 35 Jahre alt, 451 (35,9%) zwischen 35 und 49 Jahre alt und 449 (35,7%) waren 50 Jahre oder älter. In der Kategorie Beruf wurde zwischen Pflegepersonen ohne Diplomabschluss, mit Diplomabschluss, sowie mit Diplomabschluss und zusätzlicher Spezialisierung unterschieden. 149 (11,9%) übten einen Beruf ohne Diplomabschluss aus, 694 (55,5%) Pflegepersonen hatten einen Diplomabschluss und 408 (32,6%) hatten neben einem Diplomabschluss noch eine zusätzliche Spezialisierung. Spezialisierungen wurden beispielsweise in den Bereichen der Intensivpflege, Anästhesiepflege, Krankenhaushygiene, Entlassungsmanagement, Pflege bei Nierenersatztherapie, Pflege im Operationsbereich, in der Pflegepädagogik oder im Bereich des Managements absolviert. 27,5% (n= 341) der Pflegepersonen verfügten über eine akademische Ausbildung.

888 (70,6%) Pflegepersonen hatten mehr als zehn Jahre an Berufserfahrung. Weiters haben 74,6% (n=938) der Pflegepersonen angegeben, dass sie im akuten Bereich arbeiten. 19,4% (n=244) arbeiteten in der Langzeitpflege und 6,0% (n=76) der Pflegepersonen haben „Sonstiges“ als Setting angegeben. Darunter wurden Begriffe wie Pflegepädagogik, Selbständigkeit, Forschung, Hygiene, Management, Berufspolitik, Hausarzt oder Sozialversicherung genannt.

945 (75,2%) Personen arbeiteten in der Pflegepraxis, beziehungsweise im klinischen Bereich, 234 (18,6%) waren im Management tätig und 38 (3,0%) waren

in der Lehre oder zusätzlich in der Forschung mitwirkend. 39 (3,1%) Pflegepersonen gaben als derzeitigen Arbeitsbereich „Sonstiges“ an. Unter „Sonstiges“ wurden Begriffe wie Karenz, Pflegeentwicklung/Pflegeinformatik, Berufspolitik, Hygiene oder Aufsicht angegeben.

985 (78,4%) Pflegepersonen beantworteten die Frage „Gibt es einen klinischen Schwerpunkt in Ihrer Arbeit?“ mit „Ja“. Die Aufteilung, worin der klinische Schwerpunkt lag, wird in Tabelle 1 abgebildet. Unter „Sonstiges“ wurden Begriffe wie Wachkoma, Übergangspflege/Rehabilitation, Zahnmedizin, Pädiatrie oder Vorsorge und Prävention angeführt.

Tabelle 1: Aufgliederung worin der klinische Schwerpunkt lag (n=983)

klinischer Schwerpunkt, wo	n	(%)
Chirurgie	279	(28,4)
Geriatric	94	(9,6)
Innere Medizin	260	(26,4)
Neurologie	68	(6,9)
Palliativ Pflege	28	(2,8)
Psychiatrie	82	(8,3)
„Sonstiges“	172	(17,5)

283 (22,5%) Pflegepersonen haben die Frage „Haben Sie eine Ausbildung im Bereich der Geriatrie oder Gerontologie absolviert?“ mit „Ja“ beantwortet. Von diesen 283 (100%) haben 173 (59,9%) Personen diese im Rahmen ihrer pflegerischen Ausbildung absolviert. 16 (5,5%) Personen schlossen im Zuge eines Masterstudiums oder Universitätslehrganges eine Ausbildung im Bereich der Geriatrie oder Gerontologie ab. 94 (32,5%) besuchten eine Fortbildung in diesem Bereich.

21,9% (n= 275) der Pflegepersonen gaben an, dass sie selten mit älteren pflegebedürftigen Personen (80+ Jahre) während ihrer Arbeit zu tun haben. 78,1% (n= 982) hatten häufig mit Menschen 80+ im Rahmen der Arbeit Kontakt. 77,1% (n=969) der Pflegepersonen beantworteten die Frage, ob es in der Familie oder im engen Freundeskreis eine Person gibt, die älter als 80 Jahre alt ist, mit „Ja“. 71,1 % (n= 688) von 968 Pflegepersonen konnten laut der Umfrage, viele persönliche

Themen wie Gefühle, Glauben/Spiritualität oder Erlebnisse mit diesen Menschen besprechen.

476 (38,1%) Pflegepersonen wussten, was Altersdiskriminierung bedeutet. Bei der Frage nach der Definition von Altersdiskriminierung konnten die Pflegepersonen zwischen drei Antwortmöglichkeiten auswählen. 88,6% (n=1050) haben eine korrekte Auswahl getroffen.

3.2 Einstellungen zur Pflege von Menschen 80+

Die Einstellung zur Pflege von Menschen 80+ wurde mittels PCOP-Skala gemessen. In der PCOP-Skala konnte ein Summenwert von 9 bis 36 erzielt werden, wobei eine höhere Zahl eine positivere Einstellung bedeutete. Werte die größer als 22,5 sind wurden als eine positive Einstellung zur Pflege von Menschen 80+ gedeutet. Der Mittelwert des Summenwertes für die gesamte Stichprobe betrug 27,03 (SD= 4,30). Der Median lag bei 27 Punkten. Eine positive Einstellung von Pflegepersonen hinsichtlich der Pflege von älteren Menschen konnte somit in Österreich festgestellt werden.

Die ASD hat die Einstellung der Pflegepersonen hinsichtlich älterer Menschen gemessen. 1102 Pflegepersonen beantworteten die Skala vollständig. Hier konnte ein Summenwert zwischen 26 und 182 Punkte erzielt werden. Je geringer die Punktezahl, desto positiver die Einstellung. Werte die größer als 104 waren wurden als tendenziell negativ betrachtet. Der Mittelwert des Summenwertes der gesamten Stichprobe lag bei 94,24 (SD= 24,76). Die Einstellung der Pflegepersonen hinsichtlich älterer Menschen wurde als neutral bis positiv bewertet. Die mittlere Abweichung der Streuung deutet mit einer Punktezahl von 69,46 bis 116 auf kein eindeutiges Ergebnis hin. Der Median lag bei 96 Punkten und konnte als deutlich im positiven Bereich bewertet werden.

Die Analyse von ASD und PCOP-Skala zeigte, dass eine neutrale bis positive Einstellung zu alten Menschen und eine positive Einstellung zur Pflege von Menschen 80+ bei Pflegepersonen in Österreich gegeben ist.

3.2.1 Zusammenhang zwischen der Einstellung zu Menschen 80+ und der Einstellung zur Pflege jener

Die allgemeine Einstellung zu Menschen 80+ und die Einstellung zur Pflege jener wurden hinsichtlich eines Zusammenhanges analysiert. ASD- und PCOP-Summenwerte korrelierten mit einem Korrelationskoeffizient von $r = -0,405$ (95% CI (-0,456, -0,349) schwach bis moderat negativ miteinander. Der negative Wert ist darauf zurückzuführen, dass die Summenwerte unterschiedlich gerichtet sind. Je höher der Summenwert in der PCOP-Skala, desto positiver ist die Einstellung zur Pflege von älteren Menschen zu werten. Im Gegensatz dazu ist ein niedrigerer Summenwert in der ASD mit einer positiveren Einstellung zu älteren Menschen assoziiert. Daraus resultiert, dass eine positive Einstellung zu Menschen 80+ mit einer positiven Einstellung zur Pflege jener im Zusammenhang stand.

Unterschiede in der Einstellung zur Pflege von älteren Menschen und in der Einstellung zu älteren Menschen im Allgemeinen wurden im Gruppenvergleich ersichtlich. Vor allem der Faktor Arbeiten mit Menschen 80+ zeigte Gegensätze. Pflegepersonen, die häufig mit Menschen 80+ arbeiteten wiesen eine positivere Einstellung auf als jene die selten mit Menschen 80+ arbeiteten. Die Auswertung der ASD zeigte ein entgegengesetztes Bild. Pflegepersonen, die selten mit Menschen, die 80 Jahre oder älter sind, arbeiteten, wiesen eine positivere Einstellung auf als Pflegepersonen die häufig mit Menschen aus dieser Altersgruppe arbeiteten.

3.2.2 Darstellung der Einstellung anhand der einzelnen PCOP-Komponenten

Zur weiteren Darstellung der Einstellung von Pflegepersonen zur Pflege von Menschen 80+ wurden die Komponenten der PCOP-Skala einzeln betrachtet. Die Werte der Likert Skala reichten von eins bis vier, wobei eine höhere Punktzahl eine positivere Einstellung bedeutet. Die positive Einstellung der Pflegeperson ist in den einzelnen Komponenten deutlich erkennbar. Vier der Komponenten sind positiv formuliert und daher mit „Stimme überhaupt nicht zu“ (1 Punkte) bis „Stimme voll und ganz zu“ (4 Punkte) zu bewerten gewesen. Fünf der Komponenten sind negativ formuliert und mit „Stimme voll und ganz zu“ (1 Punkt) und „Stimme überhaupt nicht

zu“ (4 Punkte) zu bewerten gewesen. Die grafischen Darstellungen der Ergebnisse sind in Abbildung 1 und Abbildung 2 zu finden.

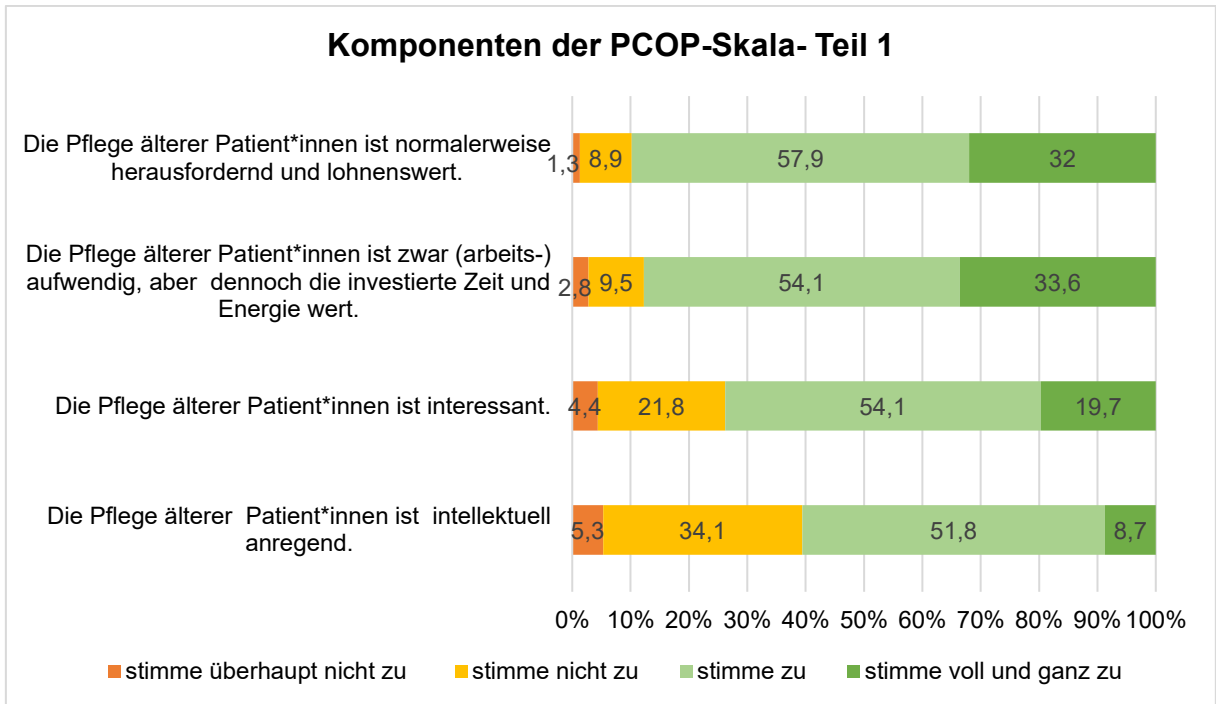


Abbildung 1: Häufigkeiten (n= 1258) der gegebenen Antworten bezüglich positiv formulierter Komponenten (PCOP- Skala) in %

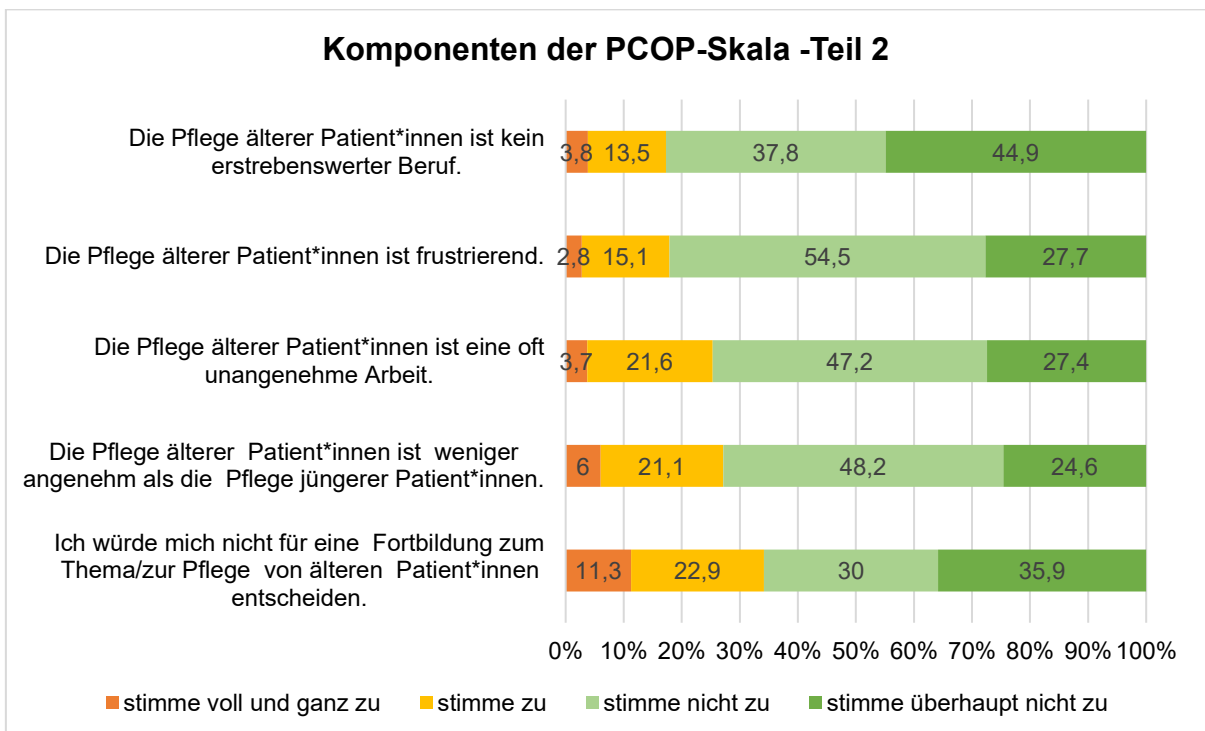


Abbildung 2: Häufigkeiten (n= 1258) der gegebenen Antworten bezüglich negativ formulierter Komponenten (PCOP-Skala) in %

3.3 Unterschiede in Gruppen

Unterschiede wurden anhand von Charakteristika der Stichprobe, dem Arbeitsumfeld, Wissen über Altersdiskriminierung und Kontakt mit Menschen 80+ sowie Wissen über den Terminus Altersdiskriminierung untersucht. Die Analyse zeigte in mehreren Eigenschaften signifikante Unterschiede in der Einstellung der Pflegepersonen zur Pflege von Menschen 80+. Weiters wurde die Einstellung zu älteren Menschen anhand der unterschiedlichen Eigenschaften der Pflegepersonen untersucht. Hinsichtlich der Einstellung zum Alter konnten weniger signifikante Unterschiede in den einzelnen Gruppen festgestellt werden. Unterschiede wurden anhand der Summenwerte (PCOP-Skala, ASD) analysiert. Je höher der PCOP-Summenwert (9-36), desto positiver wurde die Einstellung hinsichtlich Pflege von älteren Menschen bewertet. Die Analyse erfolgte auf Grundlage des Mittelwertes des Summenwertes der Skala. Ein höherer Mittelwert wurde als positivere Einstellung hinsichtlich der Pflege von Menschen 80+ gewertet.

Je niedriger der ASD-Summenwert (26-182), desto positiver wurde die Einstellung hinsichtlich älterer Menschen bewertet. Die Analyse erfolgte ebenfalls auf Grundlage des Mittelwertes des Summenwertes. Ein niedriger Mittelwert in der ASD wurde als positivere Einstellung gegenüber älteren Menschen gewertet. Eine tabellarische Darstellung der einzelnen Variablen mit Gruppenmittelwerten inklusive Standardabweichung wurden im Anhang (Tabelle_Anhang 2 bis Tabelle_Anhang 5) dargestellt.

Die Analyse zeigte, dass weibliche Pflegepersonen eine signifikant positivere Einstellung zur Pflege von Menschen 80+ als männliche Pflegepersonen aufwiesen. In der Variable Ausbildung wurde kein signifikanter Unterschied zwischen Pflegepersonen mit einer akademischen Ausbildung und Pflegepersonen ohne akademische Ausbildung festgestellt. Pflegepersonen, die mehr als zehn Jahre im Beruf arbeiteten, wiesen eine positivere Einstellung auf, als jene die weniger als zehn Jahre im Beruf tätig waren. Weiters wiesen Pflegepersonen ohne klinischen Schwerpunkt eine positivere Einstellung auf. Auch Pflegepersonen, die über eine geriatrische oder gerontologische Ausbildung verfügten, erzielten einen höheren Mittelwert im Summenwert der PCOP-Skala und zeigten somit eine positivere Einstellung zur Pflege von älteren Menschen. Eine detaillierte Aufstellung dieser Ergebnisse ist in Tabelle 2 dargestellt.

Tabelle 2: Unterschiede in der Einstellung zur Pflege von Menschen 80+ in den Gruppen: Geschlecht, Ausbildung, Arbeitserfahrung, klinischer Schwerpunkt und geriatrische Ausbildung. Darstellung der Ergebnisse mit Mittelwert (PCOP-Skala).

Variable	Gruppe	Mittelwert
Geschlecht	männlich	25,64*
	weiblich	27,22*
Ausbildung	nicht akademisch	26,95
	akademisch	27,17
Arbeitserfahrung	≤ 10 Jahre	26,49*
	> 10 Jahre	27,26*
klinischer Schwerpunkt	ja	26,61*
	nein	28,54*
geriatrische Ausbildung	ja	27,61*
	nein	26,86*
Legende: * signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen Signifikanzniveau $p < 0,05$ Testverfahren: T- Test bei zwei unabhängigen Stichproben		

983 Pflegepersonen spezifizierten, worin der klinische Schwerpunkt ihres Arbeitsplatzes lag. Unterschiede sind in den diversen Schwerpunkten ersichtlich. Pflegepersonen, die in der Palliativpflege tätig waren, wiesen den höchsten Mittelwert und somit die positivste Einstellung zur Pflege von älteren Menschen auf. Chirurgie und innere Medizin, wurden bei der Erhebung am häufigsten als Schwerpunkt genannt. Pflegepersonen, die in der Chirurgie beziehungsweise inneren Medizin arbeiteten, zeigten eine negativere Einstellung zur Pflege von älteren Menschen als jene die in anderen Bereichen tätig waren. In Abbildung 3 sind die einzelnen Werte (Mittelwerte der PCOP-Skala) dargestellt. Tabelle_Anhang 3 im Anhang zeigt eine detaillierte Aufschlüsselung, welche klinischen Schwerpunkte sich signifikant voneinander unterschieden haben.

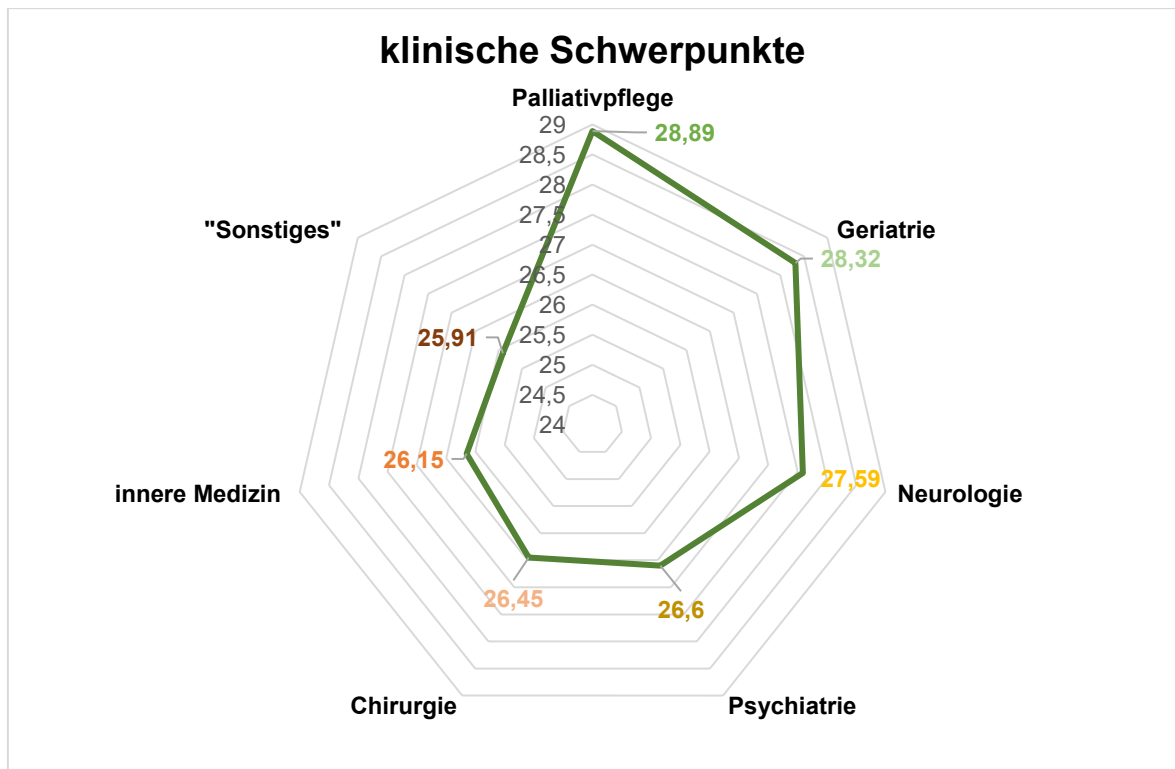


Abbildung 3: Netzdiagramm Mittelwerte (PCOP-Skala) der einzelnen klinischen Schwerpunkte

Wenn eine geriatrische/ gerontologische Ausbildung absolviert wurde, konnten auch Unterschiede hinsichtlich des Rahmens, wo diese absolviert wurde, festgestellt werden. Pflegepersonen, die im Rahmen eines Masterstudiums oder Universitätslehrganges eine Ausbildung absolviert hatten, wiesen einen Mittelwert von 30,63 Punkte auf und unterschieden somit sich signifikant in der Einstellung von Pflegepersonen die eine geriatrische/ gerontologische Ausbildung im Rahmen der pflegerischen Ausbildung (Mittelwert von 26,98 Punkte) absolviert hatten. Pflegepersonen zeigten eine signifikant positivere Einstellung zur Pflege von älteren Menschen, wenn eine geriatrische/ gerontologische Ausbildung im Rahmen eines Masterstudiums oder Universitätslehrganges absolviert wurde. Weiters zeigten Pflegepersonen, die eine eigenständige Fortbildung in Geriatrie oder Gerontologie besuchten, eine signifikant positivere Einstellung (Mittelwert von 28,26 Punkte) zur Pflege von älteren Menschen als jene Pflegepersonen, die diese im Rahmen der Ausbildung absolvierten.

Weiters zeigten Pflegepersonen aus verschiedenen Arbeitsbereichen Unterschiede in der Einstellung zur Pflege von älteren Menschen. Personen aus der Pflegepraxis

wiesen den niedrigsten Mittelwert und somit die insgesamt negativste Einstellung auf. In Abbildung 5 sind die einzelne Werte (Mittelwerte der PCOP-Skala) dargestellt. Welche Bereiche sich signifikant unterschieden ist im Anhang (Tabelle_Anhang 3) zu finden.

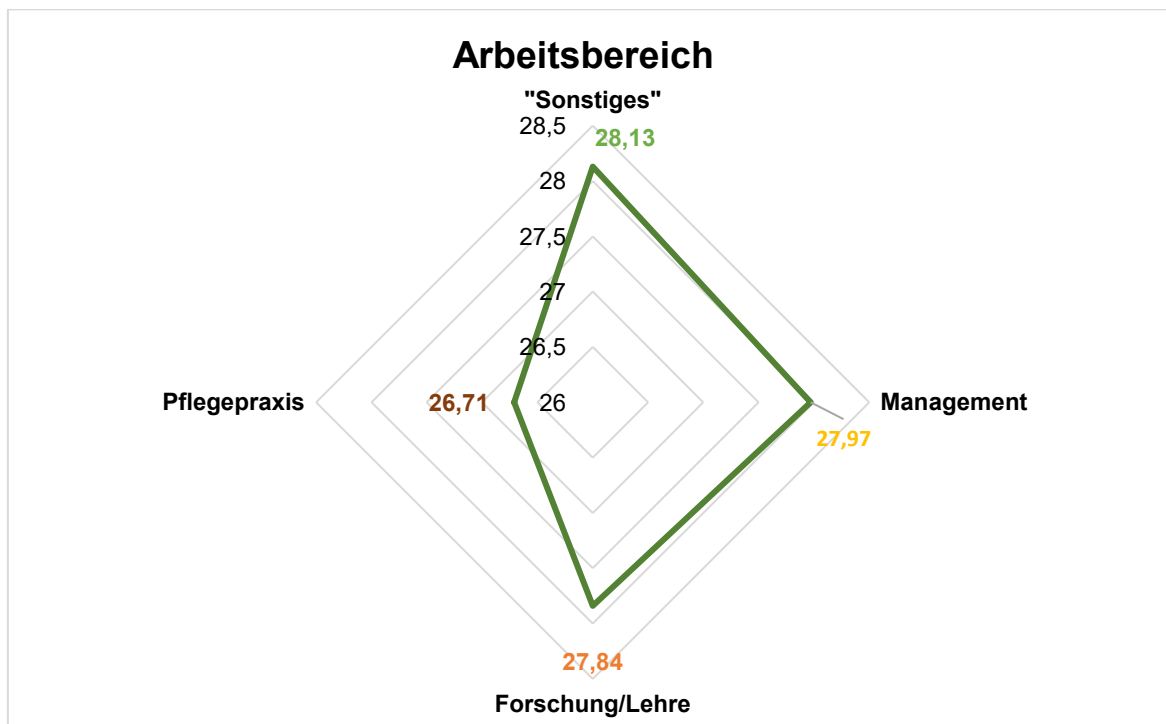


Abbildung 4: Netzdiagramm Mittelwerte (PCOP-Skala) in der Gruppe Arbeitsbereich

Pflegepersonen ohne Diplom, Pflegepersonen mit Diplom oder Pflegepersonen mit Diplom und Spezialisierung zeigten keine wesentlichen Unterschiede in der Einstellung zur Pflege von Menschen 80+. Hinsichtlich des Settings zeigten sich signifikante Unterschiede in der Einstellung. Pflegepersonen, die in einer Langzeiteinrichtung arbeiteten, wiesen eine signifikant positivere Einstellung auf als jene, die im akuten Bereich tätig waren. Pflegepersonen, die unter 35 Jahre alt waren, unterschieden sich signifikant von den Pflegepersonen, die zwischen 35 und 49 Jahre alt waren und jenen, die 50 Jahre oder älter waren, in der Einstellung. Die Altersgruppe unter 35 Jahren zeigte den geringsten Mittelwert und somit die negativste Einstellung zur Pflege von älteren Menschen. Eine detaillierte Aufstellung dieser Ergebnisse ist in Tabelle 3 dargestellt.

Tabelle 3: Unterschiede in der Einstellung zur Pflege von Menschen 80+ in den Gruppen: Beruf, Setting, Alter. Darstellung der Ergebnisse mit Mittelwert (PCOP-Skala).

Variable	Gruppe	Mittelwert
Beruf ¹	ohne Diplom	27,74
	mit Diplom	26,95
	mit Diplom und Spezialisierung	26,92
Setting ²	akut Bereich	26,46 ^{a, b}
	Langzeitbereich	28,88 ^a
	„Sonstiges“	28,13 ^b
Alter ¹	> 35 Jahre	26,39 ^{a, b}
	35-49 Jahre	27,26 ^a
	< 49 Jahre	27,32 ^b
Legende: SD = Standardabweichung a, b = Diese Variablen unterscheiden sich signifikant. Signifikanzniveau $p > 0,05$ Testverfahren: 1 = ANOVA 2 = Kruskal- Wallis-Test		

Pflegepersonen die häufig mit Patient*innen, die 80 Jahre oder älter waren, arbeiteten hatten eine positivere Einstellung, als Pflegepersonen die selten mit Patient*innen 80+ arbeiteten. Weiters zeigte die Analyse, dass Pflegepersonen, die eine Person 80+ im Familien- oder engen Freundeskreis aufwiesen, eine positivere Einstellung hatten als Pflegepersonen, die keine Person in diesem Setting vorweisen konnten. Jene Pflegepersonen, die viele Themen mit Menschen 80+ besprechen konnten, zeigten eine deutlich positivere Einstellung, als jene die das nicht taten. Unterschiede hinsichtlich der Einstellung hingen auch davon ab, ob Pflegepersonen über die Bedeutung von Altersdiskriminierung Bescheid wussten. Das Wissen darüber trug positiv zur Einstellung bei. Die Definition konnte im Multiple-Choice-Verfahren beantwortet werden und zeigte keine bemerkenswerten Unterschiede in der Analyse, ob die Antwort Richtig oder Falsch ausgewählt wurde. Eine detaillierte Aufstellung dieser Ergebnisse ist in Tabelle 4 dargestellt.

Tabelle 4: Unterschiede in der Einstellung zur Pflege von Menschen 80+ in den Gruppen: arbeiten mit Patient*innen 80+, 80+ Personen im Familienkreis, persönliche Themen besprechen und Bedeutung/Definition von Altersdiskriminierung kennen. Darstellung der Ergebnisse mit Mittelwert (PCOP-Skala)

Variable	Gruppe	Mittelwert
arbeiten mit Patient*innen 80+	selten	25,96 *
	häufig	27,33 *
80+ Personen in Familien/Freundeskreis	ja	27,26 *
	nein	26,27 *
persönliche Themen mit 80+ Personen besprechen	viele	27,94 *
	wenige	25,60 *
Bedeutung Altersdiskriminierung kennen	ja	27,47 *
	nein	26,78 *
Definition Altersdiskriminierung kennen	falsch	27,13
	richtig	27,01

Legende:
SD = Standardabweichung
* signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen
Signifikanzniveau $p < 0,05$
Testverfahren: T- Test bei zwei unabhängigen Stichproben

4 Diskussion

Die vorliegende Masterarbeit hatte zum Ziel Einstellungen von Pflegepersonen hinsichtlich der Pflege von Menschen 80+ in Österreich zu analysieren. Es konnte eine insgesamt positive Einstellung von Pflegepersonen zur Pflege festgestellt werden. In den unterschiedlichen Grundcharakteristika und Eigenschaften der Pflegepersonen konnten Unterschiede hinsichtlich der Einstellung erkannt werden.

Insgesamt begannen 1634 Personen mit dem Ausfüllen des Fragebogens, aber nur 1280 teilnehmende Pflegepersonen füllten die PCOP-Skala vollständig aus. Ein Grund dafür könnte sein, dass eine Vier-Punkte-Bewertung („Stimme voll und ganz zu“, „Stimme zu“, „Stimme nicht zu“, „Stimme überhaupt nicht zu“) in der PCOP-Skala vorzufinden war. Durch diese Art der Bewertung werden Tendenzen forciert und Zweideutigkeiten vermieden. Einige Personen haben jedoch vielleicht eine neutrale oder ambivalente Einstellung, sodass eine Option in der Mitte es ermöglicht hätte, dies zum Ausdruck zu bringen (Polit and Beck, 2021). Konnte sich eine Pflegeperson weder für noch gegen eine Zustimmung zur Aussage entscheiden,

wurde die Bewertung eventuell ausgelassen und die PCOP-Skala nicht vollständig beantwortet. Ein weiterer Grund dafür könnte sein, dass Pflegepersonen es schwierig empfunden haben Menschen, die 80 Jahre oder älter sind, zu verallgemeinern. Pflegepersonen gaben im Feld für Kommentare an, dass sie Menschen 80+ unterschiedlich und individuell wahrnehmen. In der deutschen Studie von Reissmann et al., (2021) wurde bestätigt, dass ältere Menschen als eine sehr heterogene Gruppe gesehen werden.

4.1 Charakteristika der Stichprobe

87,6% der teilnehmenden Pflegepersonen waren weiblich und bildeten somit deutlich die Mehrheit. Ende 2021 betrug der Anteil der weiblichen Pflegepersonen, die in Österreich in einem stationären Betreuungs- und Pflegedienst arbeiteten, 85,1%. In den mobilen Betreuungsdiensten lag der Anteil sogar bei 91,1% (Statista, 2023). Die Verteilung der Pflegepersonen in der österreichischen Bevölkerung hinsichtlich des Geschlechtes spiegelte sich in der Stichprobe wider. Eine Studie aus Deutschland zeigte auch, dass Geschlecht keinen direkten Einfluss auf die Teilnahmebereitschaft an Umfragen hat (Silber et al., 2022).

In dieser Erhebung hatten 88,1% der teilnehmenden Pflegepersonen einen Diplomabschluss. 165.308 Pflegepersonen waren im Jahr 2021 im Gesundheitsberuferegister registriert, davon hatten circa zwei Drittel einen Diplomabschluss (Holzweber et al., 2022). Die Analyse der Stichprobe zeigte, dass der Anteil der Pflegepersonen, die keinen Diplomabschluss hatten, deutlich geringer war. Dieser lag bei 11,9%. Möglicherweise ist der Grund für eine geringere Teilnahme von Pflegepersonen ohne Diplom, dadurch gegeben, dass sie weniger häufig am Computer arbeiteten als Pflegepersonen mit Diplom und somit seltener auf die Onlineumfrage aufmerksam wurden. In der Studie von Roche et al. (2017) übernahm diplomiertes Personal häufiger indirekte Pflegeaufgaben im Vergleich zu Assistenzberufen. Zu den indirekten Pflegeaufgaben zählte unter anderem die Arbeit am Computer (Roche et al., 2017).

27,5% der teilnehmenden Pflegepersonen konnte einen akademischen Abschluss vorweisen. Ende 2021 verfügten in Österreich insgesamt nur 3% aller registrierten diplomierten Pflegepersonen über einen Bachelorabschluss als berufliche Erstqualifikation (Holzweber et al., 2022). Mit 27,5% war im Gegensatz dazu der

Anteil der teilnehmenden Pflegepersonen, die über eine akademische Ausbildung verfügten, sehr hoch. Grund dafür könnte sein, dass ein im Nachhinein erworbener akademischer Grad im Gesundheitsberuferegister nicht verpflichtend aktualisiert werden muss (Holzweber et al., 2022). Ein weiterer Grund könnte die Tatsache sein, dass Pflegepersonen die eine Spezialisierung wie etwa in der Intensivpflege absolvieren, mit dem Titel „Akademische*r Expert*in in der Intensivpflege“ abschließen (Medizinische Universität Graz, 2023). Diese Bezeichnung wird auch als akademischer Abschluss gewertet.

Die teilnehmenden Pflegepersonen waren durchschnittlich 43 Jahre alt. Weiters war die Berufserfahrung insgesamt hoch. Über 70% der Pflegepersonen verfügte über eine mehr als zehnjährige Berufserfahrung. Das systematische und psychometrische Review von Flinkman et al. (2017) zeigte, dass unter anderem die Dauer der Berufserfahrung, eine Festanstellung und das Alter mit einer höheren selbst eingeschätzten Kompetenz korreliert. Hierbei ist zu beachten, dass die verwendeten Instrumente (ASD, PCOP-Skala) der Umfrage Selbstauskunftsinstrumente sind.

Im Jahr 2021 gab es in Österreich 61.927 stationäre Betten in Krankenhäuser (Statistik Austria, 2023). Im Vergleich dazu waren 85.330 Wohn- und Pflegeplätze (Statistik Austria, 2022) und 172 mobile Dienste gemeldet, wobei die Daten im mobilen Bereich teilweise unvollständig waren (Pratscher, 2023). Knapp 20% der teilnehmenden Pflegepersonen arbeitete im Langzeitbereich. Dreiviertel im akuten Bereich. Grund für diesen Unterschied könnte der vorgegebene Personalschlüssel in den unterschiedlichen Settings sein. Das Personal in Langzeiteinrichtungen sollte sich aus 20% diplomierten Pflegepersonen und 80% aus Pflegepersonen ohne Diplom zusammensetzen (Bundesministerium für Finanzen, 2023). In der Umfrage war, der Anteil der Pflegepersonen ohne Diplomabschluss deutlich geringer als in der österreichischen Bevölkerung. Hier könnte daher der Rückschluss gezogen werden, dass deutlich weniger Pflegepersonen, die in Langzeiteinrichtungen arbeiten, teilgenommen haben, als Pflegepersonen, die im akuten Bereich tätig sind, weil weniger Pflegepersonen mit Diplom in Langzeiteinrichtungen angestellt sind.

4.2 Einstellungen zur Pflege von Menschen 80+

In Österreich konnte eine insgesamt positive Einstellung von Pflegepersonen zur Pflege von Menschen, die 80 Jahre oder älter sind, festgestellt werden. Die Einstellung der Pflegepersonen zu älteren Menschen war neutral bis positiv.

4.2.1 Unterschiedliche Aspekte hinsichtlich der Einstellungen

Die Einstellung der Pflegepersonen in Österreich war insgesamt positiv, dennoch zeigten sich Unterschiede in einzelnen Aussagen und Ansichten. In den Ergebnissen der Umfrage zeigte sich, dass knapp 90% der Pflegepersonen die Aussage: „Die Pflege älterer Patient*innen ist normalerweise herausfordernd und lohnenswert.“, mit Zustimmung beurteilten. Im qualitativen systematischen Review von Jeyasingam et al. (2023) sahen Angehörigen von Gesundheitsberufe die Arbeit mit älteren Menschen als lohnend an. Sie äußerten auch, dass die Arbeit mit älteren Menschen als eine willkommene intellektuelle Herausforderung angesehen wird (Jeyasingam et al., 2023). Mit rund 60% stimmten Pflegepersonen in Österreich der Aussage: „Die Pflege älterer Patient*innen ist intellektuell anregend.“, zu. Die Mehrheit der Pflegepersonen war zwar der Meinung, dass die Arbeit intellektuell anregend ist, dennoch wurde diese Aussage insgesamt mit der größten Ablehnung beurteilt.

Negative Einstellungen gegenüber älteren Menschen von Angehörigen der Gesundheitsberufe, waren laut Jeyasingam et al. (2023), dass ältere Menschen ein Ärgernis sind, Aufmerksamkeit suchen, kognitiv beeinträchtigt und zeitaufwendig sind. Pflegepersonen in Österreich haben mit rund 88 % der Aussage: „Die Pflege älterer Patient*innen ist zwar (arbeits-)aufwendig, aber dennoch die investierte Zeit und Energie wert.“ zugestimmt. Der Großteil der Pflegepersonen in Österreich empfand die Arbeit zwar als aufwendig, aber sah diese dennoch als wertvoll an. Jeyasingam et al. (2023) schloss alle Angehörigen von Gesundheitsberufen ein, in dieser Studie wurden nur Pflegepersonen eingeschlossen. Darauf könnte der Unterschied zurückzuführen sein.

Rush et al. (2017) berichtete in einem integrativen Review, dass Pflegepersonen sowohl positive als auch negative Einstellungen zur Pflege älterer Menschen haben. Insgesamt konnte Rush et al. (2017) acht Studien, mit dem Ziel die Einstellungen von Pflegepersonen im Krankenhaus hinsichtlich der Pflege von älteren Menschen

zu erläutern, ins Review einschließen. Sechs Studien (Adibelli and Kılıç, 2013, Eloranta et al., 2014, Gillis et al., 2008, Liu et al., 2015, Oyetunde et al., 2013, Polat et al., 2014) berichteten über eine insgesamt positive Einstellung der Pflegepersonen und zwei Studien (de Almeida Tavares et al., 2015, Higgins et al., 2007) berichteten über eine insgesamt negative Einstellung.

In den einzelnen Studien wurden unterschiedliche Fragebögen beziehungsweise Bewertungstools verwendet. Einmal wurde auch nur eine einzige Komponente ("Ich arbeite gerne mit älteren Erwachsenen") zur Bewertung der Einstellung von Pflegepersonen zur Pflege älterer Menschen verwendet (Rush et al., 2017). Daher können daraus nur begrenzt Informationen abgeleitet werden. Weiters wurden im Review nur Pflegepersonen eingeschlossen, die im Setting Krankenhaus arbeiteten. In dieser Erhebung wurden mehrere Settings eingeschlossen. Laut Rush et al. (2017) beeinflussen Ressourcen des Gesundheitswesens ebenfalls die Einstellung der Pflegeperson zur Pflege von älteren Menschen. Dieser Aspekt wurde in der Umfrage von Lampersberger et al. (2022) nicht berücksichtigt.

4.2.2 Vergleich mit anderen Angehörigen von Gesundheitsberufen

Angehörige von Gesundheitsberufen in Belgien gaben an, dass es zu wenig interprofessionelle Zusammenarbeit bei der Behandlung komplexer chronischer Probleme bei älteren Menschen gebe. Auch fehle eine gemeinsame Vision für die Zusammenarbeit (De Coninck et al., 2023). In dieser Masterarbeit wurden ausschließlich Pflegepersonen und deren Einstellung zur Betreuung von älteren Menschen analysiert. Vergleiche mit anderen Berufen des Gesundheitswesens können begrenzt mittels internationaler Literatur gezogen werden (Jeyasingam et al., 2023, Kessler and Blachetta, 2020, Punchik et al., 2021).

In der russischen Studie von Punchik et al. (2021) konnten keine signifikanten Unterschiede in der Einstellung zwischen Ärzten und Pflegepersonen festgestellt werden. Weiters zeigten ältere Ärzt*innen mit größerer Berufserfahrung, die mehr ältere Patient*innen betreut hatten, eine stärkere altersfeindliche Einstellung (Punchik et al., 2021). Der Vergleich mit österreichischen Pflegepersonen zeigt einen deutlichen Unterschied in den Ergebnissen. Österreichische Pflegepersonen, die älter waren, mehr Berufserfahrung hatten und jene, die häufig Kontakt mit

älteren Patient*innen hatten, wiesen eine positivere Einstellung zur Pflege dieser auf.

Kessler und Blachetta (2020) zeigten in einer in Deutschland durchgeführten Studie, dass Psychotherapeut*innen in Ausbildung eine weniger positive Einstellung gegenüber „sehr alten Patient*innen“ als gegenüber „Patient*innen mittleren Alters“ aufwiesen. Anhand von manipulierten Fallbeschreibungen wurden die Einstellungen erhoben. Die weniger positive Einstellung äußerte sich unter anderem in einer geringeren Überzeugung von der Behandelbarkeit, einer schlechteren Prognose sowie einem geringeren Interesse an der Behandlung (Kessler and Blachetta, 2020).

Laut dem Review von Jeyasingam et al. (2023) hatten Angehörige von Gesundheitsberufen im Allgemeinen die Einstellung, ältere Menschen sollten verehrt und respektiert werden. Weiters wurden die Eigenschaften Resilienz und Stärke in Bezug auf ältere Menschen genannt. Im Review waren Angehörige von Gesundheitsberufen ebenfalls der Meinung, dass ältere Menschen über einzigartige Erfahrungen und Wissen verfügen. Unterdessen wurden diese auch als schwierig beschrieben, weil sie sich nicht an Empfehlungen hielten. Allerdings war diese Sichtweise nicht universell (Jeyasingam et al., 2023).

Laut Jeyasingam et al. (2023) könnten Fokusgruppeninterviews eine nützliche Methode sein, um Wechselwirkungen zwischen den Rollen der Gesundheitsberufe und der Einstellung zu analysieren.

4.2.3 Ländervergleich

Ein Ländervergleich hinsichtlich der Einstellung der österreichischen Pflegepersonen zeigt Unterschiede aber auch Ähnlichkeiten. Die in Schweden durchgeführte Studie von Holmberg et al. (2022) wurde mit demselben Fragebogen wie in der Primärerhebung (Lampersberger et al., 2022) durchgeführt. Die Ergebnisse zeigten, dass die Einstellung der Pflegepersonen hinsichtlich der Pflege von älteren Menschen in Schweden ähnlich der Einstellung der Pflegepersonen in Österreich ist. Weitere Studien, die in Europa durchgeführt wurden, zeigten ebenfalls, dass Pflegepersonen eine positive Einstellung aufwiesen (Başer and Cingil, 2018, Çürük and Özgül, 2022, Kabatova et al., 2016, Liu et al., 2015).

In Großbritannien äußerten Pflegepersonen eine positive Einstellung gegenüber älteren Menschen und 89,7 % berichteten von einer positiven Einstellung gegenüber der Arbeit mit älteren Patient*innen (Liu et al., 2015). Im Gegensatz dazu, zeigten Pflegepersonen in Portugal, eine insgesamt negative Einstellung hinsichtlich der Pflege von älteren Menschen (de Almeida Tavares et al., 2015). In einer in der Slowakei durchgeführten Studie, zeigten 72 % der Pflegepersonen eine leicht positive Einstellung zu älteren Menschen, es konnten kaum altersdiskriminierende Einstellungen festgestellt werden (Kabatova et al., 2016). In der Studie von Çürük und Özgül (2022) konnte bei türkischen onkologischen Pflegepersonen eine positive Einstellung zu älteren Menschen festgestellt werden. Başer und Cingil (2018) zeigte ebenfalls, dass türkische Pflegepersonen, die einen Assistenzberuf in einer Langzeitpflegeeinrichtung ausübten, eine positive Einstellung gegenüber älteren Menschen und Altersdiskriminierung aufwiesen. Wobei die in der Slowakei sowie in der Türkei durchgeführten Studien die Einstellung zu älteren Menschen gemessen hat, wurde die Einstellung zur Pflege von älteren Menschen nicht explizit abgefragt.

Im Vergleich dazu äußerten in 74 % der Fälle belgische Pflegepersonen negative Wörter bezüglich älterer Menschen. Onkologische Pflegepersonen wurden gebeten, die ersten fünf Worte aufzuschreiben, die ihnen einfielen, wenn sie an einen älteren Menschen denken. Abhängigkeit, Verlust der Autonomie und Einsamkeit waren die meistgenannten Wörter. Das häufigste positive Wort war Familie (Schroyen et al., 2016).

Afrikanische Forscher*innen haben sich ebenfalls mit der Einstellung von Pflegepersonen zur Pflege von älteren Menschen befasst. Pflegepersonen zeigten in einer Studie, welche in einem tertiären Gesundheitszentrum in Ghana durchgeführt wurde, eine eher positive Einstellung zur Pflege von älteren Menschen (Yakubu et al., 2022). In Nigeria hatten Pflegepersonen ebenfalls eine positive Einstellung zur Pflege von älteren Menschen (Oyetunde et al., 2013). Im Gegensatz dazu zeigten in Äthiopien nur 21,9 % der Pflegepersonen eine positive Einstellung zur Pflege von älterer Patient*innen (Argaw et al., 2019). Eine weitere Studie belegte, dass in Äthiopien weniger als die Hälfte der befragten Pflegepersonen eine positive Einstellung gegenüber der Pflege von älteren Menschen hat (Fita et al.,

2021). Unterschiede gab es hierbei in den verwendeten Messinstrumenten und in der Stichprobengröße.

Die eingeschlossenen Pflegepersonen aus Europa und Afrika unterschieden sich außerdem in den Grundcharakteristika. Die teilnehmenden Pflegepersonen in Europa waren deutlich älter und wiesen einen höheren Grad an Arbeitserfahrung in Jahren auf.

Die im Iran durchgeführte Studie von Arani et al. (2017) zeigte, dass mehr als die Hälfte der Pflegepersonen eine negative Einstellung gegenüber älteren Menschen hatte. Wobei in diesem Fall nur Pflegepersonen, die in einem Krankenhaus arbeiteten, eingeschlossen wurden und die Einstellung spezifisch zur Pflege von älteren Menschen nicht abgefragt wurde.

In einer Studie aus Kanada hatte mehr als die Hälfte der teilnehmenden Pflegepersonen eine neutrale Einstellung zur Pflege älterer Menschen, der übrige Teil wies eine positive Einstellung auf. Eine negative Einstellung konnte nicht festgestellt werden (Mohamed and DeCoito, 2023). Im Vergleich zu dieser Analyse wurden bei Mohamed und DeCoito (2023) insgesamt nur 90 Personen eingeschlossen. Weiters wurden Pflegepersonen und Studierende der Pflege eingeschlossen und es wurden quantitative und qualitative Methoden angewandt.

Die Einstellungen variieren im Ländervergleich und unterstützen die Ansicht, dass die Kultur einen Einfluss auf die Einstellung gegenüber älteren Menschen hat (Ng and Lim-Soh, 2021).

4.2.4 Einstellung zu älteren Menschen im Vergleich

Die Analyse zeigte, dass die Einstellung zu älteren Menschen und die Einstellung zur Pflege dieser miteinander verbunden ist. Unterstützt wird dieses Ergebnis auch von Holmberg et al. (2022). In der schwedischen Studie konnte ebenfalls die allgemeine Einstellung zu älteren Menschen und die Einstellung zur Pflege von älteren Menschen in Beziehung gesetzt werden (Holmberg et al., 2022).

Unterschiede in der Einstellung zur Pflege von älteren Menschen und in der Einstellung zu älteren Menschen wurden im Gruppenvergleich ersichtlich. Pflegepersonen, die häufig mit Menschen die 80 Jahre oder älter sind, arbeiteten, wiesen eine positivere Einstellung zur Pflege auf als jene die selten mit Menschen

aus dieser Altersgruppe arbeiteten. Im Gegensatz dazu zeigten Pflegepersonen, die selten mit Menschen 80+ arbeiteten eine positivere Einstellung zu älteren Menschen, als jene die häufig mit ihnen arbeitete.

Dieses Ergebnis unterstützt die Schlussfolgerung von Holmberg et al. (2022), dass die Beziehung zwischen der Einstellung zu älteren Menschen und der Einstellung zur Pflege von älteren Menschen komplex ist. In der Studie von Holmberg et al. (2022) wurde ebenfalls eine häufige Interaktion mit Patient*innen die 80 Jahre oder älter sind mit einer positiven Einstellung zur Pflege und einer allgemein negativen Einstellung zu älteren Menschen in Verbindung gebracht. Weiters hatten Pflegepersonen eine positive Einstellung, die eine geriatrische oder gerontologische Ausbildung absolviert hatten und eine negative Einstellung zu älteren Menschen allgemein (Holmberg et al., 2022). Dies war in der Analyse der österreichischen Pflegepersonen nicht der Fall. Pflegepersonen, die eine geriatrische oder gerontologische Ausbildung absolviert hatten, hatten zwar eine positivere Einstellung zur Pflege von älteren Menschen, es konnten aber keine Unterschiede in der Einstellung zu älteren Menschen festgestellt werden.

4.2.5 Einstellungen von Studierenden der Pflege im Vergleich

Schüttengruber et al. (2022) untersuchte in Österreich die Einstellung von Studierenden der Pflege, Medizin und Geisteswissenschaften zu älteren Menschen. Die Student*innen hatten eine leicht negative Einstellung zu Menschen über 80 Jahren. Studierende der Medizin zeigten mehr negative Einstellungen als Studierende der Pflege und Geisteswissenschaften. Menschen, die 80 Jahre oder älter sind, wurden von Studierenden als abhängig von anderen gesehen, unsicher und nicht gesund gesehen. Die Möglichkeit mit einer Person im Alter von 80 Jahren und älter über persönliche Themen zu sprechen und das Wissen über Altersdiskriminierung wurden als wichtige Einflussfaktoren identifiziert. Die Studierenden, die über Altersdiskriminierung Bescheid wussten und die Möglichkeit hatten mit Menschen 80+ über persönliche Themen zu sprechen, hatten eine positivere Einstellung zu älteren Menschen (Schüttengruber et al., 2022).

Ähnliche Ergebnisse konnten auch in dieser Untersuchung identifiziert werden. Ausgebildete österreichische Pflegepersonen, die viele persönliche Themen mit Menschen 80+ besprechen konnten, zeigten eine positivere Einstellung hinsichtlich

der Pflege von älteren Menschen. Der Faktor Wissen über Altersdiskriminierung stand auch mit einer positiveren Einstellung hinsichtlich der Pflege von älteren Menschen in Verbindung. Die Ergebnisse zeigten zwar ein ähnliches Bild, dennoch ist hier zu beachten, dass die Studierenden hinsichtlich der Einstellung von älteren Menschen analysiert wurden und in dieser Arbeit die Einstellung zur Pflege dieser im Fokus stand.

Allerdings kann dieser Vergleich durch die Ergebnisse von Mohamed und DeCoito (2022) gestützt werden. In der kanadischen Studie wurden Studierende der Pflege und bereits arbeitende Pflegepersonen eingeschlossen. Es konnte kein signifikanter Unterschied zwischen der Einstellung von Studierenden und der Einstellung von Pflegepersonen mit einer abgeschlossenen Ausbildung zur Pflege von älteren Menschen festgestellt werden (Mohamed and DeCoito, 2023).

Weiters wurden in der Studie von Heckmann et al. (2022) schwedische Studierende der Pflege im Vergleich zu den österreichischen Studierenden der Pflege hinsichtlich der Einstellung zu älteren Menschen analysiert. Schwedische Studierende hatten diesbezüglich eine positivere Einstellung. In der schwedischen Erhebung konnte das Land, das Alter und ein älteres Familienmitglied oder entsprechende Bekannte, in Verbindung mit der Einstellung gebracht werden. Studierende, die ein älteres Familienmitglied oder entsprechenden Bekannten hatten, hatten eine positivere Einstellung. Das höhere Alter führte ebenfalls zu einer positiveren Bewertung (Heckmann et al., 2022). In der Analyse der österreichischen Pflegepersonen wurde ebenfalls festgestellt, dass ältere Pflegepersonen eine positivere Einstellung zur Pflege aufwiesen. Weiters konnte auch der Faktor, eine Person, die 80 Jahre oder älter ist in der Familie oder im Freundeskreis zu haben, mit einer positiveren Einstellung in Verbindung gebracht werden.

Das systematische Review von Allué-Sierra et al. (2023) zeigte, dass die allgemeine Einstellung von Studierenden der Pflege zum Alter positiv war. Eine weibliche Studentin zu sein, sich im letzten Studienjahr zu befinden und einen regelmäßigen Kontakt oder ein Zusammenleben mit einem älteren Menschen zu haben, waren drei wichtige Faktoren für eine positive Einstellung gegenüber älteren Menschen (Allué-Sierra et al., 2023). Weibliche Pflegepersonen, Pflegepersonen mit mehr als

10 Jahren an Arbeitserfahrung und Pflegepersonen, die häufigen Kontakt beziehungsweise einen Menschen 80+ in der Familie oder Freundeskreis hatten, wiesen auch in der österreichischen Erhebung eine positivere Einstellung zur Pflege von älteren Menschen auf.

4.3 Unterschiede in der Einstellung der Pflegepersonen

In den Grundcharakteristika und Eigenschaften der Pflegepersonen konnten Unterschiede hinsichtlich der Einstellung zur Pflege von Menschen, die 80 Jahre oder älter sind, festgestellt werden.

In Österreich hatten weibliche Pflegepersonen eine positivere Einstellung zur Pflege von älteren Menschen. Das Geschlecht zeigte sich in der Studie von Holmberg et al. (2022) ebenfalls als Einflussfaktor. In Schweden wiesen weibliche Pflegepersonen ebenfalls eine positivere Einstellung zur Pflege von älteren Menschen auf. In der Studie von Fita et al. (2021), welche in Äthiopien durchgeführt wurde, konnte ebenso ein signifikanter Unterschied zwischen den Geschlechtern festgestellt werden. Weibliche Pflegepersonen hatten eine positivere Einstellung als männliche Pflegepersonen. Unterstützt werden diese Ergebnisse durch eine weitere Studie aus Ghana. Yakubu et al. (2022) stellte ebenfalls fest, dass weibliche Pflegepersonen eine positivere Einstellung hatten als ihre männlichen Kollegen. In einer portugiesischen Studie konnte das Geschlecht nicht in einem signifikantem Zusammenhang mit der Einstellung zur Pflege von älteren Menschen gebracht werden (de Almeida Tavares et al., 2015).

In Österreich wiesen Pflegepersonen, die 50 Jahre oder älter waren, eine positivere Einstellung auf als Pflegepersonen, die unter 35 Jahre waren. Die Gruppe im Alter von 35 bis 49 Jahren zeigte ebenso eine positivere Einstellung als die jüngeren Pflegepersonen. In der schwedischen Studie von Holmberg et al. (2022) wurde ebenfalls ein signifikanter Zusammenhang zwischen höherem Alter und einer positiveren Einstellung festgestellt. Im Gegensatz dazu konnte in der kanadischen Studie von Mohamed und DeCoito (2022) kein signifikanter Zusammenhang zwischen Alter der Pflegeperson und der Einstellung zur Pflege von älteren Menschen festgestellt werden. Auch in der Studie von de Almeida Tavares et al. (2015) konnte kein signifikanter Zusammenhang hinsichtlich der Einstellung und dem Alter der Pflegeperson festgestellt werden.

In der belgischen Studie von Schroyen et al. (2016) konnte ein positiver Zusammenhang zwischen dem Alter und genannter positiver Wörter festgestellt werden. Onkologische Pflegepersonen wurden gebeten, die ersten fünf Wörter zu nennen, die ihnen einfielen, wenn sie an einen älteren Menschen denken. Ältere Pflegepersonen nannten mehr positive Wörter (Schroyen et al., 2016).

In Österreich konnte kein signifikanter Unterschied zwischen akademisch ausgebildeten Pflegepersonen und Pflegepersonen, die keine akademische Ausbildung hatten, hinsichtlich der Einstellung zur Pflege von Menschen 80+, festgestellt werden. Weiters zeigten Pflegepersonen ohne Diplom, Pflegepersonen mit Diplom und Pflegepersonen mit Diplom und einer Spezialisierung, beispielsweise in der Intensivpflege, keine signifikanten Unterschiede in der Einstellung zur Pflege. Yakubu et al. (2022) stellte ebenso in einer Studie, die in Ghana durchgeführt wurde, fest, dass kein Zusammenhang zwischen dem Bildungsstand des Pflegepersonals und ihrer positiven Einstellung bestand.

Im Gegensatz dazu zeigten höher ausgebildete finnische Pflegepersonen - „*registered nurses*“- eine positivere Einstellung zur Pflege älterer Menschen als Pflegepersonen - „*primary nurses*“- die für die Grundpflege zuständig waren (Eloranta et al., 2014). Laut Liu et al. (2015) äußerten in Großbritannien Pflegepersonen mit einem postgradualen Studium fast dreimal häufiger positive Einstellungen hinsichtlich der Arbeit mit älteren Patient*innen als jene die ein Hochschuldiplom als höchsten Abschluss aufweisen konnten (Liu et al., 2015). In einer in Äthiopien durchgeführten Studie, zeigte sich, dass Pflegepersonen mit einem Bachelorabschluss mit einer höheren Wahrscheinlichkeit eine negativere Einstellung zur Pflege von älteren Menschen hatten, als jene Pflegepersonen die einen Masterabschluss vorweisen konnten. Pflegepersonen mit einem Diplomabschluss wiesen die negativsten Einstellungen auf (Mitike et al., 2023). Fita et al. (2021) zeigte ebenfalls in Äthiopien, dass Pflegepersonen mit einem Bachelorabschluss eine positivere Einstellung gegenüber der Pflege von älteren Menschen hatten, als jene die einen Diplomabschluss vorweisen konnten.

Der Unterschied zu österreichischen Pflegepersonen könnte darauf zurückzuführen sein, dass der direkte Vergleich hinsichtlich der Einstellung und des Ausbildungsstandes der Pflegepersonen sich als schwierig erweist. In anderen

Ländern herrschen unterschiedliche Berufsbezeichnungen und eine andere Gesetzeslage.

Laut dem integrativen Review von Rush et al. (2017) wurde der Zusammenhang von Aus- und Weiterbildung von Pflegepersonen mit der Einstellung von Pflegepersonen zur Pflege älterer Menschen bereits mehrmals untersucht. Eine spezielle geriatrische Ausbildung wurde mit der Einstellung der Pflegepersonen in Verbindung gebracht (Rush et al., 2017). In der österreichischen Erhebung wiesen Pflegepersonen mit einer geriatrischen oder gerontologischen Ausbildung eine positivere Einstellung auf, als jene die keine absolviert hatten. Vor allem Pflegepersonen, die diese Ausbildungen im Rahmen eines Masterstudiums oder Universitätslehrganges absolviert hatten, wiesen eine positivere Einstellung auf als jene, die dies im Zuge der pflegerischen Ausbildung absolvierten. In der schwedischen Erhebung von Holmberg et al. (2022) konnte dieser Einflussfaktor auch festgestellt werden. Pflegepersonen zeigten eine positivere Einstellung hinsichtlich Pflege von älteren Menschen, wenn diese eine Ausbildung in der Geriatrie beziehungsweise Gerontologie aufweisen konnten (Holmberg et al., 2022).

Mitike et al. (2023) konnte in Äthiopien ebenfalls einen positiven Zusammenhang zwischen einer Schulung in der Pflege von älteren Menschen und einer positiven Einstellung feststellen. In einer kanadischen Studie wurde auch ein positiver statistisch signifikanter Zusammenhang zwischen dem Wissen in der Pflege von geriatrischen Patient*innen und der Einstellung zur Pflege von diesen festgestellt (Mohamed and DeCoito, 2023). Eine portugiesische Studie zeigte ebenfalls, dass Pflegepersonen die eine Weiterbildung mit gerontologischen Inhalten oder mit einer Spezialisierung in der Altenpflege, die Pflege von älteren Menschen positiver wahrnahmen als jene die keine zusätzliche Bildung dazu hatten (de Almeida Tavares et al., 2015).

Österreichische Pflegepersonen, die im Langzeitsetting arbeiteten, hatten eine positivere Einstellung zur Pflege von älteren Menschen, als jene die im akuten Bereich tätig waren. Holmberg et al. (2022) konnte ebenso einen Zusammenhang zwischen Arbeitsbereich und der Einstellung feststellen. Pflegepersonen, die in der Langzeitpflege tätig waren, wiesen eine positivere Einstellung auf (Holmberg et al.,

2022). Weiters stellte Holmberg et al. (2022) fest, dass das Arbeiten im stationären Bereich mit einer negativeren Einstellung hinsichtlich der Pflege von Menschen 80+ assoziiert war. Österreichische Pflegepersonen, die nicht in der Pflegepraxis tätig waren, zeigten ebenfalls eine positivere Einstellung zur Pflege älterer Menschen. In der Studie von Liu et al. (2015), wiesen Pflegepersonen eine positivere Einstellung zur Pflege von älteren Menschen auf, wenn diese in leitenden Positionen tätig waren, im Gegensatz zu jenen, die in der Pflegepraxis arbeiteten.

In Österreich zeigte sich, dass Pflegepersonen die mehr als zehn Jahre an Berufserfahrung hatten, eine positivere Einstellung hinsichtlich der Pflege von älteren Menschen aufwiesen. Die Berufserfahrung wirkte sich günstig auf die Einstellung der Pflegeperson aus. Eine umfangreiche Berufserfahrung wirkte sich ebenfalls in der schwedischen Erhebung von Holmberg et al. (2022) positiv auf die Einstellung der Pflegepersonen hinsichtlich der Pflege von älteren Menschen aus. Mitike et al. (2023) konnte ebenfalls feststellen, dass äthiopische Pflegepersonen mit mehr als zehn Jahren an Berufserfahrung eine positivere Einstellung hatten, als jene mit sechs bis zehn Jahren an Berufserfahrung. Im Gegensatz dazu stellte die portugiesische Studie von de Almeida Tavares et al. (2015) fest, dass die Berufserfahrung der Pflegepersonen in keinem signifikanten Zusammenhang mit der Einstellung zur Pflege von älteren Menschen stand. Eine Studie die in Ghana durchgeführt wurde, zeigte ebenfalls keine signifikanten Unterschiede in der Einstellung zwischen Pflegepersonen die fünf Jahre oder weniger gearbeitet haben und jene die mehr als fünf Jahre an Berufserfahrung aufweisen konnten (Attafuah et al., 2022). In der kanadischen Studie von Mohamed und DeCoito (2022) konnte ebenfalls kein Zusammenhang zwischen der Einstellung zur Pflege von älteren Menschen und der Arbeitserfahrung in Jahren festgestellt werden (Mohamed and DeCoito, 2023).

Pflegepersonen, die in Österreich arbeiteten, zeigten eine positivere Einstellung gegenüber der Pflege von älteren Menschen, wenn sie häufig mit älteren Patient*innen zu tun hatten. Schwedische Pflegepersonen die täglich mit älteren Patient*innen zu tun hatten, hatten ebenfalls eine positivere Einstellung (Holmberg et al., 2022). Weiters zeigte Fita et al. (2021), dass Pflegepersonen, die Erfahrungen in der Pflege von älteren Menschen hatten eine positivere Einstellung aufwiesen, als jene die noch nicht mit älteren Menschen gearbeitet haben. In einer in Russland

durchgeführten Studie konnte kein Zusammenhang zwischen der Einstellung von Pflegepersonen zu Altersdiskriminierung und ihren Umgang mit älteren Patient*innen festgestellt werden (Punchik et al., 2021).

Die Analyse der österreichischen Pflegepersonen zeigte, dass jene, die einen älteren Menschen im engen Familien- oder Freundeskreis hatten, eine positivere Einstellung gegenüber der Pflege von älteren Menschen aufwiesen. In einer äthiopischen Studie wiesen Pflegepersonen, die mit einem älteren Menschen zusammenlebten, ebenfalls eine positivere Einstellung zur Pflege auf (Fita et al., 2021). Im Gegensatz dazu zeigte Attafuah et al. (2022) in Ghana, dass das Zusammenleben mit einem älteren Menschen oder ein älteres Familienmitglied zu haben, keinen Einfluss auf die Einstellung der Pflegepersonen hatte.

4.4 Stärken und Limitationen

Eine Stärke dieser Sekundärdatenanalyse ist die hohe Teilnehmeranzahl. 1258 Pflegepersonen konnten insgesamt in die Analyse eingeschlossen werden. Eine weitere Stärke ist, dass psychometrisch gültige und zuverlässige Instrumente verwendet wurden.

Als nachteilig ist die Tatsache anzusehen, dass die PCOP-Skala zwar aus der Originalsprache übersetzt und rückübersetzt wurde, aber das Instrument nicht im Rahmen eines Pilotversuchs auf seine Validität überprüft wurde. Beide verwendeten Instrumente (ASD, PCOP-Skala) sind Selbstauskunftsinstrumente. Selbstauskunft kann immer zu einer Verzerrung führen. Manche Pflegepersonen haben möglicherweise versucht einen guten Eindruck auf die Forscher*innen beziehungsweise auf Arbeitgeber*innen zu machen. Dies könnten die Ergebnisse beeinflusst haben.

Eine zusätzliche Stärke ist, dass in der Umfrage ältere Menschen als Personen im Alter von 80 Jahren und älter spezifiziert wurden. Häufig wird in anderen Studien allgemein der Terminus des älteren Menschen verwendet ohne das Alter festzulegen (Gluth et al., 2010). Das könnte die Ergebnisse beeinflussen, da die Teilnehmer*innen möglicherweise ein unterschiedliches Verständnis von „ältere Menschen“ haben. Die Spezifizierung des Alters wirkte dem entgegen.

5 Schlussfolgerung

Weibliche, ältere Pflegepersonen mit einem höheren Grad an Arbeitserfahrung zeigten in Österreich eine positivere Einstellung zur Pflege von Menschen die 80 Jahre oder älter sind. Pflegepersonen, die eine geriatrische Ausbildung absolviert hatten, vor allem wenn diese im Rahmen eines Masterstudiums oder Universitätslehrganges absolviert wurde, wiesen eine positivere Einstellung auf. Weiters zeigte sich, dass Pflegepersonen, die in der Langzeitpflege arbeiteten und im Bereich des Managements tätig waren, eine positivere Einstellung hatten. Der Kontakt mit Menschen 80+ erwies sich ebenfalls als bedeutender Faktor. Häufig mit Patient*innen 80+ zu arbeiten, ein älteres Familienmitglied oder Bekannte im Freundeskreis zu haben, sowie die Tatsache, mit diesen älteren Menschen persönliche Themen besprechen zu können, wirkten sich positiv auf die Einstellung der Pflegepersonen aus. Das Wissen über Altersdiskriminierung hatte ebenso positive Auswirkungen auf die Einstellung. In der internationalen Literatur konnten viele dieser oben genannten Eigenschaften als Einflussfaktoren für die Einstellung zur Pflege von älteren Menschen festgestellt werden. Eine Generalisierung dieser Faktoren ist dennoch nicht durchführbar, da unterschiedliche Erhebungsinstrumente verwendet wurden und die Einstellung zur Pflege nicht immer im Fokus der Erhebung stand.

Zusammenfassend ist die Einstellung der Pflegepersonen hinsichtlich der Pflege von älteren Menschen in Österreich positiv. Da diese gleichzeitig mit der Bereitschaft zur Pflege verbunden ist, ist es dennoch notwendig, diese Einstellung weiter zu verbessern. Vor allem die Faktoren Kontakt und Wissen über die Pflege von älteren Menschen stellten sich als wichtige Ansatzpunkte für Interventionen heraus. Dieses Ergebnis unterstützt die Hypothese des erweiterten Kontaktes (Wright et al., 1997). Weiters stellte Burnes et al. (2019) bereits fest, dass generationsübergreifender Kontakt zusammen mit Bildung die größten Auswirkungen auf die Einstellung gegenüber älteren Menschen hatte. Dieser Ansatzpunkt sollte in Zukunft in der Planung von Interventionen berücksichtigt werden. Die Ergebnisse deuten auch darauf hin, dass bereits in der Ausbildung die Faktoren Wissen und Kontakt mit älteren Menschen berücksichtigt werden sollten. Geschulte Pflegepersonen mit der Bereitschaft zur Pflege von älteren Menschen sind notwendig, um die kommenden Herausforderungen, bewältigen zu können.

5.1 Empfehlungen für Praxis

In der Pflegepraxis sollten pädagogische Interventionen umgesetzt werden, um die Einstellung der Pflegepersonen weiter zu verbessern und dadurch die Qualität der Pflege und die Bereitschaft zur Pflege von älteren Menschen zu verbessern. Vor allem männliche, jüngere Pflegepersonen mit wenig Berufserfahrung und Pflegepersonen, die in der Pflegepraxis tätig sind, sollten hierbei die Zielgruppe sein.

Weiters sollten Ausbildungsprogramme für künftige Pflegepersonen dahingehend gestaltet werden. Generationsübergreifender Kontakt zusammen mit Bildung zur Pflege von älteren Menschen sollte im Fokus stehen.

5.2 Empfehlungen für Forschung

Um ein tieferes Verständnis für unterschiedliche Aspekte der Einstellung zur Pflege von älteren Menschen zu erhalten, sollten qualitative Methoden genutzt werden. Die Durchführung von Interviews mit Einzelpersonen beziehungsweise Fokusgruppeninterviews können dazu beitragen, um ein tieferes Verständnis zu erhalten.

Zukünftige Forschung sollte das Alter einheitlich definieren und zur Beurteilung der Einstellung zur Pflege von älteren Menschen dieselben Erhebungsinstrumente verwenden, damit die Ergebnisse aus den verschiedenen Ländern beziehungsweise Kontinenten verglichen werden können. Dadurch können kulturelle Unterschiede besser untersucht werden.

6 Literaturverzeichnis

- ADIBELLI, D. & KILIÇ, D. 2013. Difficulties experienced by nurses in older patient care and their attitudes toward the older patients. *Nurse Educ Today*, 33, 1074-1078.
- AJZEN, I. 2012. Values, Attitudes, and Behavior. In: S. Salzborn, E. Davidov, J. Reinecke, (Hrsg.), *Methods, Theories, and Empirical Applications in the Social Sciences*. VS Verlag für Sozialwissenschaften, 33-38.
- ALLUÉ-SIERRA, L., ANTÓN-SOLANAS, I., RODRÍGUEZ-ROCA, B., ANGUAS-GRACIA, A., ECHÁNIZ-SERRANO, E., FERNÁNDEZ-RODRIGO, M. T., NAVAS-FERRER, C., SUBIRÓN-VALERA, A. B., URCOLA-PARDO, F. & SATÚSTEGUI-DORDÁ, P. J. 2023. Ageism and nursing students, past or reality?: A systematic review. *Nurse Educ Today*, 122, 1-11.
- ALTMANN, T. K. 2008. Attitude: a concept analysis. *Nurs Forum*, 43, 144-150.
- AMRHEIN, L. 2013. Die soziale Konstruktion von „Hochaltrigkeit“ in einer jungen Altersgesellschaft. *Z Gerontol Geriatr*, 46, 10-15.
- ARANI, M. M., AAZAMI, S., AZAMI, M. & BORJI, M. 2017. Assessing attitudes toward elderly among nurses working in the city of Ilam. *Int J Nurs Sci*, 4, 311-313.
- ARGAW, Z., TAMIRU, S., AYALEW, Y. & HABTE, T. 2019. Knowledge and attitude towards care of elder patients and associated factors among nurses working in government hospitals in Addis Ababa, Ethiopia. *International Journal of Scientific & Engineering Research* 9(12), 1–14.
- ATTAFUAH, P. Y. A., AMERTIL, N. P., ABUOSI, A. A. & NYONATOR, D. 2022. Nurses knowledge and attitude towards care of older patients: A cross-sectional study. *International Journal of Africa Nursing Sciences*, 16, 1-6.
- AYALON, L., DOLBERG, P., MIKULIONIENĖ, S., PEREK-BIAŁAS, J., RAPOLIENĖ, G., STYPINSKA, J., WILLIŃSKA, M. & DE LA FUENTE-NÚÑEZ, V. 2019. A systematic review of existing ageism scales. *Ageing Res Rev*, 54, 1-9.
- BALTES, P. B. & SMITH, J. 2003. New frontiers in the future of aging: from successful aging of the young old to the dilemmas of the fourth age. *Gerontology*, 49, 123-135.
- BAŞER, G. & CINGIL, D. 2018. Attitudes toward the older persons and ageism attitudes of healthcare assistants working in nursing homes. *Turk Geriatri Dergisi*, 21, 446-455.
- BEHRENS, J. & LANGER, G. 2016. *Evidence-based nursing and caring: Methoden und Ethik der Pflegepraxis und Versorgungsforschung : vertrauensbildende Entzauberung der "Wissenschaft"*, Ber, Hogrefe.
- BLEIJENBERG, N., JANSEN, M. & SCHUURMANS, M. 2012. Dutch nursing students' knowledge and attitudes towards older people - A longitudinal study. *J Nurs Educ Pract.*, 2, 1-8.
- BUNDESMINISTERIUM FÜR FINANZEN 2023. Landesrecht konsolidiert Steiermark: Gesamte Rechtsvorschrift für Personalausstattungsverordnung 2017 – PAVO, Fassung vom 12.10.2023. Austria.
- BUNDESMINISTERIUM FÜR SOZIALES, G., PFLEGE UND KONSUMENTENSCHUTZ. 2023a. *Gesundheitsziele für Österreich* [Online]. Available: <https://www.gesundheit.gv.at/gesundheitsleistungen/gesundheitsfoerderung/gesundheitsziele.html> [Accessed 09.11. 2023].

- BUNDESMINISTERIUM FÜR SOZIALES, G., PFLEGE UND KONSUMENTENSCHUTZ 2022. *Stationäre Aufenthalte nach Altersgruppen und Geschlecht* [Online]. Available: <http://www.kaz.bmgf.gv.at/ressourcen-inanspruchnahme/stationaere-aufenthalte.html> [Accessed 25.11 2023].
- BUNDESMINISTERIUM FÜR SOZIALES, G., PFLGEGE UND KONSUMENTENSCHUTZ,. 2023b. *Gesundheitsziele Österreich, internationaler Hintergrund* [Online]. Available: <https://gesundheitsziele-oesterreich.at/internationaler-hintergrund/> [Accessed 09.11 2023].
- BURBANK, P. M., BURKHOLDER, G. J. & DUGAS, J. 2018. Development of the Perspectives on Caring for Older Patients scale: Psychometric analyses. *Appl Nurs Res*, 43, 98-104.
- BURNES, D., SHEPPARD, C., HENDERSON, C. R., JR., WASSEL, M., COPE, R., BARBER, C. & PILLEMER, K. 2019. Interventions to Reduce Ageism Against Older Adults: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Am J Public Health*, 109, 1-9.
- BUTLER, R. N. 1969. Age-ism: another form of bigotry. *Gerontologist*, 9, 243-246.
- CADIEUX, J., CHASTEEN, A. L. & PACKER PH, D. D. 2019. Intergenerational Contact Predicts Attitudes Toward Older Adults Through Inclusion of the Outgroup in the Self. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*, 74, 575-584.
- CHENG, H. L., LAM, S. C., CRUZ, J. P., ALMAZAN, J. U., MACHUCA-CONTRERAS, F. A., CECILY, H. S. J., RADY, H., PAPATHANASIOU, I. V., GHRAYEB, F., QTAIT, M., LIU, X. L. & BALAY-ODAO, E. M. 2022. Willingness to care for older people and associated factors in pre-registered student nurses: A multi-country survey study. *Nurse Educ Today*, 110, 1-7.
- ÇÜRÜK, G. N. & ÖZGÜL, E. 2022. Attitudes of oncology nurses regarding ageism. *Support Care Cancer*, 30, 5441-5447.
- DAI, F., LIU, Y., JU, M. & YANG, Y. 2020. Nursing students' willingness to work in geriatric care: An integrative review. *Nursing Open*, 8, 2061–2077.
- DE ALMEIDA TAVARES, J. P., DA SILVA, A. L., SÁ-COUTO, P., BOLTZ, M. & CAPEZUTI, E. 2015. Portuguese nurses' knowledge of and attitudes toward hospitalized older adults. *Scand J Caring Sci*, 29, 51-61.
- DE CONINCK, L., DECLERCQ, A., BOUCKAERT, L., DÖPP, C., GRAFF, M. J. L. & AERTGEERTS, B. 2023. The willingness and barriers to collaborate in the care of frail older adults: perspectives of primary care professionals. *BMC Geriatr*, 23, 1-12.
- DOROSZKIEWICZ, H. & SIERAKOWSKA, M. 2021. Factors associated with risk of care dependency in disabled geriatric patients. *Scand J Caring Sci*, 35, 134-142.
- DOROSZKIEWICZ, H., SIERAKOWSKA, M. & MUSZALIK, M. 2018. Utility of the Care Dependency Scale in predicting care needs and health risks of elderly patients admitted to a geriatric unit: a cross-sectional study of 200 consecutive patients. *Clin Interv Aging*, 13, 887-894.
- EAGLY, A. H. & CHAIKEN, S. 1993. *The psychology of attitudes.* , New York, NY: Harcourt Brace Jovanovich College Publishers.
- ELORANTA, S., ARVE, S., ISOAHO, H., ARO, I., KALAM-SALMINEN, L. & ROUTASALOD, P. 2014. Finnish nurses' perceptions of care of older patients. *Int J Nurs Pract*, 20, 204-211.
- EUROPEAN COMMISSION 2023. The impact of demographic change – in a changing environment. European Commission. [Online]. Available:

- the impact of demographic change in a changing environment 2023.PDF (europa.eu) [Accessed 05.10. 2023].
- EUROSTAT. 2023a. *Population by age group* [Online]. Available: https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/TPS00010/default/table?lang=en&category=demo.demo_ind [Accessed 05.10. 2023].
- EUROSTAT. 2023b. *Self-perceived long-standing limitations in usual activities due to health problem by sex, age and income quintile* [Online]. Available: https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/HLTH_SILC_12_custom_5602012/default/table?lang=en [Accessed 05.10 2023].
- FIELD, A. 2018. *Discovering statistics using IBM SPSS statistics.* , London, UK, SAGE Publications.
- FISHBEIN, M. & AJZEN, I. 1975. *Belief, attitude, intention and behaviour: An introduction to theory and research.*
- FISHBEIN, M. & AJZEN, I. 2011. *Predicting and changing behavior: The reasoned action approach,* Taylor & Francis.
- FITA, F., MEKONNEN, H. S., ENDALEW, H. L. & AZAGEW, A. W. 2021. Knowledge, attitude, and associated factors towards older people care among nurses working at public hospitals in West Shoa zone, Oromia region, Ethiopia. *BMC Nurs*, 20, 1-12.
- FLINKMAN, M., LEINO-KILPI, H., NUMMINEN, O., JEON, Y., KUOKKANEN, L. & MERETOJA, R. 2017. Nurse Competence Scale: a systematic and psychometric review. *J Adv Nurs*, 73, 1035-1050.
- FRIES, J. 1980. Aging, Natural Death, and the Compression of Morbidity. *The New England journal of medicine*, 303, 130-135.
- GALZIGNATO, S., VERONESE, N. & SARTORI, R. 2021. Study of the attitudes and future intentions of nursing students towards working with older people: an observational study. *Aging Clin Exp Res*, 33, 3117-3122.
- GILLEARD, C. & HIGGS, P. 2010. Aging without agency: theorizing the fourth age. *Aging Ment Health*, 14, 121-128.
- GILLIS, A., MACDONALD, B. & MACISAAC, A. 2008. Nurses' knowledge, attitudes, and confidence regarding preventing and treating deconditioning in older adults. *J Contin Educ Nurs*, 39, 547-554.
- GLUTH, S., EBNER, N. & SCHMIEDEK, F. 2010. Attitudes toward younger and older adults : The German Aging Semantic Differential. *International Journal of Behavioral Development*, 34(2), 147-158.
- HAJAT, C. & STEIN, E. 2018. The global burden of multiple chronic conditions: A narrative review. *Prev Med Rep*, 12, 284-293.
- HAMMOURI, A., TAANI, M. H. & ELLIS, J. 2022. Ageism in the Nursing Care of Older Adults: A Concept Analysis. *ANS Adv Nurs Sci*, 00, 1-14.
- HARWOOD, J. 2020. *Social Identity Theory*. In *The International Encyclopedia of Media Psychology*, J. Bulck (Hrsg.), *The International Encyclopedia of Media Psychology*. Online. John Wiley & Sons, 1-7.
- HECKEMANN, B., SCHÜTTENGRUBER, G., WOLF, A., GROßSCHÄDL, F. & HOLMBERG, C. 2022. Attitudes towards oldest-old adults (age ≥80 years): A survey and international comparison between Swedish and Austrian nursing students. *Scand J Caring Sci*, 36, 1083-1093.
- HIGGINS, I., VAN DER RIET, P., SLATER, L. & PEEK, C. 2007. The negative attitudes of nurses towards older patients in the acute hospital setting: a qualitative descriptive study. *Contemp Nurse*, 26, 225-37.

- HIMANEN, S. & SALIN, S. 2023. The influence of prior work experience in aged care on nursing students' views on aged care nursing: A systematic review. *Scand J Caring Sci*, 00, 1–13.
- HOLMBERG, C., WOLF, A., OLSSON, M. M. & HECKEMANN, B. 2022. Nurses' general attitudes and caregiving-specific perceptions toward the oldest-old: A nationwide survey. *Int J Nurs Stud*, 136, 1-11.
- HOLZWEBER, L., PILWARSCH, J., ZACH, M., GRUBÖCK, A., MATHISEDENHOFER, S. & WALLNER, A. 2022. Jahresbericht Gesundheitsberuferegister 2021. Wien.
- IVERSEN, T. N., LARSEN, L. & SOLEM, P. E. 2009. A conceptual analysis of Ageism. *Nordic Psychology*, 61(3), 4-22.
- JEYASINGAM, N., MCLEAN, L., MITCHELL, L. & WAND, A. P. F. 2023. Attitudes to ageing amongst health care professionals: a qualitative systematic review. *Eur Geriatr Med*, 5, 889-908.
- KABATOVA, O., PUTEKOVA, S., MARTINKOVA, J. & ZÁHORECOVÁ, H. 2016. Nurses' attitudes and knowledge of the geriatric age issue. *Kontakt*, 18, 213-218.
- KESSLER, E. M. & BLACHETTA, C. 2020. Age cues in patients' descriptions influence treatment attitudes. *Aging Ment Health*, 24, 193-196.
- KITE, M., STOCKDALE, G., JR, B. & JOHNSON, B. 2005. Attitudes Toward Younger and Older Adults: An Updated Meta-Analytic Review. *Journal of Social Issues*, 61, 241-266.
- KNUUTILA, M., LEHTI, T. E., KARPPINEN, H., KAUTIAINEN, H., STRANDBERG, T. E. & PITKALA, K. H. 2021. Associations of perceived poor societal treatment among the oldest-old. *Arch Gerontol Geriatr*, 93, 1-7.
- KOSKINEN, S., BURKE, E., FATKULINA, N., FUSTER, P., LÖYTTYNIEMI, E., SALMINEN, L., STUBNER, J., THORSTEINSSON, H. S. & LEINO-KILPI, H. 2022. Graduating nurse students' interest in older people nursing-A cross-sectional survey in six European countries. *Int J Older People Nurs*, 17, 1-14.
- KYDD, A. & FLEMING, A. 2015. Ageism and age discrimination in health care: Fact or fiction? A narrative review of the literature. *Maturitas*, 81, 432-438.
- KYDD, A., FLEMING, A., PAOLETTI, I. & HVALIČ TOUZERY, S. 2020. Exploring Terms Used for the Oldest Old in the Gerontological Literature. *Journal of Aging and Social Change*. 10, 53-73.
- LAMPERSBERGER, L. M., SCHÜTTENGRUBER, G., LOHRMANN, C. & GROßSCHÄDL, F. 2022. Nurses' perspectives on caring for and attitudes towards adults aged eighty years and older. *Scand J Caring Sci*, 37, 458-471.
- LASLETT, P. 1995. *Historische Soziologie des Alterns*, Weinheim; München, Juventa-Verlag.
- LIMESURVEY 2021. LimeSurvey: an open source survey tool. Hamburg, Germany: LimeSurvey GmbH.
- LIU, X. L., CHENG, H. L. & LAM, S. C. 2022. Predicting undergraduate nursing students' willingness to care for older adults: A multicenter cross-sectional study in Asia. *Nurs Open*, 9, 1402-1411.
- LIU, Y. E., NORMAN, I. J. & WHILE, A. E. 2013. Nurses' attitudes towards older people: a systematic review. *Int J Nurs Stud*, 50, 1271-1282.

- LIU, Y. E., NORMAN, I. J. & WHILE, A. E. 2015. Nurses' attitudes towards older people and working with older patients: an explanatory model. *J Nurs Manag*, 23, 965-973.
- MANSOURI ARANI, M., AAZAMI, S., AZAMI, M. & BORJI, M. 2017. Assessing attitudes toward elderly among nurses working in the city of Ilam. *Int J Nurs Sci*, 4, 311-313.
- MEDIZINISCHE UNIVERSITÄT GRAZ. 2023. *Sonderausbildung in der Intensivpflege* [Online]. Available: <https://postgraduate-school.medunigraz.at/diagnostik-pflege-therapie/sonderausbildung-in-der-intensivpflege> [Accessed 08.10. 2023].
- MISHRA, P., PANDEY, C. M., SINGH, U., GUPTA, A., SAHU, C. & KESHRI, A. 2019. Descriptive statistics and normality tests for statistical data. *Ann Card Anaesth*, 22, 67-72.
- MITIKE, H., YIMAM, W., GOSHIYE, D. & KUMAR, K. P. 2023. Knowledge, Attitudes, Practices, and Associated Factors Towards Care of Elderly Patients among Nurses. *SAGE Open Nurs*, 9, 1-13.
- MOHAMED, A. F. H. & DECOITO, I. 2023. Curriculum, Theory, and Practice: Exploring Nurses' and Nursing Students' Knowledge of and Attitudes towards Caring for the Older Adults in Canada. *Can J Nurs Res*, 55, 216-229.
- NEUGARTEN, B. L. 1974. Age Groups in American Society and the Rise of the Young-Old. *The ANNALS of the American Academy of Political and Social Science*, 415, 187-198.
- NEVILLE, C., DICKIE, R. & GOETZ, S. 2013. What's Stopping a Career in Gerontological Nursing? Literature Review. *Journal of gerontological nursing*, 40, 1-9.
- NG, R. & LIM-SOH, J. W. 2021. Ageism Linked to Culture, Not Demographics: Evidence From an 8-Billion-Word Corpus Across 20 Countries. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*, 76, 1791-1798.
- OYETUNDE, M., OJO, O. & OJEWALE, L. 2013. Nurses' attitude towards the care of the elderly: Implications for gerontological nursing training. *Journal of Nursing Education and Practice*, 3, 150-158.
- POLAT, U., KARADAĞ, A., ULGER, Z. & DEMIR, N. 2014. Nurses' and physicians' perceptions of older people and attitudes towards older people: Ageism in a hospital in Turkey. *Contemp Nurse*, 48, 88-97.
- POLIT, D. & BECK, C. 2021. *Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice* Wolters Kluwer Health.
- PRATSCHER, K. 2023. *Betreuungs- und Pflegediensteder Bundesländer im Jahr 2021* [Online]. Available: https://www.statistik.at/fileadmin/pages/346/Betreuungs-und_Pflegedienste_der_Bundeslaender_im_Jahr_2021.pdf [Accessed 04.12 2023].
- PUNCHIK, B., TKACHEVA, O., RUNIKHINA, N., SHARASHKINA, N., OSTAPENKO, V., SAMSON, T., FREUD, T. & PRESS, Y. 2021. Ageism Among Physicians and Nurses in Russia. *Rejuvenation Res*, 24, 297-301.
- RABABA, M., HAMMOURI, A. M., HWEIDI, I. M. & ELLIS, J. L. 2020. Association of nurses' level of knowledge and attitudes to ageism toward older adults: Cross-sectional study. *Nurs Health Sci*, 22, 593-601.
- RATHNAYAKE, S., ATHUKORALA, Y. & SIOP, S. 2016. Attitudes toward and willingness to work with older people among undergraduate nursing

- students in a public university in Sri Lanka: A cross sectional study. *Nurse Educ Today*, 36, 439-444.
- REED, P. 2023. Discrimination against the dying. *J Med Ethics*, 0, 1-7.
- REISSMANN, M., GEITHNER, L., STORMS, A. & WOOPEN, C. 2021. Stereotypes about very old people and perceived societal appreciation in very old age. *Z Gerontol Geriatr*, 54, 93-100.
- ROCHE, M. A., FRIEDMAN, S., DUFFIELD, C., TWIGG, D. E. & COOK, R. 2017. A comparison of nursing tasks undertaken by regulated nurses and nursing support workers: a work sampling study. *J Adv Nurs*, 73, 1421-1432.
- ROSENCRANZ, H. A. & MCNEVIN, T. E. 1969. A factor analysis of attitudes toward the aged. *Gerontologist*, 9, 55-59.
- ROTHERMUND, K., KLUSMANN, V. & ZACHER, H. 2021. Age Discrimination in the Context of Motivation and Healthy Aging. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*, 76, 167-180.
- RUSH, K. L., HICKEY, S., EPP, S. & JANKE, R. 2017. Nurses' attitudes towards older people care: An integrative review. *J Clin Nurs*, 26, 4105-4116.
- SCHNITZER, S., BLÜHER, S., TETI, A., SCHAEFFNER, E., EBERT, N., MARTUS, P., SUHR, R. & KUHLMEY, A. 2020. Risk Profiles for Care Dependency: Cross-Sectional Findings of a Population-Based Cohort Study in Germany. *J Aging Health*, 32, 352-360.
- SCHROYNEN, S., MISSOTTEN, P., JERUSALEM, G., GILLES, C. & ADAM, S. 2016. Ageism and caring attitudes among nurses in oncology. *Int Psychogeriatr*, 28, 749-757.
- SCHÜTTENGRUBER, G., STOLZ, E., LOHRMANN, C., KRIEBERNEGG, U., HALFENS, R. & GROßSCHÄDL, F. 2022. Attitudes towards older adults (80 years and older): A measurement with the ageing semantic differential - A cross-sectional study of Austrian students. *Int J Older People Nurs*, 17, 1-10.
- SILBER, H., MOY, P., JOHNSON, T. P., NEUMANN, R., STADTMÜLLER, S. & REPKE, L. 2022. Survey participation as a function of democratic engagement, trust in institutions, and perceptions of surveys. *Social Science Quarterly*, 103, 1619-1632.
- SMITH, J., SAWHNEY, M., DUHN, L. & WOO, K. 2022. The Association Between new Nurses' Gerontological Education, Personal Attitudes Toward Older Adults, and Intentions to Work in Gerontological Care Settings in Ontario, Canada. *Can J Nurs Res*, 54, 190-198.
- STATISTA 2023. Beschäftigte im österreichischen Gesundheitswesen nach Berufsgruppen im Jahr 2021.
- STATISTIK AUSTRIA. 2022. *Betreuungs- und Pflegedienste* [Online]. Statistik Austria. Available: <https://www.statistik.at/statistiken/bevoelkerung-und-soziales/sozialeleistungen/betreuungs-und-pflegedienste> [Accessed 12.10 2023].
- STATISTIK AUSTRIA. 2023. *Einrichtungen und Personal im Gesundheitswesen* [Online]. Statistik Austria. Available: <https://www.statistik.at/statistiken/bevoelkerung-und-soziales/gesundheit/gesundheitsversorgung-und-ausgaben/einrichtungen-und-personal-im-gesundheitswesen> [Accessed 12.10 2023].
- SUN, N., XU, Z., HUA, C. L., QIU, X., PITTMAN, A., ABDUO, B. & BROWN, J. S. 2023. Self-perception of aging and perceived medical discrimination. *J Am Geriatr Soc*, 71, 3049-3058.

- TAJFEL, H. & TURNER, J. 1979. An integrative theory of inter-group conflict. *Austin WG, Worchel S, editors. The social psychology of intergroup relations*. Monterey: Brooks/Cole.
- TURNER, R. N., HEWSTONE, M., VOGLI, A. & VONOFAKOU, C. 2008. A test of the extended intergroup contact hypothesis: the mediating role of intergroup anxiety, perceived ingroup and outgroup norms, and inclusion of the outgroup in the self. *J Pers Soc Psychol*, 95, 843-860.
- UNITED NATIONS 2020. World Population Ageing 2019. United Nations.
- VISINTIN, E. P. 2021. Contact with older people, ageism, and containment behaviours during the COVID-19 pandemic. *J Community Appl Soc Psychol*, 31, 314-325.
- WELTGESUNDHEITSORGANISATION 2021. Global report on ageism. World Health Organisation.
- WELTGESUNDHEITSORGANISATION, R. F. E. 1998. Gesundheit 21- die Politik "Gesundheit für alle" für die europäische Region der WHO- 21 Ziele für das 21. Jahrhundert
- WICKHAM, R. J. 2019. Secondary Analysis Research. *J Adv Pract Oncol*, 10, 395-400.
- WILSON, D. M., NAM, M. A., MURPHY, J., VICTORINO, J. P., GONDIM, E. C. & LOW, G. 2017. A critical review of published research literature reviews on nursing and healthcare ageism. *J Clin Nurs*, 26, 3881-3892.
- WRIGHT, S., ARON, A., MCLAUGHLIN-VOLPE, T. & ROPP, S. 1997. The Extended Contact Effect: Knowledge of Cross-Group Friendships and Prejudice. *Journal of Personality and Social Psychology*, 73, 73-90.
- WYMAN, M., SHIOVITZ-EZRA, S. & BENDEL, J. 2018. Ageism in the Health Care System: Providers, Patients, and Systems.
- YAKUBU, Y. H., FUSEINI, A. G. & HOLROYD, E. 2022. Nurses' attitudes towards hospitalized older adults in a tertiary care setting in Ghana. *Nurs Open*, 9, 2054-2062.
- YU, C. C., TANG, B., LOW, J. A., MATHEW, M., STRAUS, S. & FAHIM, C. 2023. A qualitative study on health stigma and discrimination in the first year of the COVID-19 pandemic: Lessons learnt from a public health perspective. *Front Public Health*, 11, 1-11.

7 Anhang

Tabelle_Anhang 1: Charakteristika der Stichprobe, Arbeitsumfeld und Kontakt mit Menschen 80+, Bedeutung/Definition Altersdiskriminierung kennen

Variable (n)	Kategorie	%
Geschlecht (1244)	weiblich	87,6
Altersgruppen (1258)	>35 Jahre	28,5
	35-49 Jahre	35,9
	>49 Jahre	35,7
Beruf (1251)	ohne Diplom	11,9
	mit Diplom	55,5
	Diplom + Spezialisierung	32,6
Setting (1258)	akut Bereich	74,6
	Langzeitpflege	19,4
	andere	6,0
akademische Ausbildung (1241)	Ja	27,5
Arbeitserfahrung (1258)	≤10 Jahre	29,4
	>10 Jahre	70,6
Arbeitsbereich (1256)	Pflege Praxis/ stationärer Bereich	75,2
	Management	18,6
	Forschung und/oder Lehre	3,0
	„Sonstiges“	3,1
klinischer Schwerpunkt (1257)	ja	78,4
klinischer Schwerpunkt, wenn ja wo (983)	Innere Medizin	26,4
	Geriatrie	9,6
	Palliativ Pflege	2,8
	Psychiatrie	8,3
	Neurologie	6,9
	Chirurgie	28,4
	„Sonstiges“	17,5
geriatriische/ gerontologische Ausbildung (1250)	ja	22,5
Ausbildung, wenn ja welche (289)	Im Rahmen der pflegerischen Ausbildung	61,1
	Fortbildung	33,5
	Masterstudium/ Universitätslehrgang	5,7
arbeiten mit Patient*innen 80+ (1257)	häufig	78,1
Personen 80+ in Familien oder Freundeskreis (1257)	ja	77,1
persönliche Themen besprechen (968)	viele	71,1
Bedeutung Altersdiskriminierung kennen (1250)	ja	38,1
Definition Altersdiskriminierung (1185)	richtig	88,6

Tabelle_Anhang 2: Gruppenunterschiede in PCOP-Summenwert (zwei unabhängige Variablen)

Variable	Gruppe	Mittelwert von PCOP-Summenwert (SD)
Geschlecht	männlich	25,64 (4,838) *
	weiblich	27,22 (4,202) *
Ausbildung	nicht akademisch	26,95 (4,170)
	akademisch	27,17 (4,615)
Arbeitserfahrung	≤ 10 Jahre	26,49 (4,535) *
	> 10 Jahre	27,26 (4,191) *
klinischer Schwerpunkt	ja	26,61 (4,241) *
	nein	28,54 (4,222) *
geriatriische Ausbildung	ja	27,61 (4,186) *
	nein	26,86 (4,340) *
arbeiten mit Patient*innen 80+	selten	25,96 (4,405) *
	häufig	27,33 (4,234) *
80+ Personen in Familien/Freundeskreis	ja	27,26 (4,262) *
	nein	26,27 (4,383) *
persönliche Themen mit 80+ Personen besprechen	viele	27,94 (4,101) *
	wenige	25,60 (4,207) *
Bedeutung Altersdiskriminierung kennen	ja	27,47 (4,357) *
	nein	26,78 (4,258) *
Definition Altersdiskriminierung kennen	falsch	27,13 (4,256)
	richtig	27,01 (4,330)
Legende: * signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen Signifikanzniveau $p < 0,05$ Testverfahren: T- Test bei zwei unabhängigen Stichproben		

Tabelle_Anhang 3: Gruppenunterschiede in PCOP-Summenwert (mehr als zwei unabhängige Variablen)

Variable	Gruppe	Mittelwert von PCOP-Summenwert (SD)
Beruf ¹	ohne Diplom	27,74 (4,428)
	mit Diplom	26,95 (4,303)
	mit Diplom und Spezialisierung	26,92 (4,255)
Setting ²	akut Bereich	26,46 (4,128) ^{a, b}
	Langzeitbereich	28,88 (4,508) ^a
	andere	28,13 (3,978) ^b
Altersgruppen ¹	> 35 Jahre	26,39 (4,431) ^{a, b}
	35-49 Jahre	27,26 (4,206) ^a
	< 49 Jahre	27,32 (4,263) ^b
Arbeitsbereich ²	Pflegepraxis/stationärer Bereich	26,71 (4,339) ^a
	Management	27,97 (4,081) ^a
	Forschung und/oder Lehre	27,84 (4,852)
	„Sonstiges“	28,13 (3,205)
klinischer Schwerpunkt, in ²	innere Medizin	26,15 (4,168) ^{a, b}
	Geriatric	28,32 (4,296) ^{a, c, d}
	Palliativpflege	28,89 (4,685) ^{b, e, f}
	Psychiatrie	26,60 (4,899)
	Neurologie	27,59 (4,038) ^g
	Chirurgie	26,45 (3,924) ^{c, f}
	„Sonstiges“	25,91 (4,119) ^{d, e, g}
geriatriische/ gerontologische Ausbildung, wo absolviert ²	im Rahmen pflegerischer Ausbildung	26,98 (4,242) ^{a, b}
	Fortbildung	28,26 (3,984) ^b
	Masterstudium/ Universitätslehrgang	30,63 (2,895) ^a

Legende:
SD = Standardabweichung
a - g = Diese Variablen unterscheiden sich signifikant.
Signifikanzniveau $p > 0,05$
Testverfahren:
1 = ANOVA
2 = Kruskal- Wallis-Test

Tabelle_Anhang 4: Gruppenunterschiede in ASD-Summenwert (zwei unabhängige Variablen)

Variable (n)	Gruppe	Mittelwert von ASD-Summenwert (SD)
Geschlecht ¹ (n= 1089)	männlich	93,12 (23,998)
	weiblich	94,45 (24,778)
Ausbildung ¹ (n= 1089)	akademisch	95,22 (24,505)
	nicht akademisch	92,27 (24,992)
Arbeitserfahrung ² (n= 1102)	≤ 10 Jahre	96,98 (23,363) *
	> 10 Jahre	93,08 (25,254) *
klinischer Schwerpunkt ¹ (n= 1102)	ja	94,21 (25,060)
	nein	94,33 (23,734)
geriatrische Ausbildung ¹ (n= 1100)	ja	96,10 (24,710)
	nein	93,63 (24,717)
arbeiten mit Patient*innen 80+ (n= 1102) ¹	selten	88,89 (25,542) *
	häufig	95,75 (24,337) *
80+ Personen in Familien/Freundeskreis (n= 1101) ²	ja	92,16 (25,174) *
	nein	101,14 (22,044) *
persönliche Themen mit 80+ Personen besprechen (n= 846) ¹	viele	88,16 (24,381) *
	wenige	101,81 (24,497) *
Bedeutung Altersdiskriminierung kennen (n= 1094) ¹	ja	92,73 (25,262)
	nein	94,99 (24,468)
Definition Altersdiskriminierung kennen (n= 1043) ¹	falsch	94,55 (24,787)
	richtig	94,19 (24,545)
Legende: * signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen Signifikanzniveau p < 0,05 Testverfahren: 1 = T- Test bei zwei unabhängigen Stichproben 2 = Welch-Test bei zwei unabhängigen Stichproben		

Tabelle_Anhang 5: Gruppenunterschiede in ASD-Summenwert (mehr als zwei unabhängige Variablen)

Variable (n)	Gruppe	Mittelwert von ASD-Summenwert (SD)
Beruf ¹ (n= 1095)	ohne Diplom	100,10 (25,310) ^a
	mit Diplom	94,37 (23,480)
	mit Diplom und Spezialisierung	92,05 (26,468) ^a
Setting ² (n= 1102)	akut Bereich	94,66 (24,814) ^a
	Langzeitbereich	95,27 (23,965) ^b
	andere	85,94 (25,442) ^{a, b}
Altersgruppen ¹ (n= 1102)	> 35 Jahre	96,41 (22,336) ^a
	35-49 Jahre	95,44 (23,515)
	< 49 Jahre	91,19 (27,549) ^a
Arbeitsbereich ² (n= 1101)	Pflegepraxis/ stationärer Bereich	96,15 (24,318) ^a
	Management	88,80 (25,065) ^a
	Forschung und/oder Lehre	83,46 (26,716)
	„Sonstiges“	94,47 (24,009)
klinischer Schwerpunkt, in ² (n= 855)	innere Medizin	95,56 (24,476)
	Geriatrie	96,38 (24,771)
	Palliativpflege	87,39 (27,319)
	Psychiatrie	97,60 (21,586)
	Neurologie	95,04 (24,700)
	Chirurgie	93,15 (25,938)
	„Sonstiges“	91,68 (26,034)
geriatriische/ gerontologische Ausbildung, wo absolviert ² (n= 243)	im Rahmen pflegerischer Ausbildung	97,78 (24,208) ^a
	Fortbildung	96,33 (25,831) ^b
	Masterstudium/ Universitätslehrgang	78,20 (16,367) ^{a, b}
Legende: SD = Standardabweichung a, b = Diese Variablen unterscheiden sich signifikant. Signifikanzniveau p> 0,05 Testverfahren: 1 = Welch- ANOVA 2 = Kruskal- Wallis-Test		

Grundcharakteristika

1. Möchten Sie an dieser Onlinebefragung teilnehmen?

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus

- Ja
- Nein

2. Bitte geben Sie Ihr Geschlecht an:

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus

- Männlich
- Weiblich
- Divers
- Möchte ich nicht angeben

3. Wie alt sind Sie? (Angabe in Jahren)

In dieses Feld dürfen nur Zahlen eingegeben werden

Ihre Antwort darf maximal 100 sein

_____ Jahre

4. Wo wurden Sie geboren?

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus

- Österreich
- Anderes europäisches Land
- Asien
- Afrika
- Nord-Amerika
- Süd-Amerika
- Ozeanien

5. Welchen Beruf üben Sie aus?

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus

- Heimhilfe
- Pflegeassistent*in
- Pflegefachassistent*in
- Dipl. Gesundheits- und Krankenpfleger*in
- Dipl. Gesundheits- und Krankenpfleger*in mit Spezialisierung (Anästhesie, Intensivpflege etc.)

6. Was ist Ihre höchste abgeschlossene Ausbildung?

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus

- Pflichtschule
- Matura
- Lehre
- Bachelorstudium
- Masterstudium
- Doktoratsstudium

7. Seit wie vielen Jahren sind Sie im Gesundheitsbereich tätig?

In dieses Feld dürfen nur Zahlen eingegeben werden

_____ Jahre

8. In welchem Setting arbeiten Sie hauptsächlich?

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus

- Stationärer Bereich
- Ambulanz
- Primärversorgung
- Langzeitpflege
- Hauskrankenpflege
- Sonstiges: _____

9. Gibt es einen klinischen Schwerpunkt in Ihrer Arbeit?

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus

- Ja
- Nein

9b) Wenn JA: Bitte geben Sie den klinischen Schwerpunkt an.

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus

- Innere Medizin
- Geriatrie
- Palliative Pflege
- Psychiatrie
- Neurologie
- Chirurgie
- Sonstiges: _____

Abbildung_Anhang 1: Fragebogen, Seite 1 & 2

10. Haben Sie eine Ausbildung im Bereich der Geriatrie oder Gerontologie absolviert?

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus

- Ja
- Nein

10b) Wenn JA: In welchem Rahmen haben Sie diese absolviert?

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus

- Im Rahmen meiner pflegerischen Ausbildung
- Fortbildung
- Masterstudium oder Universitätslehrgang
- Sonstiges: _____

11. In welchem Arbeitsbereich sind Sie momentan tätig?

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus

- Pflegepraxis / klinischen Bereich
- Management
- Lehre
- Forschung (akademische oder klinische)
- Sonstiges: _____

12. Wie oft haben Sie während Ihrer Arbeit mit älteren pflegebedürftigen Personen (+80 Jahre) zu tun?

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus

- Nie
- Gelegentlich
- Täglich
- Wöchentlich

13. A. Gibt es in Ihrer Familie oder im engen Freundeskreis eine Person, die älter als 80 Jahre alt ist?

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus

- Ja
- Nein

13b). Welche der folgenden Aussagen beschreibt am besten, ob Sie persönliche Themen wie Gefühle, Glauben/Spiritualität oder Erlebnisse mit einer dieser über 80-jährigen Personen besprechen können?

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus

- Ich kann über alle persönliche Themen sprechen.
- Ich kann über fast jedes meiner persönlichen Themen sprechen.
- Ich kann über viele persönliche Themen sprechen.
- Ich kann über manche persönliche Themen sprechen.
- Ich kann nur über wenige persönliche Themen sprechen.
- Ich kann nicht über persönliche Themen sprechen.

14. Bitte geben Sie an, wie Sie Personen wahrnehmen, die älter als 80 Jahre alt sind:

Das Aging Semantic Differential (ASD) umfasst Adjektivpaare, mit denen Sie ihre Einstellungen und Sichtweisen darstellen können. Mit Hilfe einer Skala von 1-7 bitten wir Sie anzugeben, welches Adjektiv eher Ihre Sichtweise/Einstellung widerspiegelt.

Angenehm	0	0	0	0	0	0	0	Unangenehm
Beschäftigt	0	0	0	0	0	0	0	Untätig
Sicher	0	0	0	0	0	0	0	Unsicher
Stark	0	0	0	0	0	0	0	Schwach
Gesund	0	0	0	0	0	0	0	Ungesund
Aktiv	0	0	0	0	0	0	0	Passiv
Gutaussehend	0	0	0	0	0	0	0	Hässlich
Kooperativ	0	0	0	0	0	0	0	Unkooperativ
Optimistisch	0	0	0	0	0	0	0	Pessimistisch
Zufrieden	0	0	0	0	0	0	0	Unzufrieden
Erwartungsvoll	0	0	0	0	0	0	0	Entmutigt
Flexibel	0	0	0	0	0	0	0	Unflexibel
Hoffnungsvoll	0	0	0	0	0	0	0	Niedergeschlagen
Froh	0	0	0	0	0	0	0	Traurig
Freundlich	0	0	0	0	0	0	0	Unfreundlich
Ordentlich	0	0	0	0	0	0	0	Unordentlich
Vertrauensvoll	0	0	0	0	0	0	0	Misstrauisch
Selbstständig	0	0	0	0	0	0	0	Unselbstständig
Sicher	0	0	0	0	0	0	0	Unsicher in ihren Ansichten
Tolerant	0	0	0	0	0	0	0	Intolerant
Großzügig	0	0	0	0	0	0	0	Eigennützig
Unabhängig	0	0	0	0	0	0	0	Abhängig
Fortschrittlich	0	0	0	0	0	0	0	Rückwärtsgewandt
Normal	0	0	0	0	0	0	0	Exzentrisch
Aufregend	0	0	0	0	0	0	0	Langweilig
Entschlossen	0	0	0	0	0	0	0	Unentschlossen

Es handelt sich um Adjektivpaare: 1 ist am nächsten zum linksstehenden Adjektiv und 7 am nächsten zum rechtsstehenden Adjektivpaar. Wenn Sie zum Beispiel beim ersten Adjektivpaar – 80jährige und ältere Menschen als sehr fortschrittlich sehen, klicken Sie 1 an, wenn Sie sie sehr rückwärtsgewandt sehen dann 7 oder eben – je nach Ihrer Empfindung eine Zahl dazwischen.

Grundcharakteristika 2

15. Dachten Sie an ein bestimmtes Geschlecht, während Sie die vorherige Tabelle ausgefüllt haben?

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus

- Ich habe an kein bestimmtes Geschlecht gedacht.
- Weiblich
- Männlich

16. Bitte bewerten Sie jede der nachfolgenden Aussagen nach der angeführten 4-Punkte-Skala:

Bitte wählen Sie die zutreffende Antwort für jeden Punkt aus:

	Stimme überhaupt nicht zu	Stimme nicht zu	Stimme zu	Stimme voll und ganz zu
Die Pflege älterer Patient*innen ist normalerweise herausfordernd und lohnenswert.				
Die Pflege älterer Patient*innen ist frustrierend.				
Die Pflege älterer Patient*innen ist eine oft unangenehme Arbeit.				
Die Pflege älterer Patient*innen ist intellektuell anregend.				
Ich würde mich nicht für eine Fortbildung zum Thema/zur Pflege von älteren Patient*innen entscheiden.				
Die Pflege älterer Patient*innen ist interessant.				
Die Pflege älterer Patient*innen ist weniger angenehm als die Pflege jüngerer Patient*innen.				
Die Pflege älterer Patient*innen ist				

zwar (arbeits-)aufwendig, aber dennoch die investierte Zeit und Energie wert.				
Die Pflege älterer Patient*innen ist kein erstrebenswerter Beruf.				

17. Wissen Sie, was Ageismus bedeutet?

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus

- Ja
- Nein

18. Wie lautet die Definition von Ageismus?

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus

- Ageismus bezeichnet das finanzielle und kulturelle Kapital, das ältere Menschen normalerweise im Laufe ihres langen Lebens erworben haben.
- Ageismus ist ein Maß für die Zeit, die ein Mensch außerhalb des Mutterleibs in Interaktion mit der Umwelt verbracht hat. Es ist untrennbar mit biologischem Wachstum und Erfahrung verbunden
- Ageismus bezeichnet Stereotype, Vorurteile und die Diskriminierung von Personen aufgrund ihres Alters.

19. Falls Sie noch weitere Anmerkungen/Kommentare haben, hier ist Platz dafür:

Vielen Dank für Ihre Teilnahme!

Abbildung_Anhang 3: Fragebogen, Seite 5 & 6