

UNIwersytet w Białymstoku
Wydział Nauk o Edukacji

mgr Józefa I. Szklana – Berest

**POSTAWY PERSONELU MEDYCZNEGO ORAZ MŁODZIEŻY
KSZTAŁCĄCEJ SIĘ W ZAWODACH MEDYCZNYCH WOBEC OSÓB
STARYCH A OCENA JAKOŚCI OFEROWANEJ IM POMOCY I OPIEKI
ZDROWOTNEJ**

Rozprawa doktorska przygotowana pod kierunkiem naukowym

Dr hab. Grażyny Bartkowiak, prof. AMW

oraz promotora pomocniczego

Dr hab. Joanny Szymanowskiej

Białystok, 2022

Podziękowania

*Pragnę złożyć serdeczne podziękowania
Pani prof. dr hab. Grażynie Bartkowiak oraz
Pani dr hab. Joannie Szymanowskiej za pomoc udzieloną
w trakcie przygotowywania pracy doktorskiej, cierpliwość
i wyrozumiałość.*

Spis treści

Wprowadzenie.....	6
1. Człowiek stary i specyfika jego funkcjonowania.....	12
1.1. Wiek dojrzały w koncepcji rozwoju człowieka.....	12
1.2. Biologiczne teorie starzenia się.....	18
1.3. Psychologiczno-społeczne aspekty procesu starzenia się.....	22
1.4. Potrzeby ludzi starych oraz zapotrzebowanie na pomoc i opiekę zdrowotną.....	26
1.5. Jakość życia w okresie starości.....	29
2. Postawy i stereotypy wobec osób starych.....	36
2.1. Poznawczy komponent postaw.....	37
2.2. Emocjonalny komponent postaw.....	39
2.3. Behawioralny komponent postaw.....	41
3. Jakość usług medycznych w kontekście pomocy i opieki zdrowotnej.....	46
3.1. Funkcjonowanie świadczeń zdrowotnych. Usługi medyczne.....	46
3.2. Jakość świadczeń zdrowotnych.....	55
4. Metodologia badań własnych.....	63
4.1. Przedmiot i cel badań.....	63
4.2. Problemy i hipotezy badawcze.....	65
4.3. Zmienne operacyjne i wskaźniki.....	69
4.3.1. Etyczne aspekty badań.....	70
4.4. Metody, techniki i narzędzia badawcze.....	71
4.5. Dobór próby, organizacja i przebieg badań.....	74
4.6. Charakterystyka osób badanych.....	75
5. Postawy słuchaczy policealnych szkół medycznych wobec osób starych w świetle wyników badań własnych.....	81
5.1. Postawy deklarowane a rzeczywiste młodzieży wobec osób starych.....	84
5.2. Czynniki warunkujące występowanie pozytywnych postaw u słuchaczy policealnych szkół medycznych wobec osób starych.....	90
5.2.1. Stosunek rodziców i najbliższego otoczenia do osób starych jako źródło postaw słuchaczy policealnych szkół medycznych wobec tej grupy osób.....	97
5.2.2. Czynniki warunkujące występowanie określonych postaw słuchaczy wobec osób starych związane z aktywnością szkoły.....	99
5.2.3. Analiza wieloczynnikowa uwarunkowań postaw słuchaczy szkół medycznych wobec osób starych.....	101
6. Postawy personelu medycznego wobec osób starych.....	108
6.1. Postawy deklarowane a rzeczywiste wobec osób starych.....	108

6.2. Uwarunkowania postaw deklarowanych a rzeczywistych personelu medycznego wobec osób starych – pacjentów	113
6.2.1. Zależność postaw personelu medycznego od wieku i płci	113
6.2.2. Opinia o funkcjonowaniu osób starych	115
6.2.3. Opinia o funkcjonowaniu intelektualnym osób starych	116
6.2.4. Opinia o wnoszeniu wartości osób starych w życie osób młodszych	118
7. Ocena jakości usług pomocy i opieki zdrowotnej przez osoby stare i jej uwarunkowania	122
7.1. Ocena jakości pomocy i opieki zdrowotnej badanych pacjentów na podstawie wywiadu ustrukturyzowanego	122
7.2. Postrzeganie jakości pomocy i jakości usług opieki zdrowotnej przez osoby stare (na podstawie kwestionariusza do badania jakości pomocy i opieki zdrowotnej w ocenie pacjentów)	124
7.3. Czynniki warunkujące pozytywną ocenę jakości usług i pomocy osób starych przez pacjentów	126
7.3.1. Cechy charakteryzujące opiekunów osób starszych	135
7.3.2. Zachowania osób starych wpływające na ocenę relacji z nimi	138
7.3.3. Protekcyjny stosunek do osób młodych	139
7.3.4. Zależności pomiędzy pozostałymi zmiennymi a oceną pobytu w placówce medycznej	140
7.3.5. Analiza wieloczynnikowa uwarunkowań oceny jakości pomocy i opieki zdrowotnej	141
8. Postawy personelu wobec pacjentów 70 plus a ocena przez nich jakości pomocy i usług medycznych	144
8.1. Zależności między postawami personelu a oceną jakości usług przez pacjentów w poszczególnych placówkach	144
8.2. Elementy oceny jakości pomocy i usług medycznych w kontekście postaw personelu medycznego wobec pacjentów 70 plus	152
Podsumowanie	155
Dyskusja	161
Wnioski aplikacyjne	169
Streszczenie	175
Abstract	179
Zakończenie	183
Bibliografia	185
Źródła internetowe	199
A n e k s	200
Kwestionariusze	269

Spis tabel. Tabele zawierają rozszerzone dane (łącznie z ich interpretacją)	299
Zestawienie tabel – Aneks	303
Spis wykresów	305
Spis rysunków	306

Wprowadzenie

Przedmiotem zainteresowania i rozważań podjętych w pracy są osoby stare, w wieku który nazywany jest okresem późnej dorosłości¹. Świadomość własnych potrzeb i wartości, troska o jakość własnego życia oraz bardziej aktywny udział w życiu społecznym tej grupy osób staje się wyzwaniem dla wielu instytucji, między innymi: zakładów opieki zdrowotnej, instytucji pomocy społecznej, uniwersytetów trzeciego wieku.

Osoby stare w życiu społecznym spotykają się z określonymi postawami, nie zawsze przychylnymi, niekiedy obciążonymi stereotypami. Postawy te z kolei wywołują określone zachowania wobec osób w wieku późnej dorosłości i mają bezpośredni wpływ na jakość życia osób w wieku starym.

Mimo zauważalnej tendencji do wydłużania się życia ludzkiego jest zjawiskiem naturalnym, że osoby te na skutek zmian fizjologicznych zachodzących w ich organizmie wykazują większą podatność na choroby niż osoby młodsze, dlatego częściej stają się pensjonariuszami zakładów opieki zdrowotnej, oczekują pomocy i opieki medycznej. Świadczenie wspomnianej, szeroko rozumianej pomocy wymaga nie tylko nakładów finansowych, ale intensywnego angażowania się personelu medycznego w proces wspomagania i świadczenia usług medycznych. Nie bez znaczenia jest więc to, jak osoby stare jako pacjenci, postrzegają i oceniają tę pomoc, a w szczególności opiekę medyczną. Z kolei, jak twierdzą gerontolodzy i psychologowie społeczni, kształtowanie się postaw wobec osób dojrzałych nie jest aktem jednorazowym, lecz jest procesem, który trwa i zostaje zainicjowany we wczesnym okresie życia, poprzez doświadczenie, pośrednie przekazy, transmisję pokoleniową itp. Halicki (2006, s. 255-292).

Bezpośrednim motywem podjęcia przeze mnie badań było moje wieloletnie doświadczenie w kontaktach z osobami starymi w pracy na stanowisku pielęgniarki oraz w trakcie wykonywania pracy w oddziałach szpitalnych jako nauczyciel, uczący słuchaczy medycznego studium zawodowego.

W pracy zostały przedstawione następujące obszary badawcze: kształtowanie się postaw słuchaczy policealnych szkół medycznych i personelu medycznego wobec osób

¹ Mimo, że został wcześniej zastosowany przez A.I. Brzezińską jako odnoszący się do osób w okresie 60-65 lat (A.I. Brzezińska 2015, s. 9) a następnie zmodyfikowany przez G. Bartkowiak (2016, s.11) ze względu na wykazującą tendencję wzrostową długość życia ludzkiego i aktywny udział seniorów w życiu społecznym, promowany przez literaturę z zakresu gerontologii społecznej i promowany przez media, w rozumieniu autorki obejmuje on wiek od 70 lat.

starych; ocena jakości pomocy i opieki medycznej przez pacjentów w wieku senioralnym; określenie zależności między postawami personelu medycznego wobec pacjentów zakładów opieki zdrowotnej w wieku senioralnym a oceną przez nich jakości pomocy i opieki zdrowotnej.

Rozważając cele teoretyczne i ściśle powiązane z nimi cele poznawcze, pragnę podkreślić, że równie istotnym motywem podjęcia pracy była chęć kontynuacji tradycji myśli pedagogicznej zapoczątkowanej przez prekursorkę pedagogiki społecznej Helenę Radlińską (1935, 1961). Autorka zajmowała się opieką medyczną, a jej doświadczenia zawodowe w tej dziedzinie wpłynęły na późniejsze publikacje z zakresu pedagogiki empirycznej i budowę zrębów teorii pracy socjalnej (Radlińska, 1961, s. 67). Autorka podkreślała bezpośredni związek z naukami biologicznymi i lekarskimi. Akcentowała również, iż-w korelacji z pedagogiką leczniczą-pedagogika społeczna odnosi się do „badań nad zahamowaniem i skrzywieniami rozwoju intelektualnego, wprowadza dane o ich społecznych przyczynach, o możliwościach i sposobach zapobiegania im i wyrównania” (Syrek, 2000, s. 31). Zgodnie z teorią w pracy socjalnej zagadnienia wychowania w dziedzinie zdrowia H. Radlińska nawiązała do prac Grzegorza Piramowicza i Jana Śniadeckiego. W jej teorii w pracy socjalnej wzajemnie przeplatają się zagadnienia szeroko rozumianej kultury zdrowia, pracy, kultury pedagogicznej (świadomości celów wychowania), stanowiącej część teorii opieki. Wprowadzając problematykę opieki pielęgnacyjnej do teoretycznej wiedzy pedagogicznej i koncepcji pracy socjalnej, była jednocześnie prekursorką kształcenia wyższego pielęgniarstwa w aspekcie opieki pielęgniarstwa (Syrek, tamże s. 33). Podkreślić należy, że słowo pacjent rozumiała Radlińska szeroko w sensie rzeczywistym oraz potencjalnym, ponieważ wychowanie zdrowotne, kształtujące pozytywne postawy wobec własnego zdrowia, traktowała jako składnik kultury zdrowotnej determinującej postawy i zachowania zdrowotne. Ważne w problematyce zdrowia było edukowanie pacjentów, podmiotowe ich traktowanie, aktywizowanie do samodzielności i samoopieki. Podkreślała znaczenie profilaktyki zdrowotnej oraz higienicznego trybu życia jednostki i całego społeczeństwa. Wychowanie zdrowotne, w jej rozumieniu, obejmowało działania wychowawcze kształtujące zachowania pozytywne dla zdrowia osób pracujących w ochronie zdrowia, jako działania przedsięwzięciom medycznym. Zaletą, stworzonej przez Radlińską, koncepcji środowiskowej pracy jest głównie ciągłość opieki i pomocy w realnych możliwościach systemowego ujęcia działań opiekuńczych, w przetwarzaniu środowiska, w działaniach profilaktycznych i kompensacyjnych. Tak rozumiana praca socjalna wiąże się z zintegrowanym systemem opieki zdrowotnej (za: Syrek, tamże).

W tym rozumieniu pracy socjalnej, praca niniejsza poprzez charakterystyczne dla badań podstawowych poznanie uwarunkowań określonych postaw personelu wobec osób starych stanowi kontynuację rozważań prekursorki pedagogiki społecznej i publicznej, której elementem jest system opieki zdrowotnej. Ponadto, w ten sposób może się przychylić do pogłębienia systematyzacji wiedzy w zakresie postaw personelu medycznego (osób aktualnie wykonujących pracę i słuchaczy, którzy się do tego zawodu przygotowują) wobec osób starych i czynników związanych z oceną jakości pomocy i opieki zdrowotnej.

Uzyskane dane dotyczące czynników determinujących ocenę jakości pomocy i opieki medycznej mogą zostać wykorzystane w procedurze selekcji do zawodów medycznych² oraz przy przygotowywaniu i realizowaniu programów szkoleń służących rozwojowi kompetencji zarówno słuchaczy szkół medycznych, jak i personelu medycznego.

Kolejnym istotnym motywem podjęcia tematu pracy są aspekty społeczne. Jednym z nich jest wykluczenie społeczne zagrażające osobom w podeszłym wieku. Ryszard Szarfenberg (2010, s. 234-236) wykluczenie ludzi starych (połączone z ubóstwem) w Polsce ujmuje w czterech wymiarach: ekonomicznym, społecznym, politycznym i świadomościowym. Jest to proces, w wyniku którego jednostki lub grupy są wypychane na peryferie społeczeństwa. Uniemożliwia im to pełne uczestnictwo w życiu społecznym z powodu ubóstwa, braku podstawowych kompetencji i braku możliwości rozwoju w ciągu życia lub z powodu dyskryminacji. Proces ten pogłębia problemy ze znalezieniem pracy, z uzyskaniem dochodu z wykształceniem, jak również oddala od aktywności, oraz izoluje w społecznej sieci i wspólnoty. Osoby takie mają zmniejszone szanse na rynku pracy i ograniczenie możliwości objęcia stanowisk kierowniczych. Czują się bezsilne i niezdolne do podejmowania decyzji, które mają wpływ na ich codzienne życie. O problemach tych dołącza się pogarszający stan zdrowia, w wyniku czego seniorzy są uzależnieni od otoczenia, często potrzebują pomocy i opieki medycznej. Coraz częściej zmuszone są korzystać ze świadczeń medycznych w zakładach opieki medycznej, czują się wyobcowane, pozbawione, dotychczas podtrzymywanych, relacji międzyludzkich. Oczekują profesjonalnej pomocy medycznej, ale także emocjonalnego wsparcia w bezpośrednim kontakcie z personelem medycznym.³

² Problematyka ta związana jest z antropologicznym nurtem badania dostosowania i modyfikacji pracy – ang. *job crafting behavior* (np. J. Demeruti., A.B. Bakker, M.P. Geavers, (2015).

³ M. Halicka i J. Halicki (2003, s.78) podkreślają ważność integracji społecznej w doświadczaniu przez osoby starsze pomyślnego starzenia się. Autorzy wiążą styl starzenia się z jakością kontaktów społecznych.

W okresie ostatnich kilkunastu lat w obszarze badań nad starzeniem się i starością pojawiły się zagadnienia deficytów i jakości życia. Badania prowadzone w ostatnich latach nad problemem marginalizacji społecznej osób starych wskazują na złożone kwestie, które dotyczą ścisłego ich powiązania z oceną jakości życia w starości. Elżbieta Trafiałek pisze: „Marginalizacja identyfikowana jest w sytuacji rozpadu więzi społecznych i niezależnie od przyczyn – wyłącznie ze struktury społecznych, utraty możliwości współuczestnictwa w życiu grup, zbiorowości, korzystanie z instytucji wchodzenie w stymulujące rozwój różnorodnie interakcje społeczne” (Trafiałek, 2006, s. 147). Cytowana autorka zjawisko wykluczenia społecznego ludzi starych przyjmuje za równoznaczne z marginalizacją, z brakiem uprawnień, choć nie zawsze jest utożsamiane z ubóstwem. Nawiązując do publikacji z zakresu polityki społecznej, przedstawia ją jako działanie wielowymiarowe i dynamiczne, które skutkuje pozbawieniem i ograniczeniem seniorów uczestnictwa, w takich systemach jak: edukacja, kultura, ochrona zdrowia, ekonomia (Trafiałek, 2011, s. 29).

Marginalizacja jak i wykluczenie społeczne mogą przyjmować kontekst kulturowy, polityczny, ekonomiczny lub statutowy. Często przyjmują zachowania, które prowadzą do dysfunkcji (niepełnosprawności, bezradności, biedy i bezrobocia) (Trafiałek, 2011, s. 29). Sytuacja ta znajduje odzwierciedlenie w subiektywnym poczuciu wyobcowania, która dodatkowo pogłębia istniejące trudności. Na wszechstronną rozpiętość marginalizacji wskazuje również Małgorzata Dzięgielewska (2007, s. 100-109). Jej rozumienie odbiega od stanowiska zaprezentowanego wyżej. Ten wymiar to bardziej automarginalizacja niż ograniczone relacje w komunikacji społecznej (za: Fabiś, Wawrzyniak, Chabior, 2015, s. 243).

Wykluczenie społeczne i marginalizacja wpływa na dyskryminację i ograniczenie praw obywatelskich, osłabia więzi i wpływa negatywnie na funkcje rodziny, potęguje problemy zdrowotne i znacząco pogarsza jakość życia ludzkiego. W Polsce problem marginalizacji występuje bardzo często, pomimo świadczeń społecznych uzyskanych z gwarancji dochodów stałych (Fabiś, Wawrzyniak, Chabior, 2015 s. 244). Z powyższych względów wynika, że czynnikiem skłaniającym autorkę do podjęcia problematyki pracy jest dążenie do zapobiegania wykluczeniu społecznemu i marginalizacji ludzi starych, optymalizacji pomocy i opieki zdrowotnej oraz poprawy jakości życia osób starych.

Praca złożona jest z trzech części: teoretycznej, metodologicznej i empirycznej, co odzwierciedla się w układzie i treści pracy.

Rozdział pierwszy stanowi część teoretyczną, w której omówione zostały trzy podrozdziały dotyczące osobliwości wieku dojrzałego, koncepcji rozwoju człowieka, biologicznych teorii starzenia oraz psychologicznych aspektów procesu starzenia.

Rozdział drugi niniejszego opracowania ma na celu omówienie postaw i stereotypów wobec osób starych. Składa się on z trzech podrozdziałów, w których kolejno omawiane są komponenty postaw: poznawczy, emocjonalny i behawioralny.

Przedmiotem trzeciego rozdziału są świadczenia zdrowotne i jakość usług medycznych dotyczących funkcjonowania świadczeń zdrowotnych i jej mierników.

Czwarty rozdział zawiera sformułowania metodologiczne dotyczące celu badań, postawienia problemów i hipotez badawczych, wskaźników i zmiennych operacyjnych, metod i organizacji przebiegu badań. W rozdziale tym znajduje się charakterystyka osób badanych (słuchaczy szkół medycznych, personelu medycznego i pacjentów).

Rozdział piąty przedstawia wyniki badań postaw słuchaczy policealnych szkół medycznych wobec osób starych. Opisuje uwarunkowania określonych postaw słuchaczy szkół medycznych związanych z ich doświadczeniem z wcześniejszego okresu przebywania z osobami starymi.

Rozdział szósty opisuje wyniki badań dotyczące postaw personelu medycznego wobec osób starych. Przedstawia uwarunkowania postaw deklarowanych a rzeczywistych personelu medyczne wobec osób 70 plus – pacjentów.

Rozdział siódmy zawiera ocenę jakości usług pomocy i opieki zdrowotnej przez osoby stare i jej uwarunkowania. Przedstawia wyniki badań dotyczące oceny profesjonalizmu personelu medycznego, warunków poziomu i wyposażenia szpitala oraz relacji z personelem.

Rozdział ósmy przedstawia postawy personelu medycznego wobec pacjentów 70 plus, w kontekście oceny przez nich jakości pomocy usług medycznych oraz ocenę doświadczanej pomocy i jakości usług medycznych: profesjonalizmu, wyposażenia, warunków pobytu a także relacji interpersonalnych.

Empiryczna część pracy obejmuje problematykę działań dotyczących postaw-deklarowanych i rzeczywistych-młodzieży i personelu medycznego wobec osób starych. Przedstawia wyniki oceny jakości pomocy i opieki zdrowotnej.

Zakończenie niniejszej dysertacji to podsumowanie omawianego zagadnienia oraz próba wyciągnięcia wniosków związanych z podnoszeniem i utrzymaniem wysokiej jakości świadczonych usług oraz pozytywnych postaw w stosunku do pacjentów 70 plus.

Końcowa część pracy została poświęcona podsumowaniu, dyskusji i wnioskom.

1. Człowiek stary i specyfika jego funkcjonowania

1.1. Wiek dojrzały w koncepcji rozwoju człowieka

Każde pokolenie staje przed nowymi wyzwaniami, które dotyczą podjęcia nowych zadań, zmiany relacji z osobami młodymi i starymi. Obecnie wzrastająca liczba osób dobrze wykształconych ma wpływ na zachowania i lepszą kondycję ludzi starych. Zmienia się również długość życia mężczyzn i kobiet. W obecnym czasie rośnie liczba związków nieformalnych, rozwodów, zachodzą zmiany struktury rodziny, co powoduje zwiększoną liczbę dziadków, pradiadków w tych rodzinach. Dochodzi do większego przemieszczania się ludzi wewnątrz kraju i poza jego granicami, wzrasta zróżnicowanie społeczne, etniczne i religijne. Pojawiają się nowe rodzaje pracy i różne formy zatrudnienia. Są to także nowe wyzwania zarówno dla badaczy, jak i dla praktyków (Brzezińska, Appelt, Ziółkowska, 2016, s. 345).

Zmiany demograficzne i społeczno-kulturowe wywierają zwiększone zainteresowanie problemami człowieka starego (Konieczna, 2016, s. 7). Problem ludzi starych wiąże się z dużym zainteresowaniem społecznym i dyskusją na ten temat (za: Brzezińską, 2015, s. 9). W wielu krajach wzrasta liczba ludzi w wieku poprodukcyjnym. Aktualnie utrzymuje się tendencja związana ze spadkiem narodzin. Istotne znaczenie ma również dążność społeczeństwa do przedłużenia ludzkiego życia.

Max Roser, Hannah Ritchie i Esteban Ortiz-Ospina we własnych badaniach zwrócili uwagę, że właściwa higiena życia, stały rozwój medycyny, rozwój rolnictwa doprowadził do tego, że obecna liczba ludzi jest większa niż przed dwunastoma tysiącami lat (Roser, Ritchie, Ortiz-Ospina, 2013). Natomiast Polska znajdzie się wśród najgwałtowniej starzejących się krajów OECD do 2060 roku. Z prognoz demograficznych Głównego Urzędu Statystycznego wynika, że w Polsce w 2050 roku będzie niecałe 11% osób w wieku przedprodukcyjnym. Powyżej 65. roku życia będzie 32,7%, a udział osób w wieku produkcyjnym wyniesie 57% (GUS, 2020).

Prognostycy zakładali, że do roku 2025 aż 20% społeczeństw państw unijnych przekroczy granicę 65. roku życia. Według prognoz demograficznych do 2035 roku liczba ludności po 60. oraz 65. roku życia będzie systematycznie wzrastała (Miłkowska, 2014, s. 177-178). Codzienne obserwacje wskazują, że występują bardzo zróżnicowane zachowania w stosunku do osób starych. Związane to jest z najbliższym środowiskiem, sytuacją rodzinną,

w której znajdują się seniorzy, sytuacją ekonomiczną w kraju, witalnością życiową oraz położeniem rodzinnym i zdrowotnym jakimi cechują się osoby stare.⁴

Pojęcie starości i typologia ujmowania wieku człowieka

Z perspektywy pragmatycznej proces indywidualnego rozwoju człowieka wiąże się ze społecznym oczekiwaniem od jednostki określonych zachowań. Koncepcja zadań rozwojowych Roberta Havighursta jest jedną z najbardziej popularnych. Z definicji „jej podstawowych założeń jednostka w procesie rozwoju przechodzi od jednej fazy do następnej, na każdym z kolejnych etapów rozwiązując problemy typowe dla danego okresu. Zadanie rozwojowe Havighurst definiuje jako cel wyłaniający się w konkretnym okresie życia człowieka. Pomyślne wykonanie danego zadania prowadzi do satysfakcji oraz sukcesu przy wypełnianiu celów z późniejszych etapów życia. Niepowodzenie w tym zakresie często wiąże się z brakiem akceptacji ze strony otoczenia społecznego, co w efekcie może być źródłem głębokiego niezadowolenia z życia oraz poważnych trudności w procesie realizacji kolejnych zadań. Havighurst uważa, że zadania rozwojowe wywodzą się z trzech źródeł, tj.:

- 1) dojrzewania somatycznego,
- 2) nacisku kulturowego,
- 3) indywidualnych aspiracji i wartości” (Havighurst, 2018, s. 1-3).

Koncepcja Havighursta (2018, s. 1-3) odnosi się do całego życia od chwili narodzin aż do zgonu i zawiera wszystkie przemiany życia psychicznego i społecznego człowieka.⁵

Daniel Levinson wyróżnia w procesie życia człowieka cztery ery: przeddorosłość, wczesna dorosłość, średnia dorosłość, późna dorosłość oraz znajdujące się pomiędzy nimi trzy okresy przejściowe. Późna dorosłość ulega mniej lub bardziej radykalnym zmianom w związku ze spadkiem sił fizycznych i przejściem na emeryturę. Autor uważa, że stan zdrowia wpływa

⁴ Nie bez znaczenia wydaje się być postawa wobec własnego starzenia się, które również ma charakter zindywidualizowany i bardziej różnorodny niż oceny starości dokonywane przez osoby młodsze. Tworzony przez nie obraz wieku senioralnego często bywa uproszczony i stereotypowy, mimo że badania demograficzne (np. K. Węgrzyn, 2006) charakteryzują ludzi starych jako grupę bardzo zróżnicowaną.

⁵ R.J. Havighurst wyróżnił okres niemowlęcy i wczesnego dzieciństwa (0-5/6 lat), średnie dzieciństwo (5/6 - 12/13 lat), okres adolescencji (12/13 – 18 lat), wczesną dorosłość (18 – 35 lat), średnią dorosłość (36 – 60 lat) i późną dorosłość (powyżej 60 lat).

na aktywność fizyczną i twórczość psychiczną, która motywuje lub zniechęca do działania (za: Miś, 2000, s. 45-60).

Kolejny autor Erikson (2011, s. 69-74) wyodrębnia fazy rozwojowe związane z dojrzewaniem „ego”. Każdy okres rozwojowy charakteryzuje się tym, że jednostka staje wobec wielu trudności, które musi pokonać, by przejść do następnego okresu. Każdy z tych okresów niesie ze sobą inny konflikt psychospołeczny i pociąga za sobą kryzys domagający się rozwiązania. Kształtowanie się tożsamości w poszczególnych fazach Erikson ukazuje w następujący sposób: „W terminach psychologicznych formacja tożsamości obejmuje proces jednoczesnej refleksji i obserwacji - proces, który ma miejsce na wszystkich poziomach umysłowego funkcjonowania.” (Erikson, 2011, s. 69-74). Erikson wyróżnia siedem faz, które dotyczą różnych zakresów i poziomów funkcjonowania jednostki. Każda z tych płaszczyzn wymaga zdobycia nowych doświadczeń i integrowania ich z dawnymi doświadczeniami oraz wpływami społeczno-kulturowymi (Musiał, 2007, s. 79-80).

„Współczesne psychologiczne definicje starości zakładają, że procesy starzenia się przebiegają na wielu płaszczyznach, zmierzają w różnych kierunkach, są asynchroniczne i wysoce zindywidualizowane” (Straś-Romanowska, 2000). Społeczna definicja starości bierze pod uwagę traktowanie ludzi starych jako grupę homogeniczną, tak jakby po przekroczeniu pewnej granicy wieku zanikać miały ich indywidualne cechy. Pomimo przypisywania pozytywnych atrybutów ról ludziom starym w medialnej ocenie uważa się, że korzystny obraz osób starych rozpowszechniony jest na mniejszą skalę, a dominuje negatywny obraz (Kołodziej, 2006). Wyróżnia się wiele negatywnych opinii ukazujących człowieka starego jako schorowanego, złośliwego, niecierpliwego, który stanowi ciężar dla rodziny. Zamiast rozpatrywać mądrość, troskliwość, doświadczenie życiowe (to są atrybuty pozytywnej starości), wskazuje się niekompetencję, nienadążanie za nowoczesnością oraz poczucie, które wywołuje izolację, samotność i przygnębienie.

„Starzenie się jako proces i starość jako kulturowo kształtowane zjawisko same w sobie niosą pewnego rodzaju opresyjność. Wynika ona nie tylko z faktu, że starość to ostatni okres w życiu, który kończy się śmiercią, ale też ze zmian wartości dokonujących się w biografii seniorów oraz z życia społecznego i tempa zachodzących w nim przeobrażeń mających strategiczne znaczenie dla jednostkowego funkcjonowania ludzi starych i ich tożsamości” (Chabior, 2017, s. 7-8). „Starość określa się jako okres w życiu człowieka nieuchronnie występujący po okresie dojrzałości i cechujący się istotnymi zmianami w narządach i tkankach zawężającymi obszar, w jakim możliwe jest dostosowanie organizmu człowieka

do zmieniających się warunków środowiska zewnętrznego i wewnętrznego” (Chabior, 2017, s. 7-8).

Starość występuje w naszym życiu i towarzyszy niemal we wszystkich jego procesach społecznych. Ten etap życia nie zawsze jest wypełniony radością, spokojem, poczuciem satysfakcji. Pozytywny rozwój wygenerował nowe zagrożenia i problemy, które mogą wystąpić w starości. Budując niewłaściwe przekonania na temat osób starych i starości, społeczeństwo często zapomina o fakcie, że ludzie starzy stanowią zróżnicowaną grupę pod względem sytuacji osobistych, rodzinnych i zdrowotnych (Dubas, Muszyński, 2016, s. 115).

Starość jest zjawiskiem wielowymiarowym, zmiennym w czasie, dlatego też niezbędne jest całościowe podejście do tego wieku. Późna dorosłość, kojarzy się z aktywnością i możliwościami rozwojowymi, ale jej współczesny obraz różni się bardzo od tego sprzed lat (Magdalena Wnuk-Olenicz, 2015, s. 6).

Starość jest pojęciem statycznym, starzenie się – pojęciem dynamicznym (Leszek Buliński, 2015, s. 74). Czas w okresie starzenia się jest nieodwracalny. Starzenie się posiada miarę indywidualną i społeczną, gdyż człowiek zbliża się do wieku podeszłego. Starość przebiega etapami, a przejścia tych etapów są bardzo płynne. Pierwsze z tych etapów to starzenie się społeczne, po którym występuje starzenie fizyczne. Jakość życia w wieku podeszłym zależy w znacznej mierze od warunków życia, sposobu radzenia sobie z przeciwnościami, a także dostępnością do pomocy nie tylko medycznej, ale także w miarę możliwości najbliższych.

„Ze względu na zróżnicowany przebieg starzenia się osobniczego niezbędne staje się wprowadzenie umownego progu starości. Rozpiętość najniżej i najwyżej zauważalnych granic między wiekiem dojrzałym a starością jest znaczna. Patolog niemiecki Karl Albert Ludwig Aschoff uważa, że starość zaczyna się w 45 roku życia. Natomiast gerontologia radziecka podnosi tę umowną ocenę o 35 lat (80. r. życia). Reprezentowany jest pogląd, że granica oddzielająca wiek dojrzały od starszego przebiega na poziomie 60 – 65 lat. Światowa Organizacja Zdrowia uznaje 60. r. życia” (za: Łacheta, 2014, s. 266). Najważniejszym powodem zaistniałej rozbieżności jest systematyczne wydłużanie się przeciętnego trwania życia ludzkiego, głównie dzięki wzrostowi dobrobytu w krajach o wysokiej gospodarce rynkowej, postępom medycyny, a także dzięki popularyzacji wiedzy na temat prozdrowotnego stylu życia (Maria Kielar - Turska, 2016, s. 34).

Ze względu na stopień indywidualizacji ludzkie życie często bywa dzielone na fazy. Kryteriami periodyzacji mogą być czynniki psychologiczne (stopień rozwoju psychicznego, społecznego jednostki, jej motyw, potrzeby, zainteresowania i postawy) lub pedagogiczne, a raczej instytucjonalne (czas żłobka, przedszkola, szkoły, zakładu pracy, emerytury).

Wśród typologii ujmujących chronologiczny aspekt życia osobniczego wyróżnić można propozycję Stefana Klonowicza (1986, s. 35). Nawiązując do aktywności zawodowej człowieka, dzieli jego życie na trzy okresy:

- I faza – wiek przedprodukcyjny (0-17 lat),
- II faza - wiek produkcyjny (18 - 59 lat kobiety i 18 – 64 lat mężczyźni),
- III faza – wiek poprodukcyjny (powyżej 60 lat kobiety i powyżej 65 lat mężczyźni).

W ostatniej fazie łatwo wyróżnić dwa okresy: 1) starość czyli wiek 60 – 79 lat dla kobiet, 65 - 79 lat dla mężczyzn, 2) sędziwa starość, powyżej 80 roku życia dla obu płci.

Taki podział przestaje być jednak zasadny w sytuacji, gdy osoby stare mają zagwarantowane prawo do pracy i mogą utrzymywać aktywność zawodową, jeśli tylko chcą.

Starość jako faza rozwojowa w życiu człowieka szczegółowo została zbadana przez badaczy z zakresu pedagogiki. Aleksander Kamiński (1982, s. 366–369), w swojej pracy opisał wiek biologiczny i wiek społeczny. Wyróżnił trzy okresy i wyszczególnił ich cechy osobnicze. Pierwszy charakteryzuje ogólne zachowanie sprawności fizycznej i umysłowej. Drugi wyróżnia różnice indywidualne: obok ludzi sprawnych, aktywnych, przebywają osoby całkowicie uzależnione od innych lub wymagające opieki instytucjonalnej.

„Włodzimierz Szewczuk, uznając działalność za treść psychicznego życia osobnika, traktuje ją jako podstawę do podziału na cztery etapy rozwojowe: I – zabawy, II – uczenia się, III – pracy, IV – wypoczynku (Szewczuk, 1979, s. 123-127).

W etapie III wyróżnia kolejne fazy: faza stabilizacji planu życiowego, w progresywnej ekspansji uzależniona od indywidualności jednostki i warunków środowiskowych. Faza III to czas regresywnej ekspansji z dominantą starzenia się” (Szewczuk, 1979, s. 123-127).

Józef Kocemba (2000, s. 108-109), reprezentujący nowożytną gerontologię, opisuje definicje:

- wieku biologicznego,
- wieku sprawnościowego,
- wieku kalendarzowego.

W biegu życia wyróżnia więc:

- I Okres poznawania świata i przygotowań do pełnienia ról biologicznych, społecznych i zawodowych - pierwsze 30 lat życia jednostki.
- II Okres twórczy dzielony na dwa 15 – letnie podokresy, tj. wieku średniego (30 – 45 lat) i wieku dojrzałego (45 - 65 lat).
- III Okres starości, także dzielony na 15 - letnie odcinki – tzw. trzeciego wieku – young old (60 -75 lat) oraz podokres starości dojrzałej (old old: 75. – 90. rok życia).
- IV Okres długowieczności powyżej 90 lat aż do końca życia, które jak się okazuje, u człowieka może osiągnąć granicę 110 - 120 lat (oldest old, long life) (Kocemba, 2000).

Jan Rembowski proponuje określenia: między 25. a 50. rokiem życia – wczesna dojrzałość, między 50. a 75. rokiem życia dojrzałość, po 75. roku życia późna dojrzałość (za: Szarota, 2004, s. 22-27).

Anna Izabela Brzezińska natomiast wyróżnia okres wczesnej dorosłości, w którym człowiek jest najbardziej aktywny zawodowo i społecznie, zakłada rodzinę, kształtuje styl swojego życia i kontaktów społecznych. W okresie środkowej dorosłości człowiek posiada już określoną pozycję zawodową i społeczną oraz często zajmuje kierownicze stanowiska. W okresie późnej dorosłości przechodzi na emeryturę, całkowicie zmienia swoją aktywność zawodową lub się z niej wycofuje. Zmienia też tryb życia. Okres późnej dorosłości przypada na lata 60 -75 młodzi starsi, 75-85 starsi starsi, po 85. roku życia najstarsi starsi (Brzezińska, 2015, s. 595). Zgodnie z przyjętą przez autorkę klasyfikacją, przedmiotem zainteresowania a następnie badań będą osoby dojrzałe. A autorka pracy osobami dojrzałymi nazywa osoby stare. Różni autorzy, podejmujący problematykę klasyfikacji wieku człowieka, wprowadzają jeszcze inne kryteria dywersyfikacji.

Zdaniem Tadeusza Pędicha należałoby wyróżnić:

- wiek biologiczny - jest uważany za miarę starzenia się badanego osobnika,
- wiek czynnościowy - wyznaczony na podstawie wybranych testów klinicznych i czynnościowych określa aktualny stan sprawności życiowej człowieka (Pędich, 1996, s. 7).

Według Stanisława Kawuli aktywność fizyczna i psychiczna, jak również harmonia tych dwóch komponentów ludzkiego zachowania jest podstawą dobrego zdrowia i poniekąd płynnego przejścia jednostki w trzecią, a następnie czwartą fazę życia, czyli w starość i wiek sędziwy (Kawula, 2009, 2009a, s. 552).

Okres starzenia się i sam jego przebieg jest więc złożony, a jedną z właściwości tego stadium życia ludzkiego jest obniżenie, a w skrajnych przypadkach nawet całkowity zanik, zdolności adaptacyjnych. Starość nie należy utożsamiać ze zmniejszeniem sił fizycznych i psychicznych człowieka, jego stanem chorobowym i niepełnosprawnością. Jednak pomiędzy ludźmi starymi (tak samo jak ludźmi w ogóle) istnieją duże różnice indywidualne. Zachowanie się starego człowieka jest skutkiem procesu ewolucyjnego, przebiegającego we wszystkich wymiarach.

W pracy przyjmuję, że starość to kolejny etap w życiu człowieka, który tak jak każdy inny ma swoją specyfikę. „Definicje starości w znaczeniu medycznym to ogół zmian biologicznych zachodzących w ciele człowieka (głównie zużycie narządów i zmniejszona regeneracja komórek) w wieku starszym, czyli po 60. – 65. roku życia” (Mularska-Kucharek, za: Czernik E., 2016, s. 16-17). Jednakże starość ma nie tylko wymiar biologiczny (fizjologiczny), lecz także poznawczy, emocjonalny i społeczny. Ponadto, można zauważyć pewne zmiany w tym zakresie, polegające na przełamywaniu barier związanych z aktywnością, rozwojem, sferą psychiczną. Jest to niewątpliwie dobry trend, ponieważ starość może wyglądać zupełnie inaczej niż bywało to przez dziesiątki lat (Mularska-Kucharek, za: Czernik E., 2016, s. 16-17).

1.2. Biologiczne teorie starzenia się

Koncepcje biologiczne przedstawiają, jak skomplikowany jest proces starzenia. Bez względu na przyjmowaną perspektywę biologiczną starzenie się jest zjawiskiem naturalnym, które zachodzi w obrębie każdego gatunku, polega na pojawieniu się nieodwracalnych zmian w organach żywego układu. Sfera biologiczna zmienia się razem z wiekiem i ma charakter bardzo zróżnicowany, co wiąże się z tym, że jest wielokierunkowa i postępująca. Jest zróżnicowana, co oznacza, że w procesie starzenia się występują także różnice międzysobnicze (Studen, 2012, s. 35).

Na gruncie gerontologii powstała i została opisana większość teorii starzenia się. Naukowcy z tej dziedziny wykorzystali do opisu teorie biologiczne, socjologiczne (stratyfikacji, subkultury, wymiany społecznej) oraz psychologiczne (osobowości, cyklu życia, potrzeb). Zmierzające do wyjaśnienia właściwego procesu starzenia się człowieka nauka posługuje się nie jedną lecz wieloma teoriami. Często nazywa się je psycho-społecznymi (Fabiś, Wawrzyniak, Chabior, 2015, s. 27).

Analiza literatury przedmiotu w obszarze teorii wyjaśniających proces starzenia się wskazuje, że dominują teorie odnoszące się do zmian o charakterze fizjologicznym, nawiązujące do procesów występujących na poziomie komórki, poszczególnych układów, jak i funkcjonowania całego organizmu.

Teorie stochastyczne

Wyróżniamy teorię zdeterminowanego starzenia się (rozwojowo-genetycznego), stochastyczną teorię starzenia się dotyczącą mechanizmów wewnętrznych. Teoria stochastyczna upatruje przyczyny starzenia się w błędach obciążających komórkę, które występują wprawdzie losowo, ale i ciągle. Błędy te prowadzą do zużycia jej składników (wear and tear theory), a w ten sposób do upośledzenia funkcji. Mogą dotyczyć każdego poziomu organizacji żywego ustroju. Kolejnym przykładem jest teoria mutacji somatycznej, która zakłada, że starzenie jest wynikiem uszkodzenia integralności organizmu, np. pod wpływem promieniowania jonizującego, gromadzenia się szkód chromosomalnych lub genetycznych i zmniejszenia się frakcji komórek przeżywających (Marchewka, Dąbrowski, Żołędź, 2012, s. 12-25).

Teoria błędno pochodnej katastrofy (error-catastrophe theory) jest ugruntowana na niestabilnym przekazie genetycznym związanym z procesem wytwarzania białka. Proces starzenia wiąże się z zwiększeniem błędów w czasie mitozy komórki lub podczas jej odnowy. Jest to spowodowane pogarszającymi się z wiekiem możliwościami dokładnego kodowania genetycznego komórki (proteosyntezy) (Marchewka, Dąbrowski, Żołędź, 2012, s. 16).

Teoria modyfikacji białek

Zakłada ona, że wraz z procesem starzenia się organizm traci kolagen, najobfitsze białko podporowe ustroju, występujące w przestrzeni pozakomórkowej, chrząstkach i kościach, co mnożąc liczbę wiązań krzyżowych między włóknami (cross-linkage theory) może usztywniać komórki i zakłócać prawidłową czynność (w tym pasaż substancji odżywczych i odpadów metabolicznych) wielu tkanek i narządów.

Teorie starzenia zależą od stałego rozwoju związanego z osiągnięciami naukowymi w zakresie biologii i medycyny genetycznej. Bardzo istotną rolę pełnią naukowcy, którzy dociekliwie badają życie człowieka, między innymi teorie niedostatku protonów wodoru. Duże znaczenie odgrywają badania nad komórkami macierzystymi oraz hodowlą genów autonomicznych, teoretycznie nie podlegających podziałowi i starzeniu się, czyli będących nieśmiertelnymi. Ponadto wyróżniamy następujące teorie:

Teorie wolnych rodników (free-radical theory of aging-FRTA) i szkód tlenowych

Teoria ta, znana także jako teoria stresu oksydacyjnego (oxidative-stress theory), jest obecnie najbardziej popularna i może tłumaczyć nie tylko starzenie się, ale także patogenezę degeneracyjnych, wieko-zależnych chorób np. sercowo-naczyniowych, cukrzycy, choroby Parkinsona i nowotworów.

Teoria starzenia się osi lizosomalno – mitochondrialnej

Zakłada ona upośledzenie degradacji w lizosomach (głównie lipofuscyny) albo pozalizosomalnie (np. uszkodzenie mitochondria i agregaty białkowe). Ich rosąca z wiekiem obecność obniża sprawność („szczelność”) mitochondrialną komórki i zwiększa rozmiar szkód oksydacyjnych.

Teorie zaprogramowanego starzenia się (mechanizmy wewnętrzne)

Należy do nich teoria genów długowieczności. Zjawisko długowieczności (łac. longaevitae, ang. longevity) od dawna interesuje biologów. Teoria ta zakłada, że długowieczność koreluje wprost z długością okresu wzrastania (do okresu dojrzałości) oraz masą ciała i względną masą mózgu (tj. masą mózgu w stosunku do masy ciała).

Teoria hormonalna

Nie budzi wątpliwości rola układu hormonalnego w procesie wzrastania, dojrzewania, a następnie w rodności (fecundity) organizmu. Istnieje mocna dodatnia korelacja między maksymalną długością życia a wiekiem dojrzałości płciowej. Znany jest także kompromis ewolucyjny między rozrodczością a przeżywalnością, wyrażający się ich ujemną korelacją. Wśród głównych przekaźników odpowiedzi stresowej, zachowań żywieniowych i modulacji przemian energetycznych wymienia się między innymi insulinę, serotoninę, i neurotrofiny. Insulina ma korzystne, utrwalone ewolucyjnie działania ogólnoustrojowe, natomiast w wybranych tkankach może przyspieszyć efekt starzenia się.

Teorie zaprogramowanej śmierci

Szczególną rolę w starzeniu się może odgrywać zmniejszenie mocy regeneracyjnej komórek macierzystych wskutek funkcji telomerów. Równocześnie tu poszukuje się wspólnego mianownika wyjaśniającego przeciwstawność dwóch procesów: starzenia się i skracania telomerów i kancerogenezy (reakcja telomerazy, ale niekoniecznie w związku z długością telomerów, lecz raczej ze zmianą ich dynamiki, która może powodować niestabilność genomu).

Teoria immunologiczna (albo immunosupresyjna)

Przyczyną starzenia się, zgodnie z tą teorią, są zmiany w budowie i funkcji tkanek w procesach odpornościowych organizmu (*grasica*). Dochodzi do uszkodzenia tkanek oraz nadprodukcji szkodliwych białek, m.in. autoprzeciwciał (Marchewka, Dąbrowski, Żołądź, s. 15-25).

Wszystkie etapy rozwojowe człowieka stawiają przed nim nowe wyzwania, które powodują pewne obawy związane z rozwojem i ograniczeniami w zakresie trudności somatycznych. W perspektywicznym ujęciu starości człowiek korzysta z nabytego doświadczenia oraz własnych możliwości.

Spośród biologicznych teorii starzenia się człowieka Henryk Olszewski wymienia zegarową teorię starzenia, odwołującą się do zakodowanego programu indywidualnego rozwoju, wyznaczającego poszczególne okresy życia, rozstrzygającego o czasie śmierci (Olszewski, 2003, s. 17-21). Teoria błędów Leslie Orgela odwołuje się do błędów syntezy białka, prowadzących w efekcie do niepełnosprawności komórek i narządów, co może mieć podłoże genetyczne lub być wynikiem zdarzeń przypadkowych. Teoria immunologiczna ujmuje procesy odpornościowe i rozwojowe, zmniejszanie się ich sprawności, jako istotę starzenia się. W wieku starczym zaobserwować można większą część występowania przeciwciał przeciwwądrowych, obniżenie odporności komórkowej i humoralnej, co prowadzić może do starczej degeneracji i może odgrywać dużą rolę w postępowaniu procesów otępiennych. Teoria wolnych rodników, aktywnych cząsteczek powstających w czasie fizjologicznego metabolizmu, ujmuje istotę starzenia się w kategoriach łatwości wchodzenia owych cząsteczek w związek i możliwości zakłócania zachodzących w organizmie procesów biologicznych. Teoria wiązań krzyżowych spaja proces starzenia się z uszkodzeniem długich łańcuchów makrocząsteczek ustrojowych, powstaniem połączeń krzyżowych wewnątrz – i międzyłańcuchowych, co upośledza funkcjonowanie organizmu i manifestuje się postępującymi zmianami wstecznymi (por. Lech-Sobczak, 2000, s. 11-13). I choć procesy inwolucyjne związane z zaawansowanym wiekiem dotyczą całego ustroju, to szczególną wagę przypisuje się procesom starzenia w ośrodkowym układzie nerwowym (Olszewski, 2003, s. 17-21).

Michał Początek (2008) opisuje teorię Bernsteinów samonaprawiania i kopiowania DNA z „wycinaniem” uszkodzonych nukleotydów. W myśl jej założeń wszystkie komórki dysponują systemem zabezpieczeń i możliwością samonaprawiania oraz modyfikacji

genetycznych. Kluczową rolę odgrywają tu enzymy biorące udział w naprawie DNA. Enzymy owe mają jednak określoną skuteczność. Gdy, wskutek jonizacji, defekt jest zbyt wielki, wyczerpuje się ona, przez co w efekcie dochodzi do starzenia się komórek oraz do niepożądanych i niebezpiecznych zmian patologicznych. Telomery - to końcowe odcinki chromosomów złożone z 2 - 12 par nukleotydów, skracające się podczas podziałów komórki. Enzym telomeraza – produkt „genu nieśmiertelności”, zapobiegający skracaniu telomerów pełni zaś funkcje korygujące.

Jeżeli zmiany genetyczne nie zostaną usunięte, utrwalają się w postaci mutacji. Po 54. roku życia uszkodzenia DNA nasilają się, ilość mutacji postępuje w tempie 1,33% rocznie (Początek, 2008, s. 28).

Moim zdaniem, zaprezentowane teorie kładą nacisk na determinizm czynników biologicznych związanych z fizjologią człowieka. W opinii autorki dobrze byłoby, wykorzystując dotychczasowe osiągnięcia nauk biologicznych, analizować możliwości ograniczania tych czynników biologicznych i przeciwstawiania się ich nieuchronnemu działaniu przez ludzi starych poprzez zachowania prozdrowotne, aktywną postawę wobec życia, subiektywne poczucie zadowolenia i spełnienia. Zagadnieniami możliwości oddziaływania czynników związanych ze zdrowiem psychicznym na funkcjonowanie całego organizmu zajmują się subdyscypliny psychologii klinicznej psychosomatyka i somatopsychologia.

1.3. Psychologiczno-społeczne aspekty procesu starzenia się

„Jakość starzenia się może być, z osobniczego punktu widzenia, lepsza lub gorsza. Do tradycyjnych kryteriów tzw. dobrego starzenia się najczęściej zalicza się fizyczny brak chorób i zachowaną sprawność fizyczną i umysłową. Proces starzenia bywa więc niekiedy osobistym dramatem i niewygodnym problemem społecznym. Mimo że zgodnie z prawem natury, wraz z upływem czasu w organizmie człowieka zachodzą zmiany powodujące zmniejszającą się wydolność psychofizyczną, to jednak również ten etap życia może i powinien nieść ze sobą przyjemność i spełnienie” (Halicka, Halicki, Kramkowska, 2016, s. 65).

W badaniach interdyscyplinarnych dziedzin naukowych, w dyskusjach społecznych i politycznych wzięto pod uwagę realizację zadań wobec seniorów, które będą miały wpływ na polepszenie ich dobrostanu materialnego. Ogromne znaczenie odgrywa perspektywa starości, związana ze zdrowiem i relacjami międzyludzkimi.

Starość kojarzy się negatywnie, bo wyraża lęk i obawy przed starością własną, odległą bądź bliską, ale budzącą niepokój. Obawa związana jest z utratą samodzielności i uzależnieniem od innych osób. Dlatego też często unika się słów „starość” i „ludzie starzy”, zastępując je synonimami: późna dorosłość, ludzie starsi, wiek podeszły, trzeci wiek.

W tekstach źródłowych są opisywane z punktu widzenia wieku: wczesna starość i późna starość, przy czym ludzie w wieku 60-70 lat nie są jeszcze starzy. Określa się ich jako ludzi starzejących się, a określenie „starzy” odnosi się do osób powyżej 70. roku życia. Dla tych naprawdę starych osób można stworzyć inne typologie, a szczególnie ważne są dwie kategorie. Ludzie starzy różnią się między sobą cechami takimi jak: aktywność i wzajemna życzliwość w stosunku do innych osób. Cechy te można przedstawić na osiach od aktywności do wycofania i od egoizmu do altruizmu.⁶

„W literaturze gerontologicznej omawiane jest znaczenie zmiennych socjodemograficznych w efektywnej adaptacji do starości. Wskazuje się w tym kontekście rolę wieku, płci, stanu cywilnego, wykształcenia, miejsca zamieszkania, sytuacji materialnej, stanu zdrowia. Traktując proaktywność jako zbiór strategii ujawniających optymalne funkcjonowanie w okresie późnej dorosłości, można przypuszczać, iż istnieją powiązania pomiędzy określonymi zmiennymi socjodemograficznymi a stosowaniem proaktywnych sposobów radzenia sobie przez osoby w okresie późnej dorosłości” (Brzezińska, 2011, s. 132). Małgorzata Brzezińska jest zwolenniczką skutecznego radzenia sobie i funkcjonowania jako przystosowania do postępującej starości (Brzezińska, 2011, s. 132).

Życie każdego człowieka starego jest równie cenne i wartościowe jak osoby w młodszym wieku. W swoich badaniach pedagodzy, psychologowie, socjologowie dążą do zmian postrzegania starości przez społeczeństwo. Bardzo istotnym problemem jest zmiana negatywnego postrzegania ludzi starych w przekazie medialnym. Uczniowie starają się ukazać bardziej pozytywny obraz późnego wieku, przedstawiają kategorie tej fazy życia jako dobre doświadczenie osoby starej (Pikuła, 2015, s. 8-9). Można stwierdzić, iż życie bez starości

⁶ Zdaniem Moniki Doroty Adamczyk obecność w społeczeństwie osób starych jest najczęściej ignorowaną. Bardzo trudno jest kupić szersze, wygodne obuwie lub dobrze skrojoną odzież większych rozmiarów. Ławki, na których idąca ulicą osoba stara mogłaby przez chwilę odpocząć, bywają usuwane, a napisy na produktach są często drukowane tak drobnymi literkami, że nie można ich przeczytać nawet w okularach. Prezenteryzy w mediach starają się mówić bardzo szybko, tak, że osoby gorzej słyszące (najczęściej z problemami z selekcją dźwięków) niewiele mogą zrozumieć. (Adamczyk, 2016. s. 14, 15).

byłoby niepełne, zubożone, jednak Pana Boga obciąża się odpowiedzialnością za złą starość. Jeśli ten okres życia zostanie dobrze zagospodarowany, stanie się ogromną wartością dla człowieka. Stary człowiek ma czas na spojrzenie wstecz, na dokonanie bilansu. Może rozważyć, czego dokonał, a co jeszcze pozostało do wykonania. Ma też czas na stopniowe godzenie się ze swoim stanem niedołężności, niesprawności. Starość zatem jest okresem ciężkiej pracy, zwłaszcza w zakresie troski o własne zdrowie, o utrzymanie kondycji, zarówno fizycznej, jak i psychicznej (Pichalski, 2016, s. 10).

Niezależna ocena warunków zdrowia różnicuje osoby stare w sferze dwóch strategii prewencyjnych, zapobiegającej i wnikliwej oraz kompleksowego praktycznego radzenia sobie. Uzyskane dane pokazują, że wśród seniorów występują osoby, które najgorzej oceniają swój stan zdrowia, osiągają najniższy poziom strategii zapobiegającej i wnikliwej oraz kompleksowego praktycznego radzenia sobie w stosunku do osób oceniających go jako dobry i typowy (Brzezińska, 2011, s. 146).

W celu poznania sytuacji społecznej ankietowanych osób badano, jak oceniają oni stosunki ze swoimi najbliższymi (rodzina, przyjaciele). Najważniejszym czynnikiem są dobre relacje z przyjaciółmi, które wskazują na bardzo dobry związek z kompleksowym, zapobiegliwym radzeniem sobie ze wszystkimi strategiami. Okres późnej dorosłości z punktu widzenia proaktywnego wiąże się z trudnymi sytuacjami związanymi z podtrzymywaniem relacji i dbaniem o właściwe kontakty z ludźmi spoza rodziny. Korzystne dla osób starych są dobre relacje z przyjaciółmi (Brzezińska, 2011, s. 141-144).

Następnym ważnym czynnikiem wydaje się być stosunek między wymiarem jakości relacji ze współmałżonkiem i przyjaciółmi a radzeniem sobie w sytuacji trudnej. Osoby niezamężne nieposiadające rodziny/przyjaciół, których mogły traktować jako osoby bliskie, częściej nie podejmują działań w sytuacjach trudnych, w porównaniu z ludźmi ze swojego otoczenia żyjącymi w pozytywnych związkach mąż/żona. Można przypuszczać, że trudy i troski związane z utrzymaniem dobrych relacji ze współmałżonkiem i przyjaciółmi występują jako istotne czynniki chroniące przed bezczynnością i nieprzemyślanym radzeniem sobie. Można także przypuszczać, że osamotnienie spowodowane brakiem bliskich osób, bądź niesatysfakcjonującymi relacjami z nimi, zmniejsza możliwości starego człowieka w kontaktach nieuniknionych występujących zagrożeń, zamierzeń poradzenia sobie z nimi oraz usuwa inne osoby jako ewentualne w tych działaniach. W dodatku negatywne poczucie wsparcia osamotnienia ogranicza całą płaszczyznę emocjonalnego funkcjonowania, co jest nieodpowiednie dla sporządzania i kontynuowania proaktywnych strategii zaradczych

w świetle założenia o maksymalizowaniu możliwości radzenia sobie w przypadku spójności emocji, poznania i zachowań (Brzezińska, 2011, s. 145).

Starość jest etapem życia, który opiera się na wcześniejszych okresach życia. Tak definiowana późna dorosłość przedstawia z jednej strony pesymizm – z uwagi na brak możliwości zmian zaistniałych już warunków, które tu i teraz determinują osobę starą. Z drugiej strony można mówić o optymizmie – w kontekście okazji do kształtowania determinantów starości na wcześniejszych etapach życia. Istnieją cztery poziomy przygotowania do starości (Szarota, 1998, s. 27):

- 1) biologiczny – związany z wykazaniem maksymalnej sprawności, korzystny stan zdrowia pozwalający na maksymalnie aktywny tryb życia, uprawianie sportu i rekreacji oraz kształtowanie dobrych nawyków,
- 2) psychiczny – pozytywne nastawienie na temat własnej przyszłości, złagodzenie obaw i lęku, zaakceptowanie i zrozumienie starości,
- 3) intelektualny – przemyślane spędzenie czasu, trening umysłu, dbanie o własne zainteresowania oraz ich twórczą realizację,
- 4) społeczny – zagwarantowanie odpowiedniego statusu materialnego, utrzymanie godnych warunków życia, pielęgnowanie więzi towarzyskich, podtrzymywanie aktywności społecznych, przeciwdziałanie izolacji społecznej. Bazą tego etapu życia jest przygotowanie człowieka, w zakresie radzenia sobie ze zmianami w starszym wieku. Można tę efektywność wzmocnić poprzez kompleksowe działanie oraz szukanie pomocy u innych ludzi, dopasowanie do potrzeb danej osoby (Brzezińska, 2011, s. 177).

Proaktywne zachowania zaradcze wiążą się z przygotowaniem do starości i wzmocnieniem aktywności w tym okresie życia. Osoby stare podejmują różne aktywności związane z problemami radzenia sobie. Starają się dostosować do dotychczasowych strategii związanych ze zmianami, co jest sprzeczne z uprzedzeniami do człowieka starego jako jednostki bezradnej i słabej (Brzezińska, 2011, s. 178). Poziom proaktywnego radzenia sobie maleje w czasie trwania późnej dorosłości. Radzenie sobie w codziennych czynnościach można traktować jako wyzwanie.

1.4. Potrzeby ludzi starych oraz zapotrzebowanie na pomoc i opiekę zdrowotną

Proces starzenia się społeczeństwa związany jest ze zmianami w zakresie społecznym, medycznym, kulturowym i ekonomicznym. W procesie społecznym obejmuje wzrost zapotrzebowania na zorganizowaną pomoc społeczną, socjalną, opiekuńczą i instytucjonalną. W aspekcie medycznym dotyczy dużego wsparcia w zakresie leczniczym i rehabilitacyjnym. W obszarze kulturowym dotyczy zapewnienia ludziom starym uczestnictwa w różnych formach życia społecznego, umożliwienia im nabywanie nowych umiejętności, kształcenia w nowych zawodach oraz podtrzymywania ich aktywności w różnych formach. Aspekt ekonomiczny związany jest z zachowaniem równowagi pomiędzy osobami, które są czynne zawodowo zbierającymi i wypracowującymi środki dające możliwości finansowania instytucji państwowych a tymi, którzy jedynie korzystają z tych środków (Steuden, 2011, s. 31).

Gdy seniorzy czują się akceptowani, zadbani i kochani przez ludzi, z którymi się stykają, można oczekiwać, że będą postrzegać siebie samych w pozytywny sposób. Wzrośnie ich poczucie pewności siebie i siła kontroli swojego życia (Buliński, 2014 s. 17). U osób w „trzecim wieku” niektóre potrzeby odczuwane są z większą intensywnością niż we wcześniejszych okresach życia, inne zaś tracą na znaczeniu. Elżbieta Trafiałek twierdzi, że im człowiek jest starszy, tym bardziej nasilają się u niego potrzeby psychospołeczne (Trafiałek, 2011, s. 29). Wraz z wiekiem senior coraz bardziej potrzebuje bezpieczeństwa, wsparcia emocjonalnego i akceptacji. Nasilają się potrzeby afiliacji i miłości. Wzrasta również ranga potrzeb bytowych i opiekuńczych zwłaszcza w okresie starości sędziwej. Podobnie, Barbara Małecka zwraca uwagę na to, że potrzeby ludzi starych zmieniają się oraz zyskują bądź tracą na swojej intensywności, gdyż wraz z wiekiem maleją możliwości zaspokojenia niektórych z nich (Małecka, 1985, s. 136). Jest to wynik szczególnej sytuacji rodzinnej i zawodowej osób starych. Według tej autorki do potrzeb najsilniej odczuwalnych w okresie starości należą: potrzeba bezpieczeństwa psychicznego, potrzeba przynależności do grupy, potrzeba uznania, wzajemnego szacunku i przyjaźni w określonym miejscu oraz przynależność do lokalnej społeczności. Kategoria psychospołecznych potrzeb u osób starych jest szczególnie narażona na niedosyt. Zofia Szarota zauważa, że wobec zjawiska „gilotyny emerytalnej” następuje nagła deprywacja potrzeb społecznych (przynależności do grupy, więzi, społecznej użyteczności czy uznania, a te potrzeby „są niemal tożsame z sensem życia” w okresie starości (za: Maćkiewicz, 2016, s. 81). Wielu gerontologów i pedagogów akcentuje rangę potrzeb psychospołecznych w „trzecim wieku”. Brunon Synak opracował klasyfikację psychospołecznych potrzeb w okresie starości. Są to następujące potrzeby: przynależność

(integracji, towarzystwa), która zależy głównie od nasilenia kontaktów, podtrzymywania więzi z dawnym środowiskiem zawodowym i budowania nowych. W okresie starości spada liczba kontaktów społecznych i poważnym problemem staje się osamotnienie, toteż istotne znaczenie mają wtedy stosunki rodzinne seniora (Maćkowicz, 2016, s. 81).

Zwrócono uwagę na przemiany cywilizacyjne, kiedy pozytywnej zmianie ulega rzeczywisty wizerunek fizycznej i psychospołecznej kondycji statystycznego seniora oraz sposobu jego działania w społeczeństwie (tzw. efekt kohorty). Mimo wszystko bez większych zmian pozostają negatywne opinie społeczeństwa na jego temat. Na subiektywną ocenę jakości życia nie ma wpływu poprawa kondycji osób starych. Z tego względu niespecyficzną, a istotną potrzebą człowieka uzewnętrzniającą się w wieku senioralnym, jest potrzeba godności i własnej wartości. Potrzebę tę intensyfikuje czas, w którym osoba przechodzi na emeryturę, traci pozycję społeczną, obniża się jej status materialny oraz pogarsza się jej sprawność ruchowa i ogólny stan zdrowia (Straś-Romanowska, 2014, s. 148-149).

„Przechodząc teraz do zapotrzebowania na pomoc w aspekcie troski o zdrowie, zgodnie z teorią zasobową, o której pisze Brzezińska, pozycja starzejącego się człowieka na kontinuum zdrowie – choroba zależy w zasadniczym stopniu od tego, z jakim potencjałem zdrowia wchodzi on w etap starości. Może przecież cieszyć się dobrym zdrowiem, ale może być i tak, że już u progu starości doświadcza nasilonych w różnym stopniu dolegliwości, związanych z wcześniejszą biografią zdrowotną, przewlekłej choroby czy niepełnosprawności, która ogranicza jego fizyczną i/lub psychiczną sprawność i samodzielność” (Brzezińska, 2015, s. 621). Ponadto, omawiane etapy życia wskazują na nieuchronne zmiany inwolucyjne, wywołane różnym nasileniem oraz dynamiką. Często starzeniu towarzyszą różne choroby związane z wiekiem podeszłym i związana z tym śmiertelność (Duda, 2012). Zmiany te znalazły swoje odzwierciedlenie w biomedycznej koncepcji trzech torów starzenia się. Pierwszy przyjmuje nazwę zdrowego starzenia (healthy ageing), którego przebieg odpowiada fizjologii zmian w starzejącym się organizmie, zwykłe starzenie się (z ukrytą patologią) oraz chorobowe starzenie się (Rowe, Kahn, 1997). Aczkolwiek pozycja seniora w kontinuum zdrowie – choroba jest indywidualnie bardzo zróżnicowana, to można stwierdzić, że w okresie choroby, oraz nadchodzącej śmierci, ma w stosunku do wcześniejszych etapów życia zdecydowanie większą dynamikę. Na początku lat 80. ubiegłego stulecia popularna stała się koncepcja wieloczynnikowych uwarunkowań zdrowia (La Londe, 1974), która wywodzi się z koncepcji salutogenetycznej. Rozważając podkreślaną w naukach społecznych istotność, warto zwrócić uwagę na determinanty, które kształtują poziom zdrowia fizycznego

i psychospołecznego dobrostanu osoby starej, a jednocześnie mieszczą się w ramach pozamedycznego wspierania seniora w jego radzeniu sobie z problemami starości. Dotyczą one stylu życia, wyrażają się w podejmowanych przez człowieka działaniach związanych ze zdrowiem oraz środowiskiem życia. Uwarunkowania środowiskowe zdrowia należy ujmować w bardzo szerokim aspekcie. Na poziom i kształt fizycznego i psychospołecznego zdrowia mają wpływ czynniki środowiska przyrodniczego i fizycznego, jak również warunki panujące w codziennym miejscu bytowania seniora oraz społeczno-kulturowe, materialne i ekonomiczne aspekty jego życia. Jak powszechnie wiadomo, w naszym kraju szczególnie te ostatnie stanowią ważną determinantę zdrowia ludzi starych, którzy niejednokrotnie są zmuszeni do życia w warunkach ograniczonego wyboru zarówno w zakresie dóbr służących zdrowiu somatycznemu, jak i stylu życia zapewniającego zadowalający poziom ogólnego dobrostanu. Nierówności społeczne są jedną z podstawowych przyczyn dysproporcji w zdrowiu seniorów. Kształtowanie zdrowia człowieka w omawianym aspekcie dotyczy nie tylko właściwego poziomu i dostępności opieki zdrowotnej, ale wymaga wsparcia ze strony instytucjonalnych pozamedycznych obszarów działalności społecznej.⁷

Wsparcie psychospołeczne dla ludzi starych staje się przedmiotem coraz większej troski młodszych pokoleń, choć i same osoby w podeszłym wieku są autorami różnorodnych inicjatyw skierowanych ku własnej generacji. Halicka i Pędich w swoich badaniach (1997) podkreślają, że taki rodzaj aktywności, jak ochotnicza i samopomocowa aktywność osób starych, ma istotnie stymulujący wpływ na odpowiedzialność za swój los, na relacje z młodszymi pokoleniami, wreszcie na środowisko lokalne.⁸

Georges Minois przedstawia tezę, w której w społeczeństwach zachodnich starość identyfikuje się ze schyłkiem i upadkiem, a w kulturze azjatyckiej i afrykańskiej wiek podeszły traktowany jest równoległe z fazami życia takimi jak dzieciństwo, młodość czy wiek dojrzały. W społeczeństwie polskim starość dostrzega się jak typowe zachowania dla kultury zachodniej.

⁷ W literaturze gerontologicznej ostatnich dwudziestu lat (Halicka, Pędich 1996) spotyka się próby opisu działań samopomocowych ludzi starszych, realizowanych w formie aktywności grupowej. Podejmowane przez osoby starsze działania samopomocowe najczęściej sprowadzają się do:

- 1) zaspokajania podstawowych potrzeb bytowych,
- 2) utrzymywania kontaktów społecznych i nawiązywania nowych znajomości,
- 3) przeciwdziałania samotności.

⁸ Piotr Czekanowski (2012), omawiając aktywizację osób starych w środowisku lokalnym, powołuje się na wyróżnienie społeczności terytorialnej oraz społeczności kategoryjnej. Społeczność terytorialna organizowana byłaby dzięki wspólnemu miejscu działania danej grupy osób, zaś społeczność kategoryjna (wspólnota) wiązałaby ludzi wyróżniających się jakąś wspólną cechą, w przypadku przedmiotu rozprawy byłiby to ludzie starzy.

Uprzedzenia dotyczące ludzi starych i myślenie o nich, rozpatrywane przez pryzmat wieku dojrzałego oraz zmiany zachodzące w tym wieku, mogą być przyczyną zakłócenia relacji międzypokoleniowych w bardzo wielu rodzinach. Ludzie młodzi i przedstawiciele starego pokolenia wychowywali się w różnych systemach aksjologicznych i kulturowych. Każde z tych pokoleń prezentują różne systemy wartości (za: Halicka, 2014 s. 121).

Proces starzenia się stawia coraz nowsze wyzwania przed systemem opieki zdrowotnej. Seniorzy bardzo często są pacjentami wszystkich placówek ochrony zdrowia. Potrzeby finansowe opieki zdrowotnej starają się przeciwdziałać procesom starzenia się populacji w liczbie trzynastoprocentowego zwiększenia dodatkowych nakładów finansowych w najbliższych dwudziestu latach, aby świadczenia medyczne były zadowalające i utrzymane na dotychczasowym poziomie.

Dynamiczne starzenie się populacji wpływa na zwiększenie popytu na procedury związane ze specjalistycznymi potrzebami pacjentów. Przemiany mentalne ludzi starych związane będą z zwiększonym zapotrzebowaniem na opiekę medyczną nad seniorami. Często postrzeganie starości wiąże się z okresem niesprawności i chorób przewlekłych, które są następstwem tego etapu życia. Starzenie się związane jest z różnymi relacjami międzypokoleniowymi w rodzinie, jak i w całym społeczeństwie (Szukalski, 2009, s. 25). Można bowiem oczekiwać, że postawy wobec seniorów w jakże ważnym, początkowym okresie życia kształtują się właśnie w rodzinie.

1.5. Jakość życia w okresie starości

Wiele, powiązanych ze sobą, czynników odzwierciedlających zdrowie związanych jest z jakością życia. Idea pojęcia jakość życia w początkowym okresie badań rozpatrywana była na ekonomicznej płaszczyźnie egzystencji człowieka. Założono, że jest zależność dodatnia związana z osiągnięciem wysokiego dochodu, co przekłada się na wyższy poziom materialny, który skutkuje wyższą jakością życia. Obecnie pojęcie standardu życia wiąże się z aspektem psychologicznym i społecznym, bardzo dobrą pozycją społeczną i wysokim standardem życia. Bardzo ważne znaczenie odgrywa również zdrowie, które pozwala na zaspokojenie potrzeb życiowych. Pojęcie „jakość życia jest wielowymiarowe, kształtowane przez czynniki zarówno obiektywne, jak subiektywne. Postrzegana subiektywnie jakość życia odzwierciedla poziom zadowolenia z życia w jego zdrowotnym, materialnym i duchowym wymiarze. Zgodnie z koncepcją WHO jakość życia to postrzegana przez jednostkę pozycja w życiu, w kontekście kultury i systemu wartości, w której żyje oraz w zgodności z własnymi celami, oczekiwaniami,

standardami i obawami” (Halicka, Halicki, Kramkowska, 2016, s. 325-327). „Definicja powyższa opiera się na wcześniejszej definicji zdrowia, zgodnie z którą jest ono stanem fizycznego, psychicznego i społecznego dobrostanu, a nie tylko brakiem choroby czy ułomności” (Worach-Kardas, 2016, s. 326).

Definicja ta odzwierciedla nową ideę medycyny, w której najważniejszą rzeczą jest wydłużenie życia człowieka, a także aktywizowanie go w środowisku lokalnym.

W literaturze istnieje dużo pojęć na temat jakości życia. Jest ono wielowymiarowe, jednak odmienne względem różnych nauk. W wielu dziedzinach naukowych jakość życia identyfikuje się z określeniem, które stanowi odmiennosc pomiędzy „sumą wszystkich rodzajów przyjemności” a „sumą wszystkich rodzajów cierpień”, przez jakie człowiek przechodzi w określonych fazach życia.

Jakość życia utożsamia się z zadowoleniem, szczęściem, radością i spełnieniem własnych oczekiwań. Na miernik jakości życia składają się zrealizowane cele.

„Jakość życia próbuje się pogłębić w kontekście wymiaru duchowego, obejmującego wiarę religijną i przekonania światopoglądowe. W ocenie jakości życia najważniejszą rolę odgrywają zasoby psychospołeczne, przekazane z wcześniejszych okresów, aktualne zasady jak również powiązania ze wsparciem. Pierwotnie postrzegane koncepcje jakości życia, w odniesieniu do osób starzejących się i starych, opierały się na wzorcach patologii i zależności, skupiając się na pomiarze obniżonej wraz z wiekiem sprawności psychicznej i fizycznej oraz na ograniczeniach w czynnościach. Aktualna koncepcja jakości życia przekłada się na stan zdrowia i pozytywne aspekty wpływające na możliwość samodzielnego funkcjonowania osoby starej w różnych sytuacjach, które doświadcza, jak również w niepełnosprawności i przewlekłej chorobie. Takie funkcjonowanie jednostki uzależnione jest od czynników materialnych i społecznych w czasie całego dotychczasowego życia oraz satysfakcji życiowej. Te możliwości funkcjonowania zależą od zasobów materialnych i sieci społecznych zbudowanych w toku całego dotychczasowego życia oraz ogólnego poczucia satysfakcji życiowej. Na gruncie nauk medycznych oznaczało to rozwinięcie większej perspektywy wykraczającej poza tradycyjną koncepcję zdrowia” (Halicka, Halicki, Kramkowska, 2016, s. 325-327).

Tabela 1. Czynniki korygujące rozwój (niekiedy „deficyty rozwojowe”) w okresie późnej dorosłości

Zdarzenia rozwojowe	Zasoby jako antidotum	Wsparcie ze strony otoczenia
Powolna utrata zdrowia, młodego wyglądu i sprawności fizycznej,	<ul style="list-style-type: none"> - styl życia - aktywność fizyczna, - troska o wygląd, - troska o zdrowie psychiczne, - dieta. 	<ul style="list-style-type: none"> - promowanie aktywnego i zdrowego stylu życia, - dostarczanie możliwości rekreacji np. (zakład pracy, osiedle), - zapobieganie wypaleniu zawodowemu w warunkach pracy zawodowej, - satysfakcjonujące relacje rodzinne.
Sprawność poznawcza, która może zawodzić	<ul style="list-style-type: none"> - aktywność psychiczna, rozwój zainteresowań, życie duchowe, - uczenie się, poszerzanie kompetencji zawodowych, - strukturyzacja własnego życia, nadawanie sensu poszczególnym jego etapom, - posiadanie sensu życia, - korzystanie i organizowanie sobie czasu wolnego. 	<ul style="list-style-type: none"> - dostarczanie wyzwań intelektualnych, w formie instytucjonalnej, np. popularne uniwersytety trzeciego wieku) lub pozainstytucjonalnej, - dobre praktyki w zakresie zatrudniania osób w okresie późnej dorosłości, - lokalne alternatywy spędzania czasu wolnego.
Dalsza aktywność zawodowa lub przejście na „częściową emeryturę”	<ul style="list-style-type: none"> - kompetencje społeczne, - kompetencje profesjonalne, - doświadczenie zawodowe, - posiadany kapitał społeczny, - uzupełnianie kwalifikacji. 	<ul style="list-style-type: none"> - dobre praktyki w zakresie zatrudniania osób w okresie późnej dorosłości, - właściwe regulacje prawne umożliwiające pracownikowi w okresie późnej dorosłości woluntarną decyzję o kontynuowaniu lub stopniu pozostawania aktywnym zawodowo.
Powolne zawężanie kontaktów społecznych	<ul style="list-style-type: none"> - budowanie satysfakcjonujących, wysokiej jakości kontaktów społecznych, - pozytywne nastawienie do ludzi, 	<ul style="list-style-type: none"> - ułatwianie kontaktów społecznych, - organizowanie nieformalnych spotkań na kanwie zawodowej i poza zawodowej

	<ul style="list-style-type: none"> - chęć dzielenia się wiedzą i doświadczeniem, - panowanie nad emocjami negatywnymi, rozwijanie pozytywnych emocji, - wzbudzanie społecznego zaufania, 	<ul style="list-style-type: none"> - rozwój sieci społecznościowych
<ul style="list-style-type: none"> - budowanie nowej tożsamości, - świadomość utraty kompetencji zawodowych, - pogorszenie sytuacji materialnej, - akceptacja mniejszej niezależności życiowej, - świadomość ograniczeń zdrowotnych, zmiany wyglądu i aktywności seksualnej. 	<ul style="list-style-type: none"> - posiadany kapitał społeczny, - chęć ustawicznego uczenia się, - jak najdłuższe utrzymywanie aktywności zawodowej i społecznej, - budowanie poczucia własnej wartości w oparciu o inne kryteria, - afiliacja własnych dokonań życiowych, - pogodzenie się z nadchodzącym końcem życia. 	<ul style="list-style-type: none"> - umożliwienie aktywności społecznej lub zawodowej (choć w ograniczonym zakresie), - umożliwienie pracy w charakterze wolontariatu, - afirmacja ze strony najbliższego otoczenia.

Źródło: opracowanie G. Bartkowiak, 2016, na podstawie A.I. Brzezińska, 2015, s. 621.
 Odpowiednie oddziaływanie otoczenia kompensuje osobie starej istniejące deficyty.

W drugiej połowie dwudziestego wieku coraz więcej ludzi zaczęło przekraczać 80. rok życia, co przełożyło się na hasło gerontologów z „dodać lat do życia” na „dodać życia do lat”. Bardzo dużo mówi się współcześnie o jakości życia seniorów. W wielu dziedzinach, począwszy od medycyny po politykę społeczną, jest ono najczęściej używane słowo kluczowe w badaniach społecznych oraz gerontologii. Wzrasta liczba ludzi starych, którzy oczekują działań politycznych, podjętych w celu zwiększenia zainteresowania ich życiem.

„Polityka społeczna koncentruje się na utrzymaniu zdolności seniorów w zakresie mobilności, niezależności, aktywnego wkładu do funkcjonowania społeczeństwa i efektywnej odpowiedzi na wyzwania wobec ludzi w starszym wieku – w konsekwencji dodawaniem jakości życia do lat. Wskazuje to na odejście od poprzedniego modelu wieku starszego, z akcentowaną chorobą i niesprawnością ku pozytywnemu spojrzeniu na starość będącą naturalną składową przestrzeni całego życia. Zmiany te powodują zainteresowanie pomyślnym starzeniem się widzianym z wielowymiarowej perspektywy i mającym na uwadze utrzymanie

kontroli nad własnym życiem, kompetencji poznawczych i możliwości adaptacyjnych. Innymi słowy, dąży się do tego, aby utrzymać niezależność ludzi starych tak długo, jak to tylko możliwe⁹” (Halicki, 2009, s. 3).

Definicja jakości życia „obejmuje zarówno subiektywne postrzeganie swojego położenia, jak i obiektywne potencjały, zasoby, bariery i deficyty. Jakość życia jest więc wielowymiarową oceną dokonywaną za pomocą kryteriów wewnętrznych danej osoby i kryteriów społeczno-normatywnych systemu osoba – środowisko. Nie jest więc ona jednolitym wymiarem, a raczej zbiorem wielkości. Nie jest też atrybutem ani osoby, ani środowiska, ale systemu osoba – środowisko” (Lawton, 1997, s. 45-50).

Zarówno subiektywne jak i obiektywne składniki jakości życia można sformułować jakością osoby i jakością społeczeństwa, czy też jakością bycia człowiekiem i jakością warunków do życia. Taką analizę jakości życia proponuje Veenhoven (2000), (za: Halicki, 2009, s. 209-211). Korzysta on z jednej strony z dychotomii określonej dwiema płaszczyznami – szans życiowych i rezultatów życiowych, z drugiej zaś – z dychotomii poziomu zewnętrznego i wewnętrznego. Zestawienie wyżej wymienionych dychotomii tworzy strukturę o czterech polach. Tabela poniższa przedstawia szanse i rezultaty prezentowane pionowo, a różnica między jakościami zewnętrznymi i wewnętrznymi poziomo:

⁹ S. Timmermann, (1985 s. 28-37), wyróżniła cztery typy edukacji służące zdobyciu samodzielności:

1. Zdobywanie wiedzy i umiejętności, służących utrzymaniu podstaw ekonomicznych.
2. Nabywanie praktycznych umiejętności, które potrzebne są do dalszego życia.
3. Nabywanie umiejętności działania na rzecz innych.
4. Rola indywidualnej nauki.

W pierwszym przypadku dotyczy to ludzi starych, zainteresowanych uzupełnieniem swoich dochodów. Edukacja może im pomóc w skutecznym pokierowaniu swoim życiem, jak również w nabywaniu odpowiednich technik poszukiwania pracy. W grę bierze się pod uwagę uzyskanie nowych, pożądaných na rynku pracy, umiejętności, udoskonalania starych oraz wykorzystywania nowych możliwości zarabiania pieniędzy.

Drugi typ edukacji polega na tym, że wiele osób pragnie zdobyć umiejętności, które pozwolą na przewyciężenie codziennych problemów związanych ze zdrowiem, z sytuacją finansową czy odżywianiem.

Trzeci etap edukacji akcentuje ważną rolę jaką odgrywają ludzie starsi w swoich społecznościach, pokazując nie tylko zdolność do uczenia się, lecz również uczenia innych.

Etap czwarty wypukla rolę indywidualnej nauki. Pomaga bowiem ona ludziom starszym uczynić z późnych lat zwieńczenie całego życia, tym niemniej owoc takiej nauki ma również praktyczne konsekwencje. Edukacja uwalnia ludzi starszych od stereotypów, które ograniczają ich spojrzenie na to, czego mogą dokonać. Dzięki niej zdolni są do wyrażania wartości oraz są lepiej przygotowani do realizacji trzech pierwszych punktów zaprezentowanej klasyfikacji.

Tabela 2. Dychotomia ujmowania jakości życia

Dychotomia	Jakości zewnętrzne	Jakości wewnętrzne
Szanse (okazje życiowe)	Odpowiednie do życia środowisko	Zdolności do życia danej osoby
Rezultaty życia	Wykorzystanie życia (pożytek z życia)	Ocena życia

Źródło: R. Veenhoven, 2000, s. 6, za: J. Halicki, 2009, s. 209-211.

1. Właściwe środowisko życia, przebywania i zamieszkania (warunki środowiskowe, kulturalne, społeczne, ekonomiczne, itd.).
2. Możliwości do życia danej osoby, stopień wykwapowania, a możliwości szans rozwiązywania problemów życiowych (zdrowie fizyczne, psychiczne, wiedza i umiejętności, styl życia itp.).

Dolna część tabeli przedstawia jakość życia jako rezultaty. Wartość zewnętrzna jest przedstawiana jako użyteczność życia. Wartość wewnętrzna jako ocena życia.

1. „Użyteczność życia. Życie zasługujące na miano użytecznego musi być dobre dla innych, a nie tylko dla osoby przeżywającej. Przesądza to o istnieniu jakichś wyższych wartości (pożytek zewnętrzny z życia: wychowanie dzieci, troska o przyjaciół, praca dla społeczeństwa, bycie dobrym obywatelem, wykazywanie się inwencją, doskonalenie się moralne, itp.).
2. Ocena życia. Jest to jakość w oczach postrzegającego, czyli subiektywna ocena życia. Zwykle sprowadza się to do takich terminów jak »subiektywne dobre samopoczucie«, »satisfakcja życiowa« i »szczęście« w ograniczonym znaczeniu tego słowa. Życie ma tym więcej z tej jakości, im więcej i dłużej się nim cieszymy (ocena aspektów życia: np. satysfakcja z pracy, dominujący nastrój: depresja, znudzenie, przyjemność; ogólna ocena afektywna itp.)” (Halicki, 2009, s. 209-211).

Analizowana przez autorkę problematyka dotycząca jakości życia ludzi starych w końcowym okresie życia jest ściśle powiązana z potrzebą przygotowywania prac odnoszących się do ostatniej fazy życia. W tym kontekście podjęto pracę, dokonując przeglądu jednego z kluczowych zagadnień, w badaniu nad psychologicznymi procesami starzenia się, jakim jest poczucie jakości życia ludzi starych. W literaturze przedmiotu można znaleźć wiele definicji i prób wyjaśnienia kategorii poczucia jakości życia (Diener, 1984; Ryff, 1989). Obecnie w literaturze przedmiotu przyjmuje się, że życie stanowi wartość samą w sobie (model

dionizyjski¹⁰), a wyznacznikiem jest jego jakość (Kowalik, 1993). Analizując sytuację życiową ludzi w końcowym etapie życia, widać negatywne zmiany w kondycji psychicznej i fizycznej. Jest to związane ze zmianami w zakresie zewnętrznych warunków życia takimi jak: śmierć małżonka, zakończenia aktywności zawodowej i społecznej (Niewiedział, 2010, s. 199-200).

Dążąc w swojej pracy do uporządkowania wielu stanowisk teoretycznych, autorka przyjęła, że poczucie jakości życia jest rozpatrywane w kontekście rozwoju człowieka na przestrzeni życia (Baltes, Reese, 1980). W ujęciu tym rozwój nie jest monolitycznym procesem o charakterze wyłącznie progresywnym, lecz raczej procesem wielowymiarowym i wielokierunkowym, którego istotę stanowią maksymalizacja zysków i minimalizacja strat. Odwołano się w nim do rozważań teoretycznych Marii Straś-Romanowskiej (1992, 1995) dotyczących wielowymiarowego modelu rozwoju osobowości. W tym modelu rozwój człowieka wyróżniony w czterech wymiarach: biologicznym, społecznym, podmiotowym i metafizycznym przebiega w ciągu całego życia według odmiennych w każdym z tych wymiarów i wobec niesprawdzalnych do siebie praw. Ponadto, w ramach każdego z owych wymiarów, wskazać można różne treści i cele rozwojowe przeżywane i realizowane w różnym czasie trwania życia. Tak uściślone ramy teoretyczne pozwoliły autorce na przedstawienie uznanych mechanizmów kształtujących tę kategorię i wyjaśniających jego istotę.

Podstawowym założeniem autorki dotyczącym jakości życia jest nieustanny rozwój człowieka od urodzenia przez całe życie. Podłożem tych zadań są zmiany charakterystyczne dla danego wieku oraz okoliczności biologiczne i społeczne, które powodują problemy do rozwiązania. Zgodnie z teorią zadań rozwojowych (Erikson, 1968 za: Brzezińską, 2000) pomyślne rozstrzygnięcie tych problemów prowadzi do adaptacji, która przejawia się w osiągnięciu przez jednostkę satysfakcji i poczucia wyższej jakości życia.

¹⁰ **Nurt dionizyjski** - (od Dionizosa) wyszczególniony przez Fryderyka Nietzschego jeden z dwóch podstawowych nurtów sztuki greckiej, który charakteryzował się podmiotowością, pesymizmem, mitem tragicznym, symbolicznym postrzeganiem świata, wolą i upojeniem. Nurt miał łatwo przedstawiać się w muzyce i poezji lirycznej. Jest opozycją do nurtu apollinijskiego i człowieka umiarkowanego. Rozróżnienie to upowszechniło się na przełomie XIX i XX wieku (https://pl.wikipedia.org/wiki/Nurt_dionizyjski).

2. Postawy i stereotypy wobec osób starych

Postawy w szerokim tego słowa ujęciu oznaczają „względnie stałe skłonności do pozytywnego lub negatywnego ustosunkowania się do obiektu postawy” (Wojciszke, 2011, s. 200). Obiektem postaw mogą być również osoby oraz przedmioty i zjawiska.

Postawy stanowią trzy elementy: „poznawczy (dotyczący tego, jaką wiedzę ma podmiot odnośnie do obiektu postawy), emocjonalny (odnoszący się do tego, jakich emocji doświadcza w relacjach z przedmiotem postawy), i behawioralny (pozwalający zaobserwować, jak osoba ta zachowuje się wobec obiektu postawy), a komponenty te są ze sobą spójne” (Mika, 1984; Mądrzycki, 1977).

Uznaje się, że postawy składają się z różnych komponentów, jednak nie zawsze są spójne (Stasiuk, Maison, 2014, s. 331).

Na gruncie psychologii społecznej postawa oznacza ocenę obiektu postaw, w aspekcie poznawczym, afektywnym behawioralnym (np. Fiske, Tylor, 1991). W psychologicznej organizacji komponent poznawczy dotyczy percepcyjno – intelektualnego aspektu całościowej oceny obiektu (np. sposób myślenia, wiedza o obiekcie postawy, przetwarzanie informacji itp.).

„Komponent afektywny (emocjonalny) obejmuje poziom wrażliwości emocjonalnej, wywołujący działanie o charakterze propulsywnym (stanowiącym o atrakcyjności obiektu postawy) bądź repulsywnym (prowadzącym do unikania) wobec obiektu postawy” (Bartkowiak, 2016, s. 270).

Behawioralny komponent stanowi o konkretnych, obserwowalnych aktach zachowania wobec obiektu postawy, podejmowanych w bezpośrednich relacjach z tymże obiektem (Ron, 2007, s. 657).

Obserwowalne akty zachowania mogą ulegać zmianie, lecz zazwyczaj są pochodnymi komponentu poznawczego i emocjonalnego (Rosencranz, McNewin 1969; Aiken, 1978).

Postawy charakteryzują się kierunkiem np. wrogością lub chęcią współpracy oraz natężeniem – mogą być silne lub słabe.

Według G. Bartkowiak (Bartkowiak, 1988 s. 11) postawy deklarowane, bazujące na komponencie poznawczym, wyrażane są przez wymienionych decydentów publicznie takich jak: słuchacze, kadra medyczna, pacjenci, w sytuacji ekspozycji społecznej, często cechuje je polityczna poprawność i racjonalna argumentacja. W przeciwieństwie do nich, postawy zawierające osobiste ustosunkowanie się do ich obiektu, odwołujące się do komponentu

emocjonalno-motywacyjnego i behawioralnego są postawami rzeczywistymi. Mogą wykazywać zgodność z postawami deklarowanymi, co wskazuje na ich spójność, jednocześnie mogą być w stosunku do nich całkowicie rozbieżne. Postawy rzeczywiste decydują o konkretnych aktach zachowań i, jak można przypuszczać, to od nich zależy wola inicjowania i wdrażania dobrych praktyk w zakresie zatrudniania pracowników w wieku 65 plus.

2.1. Poznawczy komponent postaw

Jak twierdzą autorzy (por. Heckhausen, Dixon, Baltes, 1989) większość badań dotyczących poznawczego komponentu postaw została przeprowadzona w ramach socjologicznego i psychologicznego podejścia. Zdecydowana większość z nich wskazuje na przekonania o charakterze stereotypów i uprzedzeń, które modyfikują procesy poznawcze. W podejściu socjologicznym, skoncentrowanym na ujmowaniu przekonań odnośnie do wieku jako efektu procesu socjalizacji, wzmacnianego przez funkcjonowanie instytucji społecznych i zróżnicowanych ich struktur dominuje społeczny, zewnętrzny charakter w zakresie postrzegania osób starych.

Pedagogiczny i psychologiczny punkt widzenia koncentruje się na psychologicznych mechanizmach budowania takich przekonań i na tym, jaki przybierają one wymiar w zachowaniu człowieka na poszczególnych etapach jego życia.

W badaniach podjętych przez Hess, (2006); Kwong See, (1993); Fiske, (2002) badacze starają się uwzględnić obie perspektywy.

„W większości badań dojrzały wiek jest traktowany jako wiek powiększających się odnośnie do zakresu i natężenia strat. Z drugiej strony, w rozumieniu społecznym, wiek dojrzały ujmowany jest jako przeciwieństwo rozwoju i okres, kiedy „wyłaniają się” negatywne właściwości człowieka, tj. zdolność do kontroli własnego zachowania. Oczywiście od zachowań tych zdarzają się liczne odstępstwa, powodujące zróżnicowanie w czasie ich pojawianie się i manifestowanie w zachowaniu” (Hess, 2006).

Potwierdzeniem tej tezy są badania przeprowadzone przez Kwong See (1993), obejmujące też problematykę samooceny osób dojrzałych w grupach wielowiekowych 25, 45, 65 i 85 lat. W trakcie ich przeprowadzania weryfikowano wydolność pamięci zróżnicowanych grup uczestników badań. W rezultacie okazało się, że utrzymanie niezależnie od obiektywnego pogarszania się wydolności pamięci – zarówno oczekiwania organizatorów badań, jak i samych

uczestników wskazywały na przyjęcie założenia, że od 45. roku życia wydolność pamięci ulega pogorszeniu. W badaniu tym, niezależnie od realnie uzyskanych danych, stwierdzono także brak statystycznie istotnych zależności między zdolnością kontroli nad własną pamięcią u osób w zróżnicowanych grupach wiekowych. Kontrola ta może być czynnikiem, który skłania osoby dojrzałe do podejmowania prób kompensacji i uzupełniania dostrzeżonych deficytów (np. większa koncentracja uwagi, częstsze powtarzanie materiału, zapisywanie informacji itp.).

Jednak większość badań, przeprowadzonych w ramach omawianego paradygmatu, wskazuje na istnienie stereotypów w myśleniu o osobach dojrzałych i ich postrzeganiu, dokonywaniu ocen ich osiągnięć. Stereotypy te mogą przybierać postać skojarzeń leksykalnych, jak również tendencji do tworzenia własnych „subgrup” w obrębie ludzi starych. W przeprowadzonych badaniach zaobserwowano (Hummert, 1999), że termin „osoby w okresie późnej dorosłości” (older adult) niewystarczająco charakteryzuje osoby dojrzałe. Stereotypy ocen odnoszą się do tej grupy, jednak bywają one bardzo zróżnicowane w odniesieniu do swej treści, a dalsza dywersyfikacja wiekowa nie jest jedynym kryterium, które decyduje o ocenie możliwości tejże grupy osób (Brewer, Dull, Lui L., 1981; Brewer, Lui, 1984).

Susan Tufts Fiske wraz ze współpracownikami (2002) prowadząc badania nad naturą stereotypów wobec osób dojrzałych, stwierdził różnice w stosowaniu dwóch dymensji ocen ludzi starych: kompetencje i „ciepło” (warmth) w relacjach interpersonalnych, w zależności od tego, czy dotyczyły one osób w okresie późnej dorosłości będących w obrębie oceniającej grupy, czy tych, które są poza grupą. Osoby w grupie oceniane były bliżej skrajnych dymensji, uzyskując w nich wyższe wyniki. Badania te potwierdzają klasyczny, dywersyfikujący i popularny w naukach humanistycznych i społecznych sposób percepcji osób jako My (oceniანი bardziej pozytywnie) i Oni (zazwyczaj charakteryzujący się negatywną oceną).

Na niejednolite, podwójne kryteria, stosowane w ocenie osób starych i młodszych, wskazują również badania Erbera (1989). Ocena autora dotyczyła błędów popełnianych w procesie zapamiętywania, a charakter ocenianych błędów przybierał postać tzw. błędów stabilnych, przypisywanych częściej osobom dojrzałym lub „błędów przez nieuwagę, które zdaniem oceniających, częściej popełniają osoby młodsze. Zjawisko nierzetelności oceny wobec osób starych w porównaniu z młodymi wystąpiło także podczas oceny sprawności językowej” (Kwong, See, Heller., 2004; Biernat, 2003).

Na innego typu nierzetelność ocen, typową dla myślenia w kategoriach stereotypów, wyjaśniła Genevieve F. Capowski (1994). „Zdaniem tej autorki, istnieją dowody świadczące o tym, że stereotypy te przenoszone są też na kontekst życia zawodowego. W porównaniu z osobami młodszymi starsi pracownicy traktowani są nie tylko jako mniej wydolni pod względem fizycznym i zdrowotnym, ale jako osoby mniej produktywne mało elastyczne, prezentujące opór wobec wdrażania nowych rozwiązań i idei, uzyskujący mniejsze rezultaty w zakresie uczenia się w wyniku prowadzonych szkoleń. Zdaniem tego autora w życiu realnym nie ma dowodów, które wskazywałyby na zależność między wiekiem a mniejszą produktywnością osób dojrzałych i ich większym poziomem absencji w pracy”.

Inne badania podkreślają postrzeganie wyższego poziomu uczciwości ocen osób dojrzałych w porównaniu z młodszymi (Kwong See, Hoffman, Wood, 2001). W literaturze istnieją też inne badania, generalnie pozytywniej odnoszące się do funkcjonowania poznawczego osób w okresie późnej dorosłości, wskazujące na możliwość zastępowania pogarszających się możliwości poznawczych osób dojrzałych wysokimi kompetencjami społecznymi, ujmującym zachowaniem lub ich mądrością (Heckhausen i inni, 1989; Slotterback, Saarnino, 1996).

2.2. Emocjonalny komponent postaw

Analiza literatury wykazuje, że emocjonalny (afektywny) komponent postaw wobec osób dojrzałych rzadziej był przedmiotem badań, niż komponent poznawczy i behawioralny.

Większość badań wskazuje na to, że te elementy postawy wobec osób starych są częściej negatywne, niż wobec osób młodych u przedstawicieli zróżnicowanych grup wiekowych (np. Kite, Johnson, 1988; Finkelstein, Burke, Raju, 1995). Szczególnie interesującym wydaje się fakt, że uczestniczące w badaniach osoby w wieku 55-65 lat, mimo że same nie demonstrowały zbyt pozytywnych postaw wobec seniorów, nie uważały siebie za osoby stare (por. Finkelstein, Burke, Raju, 1995). Równie godnym uwagi wydaje się być fakt, że ocena ta nie odnosiła się w żaden sposób do produktywności i zaangażowania zawodowego doświadczonych pracowników (por. McCann, Giles, 2002, Warr, 1994). Zależności te stwierdzili także inni badacze (np. Perdue i Gurtman, 1990) w trakcie badań, których respondenci nie mieli możliwości odnieść się w swoich ocenach do jakiegokolwiek obiektywnego kryterium. Ponadto stwierdzono, że – kiedy zwrócono się do osób badanych o ocenę pewnych cech użycie poprzedzającego przymiotnika stary lub młody sprawiło, że ocena ta dokonywana była szybciej. Przymiotniki te, jak się później okazało stygmatyzujące,

ułatwiały dokonanie oceny, która w przypadku cech osób określanych jako stare była bardziej negatywna. Komentarz do tych studiów poczyniony przez innych badaczy Chasteen, Schwartz, Park (2002, cyt. za: Hess, 2006), z którym autorka dysertacji się zgadza, uwypuklił fakt, że emocjonalny komponent postaw należy bardziej odnieść do skojarzeń o charakterze stereotypowym, niż będących efektem różnic faktycznie związanych z wiekiem.

Interesujące wyniki uzyskali też inni badacze (Hummert i inni, 2002; Karpiński, Hilton; 2001; Nosek i inni, 2002). Autorzy ci zaobserwowali, że natężenie treści określonych postaw wobec osób starych czy młodych, inaczej mówiąc, siła postaw nie zmienia się z upływem wieku badanych, nie następuje więc zjawisko osłabiania się intensywności tychże postaw. Kolejnym ciekawym wnioskiem autorów wydaje się fakt, że jeśli badanym postawom wewnętrznym towarzyszą postawy zewnętrzne (np. wypowiedane werbalnie), wówczas negatywne postawy wobec osób starych ulegają osłabieniu. Wspomniane osłabienie można uzyskać, wprowadzając przed rozpoczęciem testu dotyczącego weryfikacji postaw wobec osób starych pozytywne informacje o tej grupie osób (Nosek i inni, 2002). Jednak, podobnie jak w innych badaniach dotyczących funkcjonowania osób dojrzałych, nie ma jednoznaczności stanowisk prezentowanych wśród autorów. Hummert i inni (2002) w swoich badaniach stwierdził, że negatywne postawy wobec osób starych ulegają osłabieniu wraz z wiekiem osoby oceniającej.

Zdaniem innych badaczy (Palmor, 1998, Kane, 1999) emocjonalny komponent negatywnych postaw wobec osób starych leży u podstaw zjawiska zwanego ageismem. Prowadzi ono do dyskryminacji ludzi opartej o mechanizmy przesądów i generalizacji. Walka ze zjawiskiem ageizmu jest trudna, ale jakże społecznie potrzebna.

Thomas Hess (2006, s. 381) prowadząc rozważania na temat postaw wobec osób dojrzałych, wprowadza rozróżnienie na postawy wewnętrzne i zewnętrzne. Postawy zewnętrzne przejawiają się często w formie werbalnej, zostają formułowane w sytuacjach społecznych i są podyktowane swoistą "poprawnością polityczną". Postawy wewnętrzne są postawami faktycznie uznawanymi przez podmiot ze względu na fakt, że są wyznaczone przez emocje (por. Bartkowiak, 1988). Tak więc, kolejnym wnioskiem wydaje się fakt, że jeśli badanym postawom wewnętrznym towarzyszą postawy zewnętrzne, wówczas negatywne postawy wobec osób dojrzałych ulegają osłabieniu.

2.3. Behawioralny komponent postaw

W literaturze dotyczącej postaw wobec osób w wieku późnej dorosłości istnieje wiele dowodów, wskazujących na konkretne akty zachowania dyskryminujące osoby stare (por. ich przegląd w publikacji Paspalthi, Lockenhoff, 2002).

Już sama analiza procesu komunikowania się sugeruje rozbieżności w przekazywaniu komunikatów, sposobie zwracania się, uznania podmiotowości i deficytu w okazywaniu należącego się szacunku osobom starym.

„Popularnym zachowaniem jest zwracanie się do osób starych w sposób protekcyjny (patronizing talk). Formułowane wyrazy i określenia zawierają nadmierne uproszczenia, są pozbawione abstrakcyjnych konotacji, wypowiedane są wolno, z wyraźną artykulacją (Hummert, Ryan, 1996). Stwierdzono również, że młodsze osoby inaczej formułują myśli, jeśli rozmawiają z rówieśnikami niż osobami w zaawansowanym wieku. Taki sposób przekazu zawiera więcej wyjaśnień i instrukcji” (np. Rubin, Brown, 1975; Thimm, Rademacher, Kruse, 1998). Niejednokrotnie, nawiązujący do panujących, stereotypów sposób odnoszenia się do osób starych, mimo że świadczy o ich chęci dostosowania się do rozmówcy, sprowadza się do sposobu przekazu zbliżonego do kierowanego przez opiekunów do dziecka (np. Caporeal, Łukaszewski, Culbertson, 1983).

Kierowanie się stereotypami w relacjach z osobami starymi przybiera formy instytucjonalne i można je spotkać także w kontaktach lekarzy z dojrzałymi pacjentami (Green i inni, 1986; Radecki i inni 1989; Adelman i inni, 1990). Zdaniem badaczy, zajmujących się tym zagadnieniem, zarówno sposób odnoszenia się tych ostatnich do osób starych, jak i poświęcany im czas jest krótszy niż w przypadku młodszych pacjentów. Ponadto, jak twierdzą autorzy, lekarze częściej, niż w przypadku pacjentów młodszych, upatrują przyczyny chorób wyłącznie w zaawansowanym wieku.

„Wszystkie te przejawy negatywnych postaw wywierają zarówno wpływ na funkcjonowanie instytucji profesjonalnie sprawujących opiekę nad osobami starymi, jak i na inne działania, które wyznaczają szanse seniorów. Są to zarówno postawy dotyczące sensu organizowania szkoleń dla osób starych, wieku przejścia w stan spoczynku zawodowego (pobieranie świadczeń emerytalnych), możliwości realizacji zamierzonych celów i pełnego uczestnictwa tej grupy osób w życiu społecznym” (Schaie, 2005). Z drugiej strony postawy te, a w szczególności ich behawioralne komponenty, wywierają wpływ na to, jak postrzegają swoje możliwości, szanse życiowe i zawodowe osoby stare.

W wymiarze socjologicznym wywierają one wpływ na kształtowanie oczekiwań społecznych i dwustronnie wyznaczają role społeczne.

Jednak, aby nie być posądzonym o tendencyjność, na co zwracają uwagę M. Paspathi i C. E. Lockenhoff (2002), należy oddzielić postawy ageizmu, a więc nieuzasadnionych opartych o stereotypowe myślenie negatywnych postaw społecznych wobec osób starych, od postaw nawiązujących do realnie ocenianych możliwości, kompetencji, osób w rozpatrywanym wieku, które, czemu nie można zaprzeczać, wraz z postępującym procesem fizjologicznego starzenia się, ulegają ograniczeniu.

Dotychczas przeprowadzone badania wykazały także, że postawy wobec osób starych charakteryzują się wysoką ambiwalencją, tzn. są wewnątrz sprzeczne. Jeśli np. dotyczą indywidualnych jednostek, bywają bardziej pozytywne od tych dotyczących ludzi starych jako grupy (Goldman Goldman, 1981; Duka, 1985). Ten subiektywnie uwarunkowany aspekt oceny pojawił się także w ocenach wobec osób starych, jeśli dotyczyły tej samej grupy wiekowej – którą prezentowały osoby oceniające, były one bardziej pozytywne niż wobec młodszej grupy osób (O'Hanlon i inni, 1991).

Amerykańska psycholog S. Reichard przedstawia pięć kategorii postaw wobec otoczenia i własnej osoby, prezentowanych przez osoby stare: konstruktywną, obronną, zależności, wrogości i wrogości skierowanej na samego siebie.

- Postawa konstruktywna - jest jedyną pozytywną postawą. Osoby przejawiające taką postawę są w pełni optymistyczne, zadowolone z życia, zorientowane ku przyszłości.
- Postawa zależności rozróżnia ludzi, którzy wskazują zależność od innych, cechuje się to oportunizmem, podejrzliwością wobec nowości i bierną tolerancją.
- Postawę obronną przyjmują osoby pochłonięte aktywnością zawodową, obawiające się bezczynności na emeryturze. Nietolerujące osób młodych.
- Ludzie, którzy nie akceptują starości, przyjmują postawę wrogości. Charakteryzują się pesymizmem, występują u nich stany lękowe i depresje. Niechętny stosunek do własnego życia związany jest z wrogością wobec samych siebie. Ludzie przejawiający tę postawę, uważają się za ofiary złego losu. Czują się niepotrzebni i osamotnieni, nie obawiają się śmierci (za: Kościńska, 2016, s. 26).

Zgodnie z tym ujęciem postawy wobec starości i sposoby ich przeżywania mają źródło w osobistych doświadczeniach z wcześniejszych lat życia i określają zdolność do podejmowania odpowiedzialności za własne życie i kształtowanie go (Fabiś, Wawrzyniak, Chabior, 2015, s. 31).

Na podstawie tego rozważania można sformułować następujące wnioski:

- Postawy wobec seniorów są zróżnicowane w zależności od poszczególnych komponentów (afektywnego, poznawczego, behawioralnego, kiedy przejawiają się w ich zachowaniu) i każdorazowo o modalności postawy i ich natężeniu decyduje zestawienie tych komponentów.
- Postawy wobec osób starych podlegają wyodrębnieniu ze względu na szereg czynników o charakterze pozamerytorycznym, tj. nierozłączności z grupami oceniającymi lub bycie spoza tych grup, stereotypowe przekonania, a niekiedy uprzedzenia.
- W przeprowadzonych badaniach i przytoczonych wynikach trudno jest dopatrywać się jednoznacznego stanowiska, poświadczającego rzeczywiste znaczące obniżenie funkcjonowania poznawczego osób starych i ich radzenia sobie z zadaniami, które przed nimi stoją.
- Osoby stare, jako obiekt postaw społecznych często napotykać na negatywne stereotypy oceniania. Stereotypy te zmieniają ich funkcjonowanie w różnych relacjach społecznych i zawodowych.
- Istnieje potrzeba szczegółowego rozpoznania postaw wobec osób starych, aby podnieść jakość życia osób dojrzałych i zwiększyć możliwości tej grupy osób na aktywne uczestnictwo w życiu społecznym.

W związku z faktem starzenia się społeczeństw, a także ze względu na zapewnienie godności człowieka starzejącego się, istotną potrzebą jest kształtowanie właściwego postrzegania starości w oparciu o wiedzę dotyczącą zmian, które zachodzą w tym etapie życia. Może stanowić to przyczynę tylko osłabienia mitów o ludziach starych, które są zazwyczaj krzywdzące i nieprawdziwe, ale także obniżenia lęku przed naturalnym zjawiskiem starości i własnym starzeniem się. Im więcej jest lęku i negatywnych uprzedzeń wynikających z niewiedzy, tym większe prawdopodobieństwo, że właśnie stereotypy będą głównym źródłem informacji i wyznacznikiem zachowania. Warto zatem pracować nad zmianą utartych, ale nieprawdziwych poglądów, korzystając z rzetelnej wiedzy o starości (Straś-Romanowska, Frąckowiak, 2008, s. 28-30).

Dokonując wyboru koncepcji teoretycznej leżącej u podstaw planowanych badań, autorka uznała za celowe odwołanie się do dwóch koncepcji postaw: socjologicznej i psychologicznej. Są to: teoria wymiany społecznej George'a Homansa (Cialdini, 1996; Szmataka, Kempny, 1992) oraz teoria atrybucji Fritz'a Heidera (za: Wojciszke, 2011).

Pierwsza z nich zakłada, że świat społeczny jest areną wymiany dóbr, wartości materialnych i niematerialnych, a także idei. Do wymiany tej dochodzi w trakcie interakcji między jednostkami, grupami lub systemami. Z tego względu każda sytuacja społeczna wiąże się z oczekiwaniem określonych korzyści dla osób z nimi związanych. W relacjach tych może chodzić o własne dobre imię, szacunek innych ludzi, uznanie, satysfakcję z wykonanego zadania bądź pracy itp.

George Homans podkreślił więc, że życie społeczne przebiega w ramach interakcji, w trakcie których dochodzi do wzajemnej wymiany nagród i kar. Sformułował kilka twierdzeń regulujących zachowania ludzi w sieci relacji. W odniesieniu do tworzenia się postaw wobec ludzi starych dwa twierdzenia wydają się godne przytoczenia.

Jednym z nich jest twierdzenie o reakcji: jeżeli w przeszłości danej jednostki miało miejsce wystąpienie określonego bodźca bądź zespołu bodźców i jeśli w tej sytuacji zachowanie jednostki zostało nagrodzone, to im bardziej aktualny bodziec jest podobny do poprzedniego, tym bardziej prawdopodobne stanie się, że jednostka podejmie takie samo lub podobne działanie. Wskazuje ono, że im bardziej określone działanie jest przez jednostkę wartościowane pozytywnie, tym z większym prawdopodobieństwem można oczekiwać, że będzie ona przejawiała to zachowanie. Oznacza to, że jeśli doświadczenia z relacji z osobami starymi, w przypadku słuchaczy szkół medycznych lub personelu medycznego były zgodne z systemem wartości i pozytywne, wzbudzające dodatnie emocje, można oczekiwać, że w aktualnej sytuacji, kiedy osoby te przebywają w zakładzie opieki zdrowotnej postawy wobec nich, a w szczególności ich behawioralny komponent także będą pozytywne (Homans, s. 187-188).

Druga z wybranych teorii to teoria atrybucji, która pojawiła się w latach czterdziestych ubiegłego stulecia. Mimo że za jej twórcę uważa się amerykańskiego psychologa Fritza Heidera, została ona w okresie późniejszym modyfikowana przez Ellswortha Jonesa i Harolda Kellego (za: Chmielewska – Banaszek, 2012, s. 43-44). Teoria ta pozwala na wyjaśnienie postrzegania i wnioskowania o przyczynach własnego zachowania lub zachowania innych osób poprzez przyjęcie założenia o posiadaniu określonych atrybutów, określonej osobowości.

Innymi słowy, ludzie mają tendencje do przypisywania motywów zachowania innym osobom, odwołując się do ich predyspozycji, a nie przyczyn zewnętrznych czy uwarunkowań sytuacyjnych, kiedy ich zachowanie wydaje się nieco inne niż zachowanie innych ludzi w podobnej sytuacji. Potwierdzeniem swoistej trafności wnioskowania wydaje się odwoływanie się do zachowania danej osoby w przeszłości. W przypadku kiedy zachowanie danej osoby wydaje się zbliżone do zachowań innych osób, lecz nie jest powieleniem jej zachowań z przeszłości, jest traktowane jako wywołane czynnikami zewnętrznymi, sytuacyjnymi. Teoria ta nawiązując do mechanizmu oceny poznawczej i zjawiska efektu fałszywej jednomyślności, pozwala wyjaśnić genezę powstawania stereotypów i powiązanych z nimi uprzedzeń dotyczących osób starych (Heider, 97-108).

3. Jakość usług medycznych w kontekście pomocy i opieki zdrowotnej

3.1. Funkcjonowanie świadczeń zdrowotnych. Usługi medyczne

Pojęcie jakości w zakładach opieki zdrowotnej jest bardzo złożone. Wymaga scharakteryzowania rodzaj usług publicznych, który określi kto jest odbiorcą usług oraz czym powinna charakteryzować się usługa. Trafne jest stwierdzenie, że „dobre rządzenie w dużej mierze zależy od zarządzania przez jakość, gdyż wyposaża władze publiczne i kierowników instytucji w niezbędne narzędzia do osiągnięcia celów społecznie akceptowalnych” (CeDeWy Sp. zoo., 2004, s.13).

Mówiąc o jakości usług, należy podjąć próbę zdefiniowania pojęcia usługa. Definiując usługę należy zwrócić uwagę na jej odrębność. Usługi charakteryzują się czterema głównymi cechami, do których należą: niematerialność, nierozdzielność, zmienność, nietrwałość. Do tych zmiennych cech można dodać jeszcze inne, takie jak: indywidualizacja procesu świadczenia, asymetria informacyjna, kwalifikacje kadr, swoboda w wyborze technologii świadczenia. Usługi, w większości przypadków, nie są związane z wytworzeniem dóbr materialnych, nie można więc im przypisać materialnego odpowiednika (Mudie; Cottam, 1998). Ponadto usługi nie można dotknąć ani zobaczyć. Z niematerialnością wiąże się problem zrozumienia danej usługi. Dlatego też przydatne są elementy niematerialne np. broszura informacyjna dla zapoznania klienta z usługą. Między wyrobami fizycznymi. A usługami istnieje zasadnicza różnica, gdyby chodziło o kolejność produkcji i spożycia (Mudie; Cottam, 1998).

Usługi są najpierw sprzedawane, a następnie produkowane i konsumowane jednocześnie. Ze względu na fakt, że usługi są konsumowane natychmiastowo przez usługobiorcę, efekt pracy usługowej nie może zaistnieć poza usługobiorcą (Bojar, Wdowiak, 2001).

Usługa to wszelkie czynności związane z zaspakajaniem potrzeb ludzkich, nie służące bezpośrednio do wytwarzania produktów. Pojęcie to spotkało się z różnorodnym sposobem interpretacji w literaturze. Wśród najbardziej charakterystycznych cech usługi zdrowotnej, rzutującej na kształtowanie działań marketingowych wymienić można złożony pod względem psychologicznym proces. Odbywa się on na oczach nabywców usługi. Jest to towarzyszący pacjentowi stres, stała interakcja lekarz – pacjent, fachowa wiedza usługodawcy (Bukowska-Pietrzyńska, 2010, s. 17). Definicja ta zwraca uwagę na fakt, że występują nader rzadkie sytuacje, kiedy jakieś dobro jest konkretyzacją oczekiwaną użyteczności – ona ma dopiero powstać (Dobska, Dobski, 1999). Inną definicję podaje Hamrol, charakteryzując usługę jako

jedną z czterech postaci produktu: działalność polegająca na wykonywaniu czynności służących spełnieniu potrzeb odbiorcy, zazwyczaj bez wykonania materialnego przedmiotu (Hamrol, 2005, s. 472).

Specyfiką usług medycznych – jak zresztą i innych usług - jest trudność jednoznacznego zdefiniowania ich jakości, a co za tym idzie, określenia jednoznacznej metodyki jej oceny. Z całą pewnością poziom jakości usług jest znacznie trudniej mierzalny niż poziom jakości produktu (Mruk, 1999, s. 327).

Często występują problemy z jednoznacznym przedstawieniem jakości. Istnienia jakości produktu nie dostrzega się tak długo, jak długo jest ona w nim umieszczona. Dosadnie widoczny jest natomiast jej brak.

Poprawnie sumuje to Frank Price (Lok, 2002), dostrzegając, że jakość to:

- przekazywanie klientowi wszystko, czego potrzebuje za każdą cenę, jaką jest chętny zapłacić,
- dostarczenie mu czegoś nowego jeszcze bardziej korzystnego jutro, uwidaczniającego, że jakość jest:
 - niewidzialna, gdy jest dobra,
 - niemożliwa do niezauważenia, gdy jest negatywna.

„Jakość należy definiować z uwzględnieniem szerokiego kontekstu społecznego, kulturowego. Postrzeganie jakości tego samego produktu przez ludzi o różnej kulturze (zarówno osobistej, jak i związanej z miejscem pracy, grupą społeczną, narodem, regionem geograficznym) bądź statusie materialnym, może być odmienne” (Hamrol, 2005, s.19).

Postrzeganie jakości jest zależne od postaci produktu. Produkt może mieć postać:

- usługi,
- przedmiotu materialnego,
- wytworu intelektualnego,
- materiału przetwarzanego.

Przedstawione rozważania dotyczą tylko produktów w postaci przedmiotów materialnych i usług, przy czym przedmioty materialne, zgodnie z nazwą zwyczajową, będą nazwane wyrobami. Różnice pomiędzy wyrobem a usługą wydają się oczywiste, ale jeśli zastanowić się głębiej, mogą przysporzyć pewnych problemów (Hamrol, tamże 2005).

Do najważniejszych właściwości wyrobu należy zaliczyć:

- materialną postać i policzalność,
- możliwość opisanie zbiorem charakterystyk, które można wielokrotnie mierzyć (obserwować), przy czym wyniki powtarzalnych pomiarów różnią się od siebie tylko błędem, będącym rezultatem zastosowanej technologii pomiarów – właściwości wyrobu są odtwarzalne,
- brak bezpośredniego kontaktu między producentem, a klientem (Hamrol, tamże 2005).

Tym, co jednoznacznie różni usługę od wyrobu jest:

- jednorazowość i bliski związek usługodawcy i usługobiorcy,
- brak możliwości pomiaru przed realizacją i ograniczoną możliwością dokonywania wielokrotnych pomiarów po realizacji (Mudie, Cottam, 2002).

Między wyrobami fizycznymi, a usługami istnieje znacząca różnica dotycząca kolejności produkcji i spożycia (Mudie P., Cottam A., 1998).

Wyroby fizyczne	Usługi
1. Produkcja	5. Sprzedaż
2. Magazynowanie	6. Produkcja i konsumpcja
3. Sprzedaż	w tym samym czasie
4. Konsumpcja	

Towary najpierw produkuje się, potem magazynuje i wreszcie sprzedaje oraz konsumuje. Natomiast usługi są najpierw sprzedawane, a następnie produkowane i konsumowane jednocześnie. W procesie produkcji usługi medycznej konsument musi być fizycznie obecny. Należy pamiętać, że każda usługa medyczna obarczona jest dużym ryzykiem i niepewnością. Wiąże się to ze stosowaniem którym u różnych pacjentów takich samych leków, postawiono zbliżoną diagnozę. Sytuacja taka nie powoduje takich samych skutków, podobnie jak różne mogą być wyniki operacji podejmowanej u pierwotnie podobnych – w kategorii zdrowia – pacjentów. Ponadto każda usługa medyczna jest rozpatrywana pojedynczo, co oznacza, że każdy pacjent jest rozpatrywany indywidualnie (Bojer, Wdowiak, 2001).

We współczesnym świecie jakość nie jest pojęciem ścisłym. Termin ten doczekał się wielu interpretacji i definicji. W Słowniku Języka Polskiego jakość rozumiana jest jako „właściwość, rodzaj, gatunek, wartość, zespół cech stanowiących o tym że dany przedmiot jest

tym przedmiotem a nie innym” (Słownik Języka Polskiego, 1995, s. 342). Natomiast w języku potocznym jakość oznacza ocenę, na jakim poziomie obiekt lub świadczenie odpowiada wymaganiom. Ocena taka może obejmować wszystkie lub tylko niektóre cechy ocenianego przedmiotu, np. barwę, kształty, skład chemiczny, oddziaływanie na otoczenie, sprawność w wykonywaniu określonych funkcji (Hamrol, tamże 2005).

Występujące w literaturze definicje można podzielić na dwie grupy (Warwak, 1995, s. 8):

- pierwszą – przedstawia jakość jako produkt z jego zaletami i wartościami,
- drugą – określa jakość jako stan, w którym usługa zadowala potrzeby użytkownika (dzięki swoim właściwościom).

Dotychczasowe oczekiwania społeczne powiązane z opieką zdrowotną nie ograniczają się tylko do wprowadzania nowych, bardziej doskonałych procedur medycznych, zwracających szczególną uwagę na jakość udzielanych świadczeń. Podejście to wymaga wdrożenia w polskim systemie opieki zdrowotnej skutecznych mechanizmów podnoszących, jakość procesu świadczenia usług medycznych.

Według Alfreda Egemana aktualne czasy charakteryzują się intensywnym wzrostem poziomu zmian, które są obecne w życiu politycznym, społecznym i ekonomicznym wszystkich krajów. W gospodarce rynkowej każda organizacja, także w branży medycznej, staje wobec zmieniającego się ciągle i pełnego sprzeczności otoczenia oraz konieczności stałej adaptacji – przeciwstawieniu się zagrożeniom i wykorzystaniu szans pojawiających się w tym otoczeniu (Egeman, 2000, s. 12-13).

Państwo¹¹ zobowiązane jest do prowadzenia działań dotyczących stworzenia stabilnego systemu świadczeń zdrowotnych i zasad jego funkcjonowania.

¹¹ W toku działań związanych z refundowaniem ochrony zdrowia wyróżnić można dwa etapy:

Etap I -1990 – 1998 r. o charakterze koncepcyjnym i ewolucyjnym, nastawiony na sprecyzowanie projektów, aktów prawnych, pilotaży.

Charakteryzował się on nikłą dynamiką działań, wysokim poziomem ich doraźności o słabym zasięgu. Zarządzano w tym okresie liczenie kosztów w jednostkach, nie opracowano jednak jednakowej kalkulacji ani jej nie egzekwowano. W roku 1990 umożliwiono powstanie jednostek samodzielnych, jednak mogły one rozpocząć działalność jedynie w ramach centralnego pilotażu.

W krajach o ustabilizowanej gospodarce zmiany są konsekwencją rozwoju technicznego i szerokich zastosowań nowoczesnej technologii nie tylko w procesach wytwarzania, a przede wszystkim w zarządzaniu (Mikołajczak, 1998, s. 5). Istotne zmiany zaobserwowano też w Polsce po 1989 roku, ponieważ dotyczyły one przede wszystkim rynku usług medycznych. W tym okresie można zaobserwować zwiększenie zainteresowania się jakością usług medycznych.

Problem jakości usług medycznych jest jednym z najbardziej istotnych we współczesnej opiece zdrowotnej. Do jakości opieki zdrowotnej odwołują się liczne akty prawne prawodawstwa polskiego, jak i prawa międzynarodowego, nadając wymaganiom zapewnienie jakości. W przypadku systemu opieki zdrowotnej, dla której priorytetem jest dobro pacjenta, wysoka jakość powinna być obowiązkową cechą usług medycznych. Jednak, aby skutecznie realizować proces zapewnienia jakości w zakładach opieki zdrowotnej, należy uświadomić sobie specyfikę i charakter usług medycznych, determinowany przez takie właściwości jak:

- niematerialność – usługi są nieosiągalne dla beneficjenta, niewyobrażalne, (Bateson, 1977, s. 77-115),
- nierozdzielność – usługi są udzielane i konsumowane w obecności konsumenta w tym samym czasie (Berry, 1980, 30, s. 24-30). Częścią usługi jest osoba, która ją świadczy, Wynikiem tego jest wystąpienie silnej interakcji między usługodawcą i usługobiorcą, a postawa personelu ma silny wpływ na postrzeganie usługi przez pacjentów,

Kolejny etap reform charakteryzował się dużą dynamiką poczynań: zaowocował w bieżącym roku wdrożeniem reformy w skali makro. Niestety nie była ona wolna od uchybień, błędów i niedociągnięć. Przed przekształceniem szpital był zobowiązany do przedłożenia organowi założycielskiemu planów restrukturyzacji, strategicznych i biznes planów. Z dniem 01.04.2003 roku wprowadzono ustawę o Narodowym Funduszu Zdrowia (Ustawa z dnia 23 stycznia 2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia, Dz.U. z 2003 r. Nr 45, poz. 391).

Zmiany w ustawie dotyczyły doświadczeń w stosowaniu różnych mechanizmów finansowania sprzed roku 1999. Jednak nie zostały zsyntetyzowane, ani też bezpośrednio nie znalazły odbicia w nowym systemie ubezpieczeń, który wprowadził zupełnie nowe instytucje dysponowania środkami publicznymi oraz nowe źródła finansowania. W Polsce wpływu mechanizmów finansowania na skuteczność realizacji celów systemu ochrony zdrowia nie można analizować i oceniać w oderwaniu od szeregu innych cech i uwarunkowań działania tego systemu.

Wśród nich należy wziąć pod uwagę poziom finansowania, potrzeby zdrowotne, cele i priorytety. Uwzględnienia wymaga również świadczenie usług, jakość usług, efekty zdrowotne, adekwatność informacji o kosztach, liczbie i jakości świadczeń, struktura świadczeniodawców na danym terenie, zakres i charakter konkurencji, oraz regulacje prawne, dotyczące dostępu do świadczeń.

- niejednorodność – ten sam rodzaj usługi różni się między sobą w zależności od warunków, miejsca, czasu i osób, które je świadczą oraz danego przypadku chorobowego (Zeithmal, Parasutaman, Berry, 1985, s. 46). Powoduje to trudności w standaryzacji usług i kontroli jakości,
- nietrwałość – usług nie można magazynować (Bessom, Jackson, 1975, s. 137-149), tak więc sporo wysiłków musi zostać podjętych w celu zapewnienia ciągłości procesu udzielania świadczeń zdrowotnych, a także zapewnienia powtarzalności opracowanego wcześniej poziomu jakości świadczeń (Smoleń, 2002, s. 41- 52),
- różnorodność oczekiwań wobec tej samej usługi w zależności od preferencji usługobiorcy (Parasutaman, Zeithmal, 1985, 49, s. 41-50),
- trudności w określaniu i mierzeniu wyników,
- kompleksowość i współzależność działań,
- niska tolerancja dla błędów i pomyłek,
- zadania niemożliwe do odłożenia, a zatem do natychmiastowego wykonania,
- ograniczona możliwość kontroli czynności lekarskich i pielęgniarskich (Klich 2004, s.731).

Valarie Zithmal, A. „Parsu” Parasuraman i Leonard Berry (1990, 1998) zidentyfikowali 10 kryteriów, postrzegania jakości: wiarygodność, fachowość, porozumiewanie się, zrozumienie klienta, elementy materialne, bezpieczeństwo, reagowanie, solidność/niezawodność, uprzejmość, dostęp. Kolejnym znaczącym krokiem w ocenie jakości usług było zaobserwowanie silnych korelacji pomiędzy zaprezentowanymi kryteriami i połączenie ich w pięć grup:

- materialność – wygląd placówki personelu, urządzenia, sprzęt,
- niezawodność – świadczenie usług w dokładny i rzetelny sposób,
- reagowanie – wola udzielania pomocy, szybka obsługa,
- kompetencje – wiedza i kwalifikacje personelu, ich zastosowanie,
- empatia – dobra komunikacja z pacjentem, indywidualne podejście.

Pojęcie jakości w dziedzinie medycyny na przestrzeni lat ewaluowało i rozszerzało swoją semantykę. Bez wątplenia jakość świadczeń medycznych jest terminem obszernym i wieloaspektowym, trudnym do jednoznacznego zdefiniowania. W literaturze można znaleźć bardzo wiele jego definicji.

Jak już wspomniano wcześniej, we współczesnym świecie jakość nie jest pojęciem ścisłym, a termin ten doczekał się wielu interpretacji i definicji¹². Jednocześnie jakość oznacza, w jakim stopniu określony przedmiot lub usługa odpowiada oczekiwaniom oceniającego. Przy czym ocena taka musi obejmować wszystkie lub tylko niektóre cechy ocenianego przedmiotu np. ciężar, barwę, kształty, skład chemiczny, oddziaływanie na otoczenie, sprawność w wykonywaniu określonych funkcji (Hamrol, 1995, s. 19).

Institucje finansujące (publiczne i prywatne) inaczej rozumieją pojęcie jakości. Są one zainteresowane tym, aby ich klienci, w przypadku zachorowań mieli zagwarantowane usługi medyczne we właściwym czasie, wskazane i zgodne z aktualną wiedzą oraz nowoczesną techniką medyczną. Usługi zdrowotne powinny być dostosowane do koniecznych rozmiarów i możliwie nieobciążające pod względem płacowym. Administracja Państwowa zainteresowana jest tym, aby świadczenia zdrowotne były niezbędne dla opieki nad ludnością. W odpowiednim czasie jednakowo dostępne zgodne z potrzebami i na przystępnych warunkach finansowych.

Według Felixa Gutzwillera na „jakość świadczeń medycznych składają się następujące pojęcia:

- ważność – usługa odpowiadająca ogólnie uzasadnionemu poziomowi medycyny, wykonywana we właściwym czasie, konieczna,
- adekwatność psychologiczno-społeczna – zadowalająca poszczególne osoby, ekonomiczna – jak najlepsze wykorzystanie istniejących środków,
- bezpieczeństwo – minimalizacja ryzyka pacjenta w okresie procesu leczenia i opieki,
- równość – równość szans dostępu do świadczeń z zakresu opieki zdrowotnej,
- zapobiegania, diagnostyki i opieki” (Gutzwiller, 1997, s. 143).

Stanisław Gorzkowski określa jakość jako „zespół właściwości charakterystyk wyrobu lub usługi, które wpływają na zdolność zaspokajania potrzeb” (Gorzkowski, 1994, s. 10).

Według Avedisa Donabediana jakość produktu opieki zdrowotnej można określić jako „ten rodzaj opieki, w której maksymalizuje się mierzalne dobro pacjenta, biorąc pod uwagę równowagę korzyści i strat towarzyszących personelowi opieki we wszystkich jego elementach (Lisiecka-Biełanowicz, 1999). Donabedian w zaprezentowanej definicji operuje jakością

¹² W tym miejscu warto przytoczyć jeszcze jedno rozumienie jakości, prezentowane przez Słownik Języka Polskiego. W Słowniku Języka Polskiego **jakość** rozumiana jest jako „właściwość, rodzaj, gatunek, wartość, zespół cech stanowiących o tym, że dany przedmiot jest tym przedmiotem, a nie innym” (Doroszewski., 1995, s. 342).

na poziomie samego rdzenia produktów opieki zdrowotnej. W swoich rozwiązaniach wykazuje on, że jakość usługi medycznej stanowią elementy związane z jakością techniczną usługi, zaś takie elementy jak dostępność, ciągłość opieki, sprawność i koordynacja taktuje jako czynniki przyczyniające się do jakości, ale jej nie stanowiące”. Mając jednak na względzie istotę satysfakcji nabywcy i czynniki ją kształtujące, wyniki przeprowadzonych badań marketingowych, a także produktów opieki zdrowotnej, stwierdzić należy, że w przypadku rynku usług medycznych bardzo istotne znaczenie ma wyodrębnienie jakości na poziomie technicznym i funkcjonalnym. Pojęcie jakości w usługach szpitalnych obejmuje sumę właściwości i cech produktu, procesu lub usługi, które są właściwe dla spełnienia założonych wymagań.

Donabedian wyróżnił „trzy wymiary jakości usług medycznych, które łącznie składają się na jakość danej usługi. Nie można mówić o wysokiej jakości, jeśli choć jedna z trzech kategorii zawiera błędy lub uchybienia.

1. Jakość struktury - obejmuje strukturę organizacji, liczbę pracowników, ich kwalifikacje, wyposażenie, sprzęt, budynki.
2. Jakość procesu - odnosi się do wszelkich czynności podjętych lub zaniechanych w trakcie diagnozowania, leczenia, pielęgnowania i rehabilitacji pacjenta. Autor podkreśla, że najlepsze wyniki uzyskuje się wówczas, gdy leczenie przebiega w sposób systematyczny według powtarzalnych i sprawdzonych reguł.
3. Jakość wyniku - ukierunkowana na ocenę stopnia poprawy stanu zdrowia pacjentów oraz ich zadowolenie. Obejmuje takie wskaźniki jak śmiertelność, zachorowalność, skutki uboczne itp.” (Kautsch, 2010, s.324-325).

Jak wykazują doniesienia z literatury przedmiotu na jakość opieki zdrowotnej i funkcjonowania składają się następujące czynniki: budowa organizacji opieki zdrowotnej, zasoby rzeczowe i ludzkie, to w jaki sposób funkcjonuje struktura oraz osiągnięte rezultaty jako output (wynik przeprowadzonych działań, np. ilość przeprowadzonych zabiegów i outcome (wynik zdrowotny oceniany jak zmiana samopoczucia według klasycznego podziału), Avedisa Donabediana (1980). Z kolei „jakość techniczna wg. Christiana Gronroosa jest efektem końcowym procesów operacyjnych. Stanowi to, co konsument otrzymuje od usługodawcy, w następstwie realizowanej usługi (umiejętności usługodawcy, aparatura medyczna, kwalifikacje personelu)”.

R. J. Maxwell, na podstawie koncepcji Donabediana, wyodrębnił sześć zasad budowania jakości opieki zdrowotnej, które zostały zaakceptowane przez Światową Organizację Zdrowia i stały się bazą tworzenia standardów celem zapewnienia najwyższego poziomu świadczonych usług zdrowotnych (Maxwell, 1984, s.140-147):

1. Efektywność – udzielania świadczeń przynoszących pozytywne efekty populacji i jednostce.
2. Dostępność – świadczenie usług bez zbędnej zwłoki, niezależnie od ograniczeń związanych ze statusem finansowym czy wiekiem.
3. Adekwatność – dostosowanie proponowanych świadczeń do oczekiwań pacjentów.
4. Skuteczność – udzielanie świadczeń w oparciu o aktualną wiedzę i najnowsze doniesienia naukowe.
5. Wydajność – dostępne zasoby finansowe, rzeczowe i ludzkie są możliwie najlepiej i najbardziej racjonalnie wykorzystywane.
6. Równość – zapewnienie równego dostępu do usług dla całej populacji niezależnie od statusu kulturowego, społecznego, rasowego, charakteru czy innych cech osobowości usługobiorców.

Jakość usług medycznych, z punktu widzenia pacjenta, jest wynikiem jego indywidualnej oceny i własnych odczuć w procesie korzystania ze świadczenia zdrowotnego. Pomiaru jakości dokonuje się w tym przypadku według kryteriów subiektywnych, zważywszy na to, iż każdy pacjent ustala sam dla siebie własną miarę, mając określony pułap oczekiwań i wymagań. Pacjent oczekuje od pracowników ochrony zdrowia znacznie więcej, niż tylko rzetelnego wykonania procedury medycznej czy prawidłowo postawionej diagnozy.

Wśród określonych cech postrzeganych przez pryzmat jakości, a istotnych dla pacjentów, można wyróżnić (Opolski, Dykowska, Możdżonek, 2003, s. 32-33):

- niezawodność – pacjenci oczekują, że usługi będą charakteryzowały się dokładnością, niezawodnością oraz zgodnością z ofertą szpitala. Oczekują także, że personel będzie wykonywać swoje usługi zgodnie ze standardami, rzetelnie, zgodnie z zasadami etyki;
- wrażliwość – pacjenci oczekują, aby pracownicy zakładu opieki zdrowotnej wykazywali empatię, byli chętni do pomocy. Liczą również na to, że pracownicy zawsze odpowiedzą na ich pytania, a odpowiedź będzie dokładna i właściwa;

- wygląd – pacjenci spodziewają się, że instytucja opieki zdrowotnej będzie wyglądać profesjonalnie. Poza tym oczekują, że wygląd pracowników wzbudzi ich zaufanie - pracownicy będą nosić identyfikatory, schludne i czyste ubrania;
- dostępność – pacjenci oczekują, że usługi i personel instytucji będą dostępne dla nich w czasie i miejscu, w którym ich potrzebują;
- kompetencja – pacjenci wymagają profesjonalizmu, oczekują wobec personelu medycznego posiadania fachowej wiedzy niezbędnej do świadczenia usługi;
- uprzejmość – pacjenci oczekują, że personel będzie w stosunku do nich przyjazny oraz będzie traktować ich z szacunkiem;
- komunikatywność – pacjent oczekuje od personelu umiejętności komunikowania się oraz słuchania;
- bezpieczeństwo na każdym etapie opieki medycznej.

Pogląd na jakość, a także hierarchia jej aspektów, zależą od tego, kim są sami zainteresowani wysokim poziomem jakości. Jednym z najważniejszych problemów, do rozwiązywania, dotyczących osób starych wymagających wsparcia jest zorganizowanie i zapewnienie im opieki, które odgrywają kluczową rolę, w procesie diagnozowania, leczenia i rehabilitacji.

3.2. Jakość świadczeń zdrowotnych

Pojęcie jakości w stosunku do świadczeń wywiera wpływ na działania w szpitalu i jest wynikiem jakości usług cząstkowych. Pomiar jakości można ocenić według wcześniej ustalonych kryteriów. Oceniając całą działalność szpitala, należy wziąć pod uwagę sumę składników cząstkowych. Tak też oceniamy jakość działań indywidualnych (procesów), które występują w szpitalu i porównujemy je z poprzednimi. W trakcie wykonywania zadań lekarskich, pielęgniarskich, medyczno-technicznych, medyczno-terapeutycznych, jak również właściwej współpracy, w aptece, kuchni, pralni, zaopatrzeniu, kierownictwo powinno dokonać ocenę i egzekwować jakość wykonanej pracy. Każde zadanie wymaga oceny porównawczej. W przypadku określenia dokładnych cech można przeprowadzić pomiar jakości usługi medycznej. Opiekę lekarsko-pielęgniarską oraz istniejącą infrastrukturę szpitala można zaszeregować według kategorii stosowanych przy ich ocenie i wykonaniu.

Wyróżnione wcześniej kategorie przytoczone przez Monikę Dobską (Dobska, 2000, s. 49), należą również do zróżnicowanych elementów oceny jakości usług. Jakość struktury obejmuje charakterystykę szpitala, tzn. jakość pracy i ilość pracowników oraz ilość

niezbędnych zasobów do wykonania usług. Na jakość struktury wpływa ilość i wysokie kwalifikacje pracowników zatrudnionych w szpitalu oraz jego środki finansowe i obrotowe. Struktura szpitala sama w sobie niewiele mówi o jakości opieki, ma jednak istotny wpływ na wykonywanie świadczeń. Szpital musi posiadać określone cechy strukturalne, aby móc świadczyć usługi.

U podstaw tego twierdzenia leży założenie, że kwalifikacje personelu lekarsko – pielęgniarskiego oraz medyczno – technicznego wyposażenia, warunki bytowe pacjentów zakładu opieki zdrowotnej są szczególnie ważnymi podstawami osiągnięcia wysokiej jakości. Jednakże sama dobra struktura nie prowadzi automatycznie do dobrych wyników (Dobska, 2000, s. 50).

Analizując działania zmierzające do zapewnienia wysokiego poziomu pomocy i opieki zdrowotnej, a konkretnie świadczeń zdrowotnych, zdaniem autorki pracy, trudno byłoby pominąć podejście prakseologiczne.

Prakseologiczne pojęcie jakości wyprowadzone zostało z ogólnego pojęcia sprawności i stosuje się je jako ocenę działania pod względem sprawnego osiągnięcia przyjętych celów. Oceny jakości w pojęciu prakseologicznym są to praktyczne oceny działania, dotyczące wszystkich walorów sprawność, ujmowanych łącznie jako ocena syntetyczna, która obejmuje zarówno celowość działania, równoznaczną ze skutecznością, jak i jego ekonomiczność oraz inne walory (Piłejko, 1976, s. 213).

Istotna cecha jakości jest rozpatrywana jako parametr rozmaitego rodzaju wytworów, jest podstawą określenia ich wartości praktycznej. Dlatego też jakość jest traktowana jako opis działań lub wyrobów w celu ich przydatności do zaspokajania określonych potrzeb społecznych.

Ocena jakości uzależniona jest od realizacji wymagań, jakie stawiamy danym wyrobom lub usługom, które powodują zaspokojenie potrzeb w sposób wystarczający, są więc dokonane w stosunku do postawionych im celów. Zasadniczo chodzi o kompleksową ocenę jakości. Często poszczególne cechy mają szczególnie ważne znaczenie w danych uwarunkowaniach lub dla danego wytworu. Oceny jakości można rozpatrywać jako wyznacznik i sprawność działań i na tej podstawie można stwierdzić, że cała teoria dotycząca jakości stanowi zbiór twierdzeń, które odnoszą się do podnoszenia sprawności. Kontynuując rozważania, dotyczące oceny jakości, Piłejko stwierdza, że „w poszukiwaniu rozumienia jakości można przyjąć za przedmiot dalszych rozważań ogólną definicję stwierdzającą, że jakość wytworu jest to przydatność tego

wytworu do zaspokajania określonej potrzeby użytkownika, pośredniej lub bezpośredniej” (Piłejko, 1976, s. 213-215).

Najogólniejszy prakseologiczny schemat uzyskiwania wzorca, który może być zastosowany przy analizie każdego działania, opiera się na analizie celów, którym określona działalność ma służyć, dokonywanej za pomocą przekształcenia celów na rejestr cech działalności oraz przechodzenia od rejestru cech do ocen jakości (Piłejko, 1997, s. 213-215; Kotarbiński, 1956, s. 43-50; Kotarbiński, 1968 s. 30).

W ten sposób przechodzimy od rejestru celów do rejestru cech, dających sumaryczną ocenę przedmiotu, czyli sprawność w sensie syntetycznym (za: Piłejko, 1976, s. 213-215) i wyodrębnić sprawność w sensie dystrybutywnym (uniwersalnym), którą można ocenić za pomocą ocen szczegółowych (Pszczółowski, 1982, s. 215-216).

Klasyk prakseologii i nauk o zarządzaniu Jan Zieleniewski, poza omawianymi trzema znaczeniami sprawności, wyróżnił jeszcze:

1. Sprawność metodologiczną – ex ante;
2. Względną – sprawność rzeczywistą odniesioną do metodologicznej sprawności idealnej;
3. Sprawność rzeczywistą, jeżeli ex post odpowiadała kryterium sprawności metodologicznej, tj. sprawności określonej przed działaniem (za: Pszczółowski, 1982, s. 215-216).

W wyżej wymienionych przypadkach pojęcie sprawności zostało zastosowane w sensie rozprawdzającym. Sprawności uszczegółowione, które najczęściej nie są jednak ważne, układają się hierarchicznie, zgodnie z wytycznymi osoby oceniającej (Pszczółowski, 1982, s. 215-216). Prakseologia przedstawia bowiem umyślną działalność człowieka z punktu widzenia jej skuteczności (Pszczółowski, 1967, s. 12).

Inne podejście do skuteczności, podejście podmiotowe, skoncentrowane na aktorze podejmującym określone działania, proponuje Gliszczyńska (1991, s. 74). Powołując się na Bandurę (self efficacy) i Rottera (locus of control) autorka ta definiuje skuteczność jako „przekonanie o swoich możliwościach”. Pierwszy z autorów, na którego się powołuje, wprowadza pojęcie oczekiwanego wyniku (outcome expectancy), przez co rozumie się ocenę, że dane zachowanie doprowadzi do określonych wyników i oczekiwanej skuteczności, rozumianej jako przekonanie człowieka, że potrafi wykonać z powodzeniem określone działanie niezbędne do spowodowania rezultatu (Bandura, 1997).

Drugi z autorów, Julian Rotter (1997, 2003) wprowadził pojęcie poczucia umiejscowienia kontroli wewnętrznej, które jest omalże tożsamy z poczuciem skuteczności własnego działania i poczuciem umiejscowienia kontroli zewnętrznej. Prowadząc eksperymenty Rotter zaobserwował, że dwie odmienne percepcje warunków eksperymentu przez osoby badane ułatwiają wykrywanie rozbieżności w reakcjach ludzi „wewnętrznych” i „zewnętrznych”. W ich wyniku stwierdzono, że osoby z poczuciem wewnętrznej kontroli przypisują sobie wyniki własnego działania nie tylko w sytuacji zadaniowej, ale nawet w sytuacji losowej, jak również w mniejszym stopniu są mniej skłonne przerzucać odpowiedzialność na rzeczywiste zewnętrzne przeszkody w przypadku własnych niepowodzeń (Rotter, 2003, s. 235).

Xymena Gliszczyńska, kontynuując myśl Rottera, uważa, że ludzie z poczuciem kontroli wewnętrznej nie tylko spostrzegają sytuacje, w której działają, jako zależną od siebie, ale wręcz poszukują sytuacji, w których mogą mieć kontrolę. Dlatego w warunkach eksperymentalnych zdecydowanie wolą sytuację przedstawioną przez eksperymentatora jako zadaniową niż losową (Gliszczyńska, 1991, s. 74). Zdaniem tej autorki, istotą poczucia własnej skuteczności jest przypisywanie sobie wyników własnego działania. Człowiek przypisuje sobie wyniki własnego działania nie tylko dlatego, że działa skutecznie, ale również z tego względu, że sam wybiera zamierzony wynik (Gliszczyńska, 1991, s. 78).

Z punktu widzenia jakości procesu, bardziej korzystne jest, aby osoby planujące określone działania charakteryzowały się wysokim poczuciem własnej skuteczności lub poczuciem umiejscowienia kontroli wewnętrznej.

Rozważając jakość procesu z punktu widzenia świadczeń medycznych (podejmowania działalności), należy stwierdzić, że obejmuje ona działania pobrane w trakcie hospitalizacji bądź też zaniechania. Leczenie pacjenta jest zróżnicowane, w zależności od przebiegu i objawów chorobowych w czasie leczenia. W ten sposób można dokonać zmian procesu leczenia u każdego pacjenta. Takie ustalenia opierają się na założeniu, iż osiągnięcie wysokich wyników leczenia otrzymać można, kiedy leczenie przebiega w sposób sprawdzony i systematyczny. Opierając się na takich standardach, można dokonać oceny wchodzących w skład procesu leczniczego osiągnięć jednostkowych (częstkowych). Utrzymanie jakości na wysokim poziomie uzależnione jest od kryteriów postępowania indywidualnego dla danej jednostki chorobowej (Dobska, 2000, s. 51). Jakość wyniku stanowi o powiązaniach między jakością struktury i procesu. Odzwierciedla całość hospitalizacji pacjenta w placówce opieki medycznej. Jest oceną pracy personelu w poszczególnych

oddziałach. Ma wpływ na pobyt osoby starej w szpitalu. Całościowa ocena jego stanu zdrowia przekłada się na pozytywne standardy opieki w placówce. Jakość wyniku przedstawia całościową ocenę pracy kadry medycznej oraz warunków pobytu w szpitalu.

W przypadku jakości wyniku (osiąganych rezultatów) – występuje ocena wyniku i stanowi ona najważniejszą podstawę oceny wykonywanych świadczeń. Wynik przebiegu leczenia zależy od stopnia zaawansowania choroby. Kolejnym wskaźnikiem może być także stopień zadowolenia pacjenta. Do poprawy wyników leczenia można zastosować różne metody. Bardzo trudne jest jednak zmierzenie rezultatów, dlatego że oczekiwany cel, jakim jest poprawa dobrostanu pacjenta, nie zawsze jest obiektywnie oceniana i mierzalna. Kolejnym czynnikiem, biorącym udział w ocenie jakości pobytu pacjenta w szpitalu, jest wynik leczenia. Kryteria takie jak wskaźniki umieralności, wskaźniki dotyczące stanu zdrowia oraz satysfakcji pacjentów odgrywają bardzo ważną rolę w ich ocenie (Dobska, 2000, s. 53).

W konspekcie rozprawy pojęcie jakości świadczenia medycznego (usługi) definiowane jest jako ogół jej właściwości, wiążący się ze zdolnością danej usługi do zaspokojenia oczekiwanych i stwierdzonych potrzeb pacjenta. Zadowolenie pacjenta związane jest z wysokim poziomem usługi medycznej, co wiąże się z prawdopodobieństwem kolejnego wyboru tego samego świadczeniodawcy. Oczekiwana zgodność jest przypadkiem, w którym rezultat świadczonej usługi zdrowotnej jest zgodny z oczekiwaniami pacjenta. Wówczas trudno określić poziom jego satysfakcji, gdyż w przewidywalny sposób ocenił zaistniałą sytuację. Jednak kiedy rezultat przewyższa oczekiwania, pacjent odczuwa silną satysfakcję, wynikającą z pozytywnego zaskoczenia. Instytucje opieki zdrowotnej, chcąc świadczyć wysokiej jakości usługi, powinny poznać kryteria, jakimi pacjenci kierują się w postrzeganiu jakości oferowanych przez nich usług.

Wartość jakości usług według oceny pacjenta równoznaczna jest z wartością luki doskonałości, którą w modelu jakości usług (Berry, Parasurman, Zeithaml, 1985, s. 41-50) nosi angielską nazwę gap (luka). Do jej obecności w znacznym stopniu przyczyniają się pozostałe luki, które występują kolejno między wymienionymi elementami: oczekiwaną usługą, percepcją zarządzających, dotyczącą oczekiwań pacjentów, transformacji percepcji w jakości usług, wykonaną usługą, formami komunikacji z pacjentem (Czerw, 2010, s. 19-23).

Jeżeli nie zostaną poznane oczekiwania pacjenta, nie można stwierdzić potrzeb odbiorcy, nie można dopasować jakości usług do tychże oczekiwań. Doskonalenie procesu jakości uzależnione jest od indywidualnych potrzeb i preferencji pacjentów, przebywających

w oddziałach szpitalnych. Jakość usług medycznych wymaga zapewnienia, zgodnie z ustalonymi standardami, realizacji działań placówki medycznej w kilku podstawowych sferach, ale uwzględniającymi także subiektywne oczekiwania pacjenta. Świadczenie zdrowotne (usług medyczna) jest złożoną aktywnością personelu medycznego na zorientowaną na niesienie pomocy i opiekę zdrowotną nad pacjentem, postrzeganą w sposób subiektywny przez (podmiot świadczenia), osobę oczekującą pomocy. Tak sformułowana definicja uzasadnia fakt wprowadzenia pojęcia postrzegania i oceny jakości pomocy i opieki zdrowotnej przez pacjenta.

W przypadku dominacji (przewyższenia) jakości otrzymanej, czyli doświadczenia nad oczekiwaniami, jakość postrzegana oceniona zostanie jako dobra i odwrotnie (Wolniak, 2010).

Łączna ocena dotyczy stopnia osiągnięcia założonych celów:

- optymalne wyniki pacjenta w zakresie zdrowia,
- zadowolenie pacjenta z jakości usług,
- ukontentowanie personelu medycznego z otrzymanych wyników pracy.

Osoba, która trafia do placówki medycznej z problemami zdrowotnymi, wymagającymi fachowej pomocy medycznej może być zarówno dzieckiem, jak i osobą zaawansowaną wiekowo.

Na osiąganie optymalnych wyników w służbie zdrowia i satysfakcję pacjentów wpływa wiele czynników, dlatego zapewnienie jakości opieki zdrowotnej wymaga kompleksowego podejścia. W opracowaniu przyjęto, że o poziomie jakości pomocy i opieki zdrowotnej decyduje poziom profesjonalizmu opieki lekarskiej, pielęgniarskiej, wyposażenie zakładu opieki zdrowotnej w niezbędną aparaturę medyczną (za Furtak, 2003) i warunki bytowe w szpitalu oraz poziom komunikowania się i związanych z nim relacji interpersonalnych między personelem medycznym a pacjentem.

W ostatnim czasie coraz większą uwagę poświęca się zagadnieniom związanym z działaniami pozwalającymi na ciągłe doskonalenie jakości usług medycznych opartych na Kompleksowym Zarządzaniu Jakością (TQM) (definicja wg normy PN-ISO 8402:1996).

W odniesieniu do zakładów opieki zdrowotnej związane jest to z:

- koncentracją działalnością placówki ochrony zdrowia na potrzebach pacjenta,
- wspólnym działaniem i włączaniem wszystkich pracowników organizacji,
- dążeniem do stałego doskonalenia i uczenia się.

Doskonalenie jakości jest procesem ciągłym, wprowadzającym szereg zmian, które przyczyniają się do rozwoju skuteczności działań i są wyznacznikiem jakości usług medycznych (Kunecka, 2010, s.451).

Usługa medyczna jest usługą specyficzną i specjalistyczną, i obejmuje dużą dysproporcję wiedzy między usługobiorcą, czyli pacjentem a lekarzem bądź personelem. Każdorazowo usługa będzie inna, w zależności od tego z jakimi problemami zgłosi się pacjent. Jakość usług definiują trzy podstawowe składowe dotyczące strefy działań technicznych, strefy estetyki oraz kontakty międzyludzkie. Wszystkie koncepcje dotyczące rozpatrywania jakości są spójne, zawierają wyżej wymienione elementy składowe usługi postrzeganej przez pacjenta (Łańcucki, 2000, s.29; Gronroos, 2001, s.67).

W analizie jakości opieki zdrowotnej bardzo istotną rolę odgrywa zarządzanie jednostką w związku z dużą konkurencją na rynku oraz zabieganiem o pacjenta. Wysoki standard jakości usług medycznych, ustawiczne doskonalenie i dostosowanie do wymagań pacjentów, to jeden z najbardziej istotnych trudności współczesnej ochrony zdrowia. Przygotowanie kadry medycznej, infrastruktura placówki i finanse mają wpływ również na odbiór jakości usług. Należy spełnić oczekiwania pacjentów poprzez profilaktykę, promocję, diagnostykę, terapię i rehabilitację. Zagwarantować bezpieczeństwo, skuteczność i efektywność opieki. Jakość opieki zdrowotnej koncentruje się na dobrych relacjach z personelem, kwalifikacjach kadr, delegowaniu uprawnień i zadań oraz wynikach badań i leczeniu w dobrej atmosferze, w której przebywają pacjenci. Dla kadry medycznej jakość jest wyznacznikiem związanym z właściwym wykonaniem usługi. Placówki ochrony zdrowia, poprzez polepszanie jakości oferowanych usług, dążą do pozyskiwania optymalnej liczby klientów/pacjentów, co sprzyja sprawnemu funkcjonowaniu i całkowitemu wykorzystaniu kontraktu. Poziom jakości usług medycznych jest dodatkowo wymuszany przez pacjentów oraz usługodawcę regulującego przepisami problematykę jakości.

Obecnie jakość usług jest regulowana ustawą z dnia 15.04.2011 r. o działalności leczniczej. Świadczenie usług medycznych powiązane jest z jednej strony z pacjentem wraz z jego potrzebami, a z drugiej z personelem medycznym (Dz U. 15.04.2011. Dz U. 2011 nr 112

poz. 654). Jakość powinna być wpisana w misję i strategię placówki ochrony zdrowia. Odpowiedzialność za stworzenie misji i strategii, i wprowadzenie jej w życie, uzależniona jest od menadżerów placówek ochrony zdrowia. W misji i długoplanowej strategii jakość powinna określać: powszechną filozofię jakości, sposób jej finalizowania i środki do tego służące. System zarządzania jakością w opiece zdrowotnej dotyczy wdrożenia polityki jakości i celów jakościowych oraz sposobu osiągnięcia tych celów. Polityka jakości to ogół zadań i celów jednostki ochrony zdrowia, wyrażonych przez menadżerów.

Jakość usług medycznych oceniana jest według różnych wskaźników i kryteriów w oparciu o określone standardy. Jej wskaźnikiem jest wymierny element postępowania medycznego, natomiast kryterium to wskaźnik opieki medycznej, który może być potwierdzony lub wykluczony w każdym przypadku.

Dobra jakość usług zdrowotnych przedkłada się na zdrowie oraz bezpieczeństwo pacjentów. Podstawowym celem funkcjonowania placówki ochrony zdrowia jest osiągnięcie jak najlepszej usługi zgodnie ze standardami. Jednym z najważniejszych efektów uzyskania dobrej jakości jest elastyczność, przyjęcie dobrych zmian, które zapewniają lepsze funkcjonowanie jednostek. Jakość usług zdrowotnych utożsamia się ze zdrowotnymi, społecznymi i ekonomicznymi wymiarami. Zdaniem autorki wymaga to kompleksowego podejścia do stacjonarnej, specjalistycznej opieki zdrowotnej.

Bardzo istotne znaczenie odgrywa jakość usług w kontekście ludzi starych. Szczególnie znaczenie ma tu właściwe, z szacunkiem, życzliwością, empatią traktowanie osób starych w placówkach medycznych. Istnieje ścisłe powiązanie jakości usług z opieką nad osobami starymi. Duże znaczenie z perspektywy osób 70 plus odgrywa bezinteresowność, zaufanie, odpowiedzialność, uczciwość oraz poszanowanie przez osoby, zajmujące się nimi w szpitalu. Taki sposób zajmowania się osobami starymi daje pełne bezpieczeństwo. A pracownikom dobrze zrealizowaną usługę (Dobska, tamże 2000).

4. Metodologia badań własnych

4.1. Przedmiot i cel badań

Planowane badania zostały przeprowadzone zgodnie z humanistycznym i pozytywistycznym paradygmatem badań (Pilch, 2010, s. 74). W badaniach uczestniczyło 600 osób, każdy badany wypełniał dwa kwestionariusze z pytaniami otwartymi i zamkniętymi. Badania objęły trzy odrębne równoliczne grupy tj. kadra medyczna, słuchacze policealnych szkół medycznych oraz hospitalizowani pacjenci. Dobór próby badawczej był celowy. Ankieta była dobrowolna. Badania były przeprowadzone w latach 2019-2021 r. w następujących placówkach:

1. Wielospecjalistyczny Szpital Wojewódzki w Gorzowie Wielkopolskim,
2. Wojewódzki Szpital Specjalistyczny dla Nerwowo i Psychicznie Chorych SPZOZ w Ciborzu,
3. Szpital Uniwersytecki im. Karola Marcinkowskiego w Zielonej Górze,
4. Zachodnie Centrum Medyczne w Krośnie Odrzańskim.

Przedmiotem badań są postawy młodzieży kształcącej się w zawodach medycznych i personelu medycznego wobec osób starych (pacjentów) oraz ocena doświadczanej pomocy i opieki zdrowotnej przez pacjentów w wieku podeszłym.

Analiza literatury przedmiotu wskazuje, że zagadnienia postaw zarówno studentów szkół i uczelni medycznych, jak i personelu szpitala wobec hospitalizowanych w nim pacjentów w wieku dojrzałym były już opisywane (np. Ieckovich, Rabin, Penchlak, 2014, Mondville-Ansley i inni, 2014, Suikkala i inni, 2016). Jednak jak dotąd nie pojawiły się w literaturze przedmiotu próby kompleksowego jej rozważania. Liczne opracowania wskazują na to, że postawy wobec podmiotów, jakimi są inne osoby, najsilniej kształtują się w okresie późnej adolescencji, są nabywane w wyniku określonych postaw rodziców, grup rówieśniczych, otoczenia w szkole i pracy zawodowej (Bigler, Liben, 2009; Brown, Larson, 2009; Gniewosz, Noack, 2015; Grusec, 2011). Znane są też stosunkowo liczne opracowania dotyczące jakości świadczeń zdrowotnych (medycznych) (np. Detyna, Detyma, 2011; Dobska, Dobski, 2003; Wolniak, 2010; Wiśniewska, 2016) w kontekście realizacji procedur medycznych.

Także zależność między poziomem otrzymywanego wsparcia, a kondycją zdrowotną osób starych dokumentują wyniki badań empirycznych, wskazujące na istotne pogarszanie się

stanu zdrowia osób, które tego wsparcia nie doświadczają (Schwarzer, Leppin, 1989). W oparciu o analizę literatury (za: Staś-Romanowska, 2014, s. 113) autorka przyjęła, że dla istotnego znaczenia zdrowia i dobrej jakości życia będzie miało szczególnie istotne znaczenie, wsparcie informacyjne, instrumentalne, materialne i emocjonalne. A realizacja wymienionych elementów będzie miała decydujący wpływ na egzystencję i potrzeby seniorów, które związane będą ze wsparciem i poprawą dobrostanu starego człowieka.

Dogłębna analiza literatury przedmiotu wskazuje na brak rzetelnie przeprowadzonych badań, dotyczących postaw słuchaczy policealnych szkół medycznych i personelu medycznego wobec osób starych, w kontekście oceny jakości pomocy i opieki zdrowotnej przez osoby w wieku podeszłym, przebywające w szpitalu. Można więc oczekiwać, że przygotowana praca wypełnia istniejącą w nauce lukę poznawczą.

Powadzone rozważania umożliwiły sformułowanie następujących celów badawczych:

Cele teoretyczne

1. Systematyzacja wiedzy w zakresie postaw wobec osób starych, w szczególności postaw młodzieży kształcącej się w zawodach medycznych i personelu medycznego na podstawie analizy literatury przedmiotu.
2. Systematyzacja wiedzy w obszarze postrzegania i oceny pomocy, i opieki zdrowotnej, w szczególności wobec osób starych - pacjentów zakładów opieki zdrowotnej.
3. Skonstruowanie narzędzi badawczych, wykorzystywanych do badania postaw z wyszczególnieniem poszczególnych ich komponentów i narzędzi, służących do pomiaru oceny jakości pomocy i świadczeń zdrowotnych (aspekty jakościowe i ilościowe).

Cele poznawcze

1. Diagnoza postaw słuchaczy szkół medycznych i personelu medycznego wobec osób i pacjentów w wieku senioralnym. Ustalenie czynników związanych (współwystępujących)¹³ z określonymi rodzajami postaw (pozytywnych, negatywnych i obojętnych) oraz deklarowanych (komponent poznawczy) i rzeczywistych (komponent emocjonalno-motywacyjny i behawioralny).

¹³ Autorka do określenia wzajemnych relacji między zmiennymi używa określenia związek zgodnie z jego rozumieniem przez K. Konarzewskiego. Autor ten zwraca uwagę na konieczność rozważnego stosowania określeń *współwystępowanie*, *wpływ* i *związek* wskazując na paradoksy w wyciąganiu przez badaczy wniosków z badań empirycznych (K. Konarzewski, 2000, s. 51).

2. Ocena jakości pomocy i opieki medycznej przez pacjentów - osoby stare ze względu na takie aspekty jak: profesjonalizm, wyposażenie zakładu opieki medycznej, warunki bytowe pacjenta oraz relacje z personelem medycznym.
3. Zdiagnozowanie istnienia związku między postawami personelu medycznego (w tym także słuchaczy szkół medycznych: wolontariuszy, praktykantów itp.) a określonymi aspektami pomocy i opieki zdrowotnej, związanymi z profesjonalizmem, wyposażeniem zakładu opieki medycznej, warunkami bytowymi i relacjami z personelem medycznym.

Cele aplikacyjne

1. Wskazanie podjęcia przez szkołę działań związanych z kształtowaniem pozytywnych, (rzeczywistych) postaw słuchaczy szkół medycznych wobec osób starych (promowanie dobrych praktyk w postaci wolontariatu, praktyk zawodowych, organizowania imprez w domach opieki społecznej, zajęć dla słuchaczy uniwersytetów trzeciego wieku).
2. Opracowanie i promowanie określonych programów warsztatów i treningów personelu medycznego, zmierzających do poprawy relacji z pacjentami w wieku senioralnym.
3. Podjęcie działań i opracowanie zaleceń zmierzających do poprawy jakości pomocy i opieki medycznej, (opracowanie postulatów w zakresie skutecznego udzielania pomocy seniorom) i realizacji usług medycznych, w szczególności wobec pacjentów w wieku senioralnym, a także podniesienie jakości życia osób starych, przebywających w zakładach opieki medycznej.

4.2. Problemy i hipotezy badawcze

Powadzone rozważania umożliwiły sformułowanie następujących problemów badawczych:

Problemy główne i szczegółowe

1. Jakie są postawy słuchaczy policealnych szkół medycznych wobec osób starych?

1.1. Jaka jest relacja deklarowanych (zawierających poznawczy komponent) i rzeczywistych (zawierających emocjonalno i behawioralny komponent) postaw słuchaczy policealnych szkół medycznych wobec osób starych?

1.2. Jakie są uwarunkowania określonych postaw słuchaczy medycznych szkół policealnych wobec osób starych? W jakim stopniu są one związane:

- z doświadczeniami słuchaczy, z wcześniejszego okresu, w kontaktach z osobami starymi;
- z postawami rodziców i najbliższego otoczenia (grupa rówieśnicza, rodzina);

- z aktywnością szkoły w zakresie kształtowania postaw – praktyki zawodowe, umożliwianie pracy w charakterze wolontariatu, organizowanie specjalnych akcji w domach opieki?

1.3. Który z wymienionych czynników najczęściej współwystępuje z pozytywnymi postawami słuchaczy policealnych szkół medycznych wobec osób starych?

2. Jakie są postawy personelu medycznego wobec osób starych?

2.1. Jaka jest relacja deklarowanych (zawierających poznawczy komponent) i rzeczywistych (zawierających emocjonalny i behawioralny komponent) postaw personelu medycznego wobec osób starych?

2.2. Jakie są uwarunkowania występowania określonych postaw personelu wobec osób starych jako pacjentów? W jakim stopniu postawy wobec osób starych są z nimi związane:

- z indywidualnymi czynnikami (lekarz, pielęgniarka, wiek, płeć, doświadczenia z okresu dzieciństwa z kontaktów z osobami starymi w rodzinie i pracy zawodowej),
- z postawami innych osób, w najbliższym otoczeniu (lekarze, pielęgniarki, ordynatorzy, kadra menedżerska),
- z osobami będących obiektami postaw (poziom sprawności, wymagania w zakresie pomocy i opieki medycznej, zachowanie w relacjach wobec personelu medycznego)?

2.3. Który z wymienionych czynników najczęściej współwystępuje z pozytywnymi postawami personelu medycznego wobec osób starych?

3. Jaka jest ocena jakości pomocy i opieki zdrowotnej przez osoby stare?

3.1. W jakim stopniu ogólna ocena jakości pomocy i opieki zdrowotnej jest związana z cząstkowymi ocenami, które się na nią składają:

- oceną profesjonalizmu personelu medycznego,
- oceną warunków i poziomu wyposażenia zakładu opieki zdrowotnej,
- oceną relacji interpersonalnych z personelem medycznym?

3.2. Który komponent jakości pomocy i opieki zdrowotnej w największym stopniu przyczynia się do uzyskania określonej oceny ogólnej?

4. Czy istnieje związek między postawami personelu medycznego wobec pacjentów w wieku senioralnym a oceną przez nich jakości pomocy i opieki zdrowotnej?

Planowane badania mają częściowo charakter diagnostyczny, w odniesieniu do rozpoznania jakości i natężenia postaw i weryfikacyjny (Nowak, 2007, s. 25), umożliwiając wskazanie istnienia określonych związków, głównie o charakterze współwystępowania.

Stąd autorka sformułowała następujące hipotezy badawcze:

Hipotezy:

1. Hipotezy dotyczące postaw słuchaczy policealnych szkół medycznych odnoszą się do określonych problemów badawczych
 - 1.1. Występuje zróżnicowanie w zakresie deklarowanych (uwzględniających poznawczy komponent postaw) i rzeczywistych (uwzględniających emocjonalny i behawioralny komponent) postaw słuchaczy studium policealnego wobec osób starych.
 - 1.2. Do czynników warunkujących wystąpienie określonych postaw słuchaczy policealnych szkół medycznych wobec osób starych należą:
 - czynniki związane z indywidualnymi uwarunkowaniami (doświadczenia z wcześniejszego okresu w kontaktach z osobami starymi),
 - czynniki związane z postawami rodziców i najbliższego otoczenia (grupa rówieśnicza, rodzina),
 - czynniki związane z oddziaływaniem szkoły w zakresie kształtowania postaw (praktyki zawodowe, umożliwianie pracy w charakterze wolontariatu, organizowanie specjalnych akcji w domach opieki itp.).
 - 1.3. Prawidłowe postawy słuchaczy policealnego studium medycznego wobec osób starych w największym stopniu (w stosunku do pozostałych wyróżnionych uwarunkowań) są związane z posiadaniem pozytywnych doświadczeń w relacjach z osobami starymi, we wcześniejszym okresie życia.
2. Hipotezy dotyczące postaw personelu medycznego
 - 2.1. Występuje zróżnicowanie w zakresie deklarowanych (uwzględniających poznawczy komponent) i rzeczywistych (uwzględniających emocjonalny i behawioralny komponent) postaw personelu medycznego wobec osób starych.
 - 2.2. Do czynników warunkujących występowanie określonych postaw medycznego personelu wobec osób należą czynniki (uwarunkowania) związane:

- z personelem (lekarz/pielęgniarka, wiek, płeć), doświadczeniem z okresu dzieciństwa (np. kontakty z osobami starymi w rodzinie i pracy zawodowej),
 - z postawami innych osób (lekarze, inne pielęgniarki, ordynatorzy, kadra menedżerska),
 - z osobami będącymi obiektami ich postaw (poziom sprawności, wymagania w zakresie opieki, zachowanie w relacjach z personelem medycznym).
3. Hipotezy dotyczące oceny pomocy i opieki zdrowotnej przez pacjentów w wieku senioralnym
- 3.1. Ogólna ocena usług pomocy i opieki zdrowotnej przez osoby stare jest związana z ocenami cząstkowymi, które się na nią składają:
- ocena profesjonalizmu personelu medycznego,
 - ocena poziomu wyposażenia zakładu opieki zdrowotnej,
 - ocena relacji interpersonalnych z personelem medycznym.
- 3.2. Osoby stare, w ogólnej ocenie jakości usług pomocy i opieki zdrowotnej, przypisują największe znaczenie relacjom interpersonalnym z personelem medycznym.
4. Hipotezy dotyczące związku między postawami personelu medycznego przez pacjentów w wieku senioralnym, a jakością pomocy i opieki zdrowotnej.
- 4.1. Istnieje związek między postawami personelu medycznego wobec osób starych a oceną przez pacjentów jakości pomocy i opieki zdrowotnej w zakresie ocen cząstkowych: dotyczących:
- profesjonalizmu personelu medycznego,
 - poziomu wyposażenia zakładu opieki zdrowotnej,
 - warunków bytowych w szpitalu,
 - relacji interpersonalnych z personelem medycznym.
- 4.2. Najsilniejszy związek¹⁴ między określonymi postawami personelu medycznego wobec pacjentów w wieku senioralnym a oceną przez pacjentów jakości pomocy i opieki zdrowotnej występuje w odniesieniu do relacji interpersonalnych z personelem medycznym.

¹⁴ Związek - stosunek rzeczy, zjawisk łączących się ze sobą, wpływających, oddziaływających na siebie; łączność, powiązanie, zależność (Bedyńska, Cypriańska, 2013).

4.3. Zmienne operacyjne i wskaźniki

W odniesieniu problemów badawczych i hipotez (1; 1.1; 1.2; 1.3; 2; 2.1; 2.2; 2.3; 3; 3.1; 3.2; 4; 4.1; 4.2) dotyczących postaw, zmiennymi zależnymi są postawy wobec personelu medycznego, a zmiennymi niezależnymi czynniki, które warunkują występowanie tych postaw. W odniesieniu do słuchaczy szkół medycznych są to doświadczenia z okresu dzieciństwa, dotyczące relacji z seniorami w rodzinie, postawy rodziców i najbliższego otoczenia, działania, które podejmuje szkoła, aby kształtować pozytywne postawy uczniów wobec osób w wieku podeszłym; w odniesieniu do personelu medycznego (lekarz/pielęgniarka, wiek, płeć) – doświadczenia z okresu dzieciństwa (np. kontakty z osobami starszymi w rodzinie) i pracy zawodowej, związane z postawami innych osób (lekarze, inne pielęgniarki, ordynatorzy, kadra menedżerska) związane z osobami będącymi obiektami ich postaw (wiek metrykalny, poziom sprawności, wymagania w zakresie opieki, zachowanie wobec personelu medycznego).

Rozpatrując problemy i hipotezy badawcze (3.1; 3.2) odnoszące się do oceny jakości pomocy i opieki medycznej, zmienną zależną jest ogólna ocena jakości pomocy i opieki zdrowotnej, zmiennymi niezależnymi – poszczególne jej komponenty (oceny cząstkowe); profesjonalizm, wyposażenie zakładu opieki medycznej oraz warunki bytowe pacjentów, a także relacje z personelem medycznym.

Analiza problemów i hipotez dotyczących istnienia relacji między oceną jakości pomocy i opieki medycznej a postawami personelu medycznego (w tym również słuchaczy szkół medycznych) wobec pacjentów w wieku senioralnym prowadzi do wyodrębnienia zmiennej zależnej w postaci ogólnej oceny jakości pomocy i opieki zdrowotnej (problem i hipoteza 4.1.), jak również jej komponentu – oceny relacji z personelem medycznym (problem i hipoteza 4.2.). Zmiennymi niezależnymi będą wówczas określone postawy personelu medycznego (w tym także słuchaczy szkół medycznych).

W badaniu zastosowano kwestionariusze oraz indywidualnie przeprowadzany wywiad ustrukturyzowany. Zamieszczone kwestionariusze zostały poddane badaniu rzetelności, które uzyskało wartość wskaźnika alfa Cronbacha, przekraczającą 0,70.

1. W przypadku hipotezy dotyczącej czynników, mających związek z kształtowaniem się postaw młodzieży szkół medycznych, zmienną zależną są postawy wobec osób starszych, zmiennymi niezależnymi doświadczenia z okresu dziecięcego w zakresie kontaktów z osobami starszymi, postawy rodziców i najbliższego otoczenia oraz działania szkoły

związane ze świadczeniem pomocy, organizowaniem imprez, zróżnicowanych form kontaktów z seniorami.

2. W przypadku hipotezy o czynnikach współwystępujących, bądź pozostających w innych związkach z postawami personelu medycznego wobec pacjentów w wieku późnej dorosłości, zmienną zależną są postawy, zmiennymi niezależnymi – doświadczenia z wcześniejszych relacji z osobami starymi, doświadczenia z wcześniejszego okresu pracy, postawy innych osób spośród personelu, zachowanie samych pacjentów.
3. W odniesieniu do hipotezy dotyczącej istnienia związku między oceną jakości pomocy i opieki zdrowotnej jakością usług zdrowotnych, w opinii osób starych – pacjentów a postawami wobec nich personelu medycznego zmienną zależną jest poziom pomocy i opieki zdrowotnej, zmiennymi niezależnymi są postawy personelu.
4. Odnośnie do hipotezy dotyczącej zależności między postawami personelu wobec pacjentów 70 plus a oceną przez nich jakości pomocy i usług medycznych, zmienną zależną jest ocena pacjentów, zmiennymi niezależnymi są postawy personelu.

Wskaźnikami empirycznymi (Nowak, 2007, s. 168), wykorzystywanymi do badania postaw, są wypowiedzi osób badanych (słuchaczy medycznych szkół policealnych i personelu medycznego – lekarzy i pielęgniarek) udzielone w trakcie (in depth interview) wywiadu ustrukturyzowanego i odpowiedzi w kwestionariuszach.

Wskaźnikami poszczególnych zmiennych zależnych i niezależnych są wypowiedzi słuchaczy, personelu medycznego i pacjentów udzielone w trakcie ustrukturyzowanego wywiadu i odpowiedzi udzielone w poszczególnych kwestionariuszach.

4.3.1. Etyczne aspekty badań

Zastosowano procedury badawcze uwzględniały problemy etyczne, społeczne i indywidualne. Każda z badanych osób wiedziała, że w dowolnej chwili może zrezygnować z uczestnictwa w badaniu. Zapewniono anonimowość badań i bezpieczeństwo danych osobowych.

W badaniach wzięło udział 600 osób: 200 słuchaczy szkół medycznych, 200 osób personelu medycznego i 200 pacjentów zakładu opieki zdrowotnej. Wybór osób był celowy, incydentalny (Guilford, 1964). Wszyscy uczestnicy, w badanej grupie zarówno słuchacze jak i przedstawiciele personelu medycznego oraz pacjenci wyrazili zgodę na udział w badaniu.

4.4. Metody, techniki i narzędzia badawcze

W pracy została zastosowana metoda sondażu diagnostycznego. Autorka wykorzystała technikę wywiadu ustrukturyzowanego oraz technikę kwestionariuszową (ankietową).

Aby uzyskać odpowiedzi sformułowane na problemy, przeprowadzono badania, w których uczestniczyło łącznie 600 osób.

W badaniach zastosowano wywiad ustrukturyzowany, który miał na celu pogłębienie informacji uzyskanych w kwestionariuszach. Udzielone przez osoby badane odpowiedzi służyły do zdobycia informacji pozwalających na wyodrębnienie i zróżnicowanie postaw deklarowanych, a więc odnoszących się do poznawczego komponentu postaw, obejmującego wiedzę słuchaczy pomaturalnych szkół medycznych i personelu medycznego o funkcjonowaniu osób w wieku podeszłym (w pracy przyjęto, że są to osoby powyżej 70. roku życia) oraz postaw rzeczywistych, stanowiących komponent emocjonalno-motywacyjny, określający stosunek uczuciowo-motywacyjny do analizowanej grupy osób (emocje, które pojawiają się w trakcie kontaktów z tą grupą osób i tendencje do ich podtrzymywania lub unikania) i behawioralny, wyznaczający zamiary realizacyjne oraz podejmowane zachowania słuchaczy policealnych szkół medycznych, jak również personelu medycznego wobec osób w wieku podeszłym.

Do badania postaw zostały wykorzystane następujące kwestionariusze:

- kwestionariusz do badania postaw wobec osób w wieku senioralnym (młodzież),
- kwestionariusz do badania postaw personelu medycznego wobec pacjentów w wieku senioralnym.

Badanie postaw w trakcie indywidualnego wywiadu ustrukturyzowanego zarówno w odniesieniu do badania młodzieży, jak i personelu medycznego pozwoliło wyodrębnić (przy wykorzystaniu metody sędziów kompetentnych) postawy deklarowane (D), uwzględniające poznawczy komponent postaw, i postawy rzeczywiste (Rz), analizujące emocjonalno-motywacyjny i behawioralny komponent (Bartkowiak, 2016, s. 138).

Do badania oceny jakości pomocy i opieki medycznej przez pacjentów posłużyły następujące kwestionariusze:

- kwestionariusz do badania jakości pomocy i opieki zdrowotnej w ocenie pacjentów,
- kwestionariusz oceny opieki zdrowotnej przez pacjentów w szpitalu.

Procedura konstruowania kwestionariuszy

W celu zbadania postaw słuchaczy policealnych szkół medycznych i personelu medycznego wobec osób i pacjentów w wieku podeszłym, a następnie poziomu oceny pomocy i jakości usług przez pacjentów skonstruowano wspomniane specjalnie dostosowane kwestionariusze. Procedura ich przygotowywania przebiegała w następujących etapach:

1. Analiza literatury przedmiotu oraz kształtowania się postaw osób w zróżnicowanych grupach wiekowych.
2. Opracowanie kilkudziesięciu twierdzeń dotyczących zachowań stanowiących empiryczne i inferencyjne wskaźniki postaw, związanych z mechanizmami ich nabywania i obszarami aktywności życiowej słuchaczy szkół medycznych wobec osób starych (zakładane uwarunkowania postaw, sytuacje interpersonalne, zadaniowe i związane z doświadczaniem emocji), (Nowak S., (2007).
3. Przygotowanie ponad czterdziestu twierdzeń odnoszących się do oceny przez pacjentów jakości pomocy i opieki zdrowotnej.
4. Selekcja twierdzeń w pierwszym etapie badań pilotażowych, w trakcie których osoby badane (53 pielęgniarki) wybierały zamieszczone propozycje wypowiedzi. Klasyfikacja odpowiedzi do kwestionariusza odbywała się w wyniku ich zgodnego wystąpienia u 27 kobiet uczestniczących w badaniach (co stanowiło ponad 50% uczestników badań).
5. Konsultacja dotycząca pozostałych twierdzeń z wykorzystaniem metody sędziów kompetentnych.
6. Badanie rzetelności kwestionariuszy za pomocą współczynnika rzetelności alfa Cronbacha (badanie za pomocą tego współczynnika odnosi się do kwestionariuszy służących do badania jakości pomocy i opieki zdrowotnej przez pacjentów).

W kwestionariuszach służących badaniu postaw zamieszczono twierdzenia odnoszące się do uwarunkowań wystąpienia określonych postaw i ich komponentów: poznawczych, emocjonalno-motywacyjnych i behawioralnych. Zarówno twierdzenia dotyczące badania postaw, jak i twierdzenia zawarte w kwestionariuszach oceny jakości pomocy i opieki

medycznej przez pacjentów zostały poddane analizie jakościowej i ilościowej (poprzez przypisanie im od 1.5 punktów oraz urangowanie).

Metody statystyczne

Weryfikację istnienia monotonicznych zależności pomiędzy zmiennymi przeprowadzono w oparciu o współczynnik korelacji rang Spearmana, który jest miarą monotonicznej zależności statystycznej pomiędzy badanymi zmiennymi. Współczynnik ten może przyjąć wartości z przedziału od -1 do 1. Jeżeli współczynnik przyjmie wartość dodatnią oznacza to, że wraz ze wzrostem jednej zmiennej, wartość drugiej zmiennej również rośnie. Jeżeli korelacja ma charakter ujemny wskazuje to, iż wzrost jednego parametru powoduje spadek drugiego¹⁵.

Zmienne numeryczne, odnoszące się do każdej kategorii wypowiedzi, scharakteryzowano za pomocą liczebności (N), odchylenia standardowego (SD), wartości minimalnej, wartości dolnego kwartyła (Q1), poniżej której znajduje się 25,0% obserwacji, mediany – wartości przeciętnej, poniżej której znajduje się 50,0% obserwacji, wartości górnego kwartyła, poniżej której znajduje się 75,0% obserwacji, wartości maksymalnej.

W analizach, porównujących rozkład zmiennej numerycznej (lub porządkowej) pomiędzy grupami badanymi przez zmienną nominalną, zastosowano następujące testy statystyczne: U Manna-Whitneya (Taylor, Harris, 2020) dla porównania dwóch grup oraz test Kruskala-Wallisa (Rabiej, 2012) dla porównania więcej niż dwóch grup. W badanej grupie wzięto pod uwagę test statystyczny U Manna-Whitneya oraz Kruskala-Wallisa dla porównania wypowiedzi grupy słuchaczy pod względem postaw pacjentów dotyczących indywidualnych uwarunkowań, postaw rodziców i najbliższego otoczenia oraz oddziaływania szkoły w zakresie kształtowania postaw, a także postaw personelu medycznego wobec osób starych związanych z samym personelem, doświadczeniem z okresu dzieciństwa, postawami innych osób, osobami będącymi obiektami postaw. Analizowano ocenę jakości usług pomocy i opieki zdrowotnej

¹⁵ Siłę korelacji można sklasyfikować w następujący sposób:

- $0,0 < |r| \leq 0,2$ – brak korelacji,
- $0,2 < |r| \leq 0,4$ – korelacja słaba,
- $0,4 < |r| \leq 0,7$ – korelacja średnia,
- $0,7 < |r| \leq 0,9$ – korelacja silna,
- Weryfikacja $0,9 < |r| < 1,0$ – korelacja bardzo silna.

przez osoby stare w kontekście uwzględnienia profesjonalizmu personelu, wyposażenia, warunków bytowych oraz relacji interpersonalnych.

Oceniając zależności pomiędzy wybranymi czynnikami, posłużono się modelami regresji logistycznej¹⁶ bądź porządkowej, objaśniającymi szansę na skuteczne leczenie z uwagi na zmienne objaśniane (predyktory), które weszły w skład modelu. Predyktory modelu zostały wybrane spośród tych zmiennych, dla których analiza jednoczynnikowa wskazała na wystąpienie istotnej zależności oraz dokonując następnie ich selekcji wsteczną metodą krokową. Na bazie współczynników modeli określony został jednostkowy iloraz szans, wskazujący, ile razy zmieni się szansa na daną wartość (kategorię) zmiennej objaśniającej (w modelu logistycznym) lub przynależność zmiennej objaśnianej do wyższej/niższej kategorii niż dana (w modelach regresji porządkowej). Gdy wartość zmiennej objaśnianej zmieni się o jednostkę dla zmiennych nominalnych równą jeden, wtedy dana kategoria występuje. W przeciwnym przypadku jest równe zero. Wartości ilorazów szans wyższe od jedynki świadczą o zwiększeniu się rozpatrywanej szansy; niższe o negatywnym wpływie na nią danej zmiennej egzogenicznej.

Za poziom istotności przyjęto $\alpha=0,05$, wskazując jednak również na wyniki statystycznie istotne dla poziomów $\alpha=0,01$ oraz $\alpha=0,001$. Wartości p wskazujące na statystycznie istotny wynik zostały wyróżnione pogrubioną czcionką.

Wszystkie obliczenia zostały wykonane przy użyciu pakietu R w wersji 3.5.3.

4.5. Dobór próby, organizacja i przebieg badań

Terenem badań były następujące placówki edukacyjne i medyczne: Wielospecjalistyczny Szpital Wojewódzki w Gorzowie Wielkopolskim, Samodzielny Publiczny Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Międzyrzeczu, Centrum Kształcenia Zawodowego i Ustawicznego „Medyk” w Gorzowie Wielkopolskim, Centrum Kształcenia Zawodowego i Ustawicznego „Medyk” w Zielonej Górze, Zielonogórski Uniwersytet

¹⁶ Regresją logistyczną jest – „jedna z metod regresji używanych w statystyce w przypadku, gdy zmienna zależna jest na skali dychotomicznej (przyjmuje tylko dwie wartości). Zmienne niezależne w analizie regresji logistycznej mogą przyjmować charakter nominalny, porządkowy, przedziałowy lub ilorazowy. W przypadku zmiennych nominalnych oraz porządkowych następuje ich przekodowanie w liczbę zmiennych zero-jedynkowych taką samą lub o 1 mniejszą niż liczba kategorii w jej definicji” (Stanisz, 2016).

Medyczny – Zielona Góra, Towarzystwo Edukacji Bankowej TEB w Gorzowie Wielkopolskim, Zachodnie Centrum Medyczne w Krośnie Odrzańskim.

Wybór placówek medycznych był związany ze stosunkowo dużą liczbą personelu medycznego, bardzo dobrze przygotowanym zapleczem pod kątem aparatury medycznej. W szpitalach tych funkcjonują oddziały z pierwszym stopniem preferencji związanych z diagnostyką i leczeniem. Zabiegi medyczne i proces hospitalizacji, w tych placówkach prowadzone są zgodnie z najnowszymi standardami jakości usług. Szpitale prowadzą proces ewaluacji i poddawane są audytom zewnętrznym w zakresie procedur medycznych. W jednostkach tych funkcjonują standardy bezpieczeństwa w stosunku do chorego.

Wybrane szkoły medyczne na terenie województwa są jedynymi, które prowadzą zajęcia w zakresie opieki medycznej nad pacjentami w szpitalach, domach pomocy społecznej, zakładach opiekuńczo-leczniczych. Słuchacze tych szkół uczestniczą w zajęciach praktycznych w wyżej wymienionych placówkach. Szkoły są prowadzone zgodnie z najnowszymi standardami podstaw programowych wydanych przez Ministerstwo Edukacji.

Wszyscy uczestnicy w badanej grupie zarówno słuchacze, jak i przedstawiciele personelu medycznego oraz pacjenci wyrazili zgodę na udział w badaniach.

W trakcie prezentacji wyników badań, w głównym kontekście w większości przypadków zamieszczono tabele i omówiono zależności, które wykazały statystyczną istotność. Pozostałe tabele i komentarze zostały przeniesione do aneksu.

4.6. Charakterystyka osób badanych

Charakterystyka badanej grupy – słuchacze policealnych szkół medycznych.

W badaniu wzięło udział 200 słuchaczy policealnych szkół medycznych. Średnia wieku w badanej grupie wynosiła 29,89 ($\pm 12,2$). Najmłodszy uczestnik badania miał 19 lat a najstarszy 63. Zdecydowaną większość badanej zbiorowości stanowiły kobiety, których udział wynosił 85,2% (N=46). Mężczyźni stanowili jedynie 14,8% (N=8) badanej zbiorowości.

Tabela 3. Charakterystyka badanej grupy – słuchacze szkół policealnych

Zmienna	Parametr	Ogółem (N=200)
Wiek	N	57
	Średnia (SD)	29,89 (12,2)
	Mediana (IQR)	24 (20 - 40)
	Zakres	19 - 63
Płeć	Kobieta	85,2% (N=46)
	Mężczyzna	14,8% (N=8)

Źródło: opracowanie własne.

Tabela ilustruje wiek i płeć badanej grupy – słuchacze policealnych szkół medycznych.

Uzyskane dane wskazują, że najwięcej osób badanych mieściło się w grupie wiekowej między 19. – 63. rokiem życia.

Charakterystyka grupy badanej – personel medyczny

W badanej grupie zdecydowaną większością (94,6%; N=174) były kobiety. Średnia wieku zbiorowości wynosiła ponad 50 (50,23 ± 5,47) lat. Największa grupa pracowników biorących udział w badaniu (45,7%; N=80) posiadała średnie wykształcenie. Najliczniejszą grupę (67,6%; N=94) stanowiły osoby pracujące jako pielęgniarka/pielęgniarz. Średnia długość stażu pracy wynosiła w badanej zbiorowości 27,62 (±5,54) lat. Grupę ankietowanych stanowili pracownicy z czterech wymienionych szpitali.

Tabela 4. Charakterystyka badanych – personel medyczny

Zmienna	Parametr	Ogółem (N=200)
Wiek	Średnia (SD)	50,23 (5,47)
	Mediana (IQR)	50 (49 - 53)
	Zakres	40 – 66
Płeć	Kobieta	94,6% (N=174)
	Mężczyzna	5,4% (N=10)
Wykształcenie (poziom, ukończona uczelnia)	podstawowe	3,4% (N=6)
	zawodowe	13,7% (N=24)
	średnie	45,7% (N=80)
	wyższe	37,1% (N=65)
Aktualnie zajmowane stanowisko	emeryt	4,3% (N=6)
	pielęgniarka/pielęgniarz	67,6% (N=94)
	położna	2,9% (N=4)
	pomoc szpitalna	5,8% (N=8)

	pracownik administracji	9,4% (N=13)
	salowa	10,1% (N=14)
Staż pracy	N	174
	Średnia (SD)	27,62 (5,54)
	Mediana (IQR)	30 (25 - 30)
	Zakres	8 - 37

Źródło: opracowanie własne.

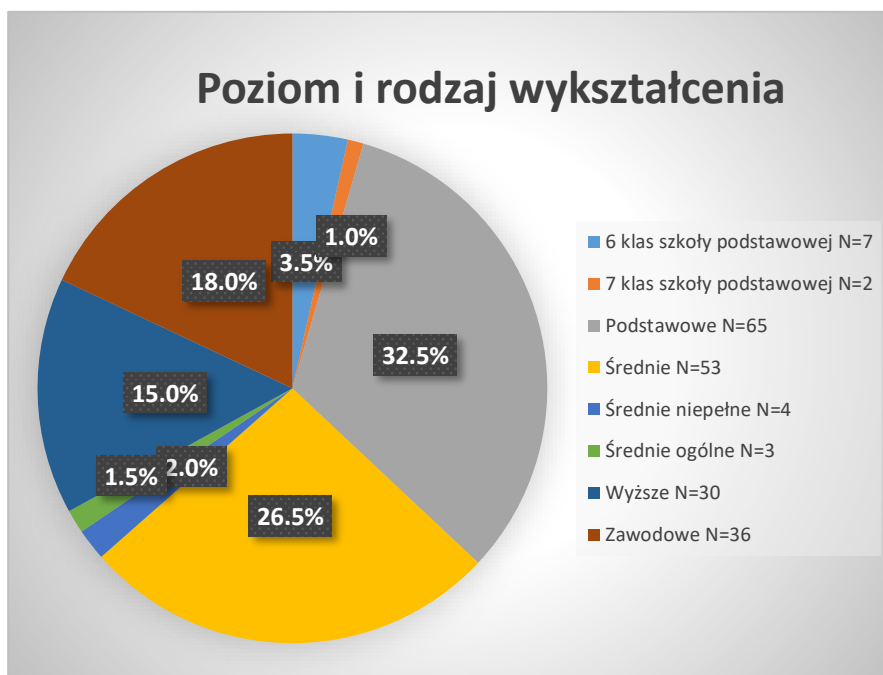
Wśród biorących udział w badaniach największą grupą zawodową – 67,6% – były pielęgniarki. Uzyskane dane wskazują, że najwięcej badanych osób (94,6%) stanowią kobiety, a wiek ich mieści się w granicach 40-60 lat. Personel medyczny stanowi największą grupę ze stażem 8-37 lat pracy. Osoby badane reprezentowały zróżnicowany poziom wykształcenia. Największa liczba osób posiadała wykształcenie średnie, a najmniejsza podstawowe. Najliczniejszą grupą badanych – 68% – są pielęgniarki i pielęgniarze.

Charakterystyka badanej grupy – pacjenci

Wśród badanych pacjentów największą liczbę (89,7%; N=166) stanowiły kobiety. Średnia wieku w badanej grupie wynosiła ponad 58 (58,99; $\pm 14,22$) lat. Największy udział w badanej zbiorowości (31,8%; N=46) mieli nauczyciele. Średni czas pobytu w szpitalu dla badanej zbiorowości wynosił ponad 17 dni (17,14 \pm 9,42).

Grupa ankietowanych pacjentów stanowiła ogółem 200 osób z czterech wymienionych szpitali. Jak wskazują zamieszczone dane przedział wiekowy pacjentów stanowił 23-84 lata. Uzyskane dane wskazują, że wśród badanych pacjentów większość stanowiły kobiety – 89,7%. Osoby poddane badaniom prezentowały zróżnicowany stopień wykształcenia – najliczniejszą grupę – 44,4% – stanowiły osoby z wyższym wykształceniem, z kolei 4% osoby z podstawowym wykształceniem. Na wykresie zaprezentowano poziom wykształcenia badanych osób.

Wykres 1. Charakterystyka badanych. Poziom i rodzaj wykształcenia pacjentów



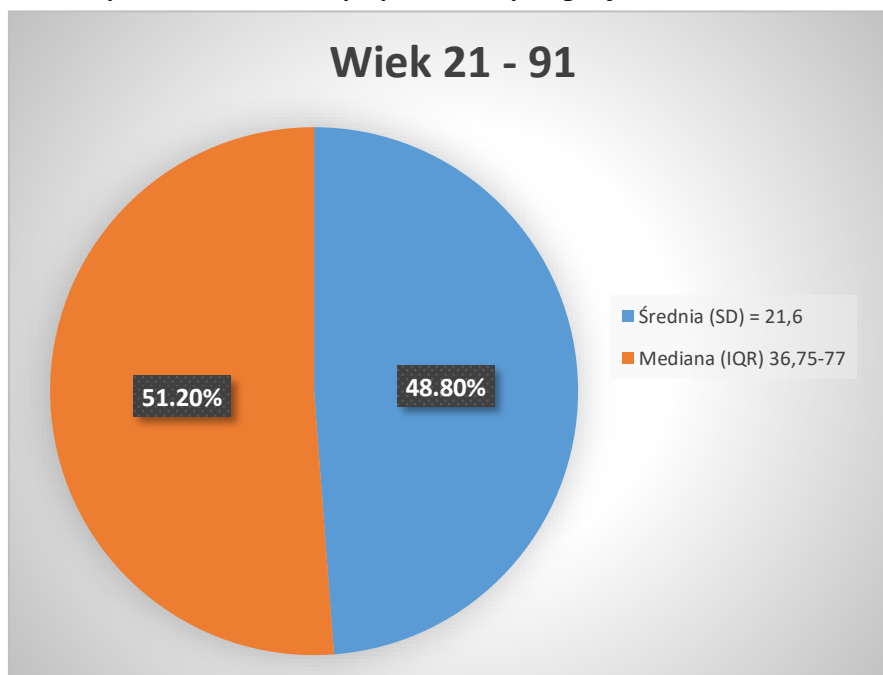
Źródło: opracowanie własne.

Uzyskane odpowiedzi przedstawiają poziom i rodzaj wykształcenia pacjentów.

Charakterystyka badanej grupy pacjentów i ich wykształcenie i wykonywana praca

Wśród badanych pacjentów największą liczbę (76,8%; N=152) stanowiły kobiety. Średnia wieku w badanej grupie wynosiła ponad 58 lat. Największa grupa badanych pacjentów (32,5%; N=65) zadeklarowała, że posiada wykształcenie podstawowe. Największy udział w badanej zbiorowości (16%; N=32) miały osoby deklarujące, że są na rencie lub mają grupę inwalidzką. Średnia długość pobytu w szpitalu (biorąc pod uwagę odpowiedzi, w których ankietowani określili jednostkę czasu) wynosiła 7 ($\pm 3,44$) dni.

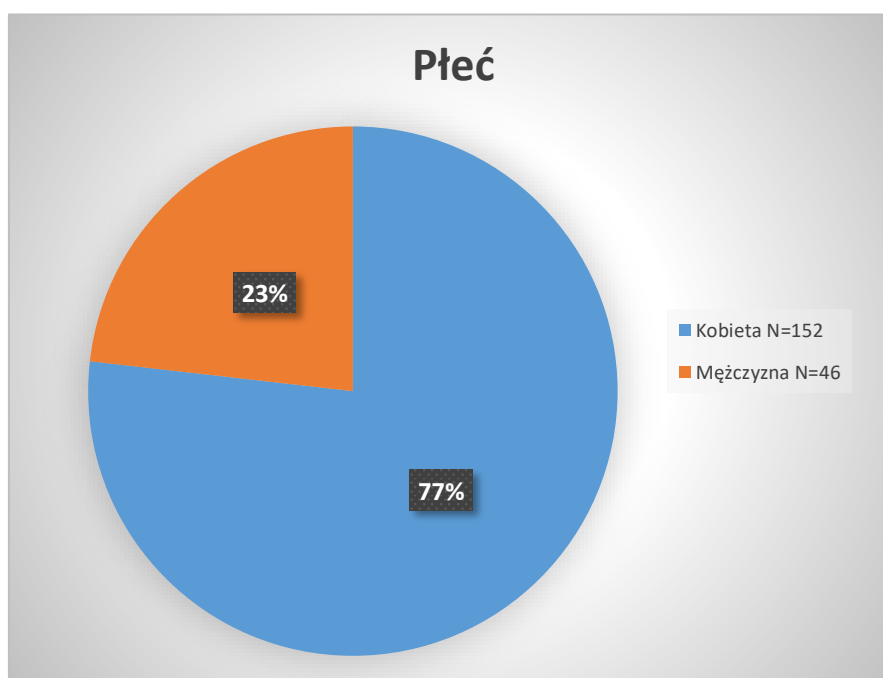
Wykres 2. Charakterystyka badanych pacjentów – wiek



Źródło: opracowanie własne.

Uzyskane odpowiedzi przedstawiają wiek badanych.

Wykres 3. Charakterystyka badanych pacjentów – płeć

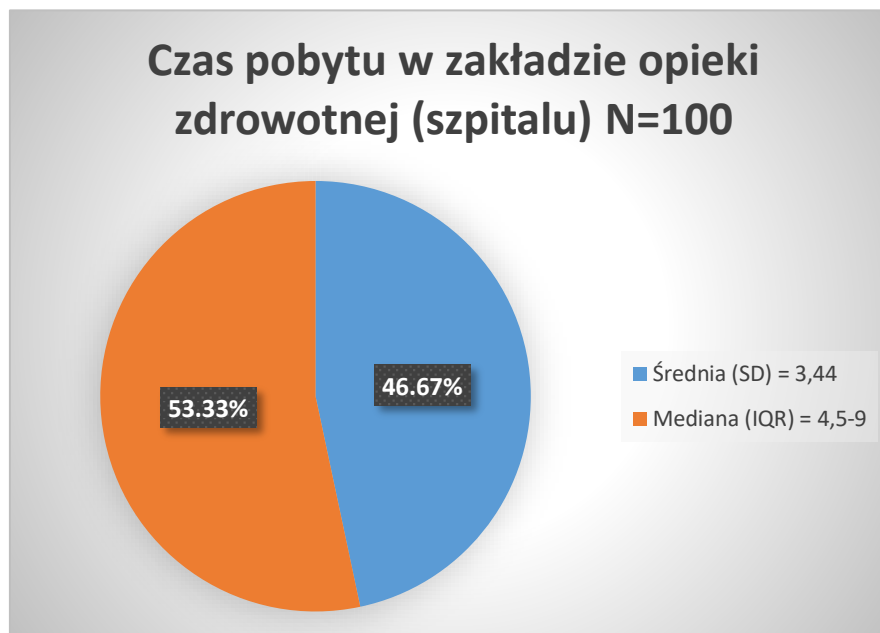


Źródło: opracowanie własne.

Uzyskane odpowiedzi przedstawiają ilość kobiet i mężczyzn biorących udział w badaniu.

Czas pobytu pacjentów w szpitalu zróżnicowany, zależny od jednostki chorobowej z jaką przebywał.

Wykres 4. Charakterystyka badanych pacjentów. Czas pobytu w zakładzie opieki zdrowotnej (szpitalu) N = 100



Źródło: opracowanie własne.

Uzyskane odpowiedzi przedstawiają czas pobytu w zakładzie opieki zdrowotnej.

5. Postawy słuchaczy policealnych szkół medycznych wobec osób starych w świetle wyników badań własnych

Postawy słuchaczy policealnych szkół medycznych wobec osób starych (analiza wywiadu ustrukturyzowanego ze słuchaczami)

Celem niniejszej analizy jest ocena postaw słuchaczy policealnych szkół medycznych i personelu medycznego względem osób starych w wieku powyżej 70 lat.

W celu identyfikacji postaw względem osób w podeszłym wieku ocenie poddano odpowiedzi respondentów na pytania (Aneks 1, Aneks 2) ustrukturyzowanego kwestionariusza wywiadu dla uczniów policealnych szkół medycznych. Rezultaty przeprowadzonej analizy przedstawiono w formie opisowej (zachowując podział na część dotyczącą postaw deklarowanych i rzeczywistych).

Postawy deklarowane

Postawy deklarowane jak już wspomniano zawierają komponent poznawczy w odniesieniu do różnych sytuacji społecznych. Cechuje je celowość, dokładność i trafna argumentacja. Postawy rzeczywiste decydują o określonych zachowaniach (Marody, 1976).

Analizując odpowiedzi badanych słuchaczy policealnych szkół medycznych wobec osób starych pod względem modalności postaw, można stwierdzić, że zarówno w przypadku pytań odnoszących się do postaw deklarowanych, jak i rzeczywistych, postawy te są pozytywne. Świadczy to o zbieżności deklarowanych i rzeczywistych postaw badanych słuchaczy.

Najczęściej udzielanymi odpowiedziami na pytanie o to, co dana osoba wie na temat funkcjonowania osób w wieku podeszłym, były wypowiedzi świadczące o świadomości badanych, dotyczącej pogarszającego się stanu zdrowia starych osób i występowania licznych chorób i ograniczeń z nich wynikających oraz ich niesamodzielności. Wymienione przez uczestników aspekty, dotyczyły funkcjonowania grup społecznych, a pytania odnosiły się do odpowiedzi, wskazujących na wycofanie z życia i izolację jako świadomej decyzji, jak również o tym, że społeczeństwo wyklucza takie osoby. Jednocześnie badani słuchacze podkreślali (67,2%), że osoby w podeszłym wieku jeszcze dobrze lub bardzo dobrze funkcjonują. Osoby badane zwróciły uwagę również na aktywność osób w podeszłym wieku, udzielając odpowiedzi świadczących o ich udziale, w zajęciach dla seniorów i innych formach życia towarzyskiego. Wspomniana grupa uczestniczących w badaniach słuchaczy (75,2%) udzieliła odpowiedzi dotyczących sprawności intelektualnej pacjentów. Sformułowana

odpowieź była twierdząca, a niektórzy z nich wskazywali jednak, że dotyczy to tylko części osób w podeszłym wieku. Najczęściej wymienionymi pozytywnymi cechami osób starych było doświadczenie życiowe i wynikająca z nich wiedza i mądrość życiowa oraz bogactwo wspomnień.

Kolejnym pozytywnym aspektem funkcjonowania osób starych wymienionym przez badanych słuchaczy była duża ilość wolnego czasu, którą dysponują osoby stare, pozwalająca im na spokojne życie, realizację marzeń, celów i dbanie o siebie, jak również wyzbycie się pośpiechu towarzyszącego młodszym grupom społecznym. Badani słuchacze często wymieniali także pozytywne nastawienie starych osób do życia, okazywaną radość i życzliwość. Natomiast najczęściej wskazywaną negatywną stroną osób w podeszłym wieku był ich trudny charakter. Ankietowani wymieniali także wiele cech takich jak: brak cierpliwości (63,5%), upartość, brak empatii, protekcyjny stosunek do osób młodych (29%), chęć bycia w centrum uwagi, roszczeniowość (14%), świadczące o trudnościach w utrzymaniu relacji z osobami w podeszłym wieku. Kolejnymi wskazanymi trudnościami były problemy z komunikacją, będącymi następstwem zaburzeń pamięci oraz „zatrzymania się w przeszłości”. Słuchacze często zauważali problemy ze zdrowiem oraz wynikające z tego cierpienie, i konieczność stosowania wielu leków. Jedną z często wymienianych przez słuchaczy wad była również samotność oraz zmęczenie życiem osób starych. Udzielający odpowiedzi słuchacze odpowiedzieli twierdząco na pytanie, dotyczące wniesienia wartości w życie osób młodszych (72,8%). Większość ankietowanych zadeklarowało, że ich postawy są pozytywne wobec osób w wieku podeszłym. Wśród osób wymieniających sytuacje i warunki, które mogłyby wpłynąć na pozytywne nastawienie wobec osób starych najczęściej wymienianymi odpowiedziami były: większa ilość czasu spędzona z takimi osobami (możliwość bliższego ich poznawania i zrozumienia), bardziej pozytywne podejście osób starych do świata, lepsze zrozumienie ludzi młodszych i konieczność ograniczenia zachowań takich jak: wtrącanie się w życie innych, roszczeniowość i moralizatorstwo.

Podsumowując, jak wykazały przeprowadzone badania postawy deklarowane słuchaczy policealnych szkół medycznych są zazwyczaj pozytywne. Wiąże się to z aktywnością seniorów, ich bogatym doświadczeniem życiowym, dużą wiedzą oraz mądrością życiową. Słuchacze zauważyli jednak, że część seniorów wykazuje wiele cech negatywnych takich jak: brak empatii do otoczenia, brak cierpliwości, upartość. Można przypuszczać, że niektóre z negatywnych cech wpływają z braku kontaktu z otoczeniem (samotność). Podsumowując

odpowiedzi badanych słuchaczy pod względem podejścia do osób starych zauważyć można, że ich deklarowane postawy są pozytywne.

Postawy rzeczywiste

Postawy rzeczywiste zostały wyodrębnione ze względu na komponent behawioralny i emocjonalno – motywacyjny, co oznacza, że komponent zawiera opinię przedstawiającą pozytywne lub negatywne nastawienie wobec podmiotu postaw¹⁷.

W przeprowadzonych badaniach słuchacze szkół medycznych w pytaniach dotyczących atrybutów wymieniają najczęściej atrybuty materialne i niematerialne, które utożsamiają z osobą 70 plus. Jak wykazały przeprowadzone badania niematerialnymi atrybutami osób w podeszłym wieku, najczęściej wymienianymi przez młodzież, były doświadczenie i mądrość życiowa oraz osłabienie spowodowane wiekiem (choroby i związane z nimi przyjmowanie leków). Wśród atrybutów materialnych słuchacze policealnych szkół medycznych wymieniali najczęściej laskę, okulary oraz sprzęty, takie jak protezy zębowe, aparaty słuchowe i inne sprzęty ułatwiające życie osobom starym. W udzielanych odpowiedziach pojawiały się takie cechy fizyczne, jak siwe włosy albo ich brak oraz zmarszczki. Najczęściej wskazywanymi uczuciami jako odczuwane w czasie pracy z osobami starymi były emocje pozytywne (75,2%), a wśród nich: chęć pomocy, empatia, szacunek i radość. Część badanych oświadczyła, że nie odczuwa ani pozytywnych, ani negatywnych uczuć w czasie pracy z osobami w podeszłym wieku. Niewielka liczba osób (8,8%) zadeklarowała, że ich odczucia w czasie pracy z seniorami są negatywne. Wśród uczuć deklarowanych przez respondentów, które trudno jednoznacznie zaklasyfikować do wymienionych kategorii, występowały współczucie i żal spowodowany stanem ich zdrowia. Niektóre osoby (30%) udzielające twierdzącej odpowiedzi wspominały o konieczności przezwyciężania oporu wewnętrznego w czasie pracy z osobami starymi, a najczęściej wymienianymi przyczynami takich trudności był nieprzyjemny zapach odczuwany w kontakcie z tymi osobami. Znaczna część udzielających odpowiedzi zadeklarowała jednak, że nie musi przezwyciężać oporu wewnętrznego (56,2%) pracując z seniorami. Wśród działań, których wymaga od nich praca z osobami starymi, wymieniane były zarówno aktywność fizyczna i udzielanie pomocy w różnych czynnościach, jak również aktywność natury psychicznej: empatia, chęć zrozumienia, rozmowy, współpracy. Część badanych (75,2%) odpowiedziała, że współpraca z osobami w podeszłym wieku

¹⁷ Bardziej szczegółowe informacje dotyczące różnicowania postaw deklarowanych i rzeczywistych zawarte zostały na stronie nr 36-45.

wymaga od nich poświęcenia znacznej ilości czasu. Jedynie pięciu badanych udzieliło odpowiedzi przeczącej, dotyczącej przyjaźni z nieznaną osobą w wieku podeszłym. Jednocześnie niewielka część badanych nie była w stanie udzielić jednoznacznej odpowiedzi (6,1%). Większość słuchaczy zadeklarowała, że ich przyjaźń z osobą w podeszłym wieku byłaby możliwa. Część badanych dopuszczała też możliwość pracy z osobami starymi (przez określony czas – „na próbę”), jednak niewielu było w stanie jednoznacznie potwierdzić chęć takiej pracy. Kolejną, najczęściej udzielaną odpowiedzią, była odpowiedź przecząca (21,2%). Jednak część badanych nie była w stanie odpowiedzieć na to pytanie. Najczęściej wymienianą przez badanych słuchaczy, możliwością wykorzystania doświadczenia osób starych było przekazywanie mądrości życiowej zdobytej przez lata oraz opowieści ze swojego życia i umożliwienie młodszemu uczenia się na ich błędach.

Podsumowując wypowiedzi słuchaczy dotyczących postaw rzeczywistych wobec osób starych, można stwierdzić, że słuchacze policealnych szkół medycznych są otwarci na kontakty z osobami starymi, chętnie ich wysłuchują i starają się zrozumieć ich sytuację. Uwzględniają ewentualność zawarcia przyjaźni i możliwość wykorzystania wiedzy i doświadczenia życiowego osób starych. Pozytywne postawy słuchaczy wobec osób starych są związane z posiadaniem pozytywnych doświadczeń, w relacjach z osobami starymi we wcześniejszych okresach życia.

W wyniku przeprowadzonych badań potwierdziła się **hipoteza pierwsza 1.1.**, dotycząca różnicowania w zakresie deklarowanych (uwzględniających poznawczy komponent postawy) i rzeczywistych (uwzględniających emocjonalny i behawioralny komponent) postaw słuchaczy studium policealnego wobec osób starych. Przeprowadzone badania wykazały, że występuje różnicowanie w zakresie deklarowanych (uwzględniających poznawczy komponent postawy) i rzeczywistych (uwzględniających emocjonalny i behawioralny komponent) postaw słuchaczy medycznego studium zawodowego wobec osób starych.

5.1. Postawy deklarowane a rzeczywiste młodzieży wobec osób starych

Relacja deklarowanych i rzeczywistych postaw słuchaczy policealnych szkół medycznych wobec osób starych (na podstawie kwestionariusza)

Analiza odpowiedzi badanych słuchaczy, odnoszących się do osób starych, wykazała, istnienie rozbieżności pomiędzy odpowiedziami o funkcjonowaniu osób starych (wskaźnik postawy deklarowanej), a odczuwaniem oporu wewnętrznego (wskaźnik postawy rzeczywistej). Około 45% deklarujących pozytywną ocenę, dotyczącą funkcjonowania osób

starych, odpowiedziało, że musi przełamywać opór wewnętrzny wobec nich. Jeden na trzech ankietowanych (30%), odpowiadających na pierwsze z pytań, negatywnie, musi przełamać opór wewnętrzny w kontakcie z seniorami. Najbardziej liczną grupą osób przewyżających opór wewnętrzny (89,3%) zaobserwowano wśród badanych, którzy ocenili funkcjonowanie seniorów neutralnie. Oznacza to, że postawy deklarowane w aspekcie częstotliwości ich występowania, w obrębie modalności postaw różnią się od postaw rzeczywistych i generalnie są bardziej pozytywne (przy założeniu, że postaw rzeczywistych nie zaliczamy do kategorii postaw negatywnych). Podobnie jak w przypadku odczuwania oporu w relacjach z osobami starymi, częstotliwość występowania pozytywnych postaw rzeczywistych jest większa.

W dalszej kolejności wykazana została statystycznie istotna rozbieżność pomiędzy opinią o funkcjonowaniu osób starych (wskaźnik postawy deklarowanej) a deklaracją możliwej przyjaźni z taką osobą (wskaźnik postawy rzeczywistej). Większość wypowiedzi (90,2%) wskazywała na to, że osoby te byłyby w stanie zaprzyjaźnić się z nieznanym seniorem, co zaobserwowano w grupie ankietowanych, którzy pozytywnie oceniają funkcjonowanie osób w wieku powyżej 70 lat. Nieco mniej osób odpowiedziało twierdząco na pytanie o przyjaźń, zaobserwowano w grupach ankietowanych oceniających funkcjonowanie seniorów neutralnie czy negatywnie (odpowiednio 76,8% oraz 70,2%). Rozbieżność ta została potwierdzona testem Fishera ($p < 0,01$).

Tabela 5. Opinia o funkcjonowaniu osób starych (postawy deklarowane) a rzeczywiste postawy wobec osób starych

Postawy rzeczywiste	Postawy deklarowane				Test	p-value
	Rodzaje postaw	pozytywne (N=61)	neutralne (N=82)	negatywne (N=57)		
Atrybuty kojarzące się z osoba starą (Rz)	pozytywne	32,8% (N=20)	36,6% (N=30)	28,3% (N=15)	chi-kwadrat (0,427)	0,427
	neutralne	9,8% (N=6)	13,4% (N=11)	11,3% (N=6)		
	negatywne	39,3% (N=24)	32,9% (N=27)	28,3% (N=15)		
Emocje, doświadczenia w kontakcie z osobami starymi (Rz)	pozytywne	78,7% (N=48)	67,1% (N=55)	64,9% (N=37)	Fisher	0,459
	neutralne	16,4% (N=10)	26,8% (N=22)	26,3% (N=15)		
	negatywne	4,9% (N=3)	6,1% (N=5)	8,8% (N=5)		
Przewycięzenie oporu wewnętrznego (Rz)	tak	45% (N=9)	89,3% (N=25)	30% (N=6)	Fisher	<0,001
	nie	55% (N=11)	10,7% (N=3)	70% (N=14)		
Przyjaźń z nieznaną dotychczas osobą starą (Rz)	tak	90,2% (N=55)	76,8% (N=63)	70,2% (N=40)	Fisher	0,007
	nie	4,9% (N=3)	17,1% (N=14)	28,1% (N=16)		
	nie wiem	4,9% (N=3)	6,1% (N=5)	1,8% (N=1)		

Opieka nad osobami starymi, wspólne spotkania przy posiłkach, wspólnym projekcie (Rz)	tak	67,2% (N=41)	58% (N=47)	31,6% (N=18)	Fisher	<0,001
	nie	27,9% (N=17)	34,6% (N=28)	40,4% (N=23)		
	nie wiem	4,9% (N=3)	7,4% (N=6)	28,1% (N=16)		

Źródło: opracowanie własne.

Konfrontując deklarowane postawy, obejmujące opinie o funkcjonowaniu osób starych, z chęcią podejmowania opieki nad osobami w wieku podeszłym traktowaną jako wskaźnik postaw rzeczywistych także stwierdzono rozbieżność pod względem częstotliwości występowania postaw o określonej modalności między postawami deklarowanymi, a rzeczywistymi. Okazało się bowiem, że deklarowane postawy badanych słuchaczy są generalnie bardziej pozytywne niż postawy rzeczywiste.

Zaobserwowano także statystycznie istotną rozbieżność, potwierdzoną testem Fishera ($p < 0,001$), pomiędzy opinią o funkcjonowaniu osób starych (postawy deklarowane), a chęcią opieki nad takimi osobami (postawy rzeczywiste). Prawie 7 na 10 osób (67,2%), oceniających pozytywnie funkcjonowanie osób starych, deklaroowało możliwość opieki nad osobami w wieku podeszłym. Najmniej osób, które mogłyby zaopiekować się starą osobą czy współpracować z nią, zaobserwowano w grupie osób negatywnie oceniających funkcjonowanie seniorów (31,6%). W grupie tej wystąpiła najwyższa liczba osób wahających się co do możliwości opieki nad osobą w podeszłym wieku (28,1%). Oznacza to, że chęć zajmowania się osobami starymi jest zróżnicowana, w zależności od preferowanej postawy. Reasumując słuchacze wykazują pozytywne emocje (64,9%), w kontaktach z osobami starymi, chętnie zaprzyjaźniliby się (70,2%) oraz spotykałiby się codziennie przy wspólnych posiłkach i wspólnym projekcie (31,6%).

Przechodząc do analizowania relacji między deklarowanymi postawami, a postawami rzeczywistymi odnoszącymi się do sprawności intelektualnej osób starych można wnioskować, iż oba rodzaje postaw są pozytywne.

Tabela 6. Opinia o sprawności intelektualnej osób starych (postawy deklarowane) a rzeczywiste postawy wobec osób starych

Postawy rzeczywiste	Rodzaje postaw	tak (N=145)	nie (N=22)	to zależy (N=33)	Test	p-wartość
Atrybuty kojarzące się z osoba starą (Rz)	pozytywne	36,4% (N=52)	27,3% (N=6)	22,6% (N=7)	Fisher	0,105
	neutralne	14% (N=20)	0% (N=0)	9,7% (N=3)		
	negatywne	28% (N=40)	54,5% (N=12)	45,2% (N=14)		

Emocje jakich doświadczasz w kontakcie z osobami starymi (Rz)	pozytywne	75,2% (N=109)	40,9% (N=9)	66,7% (N=22)	Fisher	0,013
	neutralne	18,6% (N=27)	45,5% (N=10)	30,3% (N=10)		
	negatywne	6,2% (N=9)	13,6% (N=3)	3% (N=1)		
Przezwyciężenie oporu wewnętrznego (Rz)	tak	63,3% (N=31)	18,2% (N=2)	87,5% (N=7)	Fisher	0,005
	nie	36,7% (N=18)	81,8% (N=9)	12,5% (N=1)		
Przyjaźń z nieznaną dotychczas osobą starą (Rz)	tak	78,6% (N=114)	81,8% (N=18)	78,8% (N=26)	Fisher	0,514
	nie	15,2% (N=22)	18,2% (N=4)	21,2% (N=7)		
	nie wiem	6,2% (N=9)	0% (N=0)	0% (N=0)		
Opieka nad osobami starymi, wspólne spotkania przy posiłkach, wspólnym projekcie (Rz)	tak	54,5% (N=79)	40,9% (N=9)	56,2% (N=18)	Fisher	0,411
	nie	35,2% (N=51)	36,4% (N=8)	28,1% (N=9)		
	nie wiem	10,3% (N=15)	22,7% (N=5)	15,6% (N=5)		

Źródło: opracowanie własne.

Analiza, przeprowadzona przy zastosowaniu testu Fishera, wykazała statystycznie istotną rozbieżność ($p < 0,05$) pomiędzy opinią o sprawności intelektualnej osób starych (postawy deklarowane) a emocjami odczuwanymi w kontakcie z takimi osobami (postawy rzeczywiste). Trzy czwarte (75,2%) ankietowanych, twierdzących, że seniorzy są intelektualnie sprawni tak samo jak osoby młodsze, wykazuje pozytywne emocje w kontakcie z osobami starymi. Z kolei, w grupie osób odpowiadających negatywnie na pytanie o sprawność intelektualną seniorów tylko cztery osoby na dziesięć (40,9%) odczuwały pozytywne emocje w kontakcie z osobą w wieku podeszłym. W grupie tej zaobserwowano najwyższe wskaźniki – neutralnych i negatywnych emocji w kontakcie z osobami w wieku powyżej 70 roku życia (odpowiednio: 45,5% oraz 13,6%).

Uzyskane dane, jako efekt analizy przeprowadzonej testem Fishera, wykazały istnienie statystycznie istotnej rozbieżności między oceną sprawności intelektualnej seniorów, a odczuwaniem oporu wewnętrznego podczas przebywania w towarzystwie z osobami starymi (63,3%).

Kolejną weryfikowaną zależnością była ocena sprawności intelektualnej seniorów, w kontekście odczuwania wewnętrznego oporu podczas przebywania z osobami starymi.

Jak wynika z badań, istnieje rozbieżność statystycznie istotna między sprawnością intelektualną osób starych a przezwyciężaniem oporu wewnętrznego. Najmniej osób konfrontujących sprawność intelektualną seniorów z odczuwaniem oporu wewnętrznego wobec ludzi starych stwierdziło, że sprawność intelektualna seniorów nie jest tak dobra, jak osób młodszych (18,2%). W pozostałych grupach większość badanych deklarowała opór wewnętrzny podczas przebywania z seniorami. Opór ten odczuwało około 63,3% osób pozytywnie oceniających sprawność intelektualną seniorów oraz około 87,5% ankietowanych, którzy udzielili odpowiedzi na pytanie o poziom intelektualny: “to zależy”.

Wstępną stwierdzoną statystycznie istotną rozbieżnością była relacja między opiniami dotyczącymi możliwości wniesienia przez osoby stare pozytywnej wartości w życie osób młodych (jako wskaźnik postawy deklarowanej), a określonymi zachowaniami będącymi wskaźnikami postaw rzeczywistych.

Tabela 7. Opinia o tym, czy osoby stare mogą wnieść wartość w życie osób młodszych (postawy deklarowane) a rzeczywiste postawy wobec osób starych

Zmienna	Parametr (przyporządkowania słuchaczy do określonej kategorii przy zastosowaniu metody sędziów kompetentnych)	tak (N=191)	trudno powiedzieć (N=9)	Test	p-wartość
Atrybuty kojarzące się z osoba starą (Rz)	pozytywne	33,7% (N=63)	22,2% (N=2)	Fisher	0,406
	neutralne	11,8% (N=22)	11,1% (N=1)		
	negatywne	34,2% (N=64)	22,2% (N=2)		
Emocje, doświadczenia w kontakcie z osobami starymi (Rz)	pozytywne	72,8% (N=139)	11,1% (N=1)	Fisher	<0,001
	neutralne	20,4% (N=39)	88,9% (N=8)		
	negatywne	6,8% (N=13)	0% (N=0)		
Przezwyciężenie oporu wewnętrznego (Rz)	tak	56,2% (N=36)	100% (N=4)	Fisher	0,137
	nie	43,8% (N=28)	0% (N=0)		
Przyjaźń z nieznaną dotychczas osobą starą (Rz)	tak	80,6% (N=154)	44,4% (N=4)	Fisher	<0,001
	nie	16,8% (N=32)	11,1% (N=1)		
	nie wiem	2,6% (N=5)	44,4% (N=4)		
Opieka nad osobami starymi, wspólne spotkania przy posiłkach, wspólnym projekcie (Rz)	tak	55,3% (N=105)	11,1% (N=1)	Fisher	0,010
	nie	32,1% (N=61)	77,8% (N=7)		
	nie wiem	12,6% (N=24)	11,1% (N=1)		

Źródło: opracowanie własne.

W wyniku przeprowadzonej analizy potwierdzona została rozbieżność pomiędzy emocjami doświadczanymi w kontakcie z osobami w wieku podeszłym, a opinią na temat

udziału seniorów w życiu osób młodszych (test Fishera, $p < 0,001$). W grupie osób twierdzących, że osoby stare mogą wnieść wartość w życie osób młodszych, aż siedem na dziesięć badanych (72,8%) doświadcza pozytywnych emocji w kontakcie z seniorami. Z kolei wśród osób, które nie miały zdania dotyczącego roli seniorów w kontakcie z osobami młodszymi, tylko 11,1% ankietowanych wskazało na odczuwanie pozytywnych emocji w trakcie kontaktu z seniorami.

Kolejny raz przy zastosowaniu testu Fishera wykazano statystycznie istotną rozbieżność ($p < 0,05$) pomiędzy opinią o sprawności intelektualnej osób starych (wskaźnik postawy deklarowanej), a emocjami odczuwanymi w kontakcie z takimi osobami (wskaźnik postawy rzeczywistej).

Zaobserwowano także statystycznie istotną rozbieżność pomiędzy deklarowaną opinią o wartości wnoszonej przez osoby stare w życie osób młodszych a możliwą przyjaźnią z seniorami. Odpowiedzi dotyczyły obopólnej chęci pozytywnej relacji. W grupie osób przeświadczonych, że osoby stare wnoszą wartości w życie młodszych, osiem na dziesięć ankietowanych (80,6%) deklaruje, że byłoby w stanie zaprzyjaźnić się z seniorem. Z kolei w grupie słuchaczy, którzy mieli wątpliwości co do wartości wnoszonej przez osoby w wieku podeszłym, mniej niż połowa osób (44,4%) deklaruowała możliwą przyjaźń z osobą starszą. Słuchacze w kwestionariuszu odpowiadali, że najważniejszą cechą jest: „opiekuńczość, troskliwość np. dla wnuków”, „doświadczenie i mądrość życiowa”. Zależność ta została potwierdzona testem Fishera ($p < 0,001$).

Ponad połowa słuchaczy (55,3%) odpowiedziała twierdząco, że mogłoby opiekować się osobą w wieku podeszłym, czy też z nią współpracować. Z kolei wśród osób, które nie miały pewności co do pozytywnych cech wnoszonych przez seniorów, aż 77,8% badanych nie chciałoby opiekować się osobą starą.

W prezentowanych badaniach występuje statystycznie istotna rozbieżność między postawą deklarowaną a postawą rzeczywistą o zróżnicowanej modalności. Większość badanych (72,8%) odpowiedziała, że doświadcza pozytywnych emocji w kontaktach z osobami w wieku podeszłym. Zaś 80,6% badanych zaprzyjaźniłoby się z osobą w wieku 70 plus.

Sytuacja ta wynika z faktu, że młodzież od najmłodszych lat nie ma ugruntowanych postaw względem osób starych. Nie wszystkie osoby wychowały się w rodzinach wielopokoleniowych z osobami w wieku dojrzałym czy też dziadkami. Wyniki te świadczą o tym, że dziadkowie przebywają w dużej odległości od miejsca zamieszkania wnuków.

W przeprowadzonych badaniach stwierdzono tylko częściowe potwierdzenie hipotezy pierwszej (1.2.) dotyczącej czynników związanych z indywidualnymi uwarunkowaniami (doświadczenia z wcześniejszego okresu w kontaktach z osobami starymi). Natomiast potwierdziły się hipotezy dotyczące czynników związanych z postawami rodziców i najbliższego otoczenia (grupa rówieśnicza, rodzina). A także oddziaływanie szkoły w zakresie kształtowania postaw (praktyki zawodowe, umożliwienia pracy w charakterze wolontariatu, organizowanie specjalnych akcji w domach opieki, itp.).

5.2. Czynniki warunkujące występowanie pozytywnych postaw u słuchaczy policealnych szkół medycznych wobec osób starych

Uwarunkowania określonych postaw słuchaczy policealnych szkół medycznych związane z doświadczeniami z wcześniejszego okresu z osobami starymi

Na podstawie przeprowadzonych badań jedną z najważniejszych cech jaką wykazali słuchacze policealnych szkół medycznych była cierpliwość w kontaktach z osobami starymi.

Analizując uwarunkowania określonych postaw słuchaczy szkół policealnych wobec osób starych można zaobserwować, że większość słuchaczy biorących udział w badaniach (N=184; 92%) wybrała cierpliwość jako cechę, którą powinna charakteryzować się osoba opiekująca się ludźmi starymi. Kolejną najczęściej wybieraną odpowiedzią była chęć pomagania, którą zaznaczyło (68%) słuchaczy. Najmniejsza grupa ankietowanych (37%; N=74) wybrała profesjonalizm. Dziesięć osób wskazało cechy inne niż wymienione w kwestionariuszu. Ponad połowa słuchaczy biorących udział w badaniu (56,5%; N=113) odpowiedziała, że mieszka lub mieszkała z osobami w podeszłym wieku. Więcej niż trzech na czterech ankietowanych zadeklarowało, że ich rodzice pozostają w bliskich relacjach ze swoimi rodzicami. Zdecydowana większość (86,5%; N=173) słuchaczy wybrała odpowiedź twierdzącą dotyczącą cenięcia dziadków/pradziadków, innych seniorów w rodzinie. Podobna sytuacja dotyczyła udzielania pomocy osobom starym, członkom rodziny, sąsiadom w domu. W tym przypadku odpowiedź twierdzącą wskazało 80% (N=160) badanych. Jedynie 25,5% (N=51) słuchaczy zadeklarowało, że nie zdarzyło im się włączyć w udzielanie takiej pomocy. Największa liczba badanych (68,5%; N=137) zaznaczyła, że wysłuchałaby osoby starej przebywającej w szpitalu, kiedy ona byłaby rozdrażniona i zniecierpliwiona. Znacząca grupa badanych (40,5%; N=81) wskazała jako najważniejszy czynnik warunkujący zachowanie osób starych: „wiek w aspekcie czynników fizjologicznych”. Ponad połowa badanych (51,5%; N=103) na pytanie o możliwości intelektualne ludzi starych odpowiedziała, że do ich oceny

należy stosować podejście indywidualne. Zdecydowana większość słuchaczy określiła swoje dotychczasowe relacje z ludźmi w podeszłym wieku w swojej rodzinie jako dobre lub bardzo dobre. Było to odpowiednio 51,5% (N=103) i 43,5% (N=87) badanych. Ponad połowa badanych słuchaczy (55,5%; N=111) udzieliła twierdzącej odpowiedzi na pytanie, dotyczące organizacji w ich szkołach wydarzeń na rzecz pomocy lub podniesienia jakości życia seniorom. Jedynie nieco ponad jedna czwarta słuchaczy (25,5%; N=51) odpowiedziała, że dobrowolnie uczestniczyła w tych wydarzeniach. Najlicniejsza grupa badanych (41%; N=82) wskazała, że nie miała problemu ze współpracą z osobami w podeszłym wieku w czasie wydarzeń organizowanych przez szkołę. Najczęściej wybieranymi przez ankietowanych, w kontekście określenia ich stosunku do osób starych, były określenia dobre i bardzo dobre. Wskazało je odpowiednio 45,5% (dobre; N=91) i 34% (bardzo dobre; N=68) słuchaczy. Ponad połowa badanych słuchaczy (61%; N=122) zadeklarowała, że gdyby w czasie dyżuru pojawiły się wezwania od dwóch potrzebujących osób (potrzebujący w równym stopniu pomocy), a jedna z nich byłaby w starszym wieku, starałby się samodzielnie rozważyć, kto może bardziej potrzebować tej pomocy. Ocena własnych relacji z grupą osób starych dotyczyła stopnia zachowania osób w wieku senioralnym, z którymi spotykałaś/spotykałeś się w przeszłości. Najczęściej występującymi cechami i zachowaniami osób w podeszłym wieku, wpływającymi na ocenę relacji z tą grupą społeczną były: życzliwość (59%; N=118), chęć współpracy (37%; N=74) i pogoda ducha, którą podkreśliło 30% (N=60) badanych. Ponad połowa (61,5%; N=123) badanych, w pytaniu dotyczącym oceny sprawności fizycznej osób starych, w kontekście konieczności udzielenia im pomocy, udzieliła odpowiedzi, że nie należy tej kwestii uogólniać, ponieważ zależy ona od indywidualnego przypadku. Najczęściej wskazywanymi odpowiedziami na pytanie, jak dana osoba zachowa się w sytuacji, kiedy byłaby świadkiem doświadczania bólu, cierpienia bądź załamania nerwowego osoby starej, były odpowiedzi, że jestem obok niej (65%; N=130) oraz udzielę jej wsparcia poprzez słowa dodające otuchy (44%; N=88), a jeśli przyczyną doświadczania, cierpienia jest ból zwróciłbym się do lekarza o profesjonalną pomoc, którą sformułowało 39% (N=78) słuchaczy. Ponad połową badanych (60,5%; N=121) określiła swoją ogólną postawę wobec osób w podeszłym wieku jako obojętną. Odpowiedzi świadczących o pozytywnej postawie (odpowiedzi „pozytywnie” i „bardzo pozytywnie”) zaznaczyło 31,5% (N=63), natomiast odpowiedzi o negatywnej postawie („negatywnie” i „raczej negatywnie”) udzieliło zaledwie 8% (N=16) słuchaczy. Określeniem najczęściej powtarzanym przez badanych jako precyzującym ich nastawienie do osób 70 plus, było określenie: „pozytywne”, które zaprezentowało 63% (N=126) badanych.

Jak wynika z przeprowadzonej analizy, osoby badane – słuchacze policealnych szkół medycznych wśród pozytywnych cech osób starych najczęściej wymieniają: cierpliwość (92%), chęć pomagania (68%), empatię (63,5%). Uzyskane dane wskazują na istnienie statystycznie istotnej rozbieżności między rodzajem postaw, które prezentują badani słuchacze, a preferowanymi charakterystycznymi pozytywnymi doświadczeniami, w zakresie kontaktu z osobami starymi. Jednym z najważniejszych czynników jest cierpliwość odczuwana przez ludzi młodych w stosunku do starych.

Tabela 8. Kwestionariusz do badania postaw słuchaczy policealnych szkół medycznych wobec osób w wieku podeszłym

Pytanie	Wybrane kategorie odpowiedzi	Wybrane/ niewybrane	Ogółem (N=200)
Cechy charakteryzujące osobę opiekującą się ludźmi starymi	Empatia	Zaznaczono	63,5% (N=127)
	Cierpliwość	Zaznaczono	92% (N=184)
	Chęć pomagania	Zaznaczono	68% (N=136)
	Profesjonalizm	Zaznaczono	37% (N=74)
	Pogoda ducha	Zaznaczono	52% (N=104)
	Inna	Zaznaczono	5% (N=10)
Zamieszkanie z osobą starą	Tak	Zaznaczono	56,5% (N=113)
	Nie	Zaznaczono	43,5% (N=87)
Bliskie relacje ze swoimi rodzicami/dziadkami	Tak	Zaznaczono	75,5% (N=151)
	Nie	Zaznaczono	16% (N=32)
	Inna odpowiedź	Zaznaczono	8,5% (N=17)
Cenienie swoich dziadków/ pradziadków, innych seniorów w rodzinie	Tak	Zaznaczono	86,5% (N=173)
	Nie	Zaznaczono	5,5% (N=11)
	Inna odpowiedź	Zaznaczono	3,5% (N=7)
Udzielanie pomocy osobom starym członkom rodziny, sąsiadom, innym osobom	Tak	Zaznaczono	80% (N=160)
	Nie	Zaznaczono	18% (N=36)
Włączanie się w udzielanie pomocy osobom starym	Tak	Zaznaczono	72,5% (N=145)
	Nie	Zaznaczono	25,5% (N=51)
Zachowanie w sytuacji, kiedy osoba stara przebywająca w szpitalu jest rozdrażniona i zniecierpliwiona	Przede wszystkim wysłuchałbym/wysłuchałabym jej	Zaznaczono	68,5% (N=137)
	Okazał/ okazałabym jej współczucie	Zaznaczono	15% (N=30)
	Postarałbym/ postarałabym się ją uspokoić, niezależnie od tego co ma do powiedzenia	Zaznaczono	42,5% (N=85)
	Delikatnie zwróciłbym/ zwróciłabym jej uwagę	Zaznaczono	7,5% (N=15)
	Zdecydowanie zwróciłbym/ zwróciłabym jej uwagę i nie	Zaznaczono	0% (N=0)

	pozwoliłbym/ pozwoliłabym na to aby, dalej eskalowała emocje		
	Inna odpowiedź	Zaznaczono	6,5% (N=13)
Zachowanie osób starych zależne od: (proszę dokonać porangowania od 1 - czynnik najważniejszy do 5)	Ich wieku, w aspekcie czynników fizjologicznych	Nie określono	13% (N=26)
		1	40,5% (N=81)
		2	11% (N=22)
		3	5,5% (N=11)
		4	11% (N=22)
		5	19% (N=38)
	Sytuacji społecznej i materialnej	Nie określono	24,5% (N=49)
		1	12,5% (N=25)
		2	8% (N=16)
		3	17% (N=34)
		4	25,5% (N=51)
		5	12,5% (N=25)
	Sytuacji rodzinnej	Nie określono	24,5% (N=49)
		1	15% (N=30)
		2	9,5% (N=19)
		3	26% (N=52)
		4	13% (N=26)
		5	12% (N=24)
	Bezpośredniej sytuacji, w której się znaleźli	Nie określono	15,5% (N=31)
		1	32% (N=64)
		2	21% (N=42)
		3	16% (N=32)
		4	11% (N=22)
		5	4,5% (N=9)
Cech osobowości	Nie określono	22,5% (N=45)	
	1	37,5% (N=75)	
	2	16% (N=32)	
	3	5% (N=10)	
	4	3% (N=6)	
	5	16% (N=32)	
Proszę dokończyć zdanie: "Możliwości intelektualne ludzi starych..." wybierając właściwe zakończenie	Są bardziej ograniczone niż ludzie młodszych	Zaznaczono	19% (N=38)
	Na ogół nie ma znaczących różnic	Zaznaczono	2,5% (N=5)

	Należy do tego podejść indywidualnie	Zaznaczono	51,5% (N=103)
	Pogarsza się bezpośrednia pamięć, ale z tym można sobie radzić	Zaznaczono	19,5% (N=39)
	Obumieranie komórek nerwowych prowadzi do zmian w zachowaniu, czasami bardzo przykrych dla otoczenia	Zaznaczono	14% (N=28)
Relacje z osobami starszymi w Twojej rodzinie	Niezbyt dobre	Zaznaczono	0% (N=0)
	Raczej niezbyt dobre	Zaznaczono	0% (N=0)
	Ani dobre, ani złe	Zaznaczono	5% (N=10)
	Dobre	Zaznaczono	51,5% (N=103)
	Bardzo dobre	Zaznaczono	43,5% (N=87)
	Inna odpowiedź	Zaznaczono	0% (N=0)
Organizowanie imprez na rzecz pomocy/podniesienia jakości życia seniorom	Tak	Zaznaczono	55,5% (N=111)
	Nie	Zaznaczono	27,5% (N=55)
	Inna odpowiedź	Zaznaczono	11% (N=22)
Dobrowolne uczestnictwo w działaniach podejmowanych na rzecz osób starszych	Tak	Zaznaczono	25,5% (N=51)
	Nie	Zaznaczono	68% (N=136)
	Inna odpowiedź	Zaznaczono	3% (N=6)
Współpraca z osobami w wieku podeszłym w trakcie działań organizowanych przez szkołę	Raczej źle	Zaznaczono	0% (N=0)
	Niezbyt dobrze (nie wiem jak powinienem/powinnam się zachować)	Zaznaczono	2,5% (N=5)
	Nie mam problemów	Zaznaczono	41% (N=82)
	Czuję się dobrze	Zaznaczono	24,5% (N=49)
	Bardzo dobrze się czuję	Zaznaczono	13% (N=26)
	Inna odpowiedź	Zaznaczono	15% (N=30)
Ocena nastawienia do osób w wieku podeszłym	Bardzo dobre	Zaznaczono	34% (N=68)
	Dobre	Zaznaczono	45,5% (N=91)
	Obojętne	Zaznaczono	20,5% (N=41)
	Niezbyt dobre	Zaznaczono	0% (N=0)
	Raczej niedobre	Zaznaczono	0% (N=0)
	Inna odpowiedź	Zaznaczono	0% (N=0)
Proszę dokończyć zdanie: "Kiedy w trakcie dyżuru wzywa mnie osoba w wieku podeszłym i osoba młodsza, które w takim samym stopniu potrzebują mojej pomocy"	Staram się sam/ sama rozważyć, kto może bardziej potrzebować mojej pomocy	Zaznaczono	61% (N=122)
	Wybieram osobę starszą	Zaznaczono	11,5% (N=23)

pomocy w pierwszej kolejności ..."	Nie uwzględniam w ogóle wieku pacjenta potrzebującego pomocy	Zaznaczono	20% (N=40)
	Uważam, że osoby stare są bardziej niecierpliwe, dlatego udaję się do osoby starej	Zaznaczono	7% (N=14)
	Mam doświadczenia, że osoby stare wołają pielęgniarki z bardzo błahych powodów dlatego nie wykazuję szczególnego pośpiechu	Zaznaczono	0% (N=0)
	Inna odpowiedź	Zaznaczono	7,5% (N=15)
Zachowania osób starych, z którymi w przeszłości się spotykałeś/teś, a ocena relacji z tą grupą	Dużo zależy od samego zachowania osób starych	Zaznaczono	38% (N=76)
	Zależy od zachowania osób starych	Zaznaczono	23% (N=46)
	W pewnym stopniu zależy od zachowania samych osób starych	Zaznaczono	19,5% (N=39)
	Raczej nie zależy od zachowania osób starych	Zaznaczono	12,5% (N=25)
	Inna odpowiedź	Zaznaczono	6% (N=12)
Zachowania i cechy osób starych wpływających na ocenę swoich relacji z tą grupą	Roszczeniowość	Zaznaczono	14% (N=28)
	Protekcjonalny stosunek do osób młodych	Zaznaczono	29% (N=58)
	Życzliwość	Zaznaczono	59% (N=118)
	Pogoda ducha	Zaznaczono	30% (N=60)
	Chęć współpracy	Zaznaczono	37% (N=74)
	Inna odpowiedź	Zaznaczono	4% (N=8)
Ocena sprawności fizycznej osób starych w kategoriach konieczności udzielenia im pomocy	Generalnie ulega pogorszeniu, jednak tam, gdzie osoby te sobie radzą, nie należy ich wyręczać	Zaznaczono	28% (N=56)
	Jest zróżnicowana, wszystko zależy od indywidualnych przypadków, nie należy uogólniać	Zaznaczono	61,5% (N=123)
	Należy być baczny obserwatorem i udzielać pomocy tylko wtedy, gdy osoba nas o to poprosi lub gdy	Zaznaczono	21,5% (N=43)

	faktycznie nie jest w stanie sobie poradzić		
	Należy zawsze oferować swoją pomoc, nawet, gdy uważamy, że osoba jest sprawna	Zaznaczono	10% (N=20)
	Nie należy przesadzać z oferowaną pomocą osoba stara może się poczuć urażona	Zaznaczono	5% (N=10)
	Inna odpowiedź	Zaznaczono	3% (N=6)
Zachowania w sytuacjach doświadczenia bólu, cierpienia bądź załamania nerwowego osoby starej	Przede wszystkim okazałbym/okazałabym, że nie jest sama, jestem obok niej	Zaznaczono	65% (N=130)
	Udzieliłbym/ udzieliłabym jej wsparcia poprzez słowa dodające otuchy	Zaznaczono	44% (N=88)
	Jeśli przyczyną doświadczenia cierpienia jest ból zwróciłbym/zwróciłabym się do lekarza o profesjonalną pomoc	Zaznaczono	39% (N=78)
	Jeśli jest taka możliwość, spytałbym/ spytałabym, czy chciałaby otrzymać pomoc od psychologa lub/i kapelana szpitalnego	Zaznaczono	11% (N=22)
	Staralbym się pomóc jej w akceptacji tego stanu poprzez wskazanie przykładów innych osób znajdujących się w podobnej sytuacji w szpitalu	Zaznaczono	14% (N=28)
	Inna odpowiedź	Zaznaczono	0% (N=0)
Ocena ogólnej postawy wobec osób 70 plus	Negatywnie	Zaznaczono	0,5% (N=1)
	Raczej negatywnie	Zaznaczono	7,5% (N=15)
	Obojętnie	Zaznaczono	60,5% (N=121)
	Pozytywnie	Zaznaczono	25,5% (N=51)
	Bardzo pozytywnie	Zaznaczono	6% (N=12)
Ocena swojego nastawienia do osób w wieku 70 plus	Negatywne	Zaznaczono	1,5% (N=3)
	Obojętne	Zaznaczono	28,5% (N=57)
	Pozytywne	Zaznaczono	63% (N=126)
	Nie zastanawiałem się nad tym	Zaznaczono	7% (N=14)

- Pytanie 1 – 14

Źródło: Opracowanie własne.

5.2.1. Stosunek rodziców i najbliższego otoczenia do osób starych jako źródło postaw słuchaczy policealnych szkół medycznych wobec tej grupy osób

Uwarunkowania określonych postaw słuchaczy policealnych szkół medycznych poprzez postawy ich rodziców i najbliższego otoczenia zostały zweryfikowane poprzez porównanie odpowiedzi dotyczących tego, czy pozostają w bliskich relacjach ze swoimi rodzicami/dziadkami, a postawami. Słuchacze uczestniczący w badaniach odpowiedzieli na pytania, czy byli świadkami udzielania w ich domu pomocy osobom w podeszłym wieku, jak oceniają swoje dotychczasowe relacje z osobami 70 plus oraz czy dobrowolnie uczestniczyli w działaniach podejmowanych na rzecz tych osób, w zależności od samooceny własnych postaw wobec osób starych. Te trzy pytania służą do oceny postaw wobec osób starych na podstawie samooceny, określają rodzaj postawy wobec osób starych zastosowane przez autorkę pracy i wytypowane jako zmienna zależna.

W celu weryfikacji szczegółowych hipotez, zakładających, że określone postawy słuchaczy policealnych szkół medycznych uwarunkowane są postawami rodziców i najbliższego otoczenia we własnej rodzinie, przeprowadzono analizę statystyczną przy wykorzystaniu testu Fishera. Tak więc, relacje słuchaczy ze swoimi rodzicami (dziadkami) poprzez doświadczenie pomocy udzielanej przez rodziców osobom starym, członkom rodzin, sąsiadom nie wpływają znacząco na kształtowanie postaw.

Tabela 9. Uwarunkowania określonych postaw słuchaczy poprzez ocenę swoich dotychczasowych relacji z osobami starymi

Postawy	Rodzaje postaw (klasyfikacje wypowiedzi słuchaczy to jest przyporządkowanej do określonych kategorii postaw dokonano przy pomocy metody sędziów kompetentnych)	Ocena dotychczasowych relacji z osobami starymi w Twojej rodzinie			Test	p-wartość
		ani dobre ani złe (N=10)	dobre (N=103)	bardzo dobrze (N=87)		
Ogólna postawa wobec osób 70 plus	Negatywna	0% (N=0)	0% (N=0)	1,1% (N=1)	Fisher	0,6931
	Raczej negatywna	0% (N=0)	7,8% (N=8)	8% (N=7)		
	Obojętna	80% (N=8)	63,1% (N=65)	55,2% (N=48)		

	Pozytywna	20% (N=2)	25,2% (N=26)	26,4% (N=23)		
	Bardzo pozytywna	0% (N=0)	3,9% (N=4)	9,2% (N=8)		
Oceny swojego nastawienia do osób w wieku 70 plus	Negatywne	0% (N=0)	1,9% (N=2)	1,1% (N=1)	Fisher	0,791
	Obojętna	50% (N=5)	26,2% (N=27)	28,7% (N=25)		
	Pozytywne	50% (N=5)	65% (N=67)	62,1% (N=54)		
	Nie zastanawiałem się nad tym	0% (N=0)	6,8% (N=7)	8% (N=7)		
Docenienie swoich dziadków/ pradiadków, innych seniorów w rodzinie	Tak	100% (N=10)	87,8% (N=79)	100% (N=84)	Fisher	0,0016
	Nie	0% (N=0)	12,2% (N=11)	0% (N=0)		

Źródło: opracowanie własne.

Wypowiedzi dotyczące aprecjacji dziadków, pradiadków i innych seniorów w rodzinie zostały wybrane przez wszystkich badanych słuchaczy, co nie miało miejsca w przypadku dwóch pozostałych wskaźników postaw.

Na podstawie przeprowadzonego testu statystycznego wykazano istotne różnice pomiędzy wypowiedziami słuchaczy, którzy oceniają swoje dotychczasowe relacje z osobami w podeszłym wieku w rodzinie jako bardzo dobre, a postawami wobec osób 70 plus. Jak wykazały uzyskane dane, istnieje statystycznie istotna rozbieżność pomiędzy rodzajem postaw a pozytywnym nastawieniem do relacji z osobami starymi. Osoby, które prezentują pozytywne postawy, lepiej oceniały swoje dotychczasowe relacje z osobami starymi (test Fishera $p=0,0016$).

Można oczekiwać, że poprawne relacje z osobami starymi we własnej rodzinie wpływają pozytywnie na rozwijanie wsparcia społecznego, wzmacniają odporność psychiczną oraz kształtują u jednostki poczucie, że jest szanowana i podlega opiece. Tego typu kontakty społeczne kształtują u osób starych poczucie przynależności, odgrywają ważną rolę w radzeniu sobie ze stresem oraz wpływają na poczucie sensu życia.

5.2.2. Czynniki warunkujące występowanie określonych postaw słuchaczy wobec osób starych związane z aktywnością szkoły

Badanie czynników warunkujących określone postawy słuchaczy policealnych szkół medycznych przeprowadzono poprzez zweryfikowanie odpowiedzi na wybrane pytania dotyczące ich postaw wobec osób starych. Słuchacze deklarowali, czy w ich szkole organizowane są imprezy na rzecz podniesienia jakości życia seniorów oraz informowali jak czuli się pracując z osobami w podeszłym wieku w czasie trwania tych wydarzeń.

Analizując istnienie zależności między określonymi postawami słuchaczy szkół medycznych a organizowaniem przez szkołę określonych imprez na rzecz jakości życia seniorów, podobnie jak w poprzednich przypadkach, wykorzystano test Fischera.

W grupie słuchaczy, których szkoły organizowały takie wydarzenia, 10,1% (N=11) ankietowanych odpowiedziało, że nie ceni sobie seniorów w rodzinie. Pozostałe osoby nie udzieliły negatywnej odpowiedzi. Statystycznie istotne różnice wykazano również w przypadku tych osób, w zależności od tego, jaką odpowiedź wybrali na pytanie dotyczące współpracy z osobami w wieku podeszłym w trakcie działań organizowanych przez szkołę. Jedynie w grupie osób udzielających odpowiedzi: „nie mam problemów” byli słuchacze, którzy zadeklarowali, że nie cenią sobie seniorów w rodzinie 14,7% (N=11). W przypadku pozostałych grup (odpowiedzi: „niezbyt dobrze, czuję się dobrze i bardzo dobrze się czuję”) wszyscy słuchacze zadeklarowali, że cenią sobie swoich dziadów/pradziadków, innych seniorów w rodzinie.

Tabela 10. Uwarunkowania określonych postaw oceną własnego zaangażowania w imprezy organizowane przez szkołę

Zmienna	Parametr	Współpraca z osobami w wieku podeszłym w trakcie działań organizowanych przez szkołę				Test	p-wartość
		niezbyt dobrze (N=5)	nie mam problemów w (N=78)	czuję się dobrze (N=49)	bardzo dobrze się czuję (N=26)		
Ogólna postawa wobec osób 70 plus	Negatywna	0% (N=0)	0% (N=0)	0% (N=0)	0% (N=0)	Fisher	0,9355
	Raczej negatywna	0% (N=0)	6,4% (N=5)	10,2% (N=5)	7,7% (N=2)		
	Obojętna	80% (N=4)	57,7% (N=45)	57,1% (N=28)	61,5% (N=16)		

	Pozytywna	20% (N=1)	28,2% (N=22)	30,6% (N=15)	23,1% (N=6)		
	Bardzo pozytywna	0% (N=0)	7,7% (N=6)	2% (N=1)	7,7% (N=2)		
Oceny swojego nastawienia do osób w wieku 70 plus	Negatywne	0% (N=0)	0% (N=0)	2% (N=1)	0% (N=0)	Fisher	0,6297
	Obojętna	40% (N=2)	34,6% (N=27)	20,4% (N=10)	26,9% (N=7)		
	Pozytywne	60% (N=3)	59% (N=46)	69,4% (N=34)	61,5% (N=16)		
	Nie zastanawiałem się nad tym	0% (N=0)	6,4% (N=5)	8,2% (N=4)	11,5% (N=3)		
Docenienie swoich dziadków/ pradziadków, innych seniorów w rodzinie	Tak	100% (N=5)	85,3% (N=64)	100% (N=44)	100% (N=18)	Fisher	0,0138
	Nie	0% (N=0)	14,7% (N=11)	0% (N=0)	0% (N=0)		

Źródło: opracowanie własne.

W celu weryfikacji kolejnej szczegółowej hipotezy, dotyczącej istnienia zależności między postawami słuchaczy wobec osób starych a aktywnością szkoły związaną z ich kształtowaniem się, zastosowano test Fishera, gdzie $p=0,0138$. Analiza pozytywnych wypowiedzi słuchaczy dotyczących cenięcia swoich dziadków stanowi 100%.

Na podstawie przeprowadzonego testu statystycznego (test Fishera; $p<0,05$), wykazano statystycznie istotne różnice pomiędzy liczbą słuchaczy ceniących sobie osoby w wieku podeszłym a wydarzeniami na rzecz poprawy jakości życia seniorów organizowanych przez szkołę.

Podsumowując, jak wykazały badania, słuchacze chętnie uczestniczą w działaniach na rzecz poprawy jakości życia seniorów. Są nastawieni pozytywnie do swoich dziadków, dobrze się czują w ich towarzystwie, są dla nich partnerami do rozmów. Często dążą do spotkań i podkreślają swoją gotowość do pomocy. Można więc oczekiwać, że seniorzy nie czują się dyskryminowani w ich towarzystwie. Wiedzą, że są potrzebni, posiadają mądrość życiową a słuchacze odnoszą się do nich życzliwie. Oznacza to, że postawy badanych słuchaczy szkół medycznych wobec osób starych są zależne od tego, jak ważni są dla nich dziadkowie. Innymi słowy, akceptacja dziadków jest czynnikiem różnicującym ich postawy wobec osób starych. Można przypuszczać, że sytuacja ta wynika z posiadanych pozytywnych doświadczeń w relacjach z osobami starymi w rodzinie. Jednak istnieją takie czynniki, jak na przykład

stosunek rodziców do własnych rodziców oraz wartości etyczne, wychowanie w rodzinie i osobowość dziadków, które mają bezpośredni wpływ na postawy słuchaczy.

5.2.3. Analiza wieloczynnikowa uwarunkowań postaw słuchaczy szkół medycznych wobec osób starych

W celu przeprowadzenia analizy wieloczynnikowej uwarunkowań określonych postaw słuchaczy względem osób w podeszłym wieku stworzono odpowiednie modele. Modele regresji porządkowej i logistycznej opisywały: wpływ postaw słuchaczy szkół medycznych z doświadczeniami z wcześniejszego okresu, postaw rodziców i najbliższego otoczenia oraz aktywności szkoły (w określonych odpowiedziach) na pytania: dotyczyły one oceny ogólnej postawy wobec osób 70 plus.

Postawy słuchaczy policealnych szkół medycznych wobec osób starych

W przypadku modeli wieloczynnikowej regresji porządkowej, stworzonych w celu zobrazowania wpływu wybranych odpowiedzi na ocenę ogólnej postawy wobec osób 70 plus oraz wybranego określenia do oceny nastawienia danej osoby do osób w podeszłym wieku, wszystkie inne badane czynniki zostały usunięte z modelu w wyniku przeprowadzonego procesu eliminacji wstecznej. Proces ten polega na każdorazowym dopasowaniu modelu, obliczeniu korelacji cząstkowej wszystkich zmiennych ze zmienną objaśnianą i usunięciu zmiennej o najniższej jej wartości, jeśli spełnia ona kryteria eliminacji. Proces ten powtarzany jest do momentu, kiedy w modelu nie ma już zmiennych spełniających to kryterium.

Tabela 11. Model regresji porządkowej (wieloczynnikowy) – wpływ określonych czynników na odpowiedzi na pytanie o ogólną postawę wobec osób 70 plus

Zmienna	Współczynnik	2,5%	97,5%	p-wartość
Bliskie relacje z osobami w wieku 70 plus w Twojej rodzinie : Tak	0,616	0,221	1,682	0,348
Włączanie się w udzielanie pomocy : Tak	1,003	0,355	2,824	0,995
Bliskie relacje rodziców ze swoimi rodzicami/dziadkami : Tak	2,122	0,691	6,707	0,193
Udzielana pomoc osobom w wieku 70 plus, członkom rodziny, sąsiadom, innym osobom : Tak	0,709	0,229	2,184	0,548
Ocena własnych dotychczasowych relacji z osobami 70 plus w Twojej rodzinie : bardzo dobre	0,523	0,046	5,906	0,599
Ocena własnych dotychczasowych relacji z osobami 70 plus w Twojej rodzinie : dobre	0,533	0,061	4,634	0,567

Dobrowolne uczestnictwo w działaniach podejmowanych na rzecz osób 70 plus : Tak	0,773	0,283	2,089	0,613
Imprezy organizowane na rzecz pomocy/podniesienia jakości życia seniorom : Tak	0,648	0,2	2,069	0,464
Ocena samopoczucia w trakcie działań organizowanych przez szkołę : czuję się dobrze	0,805	0,16	4,052	0,792
Ocena samopoczucia w trakcie działań organizowanych przez szkołę : nie mam problemów	0,754	0,155	3,64	0,724
Ocena samopoczucia w trakcie działań organizowanych przez szkołę : niezbyt dobrze (nie wiem jak powinienem (powinnam) się zachować)	0,826	0,071	9,324	0,877

Źródło: opracowanie własne.

Etymologicznie postawa¹⁸ oznacza to samo co nastawienie¹⁹. Z tego względu autorka uznaje, że rozbieżności w rozumieniu tego pojęcia są niewielkie, zdecydowała się na to aby traktować je jako synonim w powyższym zestawieniu i dalszej analizie uzyskanych danych.

Na podstawie pojedynczych odpowiedzi w tabeli 11 i przyjętych modeli regresji porządkowej nie wykazano istotnych zależności, odnoszących się do wpływu wyróżnionych czynników, na postawy słuchaczy wobec osób starych.

Tabela 12. Model regresji porządkowej (wieloczynnikowy) – wpływ organizowania imprez na rzecz poprawy jakości życia osobom 70 plus

Zmienna	Współczynnik	2,5%	97,5%	p-wartość
Bliskie relacje z osobami w wieku 70 plus w Twojej rodzinie : Tak	0,469	0,197	1,094	0,082
Bliskie relacje rodziców ze swoimi rodzicami/dziadkami : Tak	5,55	1,652	20,323	0,007
Ocena własnych dotychczasowych relacji z osobami 70 plus w Twojej rodzinie : bardzo dobre	0,087	0,009	0,76	0,03
Ocena własnych dotychczasowych relacji z osobami 70 plus w Twojej rodzinie : dobre	0,227	0,026	1,782	0,164
Dobrowolne uczestnictwo w działaniach podejmowanych na rzecz osób 70 plus : Tak	0,451	0,173	1,148	0,096

¹⁸ Postawa – stosunek człowieka do życia lub do pewnych zjawisk, wyrażający jego poglądy; też: sposób postępowania lub zachowania wobec określonych zjawisk, zdarzeń lub w stosunku do ludzi. Słownik Języka Polskiego, s. 609. Warszawa 1974 PWN.

¹⁹ Nastawienie – stosunek do kogoś lub czegoś. Słownik Języka Polskiego, s. 429. Warszawa 1974 PWN.

Ocena samopoczucia w trakcie działań organizowanych przez szkołę : czuję się dobrze	0,516	0,094	2,55	0,428
Ocena samopoczucia w trakcie działań organizowanych przez szkołę : nie mam problemów	0,166	0,025	0,835	0,041
Ocena samopoczucia w trakcie działań organizowanych przez szkołę : niezbyt dobrze (nie wiem jak powinienem (powinnam) się zachować)	0,261	0,019	3,713	0,307

Źródło: opracowanie własne.

Stworzone modele regresji logistycznej nie wykazały zależności dotyczących postaw słuchaczy wobec osób 70 plus w kontekście cenięcia seniorów w swojej rodzinie.

Występujące w badaniu zależności odpowiedzi dotyczyły oceny dotychczasowej relacji z osobami 70 plus oraz uczestniczenia w działaniach podejmowanych na rzecz seniorów i ich wartości wynikały ze specyfiki danych – wynosiły 0 i 1. W przypadku odpowiedzi dotyczącej cenięcia swoich dziadków/pradziadków i innych seniorów w rodzinie odpowiedzi były pozytywne.

Tabela 13. Model regresji logistycznej dotyczący relacji słuchaczy szkół medycznych z osobami 70 plus

Zmienna	iloraz szans	p-wartość
	314366012,851	0,996
Ocena relacji z osobami 70 plus w Twojej rodzinie : bardzo dobre	1	1
Ocena relacji z osobami 70 plus w Twojej rodzinie : dobre	0	0,997

Źródło: opracowanie własne.

Tabela 14. Model regresji logistycznej dotyczącej uczestnictwa słuchaczy szkół medycznych w działaniach podejmowanych na rzecz osób 70 plus

Zmienna	iloraz szans	p-wartość
	7,091	<0,001
Dobrowolne uczestnictwo w działaniach podejmowanych na rzecz osób 70 plus : Tak	44333668,481	0,992

Źródło: opracowanie własne.

Tabela 15. Model regresji logistycznej dotyczący działań organizowanych przez szkołę we współpracy z osobami 70 plus

Zmienna	iloraz szans	p-wartość
---------	--------------	-----------

	854535372,667	0,996
Ocena samopoczucia w trakcie działań organizowanych przez szkołę : czuję się dobrze	1	1
Ocena samopoczucia w trakcie działań organizowanych przez szkołę : nie mam problemów	0	0,996
Ocena samopoczucia w trakcie działań organizowanych przez szkołę : niezbyt dobrze (nie wiem jak powinienem (powinnam) się zachować)	1	1

Źródło: opracowanie własne.

Tabela 16. Wieloczynnikowy model regresji logistycznej przedstawiający odczucia słuchaczy w obszarze oceny swoich dziadków/pradziadków i innych seniorów w rodzinie

Zmienna	iloraz szans	p-wartość
	362,677	0,994
Ocena samopoczucia w trakcie działań organizowanych przez szkołę : czuję się dobrze	1,101	1
Ocena samopoczucia w trakcie działań organizowanych przez szkołę : nie mam problemów	0,006	0,995
Ocena samopoczucia w trakcie działań organizowanych przez szkołę : niezbyt dobrze (nie wiem jak powinienem (powinnam) się zachować)	1,071	1
Dobrowolne uczestnictwo w działaniach podejmowanych na rzecz osób 70 plus : Tak	147,084	0,993

Źródło: opracowanie własne.

Tabela 17. Wieloczynnikowy model regresji logistycznej informujący o dotychczasowych relacjach słuchaczy z osobami 70 plus

Zmienna	iloraz szans	p-wartość
	854535431,142	0,998
Ocena relacji z osobami 70 plus w Twojej rodzinie : bardzo dobre	0,578	1
Ocena relacji z osobami 70 plus w Twojej rodzinie : dobre	0	0,998
Dobrowolne uczestnictwo w działaniach podejmowanych na rzecz osób 70 plus : Tak	100060917,634	0,995

Źródło: opracowanie własne.

W celu weryfikacji wpływu odpowiedzi na pytania wyselekcjonowane na podstawie analizy jednoczynnikowej na szanse na występowania pozytywnych postaw względem osób starych stworzono modele regresji logistycznej dla zmiennych określających aby dowiedzieć się czy deklarowane postawy młodzieży były pozytywne.

Tabela 18. Model regresji logistycznej objaśniający ocenę ogólną, relacje i imprezy organizowane na rzecz podniesienia jakości życia osób 70 plus

Zmienna	liloraz szans	p-wartość
	0	1
Ocena relacji z osobami 70 plus w Twojej rodzinie : Tak	1	1
Udzielana pomoc osobom w wieku 70 plus, członkom rodziny, sąsiadom, innym osobom : Tak	1	1
Bliskie relacje rodziców ze swoimi rodzicami/dziadkami : Tak	1	1
Udzielana pomoc osobom w wieku 70 plus, członkom rodziny, sąsiadom, innym osobom : Tak	1	1
Ocena relacji z osobami 70 plus w Twojej rodzinie : Bardzo dobre	1	1
Ocena relacji z osobami 70 plus w Twojej rodzinie : Dobre	1	1
Dobrowolne uczestnictwo w działaniach podejmowanych na rzecz osób 70 plus : Tak	1	1
Imprezy organizowane przez szkołę: Tak	1	1
Ocena samopoczucia w trakcie działań organizowanych przez szkołę : Czuję się dobrze	1	1
Ocena samopoczucia w trakcie działań organizowanych przez szkołę : Nie mam problemów	1	1
Ocena samopoczucia w trakcie działań organizowanych przez szkołę : Niezbyt dobrze	1	1

Źródło: opracowanie własne.

W wyniku procesu eliminacji wstecznej, przeprowadzonym na modelu stworzonym dla odpowiedzi „bardzo pozytywna” i „pozytywna” w pytaniu „Jak ocenisz swoją ogólną postawę wobec osób 70 plus”, odrzucone zostały wszystkie zmienne. Podobnie jak w przypadku opisanych wyżej modeli logistycznych wystąpił w tym przypadku idealny podział odpowiedzi, co skutkowało pojawieniem się wartości 0 i 1 w poniższej tabeli. Oznacza to brak zależności między przyjętymi zmiennymi.

Rezultaty modelu logistycznego, stworzonego dla odpowiedzi dotyczącej pozytywnego nastawienia do osób 70 plus przedstawione zostały tabeli nr 18. Wyniki rezultatu modelu logistycznego wykazały, że występuje statystycznie istotna zależność dotycząca relacji z osobami 70 plus w rodzinie. Duże znaczenie odgrywają też imprezy organizowane przez szkoły na rzecz seniorów.

Szanse na wybór określenia dotyczącego oceny nastawienia do osób w wieku 70 plus, które nadal pozostają w bliskich relacjach ze swoimi dziadkami/pradziadkami były istotnie wyższe (ponad pięciokrotnie), niż osób udzielających odpowiedzi przeczącej.

Tabela 19. Model regresji logistycznej objaśniający ocenę nastawienia do osób 70 plus, relacje z tymi osobami oraz działania podejmowane na rzecz osób w tej grupie

Zmienna	l ₀ oraz szans	2.5%	97.5%	p-wartość
	10,091	0,938	127,236	0,06
Ocena relacji z osobami 70 plus w Twojej rodzinie : Tak	0,522	0,214	1,249	0,147
Bliskie relacje rodziców ze swoimi rodzicami/dziadkami : Tak	5,265	1,544	19,649	0,01
Ocena relacji z osobami 70 plus w Twojej rodzinie : Bardzo dobre	0,12	0,011	1,22	0,072
Ocena relacji z osobami 70 plus w Twojej rodzinie : Dobre	0,296	0,032	2,708	0,276
Dobrowolne uczestnictwo w działaniach podejmowanych na rzecz osób 70 plus : Tak	0,464	0,172	1,207	0,118
Ocena samopoczucia w trakcie działań organizowanych przez szkołę : Czuję się dobrze	0,646	0,114	3,315	0,606
Ocena samopoczucia w trakcie działań organizowanych przez szkołę : Nie mam problemów	0,19	0,028	0,973	0,061
Ocena samopoczucia w trakcie działań organizowanych przez szkołę : Niezbyt dobrze	0,251	0,016	3,8	0,309

Źródło: opracowanie własne.

Na podstawie przedstawionego modelu regresji logistycznej wykazano najsilniejszy związek pozytywnych postaw słuchaczy policealnych szkół medycznych z postawami rodziców i najbliższego otoczenia.

Oznacza to, że osoby, które pozostają w pozytywnych relacjach ze swoimi rodzicami, dziadkami, czują się dobrze we współpracy z osobami w wieku podeszłym, mają pozytywne nastawienie do osób w wieku 70 plus.

Analizując odpowiedzi badanych słuchaczy pod względem ich postaw wobec osób starych, zauważyć można, że nie wszystkie postawy deklarowane, jak i postawy rzeczywiste, są postawami pozytywnymi. Podobnie nie wszystkie hipotezy, dotyczące postaw słuchaczy policealnych szkół medycznych, potwierdziły się. W dalszej części tej hipotezy 1.2. zostało potwierdzone założenie, że do czynników warunkujących wystąpienie określonych postaw słuchaczy policealnych szkół medycznych wobec osób starych należą czynniki związane z indywidualnymi uwarunkowaniami (doświadczenia z wcześniejszego okresu w kontaktach z osobami starymi), czynniki związane z postawami rodziców i najbliższego otoczenia (grupa rówieśnicza, rodzina). Przeprowadzone badania potwierdziły postawioną hipotezę. Mimo, że stwierdzono istnienie rozbieżności między deklarowanymi i rzeczywistymi postawami, nie potwierdziła się część hipotezy odnosząca się do istnienia zależności między postawami uczniów studium medycznego wobec osób starych, a czynnikami związanymi

z indywidualnymi uwarunkowaniami (doświadczenia z wcześniejszego okresu w kontaktach z osobami starymi). W wyniku przeprowadzonych badań i analizy statystycznej okazało się że pozytywne postawy słuchaczy policealnego studium medycznego wobec osób starych w największym stopniu (w stosunku do pozostałych wyróżnionych uwarunkowań) są związane z posiadaniem pozytywnych doświadczeń w relacjach z osobami starymi, z wcześniejszego okresu życia i czynnikami związanymi z oddziaływaniem szkoły w zakresie kształtowania postaw (praktyki zawodowe, umożliwieniem pracy w charakterze wolontariatu, organizowaniem specjalnych akcji w domach opieki itp.).

6. Postawy personelu medycznego wobec osób starych

6.1. Postawy deklarowane a rzeczywiste wobec osób starych

Postawy deklarowane

Nawiązując do przyjętego podziału na postawy deklarowane i postawy rzeczywiste, dokonano klasyfikacji odpowiedzi do wywiadu ustrukturyzowanego dla personelu medycznego. Wypowiedzi personelu medycznego generalnie wskazywały na wizerunek osoby w wieku podeszłym jako dobrze radzącej sobie jednostki (52,3%). Jednak prezentowane opinie wykazały także negatywne cechy np. charakteryzujące osoby stare jako powolne i mające trudności w poruszaniu się. Zwracano również uwagę na to, że bardzo dużo zależy od konkretnej osoby i pomocy lub opieki. Na podstawie odpowiedzi badanych można odnieść wyraźnie, że starsi ludzie są bardzo powolni – przede wszystkim pod względem fizycznym – ciężko im się poruszać. Udzielający odpowiedzi uważali, że osoby stare mają też duże kłopoty z czynnościami dnia codziennego. Mniejsza grupa badanych wskazywała, że starsze osoby czują się odrzucone i niezrozumiane, oraz potrzebują kontaktu osobistego, zainteresowania i wysłuchania (52%; N=104).

Większość badanych udzieliła pozytywnej odpowiedzi dotyczącej sprawności intelektualnej sześćdziesięciolatka, pięćdziesięciolatka, czterdziestolatka. Nieliczna część uczestniczących w badaniach uważała, że osoby 70 plus mogą być sprawne intelektualnie co najwyżej jak sześćdziesięciotkowi. Nieliczna grupa przedstawicieli personelu (46,5%; N=93) wyraziła opinię, że wszystko zależy od indywidualnych cech osobowościowych pacjenta.

Zbliżona grupa osób wyróżniła się akceptowaniem pozytywnych aspektów funkcjonowania osób starych, wskazując na ich mądrość i doświadczenie życiowe. Często również pojawiały się odpowiedzi, które podkreślały życzliwość osób starych, ich pozytywne nastawienie i docenianie rodziny. Jako atrybut dojrzałego wieku traktowano ilość wolnego czasu osób starych, sugerując, że mogą poświęcić go na realizację pasji i hobby. Nieliczna część ankietowanych zwróciła uwagę na fakt, że stare osoby nie zawsze są w stanie spełniać aktualne wymagania, przyszło im żyć w innych czasach, przez co przeżyły inne dzieciństwo, inne mają wspomnienia i doświadczenia życiowe. Pozostała część badanych twierdziła, że pozytywną stroną osób starych jest ich wyrozumiałość, cierpliwość i empatia.

Przedstawiciele personelu medycznego zaobserwowali negatywne strony wieku podeszłego. W przedstawionych badaniach zauważono zróżnicowane odpowiedzi. Najczęściej respondenci wskazywali na podenerwowanie osób starych, narzekanie i pretensjonalność. Równie często ankietowani twierdzili, że liczne choroby i ograniczona sprawność są negatywnymi cechami osób w podeszłym wieku (7,5; N=15). Kilka osób z personelu medycznego wyszczególniło brak cierpliwości, przekonanie osób starych o ich nieomyślności i odrzucanie pomocy. Jako atrybuty charakteryzujące osoby w wieku dojrzałym, uczestnicy badań podali również trudności z pamięcią. Osoby te wskazywały także na roszczeniowość starych osób oraz ich niechęć od współpracy. Nieczęsto pojawiała się odpowiedź, mówiąca o nieodnajdywaniu się w rzeczywistości i wycofaniu przez osoby stare z aktywnego uczestnictwa w życiu.

Rozważając odpowiedzi dotyczące wniesienia wartości w życie młodszych osób, większość badanych odpowiedziała „tak” nie wskazując konkretnie na żadną wartość. Nieliczni ankietowani stwierdzili, że stare osoby nie wnoszą żadnej wartości w życie młodzieży. Pojawiały się również odpowiedzi, wskazujące na określone nastawienie np. „stare osoby mogą dzielić się doświadczeniem życiowym, opowiadać o czasach swojej młodość” albo „tak, oderwać młode osoby od Internetu, telefonów i pokazać inne możliwości spędzenia czasu”.

Kadra medyczna uczestnicząca w badaniach udzieliła zróżnicowanych odpowiedzi, dotyczących warunków jakie powinny zostać spełnione, aby osoby w wieku 70 plus wypowiadały się o nich pozytywnie. Najczęściej udzielały odpowiedzi wskazujących na pozytywne postawy wobec starych pacjentów. Bardzo często pojawiały się odpowiedzi postulujące, że osoby stare aby były bardziej empatyczne, wyrozumiałe i życzliwe w kontaktach z personelem. Zaakcentowano problem, aby starsi bardziej doceniali personel i traktowali go jednakowo. Zwrócono uwagę na to, żeby personel poświęcał więcej czasu na rozmowę z pacjentami. Rzadko pojawiała się odpowiedź sugerująca zwiększenie liczby personelu.

Podsumowując wypowiedzi uczestników badań w stosunku do osób starych można stwierdzić, iż ich deklarowane postawy mają charakter pozytywne. W przeprowadzonych badaniach wśród pracowników medycznych stwierdzono pozytywne nastawienie wobec osób starych.

Postawy rzeczywiste

Analizując postawy rzeczywiste zauważyć można pozytywne tendencje lub negatywne wartościowania atrybutów kojarzonych z osobami starymi oraz doceniania ich pozytywnych cech charakteru.

Jednym z atrybutów niematerialnym osób w wieku podeszłym najczęściej wymienianym przez przedstawicieli personelu, było ich ogromne doświadczenie życiowe. Ale jednocześnie wśród, elementów wyróżniających tą grupę osób badani wskazywali przedmioty takie jak: kule, aparaty słuchowe, laska, balkonik, okulary. Część respondentów „łączyła” osoby stare z chorobami, lekami, nieustannym leczeniem i hospitalizacją. Stosunkowo często pojawiały się także odpowiedzi wskazujące na pozytywne cechy charakteru, takie jak: spokój, opanowanie, wyrozumiałość, życzliwość i pogoda ducha (52%; N=104). Rzadziej były widoczne negatywne cechy charakteru takie jak: nerwowość, niecierpliwość i przekonanie o niemyślności.

Analizując pytania dotyczące emocji doświadczonych w kontakcie z osobami w wieku podeszłym, pokazuje, że uczestnicy badań swój stosunek do osób starych określili najczęściej jako empatię (63,5%; N = 127) i chęć pomagania (68%; N = 136). Wymieniano również ciepło i radość charakteryzujące osoby stare. Jednocześnie niewielka część respondentów wspomniała o emocjach takich jak smutek, żal i nerwowość. Zbliżona grupa ankietowanych zaakcentowała, że czuje szacunek do osób starych. Oprócz tego wymieniono neutralne i obojętne emocje charakteryzujące kontakty z sobą w wieku podeszłym. Część respondentów wyraziła pogląd, „że dużo zależy od człowieka” (63%; N=126).

W odpowiedziach na pytanie odnoszące się do przezwycięzania oporu wewnętrznego, dotyczącego współpracy z osobami starymi, najczęściej występowała odpowiedź „tak”. Część ankietowanych wskazywała na takie cechy jak cierpliwość, aktywność psychiczna i fizyczna. Niewielka część respondentów brała pod uwagę działania dotyczące pomocy w codziennych czynnościach. W odpowiedzi dotyczącej zaprzyjaźnienia się z osobą starą nieznaną dotychczas zdecydowana większość osób badanych odpowiedziała tak (78,6%; N=114). Pozostali twierdzili, że na pewno nie (15,2%; N=22), raczej nie lub to zależy. Uczestniczące w badaniach pielęgniarki udzielały odpowiedzi pozytywnych dotyczących zajmowania/opiekowania się osobami w wieku podeszłym oraz współpracy przy wspólnym projekcie (54,5%; N=79). Wśród odpowiedzi dotyczących możliwości wykorzystania doświadczenia, kompetencji społecznych, postaw moralnych osób starych, najczęściej pojawiały się takie odpowiedzi jak: rady, pomoc,

rozmowy i dawanie wzorców (43%; N=86). Nieco mniej osób odpowiedziało, nie wiem, to zależy, a najmniej liczne odpowiedzi wskazywały, że nie widzą żadnych możliwości wykorzystania doświadczenia osób starych.

W analizie wypowiedzi personelu medycznego wobec osób starych widać pozytywne nastawienie, troskę o właściwą komunikację oraz równe traktowanie wszystkich pacjentów.

Ponad połowa badanych pracowników szpitali (63%; N=126) w kwestii dotyczącej ustosunkowania się do pacjentów 70 plus stwierdziła, że „jest to ich praca”. Kolejną najczęściej wskazywaną odpowiedzią było stwierdzenie „to mój obowiązek”, którą wybrało 22,5% (N=45) badanej populacji. Najwięcej osób biorących udział w badaniu wskazało na cierpliwość (48,5%; N=97) i empatię (47,5%; N=95), jako cechy, którymi powinna charakteryzować się osoba opiekująca się ludźmi starymi. W grupie badanych (46%; N=92) określiła swoje doświadczenie w zakresie współpracy zawodowej z pacjentami w wieku podeszłym jako duże. Najwięcej badanych (48%; N=96) zaznaczyło, że „w swojej rodzinie bardzo często spotykali się z osobami starymi”. Większość badanych pracowników szpitali (54%; N=108) zwróciła uwagę na konieczność indywidualnego podejścia określania możliwości intelektualnych ludzi starych. Osoby uczestniczące w badaniach scharakteryzowały swoje dotychczasowe relacje z osobami w podeszłym wieku w rodzinie jako dobre (44%; N=88) lub bardzo dobre (34,5%; N=69). Najwięcej badanych pracowników szpitali (36%; N=72) odpowiedziało, że od czasu do czasu w wieku młodzieńczym uczestniczyło w działaniach na rzecz osób starych. Ponad połowa ankietowanych (60,5%; N=121) dla oceny swojego nastawienia do osób w wieku podeszłym, wskazywała określenie „dobre”. Najczęściej deklarowaną reakcją na rozdrażnienie i zniecierpliwienie pacjenta w podeszłym wieku przebywającego w szpitalu było wysłuchanie go. Odpowiedź tę wybrało 104 (52%) badanych pracowników. Udzielając odpowiedzi, na pytanie dotyczące sprawności fizycznej osób starych w kategoriach udzielania im pomocy, największa liczba badanych (46,5%; N=93) wybrała odpowiedź, że jest zróżnicowana, a wszystko zależy od indywidualnego przypadku. Ponad 51%; (N=102) określiło swoją postawę wobec osób w wieku 70 plus jako pozytywną. Największa grupa osób (36,5%; N=73) wybrała odpowiedź, że gdyby miała wybór chciałaby, aby wśród ludzi, którym pomaga, były też osoby w wieku podeszłym. Pogoda ducha wskazana przez 29,5% (N=59) zbiorowości była najczęściej wskazywaną cechą osób starych, wpływającą na ocenę relacji z tą grupą osób. Na twierdzenie dotyczące poszanowania godności niezależnie od wieku osoby starej najczęściej wybierana odpowiedzią była ta, która mówiła, że personel bardzo troszczy się o poszanowanie godności człowieka (38%; N = 76). W odpowiedzi

na twierdzenie „Nasi przełożeni (ordynatorzy, kadra menadżerska i inni badani) wskazują na właściwe relacje personelu medycznego do pacjentów w wieku podeszłym”, stosunkowo liczna grupa pracowników szpitali (31,5%; N=63) zadeklarowała, że troska o sposób traktowania pacjentów w wieku podeszłym jest na bardzo wysokim poziomie. Większość badanych (62,5%; N=125) uważa, że poziom kultury osobistej pracowników swojego oddziału w relacjach z pacjentami w wieku podeszłym jest odpowiedni. Największa liczba badanych (43%; N=86) w pytaniu dotyczącym kolejności udzielania pomocy dwóm pacjentom w takim samym stopniu jej potrzebującym w przypadku kiedy jedna z tych osób jest w podeszłym wieku, wybrała odpowiedź, że nie różnicuje między osobą starą, a młodą jako ważniejszym pacjentem. Największy udział w badanej zbiorowości (40,5%; N=81) miały osoby, które deklarowały, że pacjenci niesprawni i niesamodzielni są tak samo traktowani jak pozostali. Odpowiedzieli twierdząco, że nastawienie pacjentów w wieku podeszłym zależy od poziomu ich sprawności, a więc samodzielności. Jako odpowiedź na stwierdzenie „Nasze ustosunkowanie się do pacjentów zależy jest od poziomu formułowanych przez nich oczekiwań wobec pomocy i opieki medycznej” największa grupa badanych (44,5%; N=89) określiła, że akceptują swoich pacjentów niezależnie od tego jakie mają wobec nas oczekiwania. Prawie połowa (49%; N=98) osób biorących udział w badaniu zadeklarowała, że zawsze stara się wykazywać życzliwość i chęć udzielenia pomocy wobec pacjentów w wieku podeszłym jako reakcję na twierdzenie, że nastawienie do pacjentów w wieku podeszłym jest bardziej zależne od zachowania tych pacjentów w relacjach z personelem. Reakcją najczęściej wskazywaną przez badanych (47,5%; N=95) w sytuacji bycia świadkiem doświadczania bólu, cierpienia bądź załamania nerwowego osoby starej było zgłoszenie się do lekarza po profesjonalną pomoc, jeśli ból byłby przyczyną doświadczania cierpienia. Najczęściej deklarowanym (51%; N=102) określeniem służącym ocenie nastawienia do osób w wieku 70 plus było określenie „pozytywne”.

Analizując odpowiedzi przedstawicieli personelu medycznego pod względem postaw deklarowanych jak i postaw rzeczywistych, można stwierdzić że nie wszystkie postawy były postawami pozytywnymi. Jednak generalnie uczestniczący w badaniach przedstawiciele personelu medycznego pozytywnie ocenili pacjentów w wieku 70 plus, niezależnie od tego w jakim stopniu byli oni samodzielni i sprawni. Osoby badane traktowały ich z szacunkiem i poszanowaniem godności, starając się o to, by ich wzajemne relacje były jak najlepsze.

W wyniku przeprowadzonych badań częściowo potwierdziła się **hipoteza druga 2.1.** dotycząca zróżnicowania w zakresie deklarowanych (uwzględniających poznawczy komponent

postawy) i rzeczywistych (uwzględniających emocjonalno i behawioralny komponent) postaw personelu medycznego wobec osób starych. Postawy deklarowane były postawami pozytywnymi, natomiast postawy rzeczywiste nieznacznie różniły się w odpowiedziach.

6.2. Uwarunkowania postaw deklarowanych a rzeczywistych personelu medycznego wobec osób starych – pacjentów

6.2.1. Zależność postaw personelu medycznego od wieku i płci

Na podstawie przeprowadzonych testów statystycznych nie wykazano statystycznie istotnych różnic ($p > 0,05$) między postawami personelu medycznego wobec osób starych, a udziałem badanych kobiet i mężczyzn, w kontekście postaw personelu medycznego względem osób 70 plus.

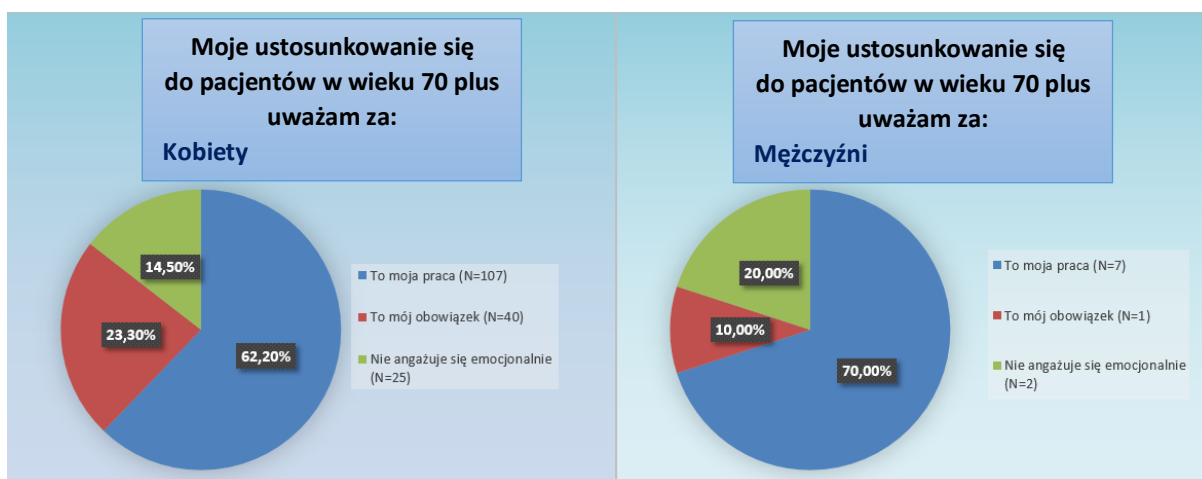
Tabela 20. Zależność określonych postaw wobec osób starych od płci badanego

Zmienna	Rodzaj odpowiedzi	Kobiety (N=174)	Mężczyźni (N=10)	Test	p-wartość
Moje ustosunkowanie się do pacjentów w wieku 70 plus uważam za:	To moja praca	62,2% (N=107)	70% (N=7)	Fisher	0,6424
	To mój obowiązek	23,3% (N=40)	10% (N=1)		
	Nie angażuję się emocjonalnie	14,5% (N=25)	20% (N=2)		
Moją postawę wobec pacjentów w wieku 70 plus oceniam jako:	Obojętną	47,1% (N=82)	50% (N=5)	Fisher	1
	Pozytywną	52,3% (N=91)	50% (N=5)		
	Nie zastanawiałem się nad tym	0,6% (N=1)	0% (N=0)		

Źródło: opracowanie własne.

Jak wskazują zamieszczone dane, postawy personelu medycznego zarówno mężczyzn i kobiet były pozytywne. Tak więc ani płeć, ani wykonywany zawód nie były czynnikami różnicującymi wobec pacjentów 70 plus.

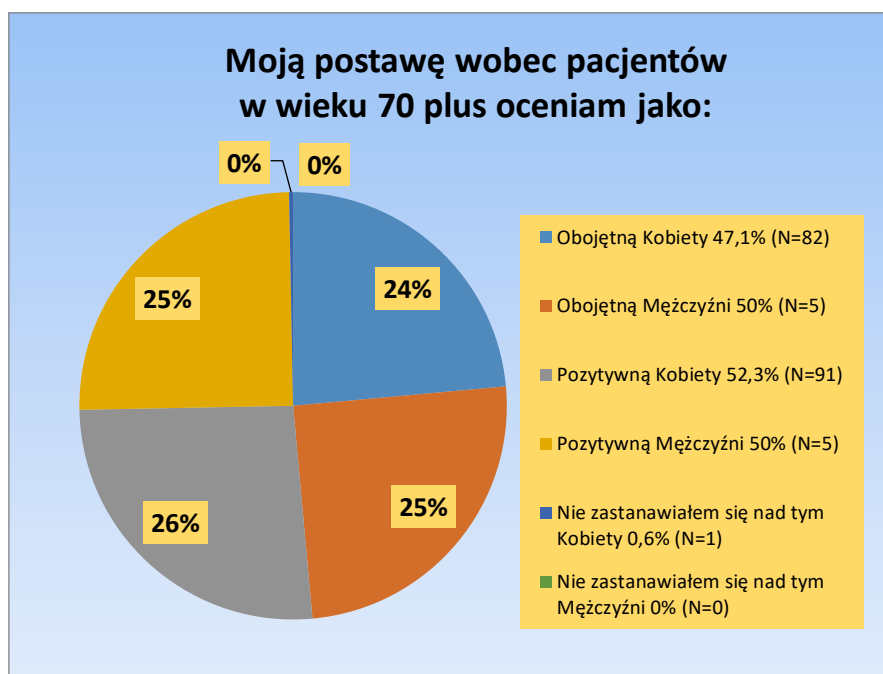
Wykres 5. Zależność określonych postaw wobec osób starych od płci badanego.
Moje ustosunkowanie się do pacjentów w wieku 70 plus



Źródło: opracowanie własne.

Przedstawione na rysunku odpowiedzi pokazują hierarchię preferencji ujawnioną w trakcie wyborów dokonywanych w kwestionariuszu odpowiedzi personelu. Kadra medyczna przypisuje najwyższy poziom do dokładnego wykonywania czynności w pracy co stanowi 70% (N=7), a pozostałe osoby postrzegają pracę jako obowiązek 10% (N=1).

Wykres 6. Ocena swojej postawy wobec osób starych w zależności od płci



Źródło: opracowanie własne.

Jak wynika z przeprowadzonej analizy zarówno kobiety, jak i mężczyźni pozytywnie wypowiedzieli się na temat własnej postawy wobec osób 70 plus.

6.2.2. Opinia o funkcjonowaniu osób starych

Badania statystyczne dotyczące opinii o funkcjonowaniu osób starych (postawa deklarowana), w relacji do rzeczywistych postaw wobec osób starych pokazują, iż istnieją związki pomiędzy odpowiedziami personelu medycznego a atrybutami, z którymi kojarzy się osoba stara. Badani często potwierdzali, że muszą przezwyciężać opór wewnętrzny. Uczestnicy badań dopuszczają również sytuację, w której przez dłuższy czas mogą zajmować/opiekować się osobami w wieku podeszłym, spotykać się codziennie na posiłkach przy wspólnym stole, razem pracować przy wspólnym projekcie (tabela nr 22).

Przy pomocy testu Fishera ($p < 0,05$), wykazano istnienie statystycznie istotnego związku pomiędzy oceną funkcjonowania osób starych (postawa deklarowana) a atrybutami, z którymi kojarzone są osoby starsze (postawa rzeczywista). Wśród osób udzielających odpowiedzi na pierwsze z wymienionych pytań, dotyczących scharakteryzowania osób 70 plus, przeszło połowa spośród nich (51,2%) prezentowała pozytywną postawę rzeczywistą w aspekcie atrybutów, z którymi kojarzą oni osoby stare. W gronie osób, negatywnie oceniających funkcjonowanie osób starych, ich udział procentowy był zdecydowanie niższy i wynosił 33,7%. Jeszcze mniejsza liczba osób tj. 28,6% w tej grupie wskazała na atrybuty świadczące o pozytywnym nastawieniu do osób starszych. Wynikać to może z faktu, że 51,2% badanych pozytywnie charakteryzuje atrybuty dotyczące osób 70 plus. W grupie ankietowanych negatywnie oceniających funkcjonowanie osób starych – 33,7% osób wykazuje negatywne atrybuty, natomiast 18,6% wskazuje na pozytywne aspekty ich życia. Z kolei ci, którzy wymieniali ich neutralne cechy, stanowili największy procent (14%) w grupie osób pozytywnie oceniających funkcjonowanie osób starszych. Odpowiedzi: „emerytura”, „zniżki, ulgi, dopłaty” (oznaczone jako „inne”), zostały wybrane jedynie przez dwie osoby: jedną neutralnie, drugą zaś pozytywnie oceniającą funkcjonowanie osób w podeszłym wieku. Niektóre osoby (69,5%), udzieliły twierdzącej odpowiedzi o konieczności przezwyciężania oporu wewnętrznego w czasie pracy z osobami starszymi. Znaczna część ankietowanych (46,4%) zadeklarowała jednak, że nie musi przezwyciężać oporu wewnętrznego, pracując z seniorami. Różnice w tym względzie były statystycznie istotne między postawą deklarowaną a rzeczywistą wobec osób starych ($p < 0,01$; test chi-kwadrat).

Wśród badanych, oceniających neutralnie funkcjonowanie osób starych, liczniejsza niż w pozostałych grupach było (88%), deklarujących możliwość opieki nad osobami w wieku podeszłym oraz spotkania się przy wspólnych posiłkach czy wspólnym projekcie.

W grupie osób pozytywnie oceniających funkcjonowanie osób starszych 75,6% badanych dopuszcza sytuację, aby przez dłuższy czas zajmować się/opiekować się osobami w wieku podeszłym. Uczestnicy badań rozważając swoją odpowiedź w (72,7%) wystawili negatywną ocenę dotyczącą zajmowania się/opiekowania się osobami w wieku podeszłym. Osoby, które oceniały pozytywnie funkcjonowanie osób starych (13,3% wobec 3% i 4% w pozostałych grupach) podjęłyby się stałej opieki nad nimi. Aż jedna czwarta (24,2%) badanych, deklarujących negatywną postawę w aspekcie funkcjonowania osób starszych, nie wyobraża sobie opieki nad starszą osobą przez dłuższy czas, podczas gdy wśród ankietowanych o pozytywnym nastawieniu do funkcjonowania starszych osób wartość ta wyniosła 11,1%, zaś dla tych, którzy wystawili ocenę neutralną – jedynie 8%. Opisane w niniejszym akapicie różnice procentowe okazały się statystycznie istotne ($p < 0,05$; test Fishera).

Dokonując podsumowania odpowiedzi dotyczących rzeczywistych postaw personelu medycznego i ich relacji z postawami wobec osób starych można stwierdzić, że pracownicy ochrony zdrowia są otwarci na kontakty z osobami starymi i – jak twierdzą – chętnie się nimi opiekują, spotykają przy posiłkach przy wspólnym stole, razem mogą pracować przy wspólnym projekcie.

6.2.3. Opinia o funkcjonowaniu intelektualnym osób starych

W kolejnym podrozdziale przedstawione zostały wyniki dotyczące funkcjonowania osób starych (postawy deklarowane a rzeczywiste postawy wobec osób starych) oraz opinie o sprawności intelektualnej osób starych.

Tabela 21. Opinia o funkcjonowaniu osób starszych (postawy deklarowane) a rzeczywiste postawy wobec osób starszych

Zmienna ²⁰	Parametr	Negatywna (N=102)	Neutralna (N=50)	Pozytywna (N=48)	Test	p-value
Atrybuty osób starych (Rz)	Negatywne	17,8% (N=18)	10,2% (N=5)	14% (N=6)	Fisher	0,0386
	Neutralne	10,9% (N=11)	8,2% (N=4)	14% (N=6)		
	Pozytywne	33,7% (N=34)	28,6% (N=14)	51,2% (N=22)		
	Inne	0% (N=0)	2% (N=1)	2,3% (N=1)		
	Negatywne	18,5% (N=17)	6,1% (N=3)	4,7% (N=2)	Fisher	0,1246

²⁰ Zmienna = kolejne pytanie.

Doświadczenia w kontakcie z osobami starszymi (emocje) (Rz)	Neutralne	15,2% (N=14)	18,4% (N=9)	16,3% (N=7)		
	Pozytywne	66,3% (N=61)	75,5% (N=37)	79,1% (N=34)		
Przewyciężanie oporu wewnętrznego (Rz)	Tak	69,5% (N=41)	33,3% (N=12)	46,4% (N=13)	chi- kwadra t	0,0019
	Nie	30,5% (N=18)	66,7% (N=24)	53,6% (N=15)		
Przyjaźń z nieznaną osobą starą (Rz)	Tak	78,4% (N=80)	81,6% (N=40)	72,3% (N=34)	Fisher	0,4952
	nie wiem	2,9% (N=3)	0% (N=0)	6,4% (N=3)		
	Nie	18,6% (N=19)	18,4% (N=9)	21,3% (N=10)		
Opieka nad osobą starą, praca przy wspólnym projekcie (Rz)	Tak	72,7% (N=72)	88% (N=44)	75,6% (N=34)	Fisher	0,0117
	Nie wiem	3% (N=3)	4% (N=2)	13,3% (N=6)		
	Nie	24,2% (N=24)	8% (N=4)	11,1% (N=5)		

Źródło: opracowanie własne.

W wyniku przeprowadzonej analizy potwierdzony został związek pomiędzy opinią o funkcjonowaniu osób starszych (postawy deklarowane) a rzeczywistymi postawami wobec tej grupy osób. Relacja ta dotyczy to przewyciężania oporu wewnętrznego wobec osób starszych i chęci opiekowania się osobami w wieku podeszłym.

Tabela 22. Opinia o sprawności intelektualnej osób starszych (postawy deklarowane) a rzeczywiste postawy wobec osób starszych

Zmienna	Parametr	Tak (N=150)	To zależy (N=10)	Nie (N=40)	Test	p- value
Atrybuty osób starych (Rz)	Negatywne	13,8% (N=20)	30% (N=3)	15,8% (N=6)	Fisher	0,6845
	Neutralne	11% (N=16)	10% (N=1)	10,5% (N=4)		
	Pozytywne	37,2% (N=54)	10% (N=1)	39,5% (N=15)		
	Inne	1,4% (N=2)	0% (N=0)	0% (N=0)		
Doświadczenia w kontakcie z osobami starszymi (emocje) (Rz)	Negatywne	10,8% (N=15)	0% (N=0)	20% (N=7)	Fisher	0,1186
	Neutralne	19,4% (N=27)	0% (N=0)	8,6% (N=3)		
	Pozytywne	69,8% (N=97)	100% (N=10)	71,4% (N=25)		
Przewyciężanie oporu wewnętrznego (Rz)	Tak	48,9% (N=44)	20% (N=1)	75% (N=21)	Fisher	0,0113
	Nie	51,1% (N=46)	80% (N=4)	25% (N=7)		

Przyjaźń z nieznaną osobą starą (Rz)	Tak	80% (N=120)	100% (N=9)	64,1% (N=25)	Fisher	0,1137
	nie wiem	2,7% (N=4)	0% (N=0)	5,1% (N=2)		
	Nie	17,3% (N=26)	0% (N=0)	30,8% (N=12)		
Opieka nad osobą starą, praca przy wspólnym projekcie (Rz)	Tak	78,5% (N=113)	100% (N=10)	67,5% (N=27)	Fisher	0,2195
	nie wiem	6,2% (N=9)	0% (N=0)	5% (N=2)		
	Nie	15,3% (N=22)	0% (N=0)	27,5% (N=11)		

Źródło: opracowanie własne.

W wyniku przeprowadzonej analizy wypowiedzi, odnoszących się do sprawności intelektualnej osób starszych a rzeczywistymi postawami wobec osób starszych, nie wykazano statystycznie istotnych różnic, między zmiennymi.

Jak wskazuje analiza tab. 22 nie wykazano związku pomiędzy opinią o sprawności intelektualnej osób starych (postawy deklarowane) a rzeczywiste postawy wobec osób starych.

6.2.4. Opinia o wnoszeniu wartości osób starych w życie osób młodszych

Opinia o tym, czy osoby stare mogą wnieść wartość w życie osób młodszych, jako wskaźnik postawy deklarowanej, a rzeczywiste postawy wobec osób starych, dotyczyła atrybutów z jakimi kojarzy się osoba stara. Następne stwierdzenia dotyczyły zaprzyjaźnienia z osobą starą, emocji jakich doświadcza się w kontaktach z osobą w wieku 70 plus oraz opieki i codziennego spotykania się przy wspólnym projekcie ($p < 0,01$; test Fishera).

Prawie cztery osoby na dziesięć (39,3%), z grona uważających, że osoby stare mogą wnieść wartość w życie osób młodszych, prezentowały pozytywną postawę w odpowiedzi na pytanie o atrybuty, z którymi kojarzą one osoby starsze. Wśród osób będących przeciwnego zdania, poziom ten był zdecydowanie niższy i wynosił zaledwie 7,7%. W tym aspekcie uwidocznił się najbardziej istotny związek, dotyczący odpowiedzi na oba rozważane pytania.

Pozytywnych emocji w kontakcie z osobami w podeszłym wieku doświadczało aż trzy czwarte (73,9%) osób uważających, że starsi mogą wnieść wartość w życie młodszych osób. Również większość osób, będących przeciwnego zdania, odczuwało pozytywne emocje kontaktując się z osobami starymi, choć odsetek ten był wyraźnie niższy, niż w pierwszej z omawianych grup (57,1%). Co wydaje się zaskakujące, wszyscy ankietowani, którzy doświadczali negatywnych odczuć w kontaktach z osobami starymi, byli jednocześnie osobami

uważającymi, że osoby zbliżające się do kresu swojego życia, mogą wnieść wartość w życie osób młodszych. Rezultat ten jest konsekwencją tego, że osoby niedoceniające wkładu osób starszych w życie młodszych, jeśli nie doświadczały pozytywnych emocji w kontaktach z osobami starymi zgodnie, odpowiadały, że ich odczucia w kontakcie z tymi osobami są neutralne: odpowiedzi takiej udzieliło 42,9% osób z rozważanej grupy. Neutralnych emocji w kontakcie z osobami starszymi doświadczało ponadto 14,5% ankietowanych, doceniających wkład osób starszych w życie młodszych oraz każda z trzech osób, które nie udzieliły jednoznacznej odpowiedzi na pytanie o możliwość wniesienia wartości w życie osób młodszych przez te w podeszłym wieku.

Możliwość przyjaźni ze starszą osobą zadeklarowało aż 83% ankietowanych, uważających, że starsze osoby mogą wnieść wartość w życie osób młodszych, jedynie 21,4% osób było przeciwnego zdania.

Biorący udział w badaniu udzielili odpowiedzi twierdzącej (82,6%) dotyczącej wniesienia pozytywnych wartości w życie osób młodszych. Natomiast sytuację związaną ze stałą opieką osoby starej zaakceptowało 21,4% osób nieuwważających, że osoby starsze mogą wnieść wartość w życie osób młodszych.

Tabela 23. Opinia o tym, czy osoby starsze mogą wnieść wartość w życie osób młodszych (postawy deklarowane) a rzeczywiste postawy wobec osób starszych

Kolejne pytania o postawy deklarowane	Rodzaj odpowiedzi	Tak (N=173)	Trudno powiedzieć (N=3)	Nie (N=14)	Test	p-value
Atrybuty osób starych (Rz)	Negatywne	13,1% (N=22)	0% (N=0)	15,4% (N=2)	Fisher	0,0024
	Neutralne	7,1% (N=12)	100% (N=3)	38,5% (N=5)		
	Pozytywne	39,3% (N=66)	0% (N=0)	7,7% (N=1)		
	Inne	1,2% (N=2)	0% (N=0)	0% (N=0)		
Doświadczenia w kontakcie z osobami starymi (emocje) (Rz)	Negatywne	11,5% (N=19)	0% (N=0)	0% (N=0)	Fisher	0,005
	Neutralne	14,5% (N=24)	100% (N=3)	42,9% (N=3)		
	Pozytywne	73,9% (N=122)	0% (N=0)	57,1% (N=4)		
Przewycięzanie oporu wewnętrznego (Rz)	Tak	54,2% (N=58)	0% (N=0)	75% (N=6)	Fisher	0,0674
	Nie	45,8% (N=49)	100% (N=3)	25% (N=2)		

Przyjaźń z nieznaną osobą starą (Rz)	Tak	83% (N=142)	0% (N=0)	21,4% (N=3)	Fisher	<0,001
	nie wiem	1,8% (N=3)	0% (N=0)	21,4% (N=3)		
	Nie	15,2% (N=26)	100% (N=3)	57,1% (N=8)		
Opieka nad osobą starą, praca przy wspólnym projekcie (Rz)	Tak	82,6% (N=138)	100% (N=3)	21,4% (N=3)	Fisher	<0,001
	Nie wiem	4,8% (N=8)	0% (N=0)	21,4% (N=3)		
	Nie	12,6% (N=21)	0% (N=0)	57,1% (N=8)		

Źródło: opracowanie własne.

Na podstawie przeprowadzonego testu Fishera wykazano statystycznie istotne różnice dotyczące opinii: czy osoby stare mogą wnieść wartość w życie osób młodszych (postawa deklarowana), a rodzaj rzeczywistych postaw wobec osób starych. Zależność ta powtórzyła się w odniesieniu do emocji towarzyszących, kontaktom z osobami w wieku podeszłym, z możliwością zaprzyjaźnienia się z tymi osobami oraz sytuacją związaną z zajmowaniem się osobami w wieku podeszłym przez dłuższy czas. Uzyskane dane wykazały, że osoby młode deklarują chęć bliższego poznania osób starych, możliwość wspólnej pracy i przebywania z osobami starymi. Zaistniałe rozbieżności mogą wynikać z odmiennych doświadczeń, stylu myślenia, oporu wewnętrznego, które składają się na postawę wobec tejże grupy.

Sformułowana w pracy, kolejna hipoteza (2), dotyczyła występowania postaw personelu medycznego wobec pacjentów 70 plus. Założono, że istnieje zróżnicowanie w zakresie deklarowanych i rzeczywistych postaw personelu medycznego wobec osób starych. W dalszej części tej hipotezy, przyjęto założenie, że do czynników warunkujących występowanie określonych postaw personelu medycznego wobec osób starych należą czynniki związane z indywidualnymi uwarunkowaniami (doświadczeniem z okresu dzieciństwa np. kontakty z osobami starszymi w rodzinie i pracy zawodowej), z postawami innych osób (lekarze, inne pielęgniarki, ordynatorzy, kadra menedżerska) oraz z osobami będącymi obiektami ich postaw (poziom sprawności osób 70 plus, wymagania w okresie opieki, zachowania w relacjach z personelem medycznym). Nie potwierdziła się część hipotezy (2.2.) wskazująca na zależność między postawami personelu a doświadczeniem jego przedstawicieli z okresu dzieciństwa (np. kontakty z osobami starymi w rodzinie i pracy zawodowej) z postawami innych osób (lekarze, inne pielęgniarki, ordynatorzy, kadra menedżerska) oraz z osobami będącymi

obiektami ich postaw (poziom sprawności, wymagania w zakresie opieki, zachowanie w relacjach z personelem medycznym).

7. Ocena jakości usług pomocy i opieki zdrowotnej przez osoby stare i jej uwarunkowania

7.1. Ocena jakości pomocy i opieki zdrowotnej badanych pacjentów na podstawie wywiadu ustrukturyzowanego

Ocena jakości opieki zdrowotnej dotyczy informacji, w jakim stopniu zostały zaspokojone potrzeby pacjenta. Subiektywnymi miernikami oceny jakości opieki zdrowotnej są opinie pacjentów, którzy korzystali ze świadczeń zdrowotnych. W przeprowadzonych badaniach występują wysokie wartości procentowe oceny jakości opieki zdrowotnej hospitalizowanych pacjentów.

Ponad połowa badanych (57,5%; N=115) utożsamia jakość opieki medycznej z życzliwością i niesieniem pomocy przez personel (lekarze/pielęgniarki) oraz odpowiednio przygotowaną kadrą medyczną 32,5% (N=65). Zdecydowana większość pacjentów (97,5%; N=195) zadeklarowała, że została zapoznana z oddziałem w czasie pobytu w szpitalu. W przypadku wszystkich wymienionych w badaniu aspektów większość badanych wyraziła zadowolenie z pobytu w szpitalu. Ze stanu sanitarno-epidemiologicznego w oddziale było zadowolonych (88,5%; N=177). W przypadku pozostałych aspektów zadowolenie wyraziło odpowiednio 165 (82,5%; temperatura i oświetlenie w sali), 126 (63%; cisza w oddziale) i 122 (61%; stan wyposażenia i sanitariaty) pacjentów. Jedno z zawartych pytań dotyczyło wyposażenia szpitala w niezbędny sprzęt i aparaturę medyczną (82,5%; N=165). Pacjenci odpowiedzieli pozytywnie, w sprawie wykonania wszystkich wymaganych badań, które uzyskali w szpitalu. Prawie $\frac{3}{4}$ osób biorących udział w badaniu wysoko oceniło profesjonalizm osób sprawujących opiekę medyczną. Ponad połowa pacjentów (57%; N=114) określiła odnośnie się (relacje) w trakcie świadczenia opieki medycznej ze strony lekarzy jako „charakteryzujące się dużą troską o pacjenta i empatią” i „prezentujące szacunek dla pacjenta, poprawne”. Zdecydowana większość pacjentów (85,5%; N=171) w odpowiedzi na pytanie, dotyczące stosunku lekarzy do pacjentów w wieku podeszłym w procesie leczenia szpitalnego, stwierdziła, że jest to bardzo ważny element. W pytaniu dotyczącym stopnia istotności informowania pacjentów o diagnozie, terapii, planowanych zabiegach i rokowaniach choroby największa liczba ankietowanych (80,5%; N=161) wykazała, że bardzo ważne znaczenie ma sposób poinformowania o diagnozie, planowanej terapii i zabiegach. Największa liczba pacjentów (81,5%; N=163) określiła, że panie pielęgniarki były życzliwie nastawione do pacjentów. Badani pacjenci (77%; N=154) określili, że duże znaczenie mają kontakty z paniami pielęgniarkami w ogólnej ocenie jakości pomocy i opieki zdrowotnej, jako

jeden z ważnych czynników oceny pomocy i opieki medycznej. Ponad połowa badanych (61%; N=122) zadeklarowała, że nic nie przeszkadzało im w oddziale. Wśród czynników, które najbardziej przeszkadzały pacjentom 31,5% (N=63) była duża liczba współpacjentów w sali. Większość pacjentów zadeklarowała, że miała dostęp do opieki duszpasterskiej (93%; N=186), godziny odwiedzin były dla niej odpowiednie (92,5%; N=185), dostępne były dla niej na miejscu usługi pozamedyczne (64%; N=128) oraz poleciłaby znajomej osobie dany szpital (85,5%; N=171).

Z analizy badań dotyczących oceny przez osoby stare jakości usług i pomocy opieki zdrowotnej w szpitalach, wynika, że udzielające odpowiedzi osoby prezentują pozytywne opinie, dotyczące funkcjonowania szpitala i realizowanej jakości usług. Jak wskazują uzyskane dane ocena jakości usług medycznych, z punktu widzenia pacjentów 70 plus, to wypadkowa ich odczuć do świadczonych usług medycznych w badanych szpitalach. Ocena usług jest subiektywną opinią, na którą składają się oczekiwania pacjentów na temat wymagań dotyczących warunków pobytu: istotne znaczenie w czasie pobytu pacjenta w szpitalu odgrywa czystość sal, właściwa temperatura, stan sanitarno-higieniczny oddziału, wyżywienie, wyposażenie w niezbędny sprzęt medyczny, wyposażenie łazienek i toalet, profesjonalizm osób sprawujących opiekę, taktowne wypowiedzi osób opiekujących się, informowanie pacjenta o diagnozie, terapii i planowanych zabiegach oraz stan emocjonalny pacjenta. Można oczekiwać, że duże znaczenie odgrywa kontakt interpersonalny z personelem medycznym oraz pomocniczym. Równie znaczący wydaje się wpływ troski pacjenta, empatii, zaspokojenia potrzeb biologicznych i społecznych. Wypowiedzi pacjentów wykazały, że istotny wpływ ma doświadczenie rodziny pacjenta i jego znajomych.

Jak wynika z przeprowadzonej analizy, wypowiedzi udzielone w trakcie wywiadu ustrukturyzowanego, pacjenci byli najbardziej zadowoleni ze sprawnie działającej placówki pod kątem organizacyjnym oraz z relacji i ustosunkowania się personelu medycznego.

7.2. Postrzeganie jakości pomocy i jakości usług opieki zdrowotnej przez osoby stare (na podstawie kwestionariusza do badania jakości pomocy i opieki zdrowotnej w ocenie pacjentów)

W kolejnym podrozdziale przedstawione zostały wyniki badań dotyczących jakości pomocy i opieki zdrowotnej w ocenie pacjentów, w poszczególnych szpitalach.

Pacjenci w większości pozytywnie oceniali pracę personelu medycznego w zakresie jakości usług pomocy i jakości opieki zdrowotnej. Wynika to z badań, według których zdecydowana większość respondentów darzyła swoich lekarzy i pielęgniarki zaufaniem. Badani doceniali wiedzę i umiejętności personelu medycznego. Czynnikiem równie istotnym było wyposażenie szpitala oraz dostępność do aparatury medycznej.

Największa grupa badanych pacjentów (42%; N=94) określiła poziom swojego zadowolenia z pomocy i opieki w zakładzie opieki zdrowotnej, w którym przebywał, jako bardzo pozytywny. Kolejną najczęściej udzielaną odpowiedzią była: „raczej pozytywnie”, którą wskazało 41,5% (N=83) badanych. Żaden z badanych nie przedstawił swojego poziomu zadowolenia jako negatywny ani raczej negatywny. Zdecydowana większość badanych pozytywnie (raczej pozytywnie oraz bardzo pozytywnie; 87%; N=174) oceniła wyposażenie szpitala w niezbędną do badań aparaturę medyczną. Ponad połowa badanych pacjentów (55%; N=110) zadeklarowała również, że bardzo pozytywnie ocenia możliwość (dostępność i kompleksowość) korzystania z wyposażenia szpitala. Kolejną najczęściej wskazywaną oceną była: „raczej pozytywnie” wskazana przez 33% (N=66) ankietowanych. W przypadku odpowiedzi dotyczących poziomu wyposażenia szpitala w aparaturę medyczną duża liczba ankietowanych (40%; N=80) zadeklarowało, że jest to bez znaczenia, bo w przypadku jej braku są skierowani do innego ośrodka. Kolejną najczęściej wskazywaną odpowiedzią była wypowiedź dotycząca tego, że pacjenci mogą odbyć badania w tym samym szpitalu 26% (N=52). Pozytywną opinię (odpowiedzi „raczej pozytywnie” i „bardzo pozytywnie”) na temat pomocy medycznej i opieki pielęgniarskiej w szpitalu wyraziło 94,5% (N=169) badanych. Zaledwie dwie osoby (1%) zadeklarowały, że oceniają ją raczej źle. Na pytanie dotyczące istotności wiedzy, umiejętności i doświadczenia personelu medycznego najwięcej badanych (67,5%; N=135) wybrało odpowiedź wskazującą na to, że wiedza, umiejętności i doświadczenie mają znaczenie. Najczęściej wskazywaną przez ankietowanych odpowiedzią na pytanie, dotyczące stopnia ważności czasu poświęcanego na badanie bądź wykonywanie zabiegów, była wypowiedź, że czas przeznaczony na badanie zwiększa poczucie troski

o pacjenta 53,5% (N=107). Około 1/3 badanych pacjentów (33,5%; N=77) wybrała odpowiedź, że czas poświęcony na badania odgrywa istotną rolę. Ponad połowa badanych 67% (N=134) stwierdziła, że istotne znaczenie odgrywa nawiązanie kontaktu z pacjentem i okazanie mu zainteresowania. Jedynie 5 osób (2,5%) uznało, że proces ten nie ma znaczenia. Zdecydowana większość pacjentów (94,5%; N=189) oceniła pozytywnie swoje relacje z personelem medycznym w czasie pobytu w szpitalu. Za ledwie dwie osoby (1%) oceniły te relacje jako negatywne. Znaczenie dobrego kontaktu z personelem medycznym podkreśla większość badanych (68%; N=136). Jest to bardzo ważny czynnik mobilizujący pacjenta do walki z chorobą. Trzydziestu dziewięciu pacjentów co stanowi 19,5%; (N=39) stwierdziło, że sprzyja to powrotowi do zdrowia. Za ledwie 20 (10%) ankietowanych uznało ten czynnik za drugorzędny. Ponad 3/4 badanych (75,5%; N=151) za istotny czynnik uznało, że bardzo ważne jest informowanie pacjenta o zamierzonych działaniach i zabiegach wynikających z terapii. Jedną z najważniejszych potrzeb jest potrzeba bezpieczeństwa, która zwiększa poczucie równowagi – (47 pacjentów). W pytaniu dotyczącym oceny poprawy stanu zdrowia po pobycie w szpitalu najczęściej pojawiającą się odpowiedzią była wypowiedź dotycząca poprawy stanu zdrowia. Odpowiedź tę wybrało 46,5% (N=93) pacjentów biorących udział w badaniu. Ponad 3/4 pacjentów (88%; N=176) wyraziło zadowolenie z pobytu w szpitalu: (odpowiedzi „jestem zadowolony” i „jestem bardzo zadowolony”). Zadowolenie w niewielkim stopniu zadeklarowało 11% (N=22) osób biorących udział w badaniu.

Podsumowując ogólną ocenę pomocy i opieki zdrowotnej w badaniach można stwierdzić, że jest bardzo pozytywna, podobnie jak ocena poziomu zadowolenia z pobytu w szpitalu. Również poziom wyposażenia szpitala w niezbędną aparaturę medyczną ma bardzo duże znaczenie w ocenie pacjenta. Duże znaczenie odgrywa też wiedza, umiejętności i doświadczenie personelu medycznego. Można przypuszczać, że ocena poziomu opieki zdrowotnej przez pacjenta jest spowodowana czynnikami takimi jak: wykształcenie, wiek, pochodzenie społeczne, wychowanie, nastawienie współpacjentów, które wpłynęły na większość pozytywnych odpowiedzi. Z przeprowadzonych badań wynika, że na ocenę bezpośrednią jakości usług pomocy i opieki zdrowotnej w danym szpitalu duży wpływ ma porównanie danej placówki z innymi, w których dany pacjent przebywał. Być może, w sytuacji, kiedy osoba hospitalizowana miała wcześniej kontakt z usługami medycznymi o wysokim poziomie leczenia, jest bardziej wymagającym odbiorcą usług. Natomiast, jak wskazuje analiza wypowiedzi, takie doświadczenia powodują wyższą ocenę zaoferowanych usług.

7.3. Czynniki warunkujące pozytywną ocenę jakości usług i pomocy osób starych przez pacjentów

Analiza literatury przedmiotu i doświadczeń autorki skłoniły ją do wyodrębnienia trzech elementów oceny usług pomocy i opieki zdrowotnej: ocena profesjonalizmu personelu medycznego, ocena poziomu wyposażenia zakładu opieki zdrowotnej, ocena relacji interpersonalnej z personelem medycznym.

Profesjonalizm personelu

Analizując jakość usług należy pamiętać, że za wszystkimi świadczeniami usług medycznych stoi pacjent z jego potrzebami, a z drugiej strony personel medyczny. Personel medyczny jest ważnym czynnikiem w tworzeniu trwałej relacji pomiędzy zakładem opieki medycznej jako instytucją a hospitalizowanymi podopiecznymi. Formowanie prawidłowego porozumienia z pacjentami wpływa na całość funkcjonowania usług medycznych, co w ostateczności przekłada się na satysfakcję pacjenta. Uzyskane dane wykazały, że usługi medyczne uzależnione są od profesjonalizmu personelu medycznego, poziomu wyposażenia zakładu opieki zdrowotnej i oceny relacji interpersonalnych z personelem²¹.

Analizując zawartość tabeli 24, można zaobserwować, że wśród osób pozytywnie oceniających poziom pomocy i opieki zdrowotnej najczęściej badanych wskazało na fachowość pomocy medycznej i opieki pielęgniarskiej. Podobną zależność zaobserwowano również w przypadku osób deklarujących znaczną poprawę stanu zdrowia po pobycie w szpitalu, a zadowoleniem z pobytu w nim.

²¹ Relacje oceny jakości usług i pomocy do oceny pobytu i oceny zadowolenia traktujemy łącznie. Ponieważ jest to częścią integralną jakości usług.

Tabela 24. Ocena jakości pomocy i opieki zdrowotnej przez osoby starsze w zależności od oceny profesjonalizmu personelu

Zmienna	Parametr	Ocena pomoc medycznej i opieki pielęgniarzkiej w szpitalu, w którym Pan/ Pani przebywa				Test	p-wartość
		Raczej negatywnie (N=2)	Ani negatywnie ani pozytywnie (N=13)	Raczej pozytywnie (N=78)	Bardzo pozytywnie (N=91)		
Ocena Pana/ Pani poziomu pomocy i opieki w zakładzie opieki zdrowotnej (szpitalu), w którym Pan/ Pani przebywa	Raczej negatywnie	0% (N=0)	0% (N=0)	0% (N=0)	0% (N=0)	Fisher	<0,001
	Ani negatywnie, ani pozytywnie	0% (N=0)	100% (N=13)	10,3% (N=8)	0% (N=0)		
	Raczej pozytywnie	100% (N=2)	0% (N=0)	65,4% (N=51)	25,3% (N=23)		
	Bardzo pozytywnie	0% (N=0)	0% (N=0)	24,4% (N=19)	74,7% (N=68)		
Ocena poziomu poprawy własnego zdrowia w wyniku pobytu w zakładzie opieki zdrowotnej (szpitalu)	Negatywnie	0% (N=0)	30,8% (N=4)	0% (N=0)	0% (N=0)	Pearson's Chi-squared	<0,001
	Nieznacznym	0% (N=0)	0% (N=0)	11,8% (N=9)	9,9% (N=9)		
	Pewna poprawa stanu zdrowia wystąpiła	100% (N=2)	69,2% (N=9)	25% (N=19)	49,5% (N=45)		
	Pozytywnie, czuję się lepiej	0% (N=0)	0% (N=0)	61,8% (N=47)	6,6% (N=6)		
	Bardzo dobrze	0% (N=0)	0% (N=0)	1,3% (N=1)	34,1% (N=31)		
Ocena Pana/ Pani swojego poziomu zadowolenia z pobytu w szpitalu	W niewielkim stopniu jestem zadowolony(a)	0% (N=0)	100% (N=13)	9,2% (N=7)	0% (N=0)		
	Jestem zadowolony	100% (N=2)	0% (N=0)	90,8% (N=69)	76,9% (N=70)		
	Jestem bardzo zadowolony	0% (N=0)	0% (N=0)	0% (N=0)	23,1% (N=21)		

Źródło: opracowanie własne.

Z uzyskanych danych dotyczących przyczyn pozytywnej oceny jakości pomocy i opieki zdrowotnej w zakładzie wynika, że u pacjentów jest to sytuacja, w której nastąpiła poprawa stanu zdrowia. Można oczekiwać, że stan ten uzależniony jest, od nastawienia do życia, chęci życia, właściwego leczenia i dobrego kontaktu z rodziną. Biorąc pod uwagę ocenę poziomu zadowolenia w szpitalu, aż 90,8% pacjentów zadeklarowało swoje zadowolenie. Można przypuszczać, iż hospitalizowani w tych zakładach byli profesjonalnie traktowani, personel był bardzo dobrze przygotowany do pracy, a procedury były rzetelnie przestrzegane zgodnie z obowiązującą wiedzą medyczną. Przypuszczalnie, sytuacja ta jest wynikiem prawidłowego świadczenia jakości usług medycznych w zakresie dostępności, poświęcania czasu pacjentom w godzinach popołudniowych i nocnych. Personel medyczny, w czasie wykonywania zabiegów traktuje pacjentów z godnością. Bardzo istotną kwestią jest otrzymanie wypisu ze szpitala, odbiór karty informacyjnej oraz recept, możliwość ciągłości leczenia i rehabilitacji oraz zleconej diety i sposobu życia pacjenta po opuszczeniu szpitala. Równie ważne jest przestrzeganie praw pacjenta przez personel oraz respektowanie jego potrzeb jako człowieka chorego w zależności od jednostki chorobowej. Można także oczekiwać, że satysfakcja pacjenta z otrzymanej usługi medycznej jest uzależniona w dużej mierze od uzyskanego wyniku, jakim jest polepszenie stanu zdrowia.

Warunki i poziom wyposażenia szpitala

Kolejnym rozpatrywanym elementem oceny jakości i opieki zdrowotnej są warunki pobytu pacjentów i wyposażenie szpitala. Badania wykazały, że zadowolenie pacjenta i profesjonalna jakość usługi jest związana z dostępnością do świadczeń, wizytą lekarską podczas pobytu w szpitalu, dobrze postawioną diagnozą oraz w efekcie poprawą stanu zdrowia. Satysfakcja chorego z poprawy stanu zdrowia wpływa na jego lepsze poczucie psychiczne, które przekłada się na chęć dalszego leczenia w danym szpitalu, w którym warunki pobytu i poziom wyposażenia są zadowalające. Jak wskazują dane w tabeli nr 24, wszyscy pacjenci (100%) bardzo pozytywnie ocenili poziom pomocy i opieki medycznej w szpitalu. Jednocześnie duży wpływ na ocenę ma wyposażenie szpitala w niezbędną do badań aparaturę medyczną. Stosunkowo liczna grupa osób deklарowała, że po pobycie w szpitalu czuje się bardzo dobrze i może wrócić do prawidłowego funkcjonowania. Taką samą prawidłowość odnotowano także w przypadku osób, oceniających bardzo pozytywnie możliwość (dostępność i kompleksowość) korzystania z wyposażenia szpitala, przez pacjentów tego zakładu opieki zdrowotnej.

Tabela 25. Ocena jakości pomocy i opieki zdrowotnej przez osoby starsze w zależności od warunków i poziomu wyposażenia szpitala

Zmienna	Rodzaj odpowiedzi	Ocena wyposażenia szpitala w niezbędną do badań aparaturę medyczną				Test	p-wartość
		Raczej negatywne (N=3)	Ani negatywnie, ani pozytywnie (N=26)	Raczej pozytywnie (N=81)	Bardzo pozytywnie (N=90)		
Ocena Pana/ Pani poziomu pomocy i opieki w zakładzie opieki zdrowotnej (szpitalu), w którym Pan/ Pani przebywa	Raczej negatywnie	0% (N=0)	0% (N=0)	0% (N=0)	2,2% (N=2)	Fisher	<0,001
	Ani negatywnie, ani pozytywnie	0% (N=0)	50% (N=13)	9,9% (N=8)	0% (N=0)		
	Raczej pozytywnie	0% (N=0)	34,6% (N=9)	72,8% (N=59)	16,7% (N=15)		
	Bardzo pozytywnie	100% (N=3)	15,4% (N=4)	17,3% (N=14)	81,1% (N=73)		
Ocena Pana/ Pani poziomu poprawy własnego zdrowia w wyniku pobytu w zakładzie opieki zdrowotnej (szpitalu)	Negatywnie	0% (N=0)	16,7% (N=4)	0% (N=0)	0% (N=0)	Pearson	0,0001
	Nieznacznym	0% (N=0)	12,5% (N=3)	18,5% (N=15)	0% (N=0)		
	Pewna poprawa stanu zdrowia wystąpiła	0% (N=0)	70,8% (N=17)	38,3% (N=31)	47,8% (N=43)		
	Pozytywnie, czuję się lepiej	100% (N=3)	0% (N=0)	38,3% (N=31)	21,1% (N=19)		
	Bardzo dobrze, mogę powrócić do swego normalnego życia	0% (N=0)	0% (N=0)	4,9% (N=4)	31,1% (N=28)		
Ocena Pana/ Pani poziomu zadowolenia z pobytu w szpitalu	W niewielkim stopniu jestem zadowolony(a)	0% (N=0)	66,7% (N=16)	4,9% (N=4)	2,2% (N=2)	Fisher	<0,001
	Jestem zadowolony(a)	100% (N=3)	33,3% (N=8)	95,1% (N=77)	74,4% (N=67)		
	Jestem bardzo zadowolony	0% (N=0)	0% (N=0)	0% (N=0)	23,3% (N=21)		

Źródło: opracowanie własne.

Oceniając strukturę zakładów opieki zdrowotnej i stopień referencyjności szpitala, 72,8% osób starszych wystawiło pozytywną ocenę. Można przypuszczać, że sytuacja ta jest podyktowana ogólną dobrą opinią szpitala oraz oddziału, w którym przebywali pacjenci. Ważny wpływ na jakość opieki zdrowotnej ma efektywne funkcjonowanie ZOZ-u. Analizując uzyskane odpowiedzi, można stwierdzić, że respondenci za najważniejsze uznali dostępność i kompleksowość w ocenianej placówce. Można przypuszczać, że wysoka ocena poziomu jakości usług jest spowodowana bardzo dobrym wykształceniem personelu, profesjonalizmem, szybkim działaniem, dostępnością do leczenia, właściwie postawioną diagnozą i rozpoznaniem choroby. Ponadto 70,8% respondentów stwierdziło, że w trakcie pobytu w szpitalu nastąpiła poprawa ich zdrowia. Miało to miejsce we wszystkich szpitalach (100%).

Podobnie na opinię pacjentów wpływa spełnienie oczekiwań pacjentów, czyli wykonywanie zabiegów, satysfakcja z wykonywanych zabiegów, skuteczność, sposób udzielania świadczeń zdrowotnych, właściwy podział obowiązków pomiędzy poszczególne szczeble lecznictwa i pokonywanie oporów.

Tabela 26. Ocena jakości pomocy i opieki zdrowotnej przez osoby starsze w zależności od warunków i poziomu wyposażenia szpitala

Zmienna	Parametr	Ocena dostępności i kompleksowości korzystania z wyposażenia szpitala przez pacjentów tego zakładu opieki zdrowotnej (szpitala)			Test	p-wartość
		Ani negatywnie, ani pozytywnie (N=26)	Raczej pozytywnie (N=65)	Bardzo pozytywnie (N=109)		
Ocena Pana/ Pani poziomu pomocy i opieki w zakładzie opieki zdrowotnej (szpitalu), w którym Pan/ Pani przebywa	Raczej negatywnie	0% (N=0)	1,5% (N=1)	0,9% (N=1)	Fisher	<0,001
	Ani negatywnie, ani pozytywnie	50% (N=13)	12,3% (N=8)	0% (N=0)		
	Raczej pozytywnie	38,5% (N=10)	73,8% (N=48)	22,9% (N=25)		
	Bardzo pozytywnie	11,5% (N=3)	12,3% (N=8)	76,1% (N=83)		
Ocena Pana/ Pani poziomu poprawy własnego zdrowia w wyniku pobytu w zakładzie opieki zdrowotnej (szpitalu)	Negatywnie,	16,7% (N=4)	0% (N=0)	0% (N=0)	Fisher	<0,001
	Nieznacznym	16,7% (N=4)	21,5% (N=14)	0% (N=0)		
	Pewna poprawa stanu zdrowia wystąpiła	54,2% (N=13)	55,4% (N=36)	38,5% (N=42)		

	Pozytywnie, czuję się lepiej	12,5% (N=3)	21,5% (N=14)	33% (N=36)		
	Bardzo dobrze, mogę powrócić do swego normalnego życia	0% (N=0)	1,5% (N=1)	28,4% (N=31)		
Ocena Pana/ Pani swojego poziomu zadowolenia z pobytu w szpitalu	W niewielkim stopniu jestem zadowolony(a)	70,8% (N=17)	6,2% (N=4)	0,9% (N=1)	Fisher	<0,001
	Jestem zadowolony(a)	29,2% (N=7)	93,8% (N=61)	79,8% (N=87)		
	Jestem bardzo zadowolony	0% (N=0)	0% (N=0)	19,3% (N=21)		

Źródło: opracowanie własne.

Tak więc, analizując ocenę jakości usług dokonaną przez pacjentów, zaobserwowano, że duży wpływ na nią możliwość korzystania z urządzeń AGD w oddziale oraz jakości i ilości podawanych posiłków. Istotną rolę odgrywa przystosowanie łazienek do mycia i kąpieli do potrzeb osób niepełnosprawnych, warunki do odpoczynku, wyposażenie sal, zapewnienie niezbędnych przyborów, uprzejmość i taktowność personelu medycznego wobec pacjentów. Duże znaczenie odgrywa sposób przyjęcia pacjenta do szpitala. Osoby zajmujące się pacjentem są komunikatywne, serdeczne i kulturalne. Przedstawiciele personelu medycznego rzetelnie wywiązują się z wykonywanych usług medycznych oraz udzielają informacji na temat stanu zdrowia i sposobu leczenia w sposób wystarczający. Warunki architektoniczne szpitali, takie jak infrastruktura szpitala, odpowiednio dostosowana do osób starych, toalety, windy, łazienki, laboratorium i rehabilitacja odgrywają znaczącą rolę. Można przypuszczać, że równie istotny wpływ na ocenę ma organizacja pracy oddziału, przygotowanie i przeszkolenie personelu w taki sposób, aby zapewnić ciągłość opieki nad pacjentami od momentu przyjęcia do wypisu.

Kolejnym istotnym czynnikiem w tej kwestii jest poziom zadowolenia pacjenta, który wynika bezpośrednio z relacji z personelem oraz możliwości korzystania z wyposażenia oddziału. Można oczekiwać, iż stan ten jest efektem fachowej wiedzy personelu medycznego, przygotowania, ciągłego doskonalenia i podnoszenia kwalifikacji. Istotną rolę odgrywa postępowanie etyczne, solidność personelu medycznego, posiadane doświadczenie oraz autorytet. Najistotniejszą rzeczą jest trafny wybór szpitala, zaufanie i relacje interpersonalne z personelem medycznym. Ponadto, badani uznali, że liczba personelu zatrudnionego w szpitalu jest odpowiednia i może zapewnić dobrą opiekę nad pacjentem. Szpital, który

posiada nowoczesne wyposażenie (aparaturę medyczną, kompleksowe wyposażenie sal chorych) jest atrakcyjny dla pacjentów. Personel pomocniczy szpitala dba o czystość sal chorych oraz zachowanie właściwego stanu sanitarno-epidemiologicznego pomieszczeń i sanitariatów. Podawane posiłki są odpowiednie (wielkość, temperatura, walory smakowe). Śniadania, obiady i kolacje podawane są zgodnie z przyjętymi normami pod względem ilościowym i jakościowym. Poziom zadowolenia z pobytu w szpitalu 93,8% oceniło pozytywnie. Ocena ta może wynikać z uprzejmości okazywanej pacjentom, przekazywania informacji w języku zrozumiałym dla pacjenta, dostępności, zdolności do wzbudzania zaufania przez pracowników, terminowości i sprawności leczenia. Znaczący wpływ na pozytywną ocenę pracy szpitala mają również: dostępność do informacji o stanie zdrowia i proponowanym leczeniu, rekomendacje, materiały informacyjne (np. broszury), jakość techniczna szpitala, komunikowanie się z otoczeniem, informacje na tablicy ogłoszeń, konsultacje telefoniczne, rekomendacje byłych pacjentów i obserwacje dokonywane przez ich rodziny i opiekunów. Z analizy badań wynika, że pacjenci najczęściej odnosili się do relacji pomiędzy osobą hospitalizowaną, a kadrami medycznymi. W ich ocenie – uprzejmość i życzliwość personelu lekarskiego i chęć służenia pacjentom – to czynniki, które w zdecydowanym stopniu miały wpływ na pozytywną ocenę. Przypuszczalnie jest to spowodowane profesjonalizmem personelu, wykształceniem, życzliwością, zaangażowaniem, pełnym szacunkiem do ludzi starych, sposobem traktowania ludzi starych. Analiza wyników badań wykazała również, że pacjenci pozytywnie oceniają empatię personelu, a w szczególności pań pielęgniarek, które utożsamiają się ze starymi osobami. Jest to przypuszczalnie powiązane z ich uprzejmością, starannością wykonywania zabiegów, fachowością i rzetelnością wykonywanych tychże zabiegów oraz chęcią udzielenia pomocy pacjentom, szybkością reagowania na uwagi, zapoznaniem z topografią oddziału, poinformowaniem o harmonogramie dnia, informowaniem o prawach pacjenta. Kolejnym bardzo istotnym elementem są relacje personelu medycznego z pacjentami, które mają pozytywny wpływ na proces porozumiewania się oraz bezpieczny pobyt pacjenta w oddziale.

Relacje z personelem

Przyjęcie jasnej i jednoznacznej strategii szpitala, która ma przełożenie na relacje personelu medycznego z pacjentami wpływa na poziom usług i efektywność działania poprawiając ten proces. Skuteczność leczenia jest uzależniona przede wszystkim od prawidłowej komunikacji między personelem medycznym a pacjentem. W przedstawionych badaniach przypadki pozytywnej i bardzo pozytywnej oceny pomocy występowały u osób,

oceniających pozytywnie i bardzo pozytywnie relację z personelem medycznym, w czasie pobytu w szpitalu. Również, biorąc pod uwagę, deklarację pozytywnej zmiany stanu zdrowia w wyniku pobytu w szpitalu (ocena pozytywna i bardzo dobra), można zauważyć, że formułowane one były jedynie przez pacjentów pozytywnie oceniających relacje z personelem. Relację tę zaobserwowano również w odniesieniu do osób zadowolonych i bardzo zadowolonych z pobytu w szpitalu. Zadowolenie pacjentów z pobytu w szpitalu jest jednoznaczne z oceną jakości usług.

Tabela 27. Ocena jakości pomocy i opieki zdrowotnej przez osoby starsze w zależności od relacji z personelem

Zmienna	Parametr	Ocena relacji personelu medycznego w trakcie pobytu w zakładzie opieki zdrowotnej			Test	p-wartość
		Ani negatywnie, ani pozytywnie (N=5)	Raczej pozytywnie (N=74)	Bardzo pozytywnie (N=114)		
Ocena Pana/ Pani poziomu pomocy i opieki w zakładzie opieki zdrowotnej (szpitalu), w którym Pan/ Pani przebywa	Raczej negatywnie	20% (N=1)	0% (N=0)	0,9% (N=1)	Fisher	<0,001
	Ani negatywnie, ani pozytywnie	80% (N=4)	12,2% (N=9)	7% (N=8)		
	Raczej pozytywnie	0% (N=0)	62,2% (N=46)	26,3% (N=30)		
	Bardzo pozytywnie	0% (N=0)	25,7% (N=19)	65,8% (N=75)		
Ocena Pana/ Pani poziomu poprawy własnego zdrowia w wyniku pobytu w zakładzie opieki zdrowotnej (szpitalu)	Negatywnie, liczyłem/łam, że pobyt w szpitalu w większym stopniu przyniesie poprawę mego zdrowia	80% (N=4)	0% (N=0)	0% (N=0)	Fisher	<0,001
	Nieznaczny	0% (N=0)	24,3% (N=18)	0% (N=0)		
	Pewna poprawa stanu zdrowia wystąpiła	20% (N=1)	35,1% (N=26)	50,9% (N=57)		
	Pozytywnie, czuję się lepiej	0% (N=0)	35,1% (N=26)	24,1% (N=27)		

	Bardzo dobrze, mogę powrócić do swego normalnego życia	0% (N=0)	5,4% (N=4)	25% (N=28)		
Ocena Pana/ Pani swojego poziomu zadowolenia z pobytu w szpitalu	W niewielkim stopniu jestem zadowolony(a)	100% (N=5)	21,6% (N=16)	0,9% (N=1)	Fisher	<0,001
	Jestem zadowolony(a)	0% (N=0)	78,4% (N=58)	80,4% (N=90)		
	Jestem bardzo zadowolony	0% (N=0)	0% (N=0)	18,8% (N=21)		

Źródło: opracowanie własne.

Przypuszczalnie pozytywna ocena jest spowodowana relacjami personelu medycznego w trakcie pobytu w zakładzie opieki zdrowotnej. Przekłada to się na profesjonalizm personelu, wykształcenie, życzliwość, zaangażowanie, sposób traktowania ludzi starych, zrozumienie i umiejętność komunikacji werbalnej i niewerbalnej, dostępność lekarza w razie potrzeby, komfort psychiczny i intymność podczas badań. Znalazło to wyraz w wypowiedziach pacjentów, dotyczących oceny relacji personelu medycznego, w czasie pobytu w zakładzie opieki zdrowotnej. Stan ten jest spowodowany uzyskaniem wsparcia od personelu oraz możliwością telefonicznego kontaktu z rodziną.

Podsumowując, sprawowanie opieki w badanych zakładach opieki zdrowotnej jest dostosowane do potrzeb pacjentów i zaspakaja ich oczekiwania. Analiza wyników wskazuje, że 78,4% osób hospitalizowanych w szpitalu jest zadowolonych. Podjęte działania sprzyjają poprawie zdrowia i przebiegowi wykonywanych badań, sposobami leczenia i przeprowadzania zabiegów. Można przypuszczać, że na pozytywną ocenę poziomu zadowolenia pacjenta z pobytu w szpitalu ma wpływ: np. dostępność do badań specjalistycznych, informowanie przez personel o celowości badań i interpretacji wyników, możliwość odpowiedniego leczenia, w zależności od badań diagnostycznych. Równie istotny wpływ ma dostępność personelu w razie potrzeby, komfort psychiczny i intymność podczas badań. Bardzo duże znaczenie ma poczucie bezpieczeństwa, zaufanie do personelu, respektowanie praw pacjenta. Być może na tą sytuację wpływ ma empatia personelu, życzliwość, wiek, płeć i wykształcenie, estetyka, terminowość i czas realizacji usługi. Dostępność, profesjonalizm, w wykonywaniu usług medycznych; doświadczona kadra medyczna, nowoczesność metod diagnostycznych, czas

realizacji świadczeń. Usługi wykonywane w sposób dobry i solidny, a także przyzwoita opieka lekarska i pielęgniarska, połączona z wysokim poziomem leczenia jak i warunki hotelowo-żywniowe. Personel medyczny jest głównym ogniwem, tworzącym jakość w placówkach, i od niego zależy, jak zostanie oceniona i doceniona jego praca.

7.3.1. Cechy charakteryzujące opiekunów osób starszych

Za najważniejsze determinanty oceny jakości i opieki uznano empatię, cierpliwość, pogodę ducha²². Pozostałe cechy na które wskazywały osoby badane zostały ujęte w Aneksie w formie tabel.

Empatia wykazana przez personel jako pożądana cecha u opiekuna osoby starej nie miała decydującego wpływu na ocenę jakości pomocy i opieki zdrowotnej. Nie wykazano zależności pomiędzy wskazaniami na empatię a oceną pobytu przez pacjentów.

Tabela 28. Ocena jakości pomocy i opieki zdrowotnej przez osoby stare w zależności od relacji z personelem a empatia

Zmienna	Parametr	tak (N=95)	nie (N=105)	Test	P-wartość
Ocena poziomu opieki	N	95	105	U Mann-Whitneya	0,434
	Średnia (SD)	4,31 (0,72)	4,38 (0,7)		
	Mediana (IQR)	4 (4 - 5)	4 (4 - 5)		
	Zakres	2 - 5	2 - 5		
Ocena wyposażenia	N	95	105	U Mann-Whitneya	0,968
	Średnia (SD)	4,29 (0,74)	4,29 (0,76)		
	Mediana (IQR)	4 (4 - 5)	4 (4 - 5)		
	Zakres	2 - 5	2 - 5		
Ocena możliwości korzystania z wyposażenia szpitala	N	95	105	U Mann-Whitneya	0,801
	Średnia (SD)	4,41 (0,69)	4,42 (0,73)		
	Mediana (IQR)	5 (4 - 5)	5 (4 - 5)		
	Zakres	3 - 5	3 - 5		
Ocena opieki medycznej	N	89	95	U Mann-Whitneya	0,666
	Średnia (SD)	4,43 (0,66)	4,38 (0,69)		
	Mediana (IQR)	5 (4 - 5)	4 (4 - 5)		
	Zakres	2 - 5	2 - 5		
Relacje z personelem	N	92	101	U Mann-Whitneya	0,569
	Średnia (SD)	4,53 (0,58)	4,59 (0,51)		
	Mediana (IQR)	5 (4 - 5)	5 (4 - 5)		
	Zakres	3 - 5	3 - 5		

²² Cechy te zostały wyodrębnione na podstawie analizy wypowiedzi pacjentów, w Kwestionariuszu do badania postaw słuchaczy policealnych szkół medycznych wobec osób w wieku podeszłym (Aneks 2).

Ogólna ocena pobytu	N	94	104	U Mann-Whitneya	0,657
	Średnia (SD)	4,01 (0,52)	3,98 (0,42)		
	Mediana (IQR)	4 (4 - 4)	4 (4 - 4)		
	Zakres	3 - 5	3 - 5		

Źródło: opracowanie własne.

Analiza poziomu empatii wśród personelu przez uczestniczących w badaniach pacjentów, nie wykazuje statystycznie istotnej rozbieżności między pozytywnymi bądź negatywnymi postawami personelu medycznego a oceną poziomu jakości usług i pomocy przez pacjentów.

Cierpliwość wskazywana przez personel jako pożądana cecha u opiekuna osoby starej, wpływała na ocenę poziomu jakości usług pomocy w szpitalu. Ocena poziomu opieki okazała się być wyższa u pacjentów, których opiekunowie zaznaczyli odpowiedzi “cierpliwość”. Ponadto analogiczną zależność można zauważyć pomiędzy cierpliwością a relacjami z personelem – relacje te oceniano lepiej, gdy opiekunowie deklarowali jako cechę cierpliwość.

Tabela 29. Ocena jakości pomocy i opieki zdrowotnej przez osoby starsze w zależności od relacji z personelem a cierpliwość

Zmienna	Parametr	tak (N=97)	nie (N=103)	Test	P-wartość
Ocena poziomu opieki	N	97	103	U Mann-Whitneya	0,020
	Średnia (SD)	4,46 (0,66)	4,23 (0,73)		
	Mediana (IQR)	5 (4 - 5)	4 (4 - 5)		
	Zakres	3 - 5	2 - 5		
Ocena wyposażenia	N	97	103	U Mann-Whitneya	0,442
	Średnia (SD)	4,32 (0,77)	4,26 (0,73)		
	Mediana (IQR)	4 (4 - 5)	4 (4 - 5)		
	Zakres	2 - 5	3 - 5		
Ocena możliwości korzystania z wyposażenia szpitala	N	97	103	U Mann-Whitneya	0,192
	Średnia (SD)	4,48 (0,68)	4,35 (0,74)		
	Mediana (IQR)	5 (4 - 5)	5 (4 - 5)		
	Zakres	3 - 5	3 - 5		
Ocena opieki medycznej	N	92	92	U Mann-Whitneya	0,485
	Średnia (SD)	4,42 (0,7)	4,38 (0,64)		
	Mediana (IQR)	5 (4 - 5)	4 (4 - 5)		
	Zakres	2 - 5	3 - 5		
Relacje z personelem	N	95	98	U Mann-Whitneya	0,035
	Średnia (SD)	4,65 (0,5)	4,48 (0,58)		
	Mediana (IQR)	5 (4 - 5)	5 (4 - 5)		
	Zakres	3 - 5	3 - 5		

Ogólna ocena pobytu	N	96	102	U Mann-Whitneya	0,095
	Średnia (SD)	4,05 (0,44)	3,94 (0,48)		
	Mediana (IQR)	4 (4 - 4)	4 (4 - 4)		
	Zakres	3 - 5	3 - 5		

Źródło: opracowanie własne.

Analizując cierpliwość personelu, jako pożądaną cechę opiekuna osoby starej, a ocenę relacji z personelem nie wykazano statystycznie istotnej zależności pomiędzy oceną jakości usług i opieki medycznej, a tą cechą. Bardziej pozytywnym postawom personelu medycznego towarzyszy wyższy poziom oceny opieki medycznej pacjentów.

Wskazanie przez personel pogody ducha, jako ważnej cechy opiekuna osoby starej, wiązało się z oceną relacji z personelem przez pacjentów. Pacjenci personelu, wskazującego pogodę ducha, oceniali relacje z personelem wyżej niż osoby, których opiekunowie nie wskazali tej cechy.

Tabela 30. Ocena jakości pomocy i opieki zdrowotnej przez osoby stare w zależności od relacji z personelem a pogoda ducha

Zmienna	Parametr	tak (N=33)	nie (N=167)	Test	P-wartość
Ocena poziomu opieki	N	33	167	U Mann-Whitneya	0,337
	Średnia (SD)	4,45 (0,67)	4,32 (0,71)		
	Mediana (IQR)	5 (4 - 5)	4 (4 - 5)		
	Zakres	3 - 5	2 - 5		
Ocena wyposażenia	N	33	167	U Mann-Whitneya	0,792
	Średnia (SD)	4,21 (0,89)	4,31 (0,72)		
	Mediana (IQR)	4 (4 - 5)	4 (4 - 5)		
	Zakres	2 - 5	2 - 5		
Ocena możliwości korzystania z wyposażenia szpitala	N	33	167	U Mann-Whitneya	0,838
	Średnia (SD)	4,42 (0,75)	4,41 (0,7)		
	Mediana (IQR)	5 (4 - 5)	5 (4 - 5)		
	Zakres	3 - 5	3 - 5		
Ocena opieki medycznej	N	32	152	U Mann-Whitneya	0,119
	Średnia (SD)	4,56 (0,62)	4,37 (0,68)		
	Mediana (IQR)	5 (4 - 5)	4 (4 - 5)		
	Zakres	3 - 5	2 - 5		
Relacje z personelem	N	33	160	U Mann-Whitneya	0,003
	Średnia (SD)	4,82 (0,39)	4,51 (0,56)		
	Mediana (IQR)	5 (5 - 5)	5 (4 - 5)		
	Zakres	4 - 5	3 - 5		

Ogólna ocena pobytu	N	33	165	U Mann-Whitneya	0,947
	Średnia (SD)	4 (0,43)	3,99 (0,47)		
	Mediana (IQR)	4 (4 - 4)	4 (4 - 4)		
	Zakres	3 - 5	3 - 5		

Źródło: opracowanie własne.

Analiza pogody ducha jako istotnej cechy personelu medycznego jako osób opiekujących się osobą starą wykazuje statystycznie istotną zależność, pomiędzy oceną personelu wskazującego pogodę ducha w relacji z pacjentami.

7.3.2. Zachowania osób starych wpływające na ocenę relacji z nimi

Roszczeniowość

Kolejnym ważnym elementem wskazanym przez personel była roszczeniowość pacjentów. Wykazano, że wśród osób opiekujących się osobami starymi, nie występuje statystycznie istotna zależność pomiędzy oceną relacji z pacjentem względem roszczeniowości.

Tabela 31. Ocena relacji z osobami starymi a roszczeniowość

Zmienna	Parametr	tak (N=36)	nie (N=164)	Test	P-wartość
Ocena poziomu opieki	N	36	164	U Mann-Whitneya	0,751
	Średnia (SD)	4,36 (0,54)	4,34 (0,74)		
	Mediana (IQR)	4 (4 - 5)	4 (4 - 5)		
	Zakres	3 - 5	2 - 5		
Ocena wyposażenia	N	36	164	U Mann-Whitneya	0,247
	Średnia (SD)	4,44 (0,61)	4,26 (0,77)		
	Mediana (IQR)	4,5 (4 - 5)	4 (4 - 5)		
	Zakres	3 - 5	2 - 5		
Ocena możliwości korzystania z wyposażenia szpitala	N	36	164	U Mann-Whitneya	0,322
	Średnia (SD)	4,5 (0,74)	4,4 (0,71)		
	Mediana (IQR)	5 (4 - 5)	5 (4 - 5)		
	Zakres	3 - 5	3 - 5		
Ocena opieki medycznej	N	33	151	U Mann-Whitneya	0,419
	Średnia (SD)	4,36 (0,55)	4,41 (0,7)		
	Mediana (IQR)	4 (4 - 5)	5 (4 - 5)		
	Zakres	3 - 5	2 - 5		
Relacje z personelem	N	35	158	U Mann-Whitneya	0,638
	Średnia (SD)	4,54 (0,51)	4,57 (0,56)		
	Mediana (IQR)	5 (4 - 5)	5 (4 - 5)		
	Zakres	4 - 5	3 - 5		

Ogólna ocena pobytu	N	35	163	U Mann-Whitneya	0,470
	Średnia (SD)	3,94 (0,42)	4,01 (0,48)		
	Mediana (IQR)	4 (4 - 4)	4 (4 - 4)		
	Zakres	3 - 5	3 - 5		

Źródło: opracowanie własne.

7.3.3. Protekcyjny stosunek do osób młodych

Kolejną braną pod uwagę przez pacjentów cechą był protekcyjny stosunek wobec osób młodych.

Wykazano, że wśród pacjentów twierdzących, że protekcyjny stosunek seniorów do osób młodych wpływa na ich relacje z personelem, oceny były statystycznie istotnie niższe niż u pacjentów, którzy nie zaznaczyli takiej cechy.

Tabela 32. Ogólna ocena jakości usług medycznych a protekcyjny stosunek do osób młodych

Zmienna	Parametr	tak (N=22)	nie (N=178)	Test	P-wartość
Ocena poziomu opieki	N	22	178	U Mann-Whitneya	0,755
	Średnia (SD)	4,36 (0,79)	4,34 (0,7)		
	Mediana (IQR)	5 (4 - 5)	4 (4 - 5)		
	Zakres	3 - 5	2 - 5		
Ocena wyposażenia	N	22	178	U Mann-Whitneya	0,922
	Średnia (SD)	4,32 (0,72)	4,29 (0,75)		
	Mediana (IQR)	4 (4 - 5)	4 (4 - 5)		
	Zakres	3 - 5	2 - 5		
Ocena możliwości korzystania z wyposażenia szpitala	N	22	178	U Mann-Whitneya	0,863
	Średnia (SD)	4,45 (0,67)	4,41 (0,72)		
	Mediana (IQR)	5 (4 - 5)	5 (4 - 5)		
	Zakres	3 - 5	3 - 5		
Ocena opieki medycznej	N	22	162	U Mann-Whitneya	0,148
	Średnia (SD)	4,18 (0,8)	4,43 (0,65)		
	Mediana (IQR)	4 (4 - 5)	5 (4 - 5)		
	Zakres	2 - 5	2 - 5		
Relacje z personelem	N	22	171	U Mann-Whitneya	0,035
	Średnia (SD)	4,36 (0,49)	4,59 (0,55)		
	Mediana (IQR)	4 (4 - 5)	5 (4 - 5)		
	Zakres	4 - 5	3 - 5		
Ogólna ocena pobytu	N	22	176	U Mann-Whitneya	0,164
	Średnia (SD)	3,86 (0,35)	4,01 (0,48)		
	Mediana (IQR)	4 (4 - 4)	4 (4 - 4)		
	Zakres	3 - 4	3 - 5		

Źródło: opracowanie własne.

Analizując protekcyjnalne podejście do osób młodych wykazano statystycznie istotną zależność relacji z personelem medycznym między ogólną oceną, a protekcyjnalnym stosunkiem do osób młodych.

7.3.4. Zależności pomiędzy pozostałymi zmiennymi a oceną pobytu w placówce medycznej

Wykazano słabą, dodatnią, statystycznie istotną korelację pomiędzy ogólną oceną pobytu a doświadczeniem we współpracy z osobami starszymi. Oznacza to, że im większe było doświadczenie personelu, w danej placówce, tym wyżej pacjent ocenił pobyt w szpitalu.

Nie wykazano wpływu pozostałych zmiennych na ocenę pobytu w placówce medycznej.

Tabela 33. Ocena ogólna pobytu w placówce medycznej a doświadczenie

Zmienna	Ocena pobytu	P-wartość	Wsp. korelacji
Nastawienie do osób starszych	Ocena poziomu opieki	0,149	-0,102
	Ocena wyposażenia	0,407	-0,059
	Ocena możliwości korzystania z wyposażenia szpitala	0,481	-0,05
	Ocena opieki medycznej	0,091	-0,125
	Relacje z personelem	0,650	0,033
	Ogólna ocena pobytu	0,090	-0,121
Doświadczenie we współpracy ze starszymi	Ocena poziomu opieki	0,711	-0,027
	Ocena wyposażenia	0,276	0,079
	Ocena możliwości korzystania z wyposażenia szpitala	0,744	0,024
	Ocena opieki medycznej	0,406	0,063
	Relacje z personelem	0,356	-0,068
	Ogólna ocena pobytu	0,027	0,160
Relacje w rodzinie	Ocena poziomu opieki	0,083	-0,125
	Ocena wyposażenia	0,136	-0,107
	Ocena możliwości korzystania z wyposażenia szpitala	0,215	-0,089
	Ocena opieki medycznej	0,264	-0,084
	Relacje z personelem	0,908	0,008
	Ogólna ocena pobytu	0,491	0,050
Ocena dotychczasowych relacji z rodziną	Ocena poziomu opieki	0,115	-0,113
	Ocena wyposażenia	0,338	-0,069
	Ocena możliwości korzystania z wyposażenia szpitala	0,563	-0,042

	Ocena opieki medycznej	0,167	-0,104
	Relacje z personelem	0,648	-0,034
	Ogólna ocena pobytu	0,070	-0,131
Angażowanie w pracę na rzecz starszych w młodości	Ocena poziomu opieki	0,056	-0,137
	Ocena wyposażenia	0,973	0,002
	Ocena możliwości korzystania z wyposażenia szpitala	0,813	0,017
	Ocena opieki medycznej	0,864	-0,013
	Relacje z personelem	0,391	-0,063
	Ogólna ocena pobytu	0,309	-0,074

Źródło: opracowanie własne.

Analizując ogólną oceną pobytu i doświadczenie we współpracy ze starymi osobami, wykazano korelację dotyczącą ogólnej oceny pobytu pacjenta w szpitalu, a doświadczeniem.

7.3.5. Analiza wieloczynnikowa uwarunkowań oceny jakości pomocy i opieki zdrowotnej

Model regresji porządkowej umożliwia modelowanie zależności skumulowanej odpowiedzi porządkowej na zestawie predyktorów, które mogą być czynnikami lub współzmiennymi. Projekt regresji porządkowej jest oparty na metodologii McCullagha (1980, 1998), a nazwa procedury w składni system to PLUM (ang. Polytomous Logit Universal Model – Uniwersalny model logitowy politomiczny).

Na podstawie analizy rezultatów, stworzonego modelu regresji porządkowej²³, wykazano statystycznie istotne zależności pomiędzy oceną jakości pomocy i opieki zdrowotnej przez osoby stare a ich oceną profesjonalizmu i relacji z personelem.

Tabela 34. Model regresji porządkowej objaśniający uwarunkowanie oceny jakości pomocy i opieki zdrowotnej przez osoby starsze przez profesjonalizm personelu, warunki i poziom wyposażenia szpitala oraz relacje z personelem

Zmienna	Współczynnik	p-wartość
Ocena Pana/ Pani fachowej pomocy medycznej i opieki pielęgniarskiej w szpitalu, w którym Pan/ Pani przebywa	17728562961689 6016384	<0,001
Ocena Pana/ Pani fachowej pomocy medycznej i opieki pielęgniarskiej w szpitalu, w którym Pan/ Pani przebywa	0	<0,001
Ocena Pana/ Pani fachowej pomocy medycznej i opieki pielęgniarskiej w szpitalu, w którym Pan/ Pani przebywa	161668,706	0,487

²³ Regresja porządkowa. McCullagha (1980, 1998).

Ocena Pana/ Pani wyposażenia szpitala w niezbędną do badań aparaturę medyczną	0,251	0,761
Ocena Pana/ Pani wyposażenia szpitala w niezbędną do badań aparaturę medyczną	299,491	0,574
Ocena Pana/ Pani wyposażenia szpitala w niezbędną do badań aparaturę medyczną	841,65	0,621
Ocena Pana/ Pani możliwości (dostępność i kompleksowość) korzystania z wyposażenia szpitala przez pacjentów tego zakładu opieki zdrowotnej (szpitala)	0,002	0,665
Ocena Pana/ Pani możliwości (dostępność i kompleksowość) korzystania z wyposażenia szpitala przez pacjentów tego zakładu opieki zdrowotnej (szpitala)	73,333	0,604
Ocena Pana/ Pani relacji personelu medycznego z Pana/ Pani Osobą w trakcie pobytu w zakładzie opieki zdrowotnej	0	<0,001
Ocena Pana/ Pani relacji personelu medycznego z Pana/ Pani Osobą w trakcie pobytu w zakładzie opieki zdrowotnej	4906,334	<0,001
ani pozytywnie ani negatywnie bardzo pozytywnie	222,437	0,406
bardzo pozytywnie raczej pozytywnie	15075,968	0,139

Źródło: opracowanie własne.

Wymienione zagadnienia dotyczą oceny jakości usług i mają wpływ na ocenę relacji z personelem. Fachowość personelu, warunki wyposażenia szpitala oraz relacje interpersonalne z personelem, są ze sobą ściśle powiązane. Usprawnianie procesów jakościowych obliguje organizacje do kompleksowego podejścia i kreowania standardów opieki zdrowotnej we wszystkich przestrzeniach aktywności placówki medycznej. Wybór danej placówki przez pacjenta, jest przede wszystkim związany z jakością usług medycznych. Jakość usług świadczonych przez zakład opieki zdrowotnej jest realizowana na kilku płaszczyznach. Podstawą działalności placówki skierowanej na pacjenta. Należy zwrócić uwagę na zaangażowanie, współdziałanie wszystkich współpracowników, stałe dążenie do doskonalenia i uczenia się (Kunecka D., i inni, 2007, s. 2-3 (15)). O ocenie jakości usług, wykonywanych przez personel, decydują następujące czynniki: „wykształcenie, ciągłe doskonalenie zawodowe, rzetelność wykonywania usługi, przestrzeganie procedur, przekazywanie informacji pacjentowi, przestrzeganie praw pacjenta, uczciwość i rzetelność relacji z pacjentami. Kwalifikacje pielęgniarek mają wpływ na zadowolenia pacjenta z opieki, profesjonalizm działania, zachowanie tajemnicy zawodowej” (Kazura i inni, 2011). W ocenie poziomu wyposażenia szpitala i warunki pobytu najważniejszą rolę spełnia infrastruktura obiektu, zasób nowoczesnego sprzętu medycznego, pomieszczenia diagnostyczne, przystosowanie sal chorych, kompleksowe wyposażenie sanitariatów, przestrzeganie procedur

sanitarnych-higienicznych oraz zorganizowany wewnętrzny transport szpitalny. Na ocenę prawidłowych relacji personelu medycznego z pacjentem mają wpływ czynniki, wynikające z czasu pobytu w szpitalu. Należą do nich: prawidłowa komunikacja, szacunek, empatia, obiektywizm, uczciwość, zachowanie intymności podczas badań, rzetelne przekazywanie informacji, dostosowane do stanu pacjenta.

Wyżej wymienione elementy stanowią, z jednej strony kryteria oceny jakości usług medycznych, postrzeganych przez chorych, z drugiej strony, w kategoriach zakładów opieki zdrowotnej, mogą stanowić sumę oceny sprawnego działania.

Przyjęta w pracy **trzecia hipoteza** odnosząca się do czynników warunkujących ocenę przez pacjentów 70 plus jakości pomocy i usług medycznych zawierająca czynniki takie jak: profesjonalizm personelu medycznego, ocenę warunków i poziomu wyposażenia zakładu opieki zdrowotnej, relacji z personelem medycznym mająca znaczący wpływ na ocenę subiektywnie postrzeganą na jakość usług i opieki zdrowotnej potwierdziła się w całości. Co wskazuje na relacje jakie występują między jakością usług medycznych, a wyżej wymienionymi elementami.

8. Postawy personelu wobec pacjentów 70 plus a ocena przez nich jakości pomocy i usług medycznych

8.1. Zależności między postawami personelu a oceną jakości usług przez pacjentów w poszczególnych placówkach

Analizując hipotezę czwartą, wzięto pod uwagę postawy personelu medycznego pacjentów w wieku senioralnym oraz ocenę wobec pacjentów jakości pomocy i opieki zdrowotnej. Zbadano cztery wymienione szpitale województwa lubuskiego.

Wielospecjalistyczny Szpital Wojewódzki w Gorzowie Wielkopolskim

W badaniu wzięło udział 50 pacjentów, leczonych w Wielospecjalistycznym Szpitalu Wojewódzkim w Gorzowie Wielkopolskim oraz 50 pracowników tego szpitala. Badanie dotyczyło weryfikacji istnienia zależności między postawami deklarowanymi a oceną pobytu w szpitalu. Oceniano profesjonalizm personelu, wyposażenie szpitala, warunki bytowe oraz relacje interpersonalne. Poszczególne wyniki p-wartość odnoszące się do współczynników korelacji Spearmana miały wartość - poniżej 0,05, co oznacza, że korelacja była statystycznie istotna.

Tabela 35. Korelacje między deklarowanymi postawami a oceną pobytu w szpitalu w Gorzowie Wielkopolskim

Kategoria oceny	Współczynnik korelacji Spearmana	p-wartość
Ocena profesjonalizmu personelu	0,33	0,02
Ocena wyposażenia	0,53	<0,001
Ocena warunków	0,58	<0,001
Ocena relacji interpersonalnych	0,67	<0,001
Ogólna ocena pobytu	0,7	<0,001

Źródło: opracowanie własne.

Zamieszczone w tabeli dane wskazują na statystycznie istotne korelacje pomiędzy deklarowanymi postawami pielęgniarek a wszystkimi elementami odnoszącymi się do oceny pobytu przez pacjentów leczonych w szpitalach, jako wskaźnika jakości usług pacjentów w szpitalach. Najsilniejszą zależność zaobserwowano między deklarowanymi postawami, a ogólną oceną pobytu. Jest to wprost proporcjonalna zależność.

Tabela 36. Korelacje między rzeczywistymi postawami a oceną pobytu w szpitalu w Gorzowie Wielkopolskim

Kategoria oceny	Współczynnik korelacji Spearmana	p-wartość
Ocena profesjonalizmu personelu	0,59	<0,001
Ocena wyposażenia	0,37	0,008
Ocena warunków	0,29	0,04
Ocena relacji interpersonalnych	0,02	0,875
Ogólna ocena pobytu	0,44	<0,001

Źródło: opracowanie własne.

Analiza powyższej tabeli wykazuje istotne korelacje pomiędzy rzeczywistymi postawami personelu medycznego a oceną profesjonalizmu tego personelu, oceną wyposażenia, oceną warunków oraz ogólną oceną, przez pacjentów w wieku 70 plus, pobytu w szpitalu w Gorzowie Wielkopolskim. W szczególności zauważyć można, że zależność między oceną profesjonalizmu personelu oraz ogólną oceną pobytu jest silną zależnością. Natomiast zależność między rzeczywistymi postawami a relacjami interpersonalnymi nie była statystycznie istotna, co świadczy o tym, że faktycznie realizowane kontakty personelu medycznego z pacjentami 70 plus nie należą do najmocniejszych stron świadczonej pomocy i jakości usług medycznych w tej placówce.

Tabela 37. Korelacje między łącznie ujętymi deklarowanymi i rzeczywistymi postawami a oceną pobytu w szpitalu w Gorzowie Wielkopolskim

Kategoria oceny	Współczynnik korelacji Spearmana	p-wartość
Ocena profesjonalizmu personelu	0,6	<0,001
Ocena wyposażenia	0,61	<0,001
Ocena warunków	0,59	<0,001
Ocena relacji interpersonalnych	0,46	<0,001
Ogólna ocena pobytu	0,77	<0,001

Źródło: opracowanie własne.

Analizując związek między rzeczywistymi i deklarowanymi postawami, łącznie ujętymi a jakością usług w szpitalu w Gorzowie Wielkopolskim i wynikami ocen cząstkowych: profesjonalizmu personelu, wyposażenia jak i warunków pobytu, wskazują na pozytywną oceną leczonych tam pacjentów, każdorazowo stwierdzono istnienie

statystycznie istotnej wprost proporcjonalnej zależności. Podsumowując, badania przeprowadzone w biorącym udział w badaniu szpitalu w Gorzowie Wielkopolskim wykazały, że pacjenci tamtejszego szpitala byli bardzo zadowoleni z doświadczanej pomocy i jakości usług medycznych.

*Wojewódzki Szpital Specjalistyczny dla Nerwowo i Psychicznie Chorych
SPZOZ w Ciborzu*

Podobnie jak w przypadku szpitala w Gorzowie Wielkopolskim, w kolejnej placówce mieszczącej się w Ciborzu, zbadano zależności pomiędzy deklarowanymi postawami pielęgniarek a oceną jakości pobytu. Uzyskane w wyniku analizy statystycznej korelacje są dodatnie, a najwyższą siłę wykazuje zależność między ogólną oceną pobytu, a deklarowanymi postawami.

Tabela 38. Korelacje między deklarowanymi postawami a oceną pobytu w szpitalu w Ciborzu

Kategoria oceny	Współczynnik korelacji Spearmana	p-wartość
Ocena profesjonalizmu personelu	0,49	<0,001
Ocena wyposażenia	0,45	<0,001
Ocena warunków	0,24	0,087
Ocena relacji interpersonalnych	0,38	0,006
Ogólna ocena pobytu	0,61	<0,001

Źródło: opracowanie własne.

Jak wskazuje zamieszczona tabela, analizująca zależności między deklarowanymi postawami pielęgniarek a poszczególnymi elementami składającymi się na jakość usług medycznych, przeprowadzona analiza wykazała istnienie najsilniejszego związku między ogólną oceną pobytu, jako wskaźnika doświadczanej pomocy i jakości usług, a oceną profesjonalizmu personelu i oceną relacji interpersonalnych. Zależność taka nie wystąpiła między wspomnianymi postawami personelu a oceną warunków pobytu w szpitalu, jednak analiza zamieszczonych dalej danych, odnośnie zależności między rzeczywistymi postawami personelu i postawami ujętymi łącznie, wskazała na istnienie statystycznie istotnej korelacji.

Tabela 39. Korelacje między postawami rzeczywistymi a oceną pobytu w szpitalu w Ciborzu

Kategoria oceny	Współczynnik korelacji Spearmana	p-wartość
Ocena profesjonalizmu personelu	0,45	<0,001
Ocena wyposażenia	0,41	0,003
Ocena warunków	0,34	0,014
Ocena relacji interpersonalnych	0,41	0,003
Ogólna ocena pobytu	0,58	<0,001

Źródło: opracowanie własne.

Zależność między oceną warunków pobytu a rzeczywistymi postawami wykazała słabszą, lecz statystycznie istotną ($p < 0,014$) siłę zależności. Pozostałe korelacje okazały się silniejszymi związkami i każdorazowo miały charakter wprost proporcjonalny.

Tabela 40. Korelacje między łącznie ujętymi deklarowanymi i rzeczywistymi postawami a oceną pobytu w szpitalu w Ciborzu

Kategoria oceny	Współczynnik korelacji Spearmana	p-wartość
Ocena profesjonalizmu personelu	0,69	<0,001
Ocena wyposażenia	0,6	<0,001
Ocena warunków	0,39	0,006
Ocena relacji interpersonalnych	0,49	<0,001
Ogólna ocena pobytu	0,83	<0,001

Źródło: opracowanie własne.

Podobnie jak w przypadku poprzedniego szpitala, w dalszej części analizy weryfikowano występowanie zależności pomiędzy jakością usług a łącznie ujmowanymi, deklarowanymi i rzeczywistymi postawami personelu. Także, tak samo jak to miało miejsce w poprzednio omawianej placówce, każda z zależności okazała się statystycznie istotna oraz wprost proporcjonalna. Korelacją o słabszej sile (podobnie jak w przypadku postaw rzeczywistych) była zależność między postawami deklarowanymi i rzeczywistymi, ujmowanymi łącznie a oceną warunków pobytu w szpitalu. Zależności między postawami z oceną profesjonalizmu personelu, oceną wyposażenia oraz oceną relacji interpersonalnych miały przeciętną siłę, natomiast korelacja między postawami z ogólną oceną pobytu była najsilniejszą zależnością.

Kontrowersje, odnoszące się do rozbieżności w zakresie zależności między deklarowanymi a rzeczywistymi postawami personelu i oceny relacji interpersonalnych przez pacjentów, mogą wynikać ze specyfiki dywersyfikacji postaw, która sprawia, że w świadomych deklaracjach uczestniczący w badaniach przedstawiciele personelu, starając się zachować „polityczną poprawność”, wyrażają bardziej pochlebne opinie, niż w przypadku pytań kwestionariusza, które odnoszą się do sfery motywacyjnej i związanej z działaniem. Jednak niezależnie od tego, w szpitalu w Ciborzu, podobnie jak w przypadku szpitala w Gorzowie Wielkopolskim, uczestniczący w badaniach pacjenci byli zadowoleni zarówno z pozostałych elementów oceny jakości usług, jak i całościowej opieki.

Szpital Uniwersytecki im. Karola Marcinkowskiego w Zielonej Górze

Następną jednostką, w której przeprowadzono badania były, Szpital Uniwersytecki im. Karola Marcinkowskiego w Zielonej Górze. W wyniku, przeprowadzonych tam badań stwierdzono najsilniejszą zależność pomiędzy postawami deklarowanymi a całościową oceną jakości usług.

Tabela 41. Korelacje między deklarowanymi postawami a oceną pobytu w szpitalu w Zielonej Górze

Kategoria oceny	Współczynnik korelacji Spearmana	p-wartość
Ocena profesjonalizmu personelu	0,6	<0,001
Ocena wyposażenia	0,64	<0,001
Ocena warunków	0,4	0,004
Ocena relacji interpersonalnych	0,47	<0,001
Ogólna ocena pobytu	0,76	<0,001

Źródło: opracowanie własne.

Nieco słabsze zależności występowały w przypadkach relacji między deklarowanymi postawami a oceną wyposażenia i oceną relacji interpersonalnych.

Tabela 42. Korelacje między rzeczywistymi postawami a oceną pobytu w szpitalu w Zielonej Górze

Kategoria oceny	Współczynnik korelacji Spearmana	p-wartość
Ocena profesjonalizmu personelu	0,66	<0,001
Ocena wyposażenia	0,51	<0,001
Ocena warunków	0,4	0,004
Ocena relacji interpersonalnych	0,44	<0,001
Ogólna ocena pobytu	0,7	<0,001

Źródło: opracowanie własne.

Analiza zamieszczonej tabeli wskazuje, że korelacja pomiędzy postawami rzeczywistymi a ogólną oceną pobytu w szpitalu w Zielonej Górze jest dodatnia, statystycznie istotna i charakteryzuje się zależnością o wysokiej sile. Pozostałe zależności między rzeczywistymi postawami personelu a oceną profesjonalizmu, oceną warunków pobytu, oceną relacji interpersonalnych są także statystycznie istotne, dodatnie i wprost proporcjonalne, lecz o przeciętnej sile.

Powyżej zamieszczone dane wskazują, że ocena wszystkich elementów składających się na jakość usług medycznych: profesjonalizmu personelu medycznego, wyposażenia, warunków bytowych oraz relacji interpersonalnych jest spójna, a badani pacjenci wykazują duże zadowolenie z ogólnych warunków hospitalizacji.

Tabela 43. Korelacje między i łącznie ujętymi deklarowanymi i rzeczywistymi postawami a oceną pobytu w szpitalu w Zielonej Górze

Kategoria oceny	Współczynnik korelacji Spearmana	p-wartość
Ocena profesjonalizmu personelu	0,8	<0,001
Ocena wyposażenia	0,73	<0,001
Ocena warunków	0,5	<0,001
Ocena relacji interpersonalnych	0,55	<0,001
Ogólna ocena pobytu	0,91	<0,001

Źródło: opracowanie własne.

Rozpatrując zależności, między łącznie ujmowanymi deklarowanymi i rzeczywistymi postawami personelu a poszczególnymi elementami i całościową oceną jakości usług

medycznych, stwierdzono występowanie statystycznie istotnego związku – silnej korelacji między wymienianymi zmiennymi.

Reasumując, można stwierdzić, że ogólna ocena pomocy i jakości usług medycznych pacjentów w wieku 70 plus w szpitalu w Zielonej Górze jest pozytywna.

Zachodnie Centrum Medyczne w Krośnie Odrzańskim

Kolejną z poddanych badaniom placówek medycznych – szpitali było Zachodnie Centrum Medyczne w Krośnie Odrzańskim.

Tabela 44. Korelacje między deklarowanymi postawami a oceną pobytu w szpitalu w Krośnie Odrzańskim

Kategoria oceny	Współczynnik korelacji Spearmana	p-wartość
Ocena profesjonalizmu personelu	0,52	<0,001
Ocena wyposażenia	0,63	<0,001
Ocena warunków	0,47	<0,001
Ocena relacji interpersonalnych	0,61	<0,001
Ogólna ocena pobytu	0,74	<0,001

Źródło: opracowanie własne.

Analiza zależności między deklarowanymi postawami a ocenami poszczególnych elementów doświadczanej pomocy i jakości usług, i całościowej ich oceny wykazała istnienie silnej korelacji między zmiennymi. Po porównaniu wartości wskaźników korelacji „najsłabszym ogniwem” okazał się związek między deklarowanymi postawami personelu medycznego a oceną warunków pobytu w szpitalu przez pacjentów w wieku 70 plus.

Tabela 45. Korelacje między postawami rzeczywistymi a oceną pobytu w szpitalu w Krośnie Odrzańskim

Kategoria oceny	Współczynnik korelacji Spearmana	p-wartość
Ocena profesjonalizmu personelu	0,66	<0,001
Ocena wyposażenia	0,65	<0,001
Ocena warunków	0,5	<0,001
Ocena relacji interpersonalnych	0,46	<0,001
Ogólna ocena pobytu	0,75	<0,001

Źródło: opracowanie własne.

Rozpatrując zależności między rzeczywistymi postawami personelu medycznego a cząstkowymi elementami oceny jakości usług medycznych, podobnie jak w poprzednim badaniu stwierdzono, istnienie statystycznie istotnej silnej, wprost proporcjonalnej zależności. Wykazano też bardzo silną, dodatnią korelację między rzeczywistymi postawami personelu a ogólną oceną pobytu jako wskaźnikiem jakości usług medycznych.

Tabela 46. Korelacje między łącznie ujmowanymi deklarowanymi i rzeczywistymi postawami a oceną pobytu w szpitalu w Krośnie Odrzańskim

Kategoria oceny	Współczynnik korelacji Spearmana	p-wartość
Ocena profesjonalizmu personelu	0,77	<0,001
Ocena wyposażenia	0,83	<0,001
Ocena warunków	0,64	<0,001
Ocena relacji interpersonalnych	0,7	<0,001
Ogólna ocena pobytu	0,97	<0,001

Źródło: opracowanie własne.

W analizie zależności między, łącznie ujmowanymi, deklarowanymi i rzeczywistymi postawami, a całościową oceną jakości usług i jej poszczególnymi elementami zaobserwowano wysoką zależność, odnoszącą się do ogólnej oceny pobytu jako wskaźnika jakości usług.

Podsumowując wyniki badań, uzyskane w czterech uczestniczących w badaniach placówkach medycznych, w większości przypadków stwierdzono istnienie statystycznie istotnych zależności między deklarowanymi i rzeczywistymi postawami personelu medycznego, rozpatrywanymi oddzielnie i łączną oceną jakości usług medycznych. Wyjątek stanowią zależności między rzeczywistymi postawami personelu a oceną relacji interpersonalnych (szpital w Gorzowie Wielkopolskim) przez pacjentów w wieku 70 plus oraz między deklarowanymi postawami personelu a oceną warunków bytowych (szpital w Cíborzu). Tym samym, uzyskane dane potwierdzają czwartą hipotezę, dotyczącą oceny przez pacjentów jakości pomocy i opieki zdrowotnej, w kontekście profesjonalizmu personelu medycznego, poziomu wyposażenia zakładu opieki zdrowotnej, warunków bytowych w szpitalu i relacji interpersonalnych z personelem medycznym. Najsilniejszą korelację wykazano pomiędzy łącznie ujmowanymi deklarowanymi oraz rzeczywistymi postawami, a ogólną oceną pobytu w Wielospecjalistycznym Szpitalu Wojewódzkim w Gorzowie Wielkopolskim. Z kolei nie wykazano statystycznie istotnej różnicy pomiędzy postawami rzeczywistymi a oceną relacji

interpersonalnych w tym szpitalu. Opinia badanych pacjentów świadczy o ich zadowoleniu z pobytu w placówce medycznej, natomiast wskazuje na brak w relacjach interpersonalnych.

8.2. Elementy oceny jakości pomocy i usług medycznych w kontekście postaw personelu medycznego wobec pacjentów 70 plus

W poniższym zestawieniu charakterystycznych elementów jakości pomocy i usług medycznych uwzględniono następujące czynniki biorące udział w ocenie, w czterech zaprezentowanych szpitalach. W tabeli przedstawiono wyniki współczynnika korelacji Spearmana, w zakresie ocen częściowych dotyczących profesjonalizmu personelu medycznego, poziomu wyposażenia zakładu opieki zdrowotnej, warunków bytowych w szpitalu, relacji interpersonalnych z personelem medycznym.

Tabela 47. Zestawienie elementów oceny jakości pomocy i usług medycznych w kontekście deklarowanych postaw personelu medycznego wobec pacjentów 70 plus

Elementy oceny	Współczynnik korelacji Spearmana Szpital w Gorzowie Wielkopolskim	Współczynnik korelacji Spearmana Szpital w Ciburzu	Współczynnik korelacji Spearmana Szpital w Zielonej Górze	Współczynnik korelacji Spearmana Szpital w Krośnie Odrzańskim	Średnia wartość współczynnika korelacji Spearmana
Profesjonalizm personelu medycznego	0,33	0,49	0,60	0,52	0,48
Ocena wyposażenia	0,53	0,45	0,64	0,63	0,56
Ocena warunków	0,58	0,24	0,40	0,47	0,42
Ocena relacji interpersonalnych	0,67	0,38	0,47	0,61	0,53
Całościowa ocena pobytu	0,70	0,61	0,76	0,74	0,70

Źródło: opracowanie własne.

Po rozpatrzeniu wyników pomiędzy postawami deklarowanymi a oceną jakości pomocy i usług medycznych, średnia wartość współczynnika korelacji Spearmana wyniosła najwięcej w odniesieniu do wyposażenia szpitala (0,56) oraz relacji interpersonalnych personelu medycznego względem pacjentów 70 plus (0,53).

Tabela 48. Zestawienie elementów oceny jakości pomocy i usług medycznych w kontekście rzeczywistych postaw personelu medycznego wobec pacjentów 70 plus

Elementy oceny	Współczynnik korelacji Spearmana Szpital w Gorzowie Wielkopolskim	Współczynnik korelacji Spearmana Szpital w Ciborzu	Współczynnik korelacji Spearmana Szpital w Zielonej Górze	Współczynnik korelacji Spearmana Szpital w Krośnie Odrzańskim	Średnia wartość współczynnika korelacji Spearmana
Profesjonalizm personelu medycznego	0,59	0,45	0,66	0,66	0,59
Ocena wyposażenia	0,37	0,41	0,51	0,65	0,48
Ocena warunków	0,29	0,34	0,40	0,50	0,38
Ocena relacji interpersonalnych	0,02	0,41	0,44	0,46	0,33
Całościowa ocena pobytu	0,44	0,58	0,70	0,75	0,61

Źródło: opracowanie własne.

Współzależność pomiędzy postawami rzeczywistymi a oceną jakości pomocy i usług medycznych w kolumnie średniej wartości współczynnika korelacji Spearmana wskazała maksimum w stosunku do profesjonalizmu personelu medycznego (0,59) oraz wyposażenia szpitala (0,48).

Tabela 49. Zestawienie elementów oceny jakości pomocy i usług medycznych w kontekście, łącznie ujętych, deklarowanych i rzeczywistych postaw personelu medycznego wobec pacjentów 70 plus

Elementy oceny	Współczynnik korelacji Spearmana Szpital w Gorzowie Wielkopolskim	Współczynnik korelacji Spearmana Szpital w Ciborzu	Współczynnik korelacji Spearmana Szpital w Zielonej Górze	Współczynnik korelacji Spearmana Szpital w Krośnie Odrzańskim	Średnia wartość współczynnika korelacji Spearmana
Profesjonalizm personelu medycznego	0,60	0,69	0,80	0,77	0,71
Ocena wyposażenia	0,61	0,60	0,73	0,83	0,69
Ocena warunków	0,59	0,39	0,50	0,64	0,53
Ocena relacji interpersonalnych	0,46	0,49	0,55	0,70	0,55
Całościowa ocena pobytu	0,77	0,83	0,91	0,97	0,87

Źródło: opracowanie własne.

W ujęciu łącznym zależność, pomiędzy postawami deklarowanymi i rzeczywistymi a oceną jakości pomocy i usług medycznych średnia wartość współczynnika korelacji Spearmana, wskazała najwyższe wyniki elementów ocen badanego profesjonalizmu personelu medycznego (0,71) oraz wyposażenia szpitala (0,69). Uzyskane wyniki badań potwierdzają w całości przyjętą **czwartą hipotezę**.

Podsumowanie

W metodologicznej części rozprawy sformułowano cztery główne problemy badawcze, które w dalszej części zostały przeformułowane na hipotezy badawcze.

Postawiona w pracy pierwsza hipoteza dotyczyła występowania określonych relacji, deklarowanych (zawierających poznawczy komponent) i rzeczywistych (zawierających emocjonalno-motywacyjny i behawioralny komponent) postaw słuchaczy policealnych szkół medycznych wobec osób starych. Założono więc, że występuje zróżnicowanie w zakresie deklarowanych (uwzględniających poznawczy komponent postaw) i rzeczywistych (uwzględniających emocjonalny i behawioralny komponent) postaw słuchaczy medycznego studium zawodowego wobec osób starych. W dalszej części tej hipotezy przyjęto założenie, że do czynników warunkujących wystąpienie określonych postaw słuchaczy policealnych szkół medycznych wobec osób starych należą: czynniki związane z indywidualnymi uwarunkowaniami (doświadczenia z wcześniejszego okresu w kontaktach z osobami starymi), czynniki związane z postawami rodziców i najbliższego otoczenia (grupa rówieśnicza, rodzina). Przeprowadzone badania tylko częściowo potwierdziły sformułowaną hipotezę. Nie stwierdzono istnienia rozbieżności między deklarowanymi i rzeczywistymi postawami. Ponadto, nie potwierdziła się część hipotezy, odnosząca się do istnienia zależności między postawami słuchaczy studium medycznego wobec osób starych a czynnikami związanymi z indywidualnymi uwarunkowaniami (doświadczenia z wcześniejszego okresu w kontaktach z osobami starymi).

Tabela 50. Konfirmacja sformułowanych hipotez

Hipoteza główna	Hipotezy szczegółowe	Pozytywna konfirmacja	Częściowo pozytywna konfirmacja	Negatywna konfirmacja
1 Hipotezy dotyczące postaw słuchaczy policealnych szkół medycznych (ich oznaczenie odnosi się do kolejności)	1.1. Występuje zróżnicowanie w zakresie deklarowanych (uwzględniających poznawczy komponent postaw) i rzeczywistych (uwzględniających emocjonalny i behawioralny komponent) postaw słuchaczy studium policealnego wobec osób starych.		X	
	1.2. Do czynników warunkujących wystąpienie określonych postaw słuchaczy policealnych szkół medycznych wobec osób starych należą:			

	określonych problemów badawczych)	<ul style="list-style-type: none"> • czynniki związane z indywidualnymi uwarunkowaniami (doświadczenia z wcześniejszego okresu w kontaktach z osobami starymi), 		X	
		<ul style="list-style-type: none"> • czynniki związane z postawami rodziców i najbliższego otoczenia (grupa rówieśnicza, rodzina), 	X		
		<ul style="list-style-type: none"> • czynniki związane z oddziaływaniem szkoły w zakresie kształtowania postaw (praktyki zawodowe, umożliwianie pracy w charakterze wolontariatu, organizowanie specjalnych akcji w domach opieki itp.). 		X	
		1.3. Pozytywne postawy słuchaczy policealnego studium medycznego wobec osób starych w największym stopniu (w stosunku do pozostałych wyróżnionych uwarunkowań) są związane z posiadaniem pozytywnych doświadczeń w relacjach z osobami starymi, we wcześniejszym okresie życia.	X		
2	Hipotezy dotyczące postaw personelu medycznego	2.1. Występuje zróżnicowanie w zakresie deklarowanych (uwzględniających poznawczy komponent) i rzeczywistych (uwzględniających emocjonalny i behawioralny komponent) postaw personelu medycznego wobec osób starych.		X	
		2.2. Do czynników warunkujących występowanie określonych postaw medycznego personelu wobec osób należą czynniki (uwarunkowania) związane:			
		<ul style="list-style-type: none"> • z personelem (lekarz/pielęgniarka, wiek, płeć), doświadczeniem z okresu dzieciństwa (np. kontakty z osobami starymi w rodzinie i pracy zawodowej), 			X
		<ul style="list-style-type: none"> • z postawami innych osób (lekarze, inne pielęgniarki, ordynatorzy, kadra menedżerska), 			X
		<ul style="list-style-type: none"> • z osobami będącymi obiektami ich postaw (poziom sprawności, wymagania w zakresie opieki, zachowanie w relacjach z personelem medycznym). 			X
3	Hipotezy dotyczące oceny pomocy i opieki	3.3. Ogólna ocena usług pomocy i opieki zdrowotnej przez osoby stare jest związana z ocenami cząstkowymi, które się na nią składają:			
		<ul style="list-style-type: none"> • ocena profesjonalizmu personelu medycznego, 	X		

zdrowotnej przez pacjentów w wieku senioralnym	• ocena poziomu wyposażenia zakładu opieki zdrowotnej,	X		
	• ocena relacji interpersonalnych z personelem medycznym.	X		
	3.4. Osoby stare, w ogólnej ocenie jakości usług pomocy i opieki zdrowotnej, przypisują największe znaczenie relacjom interpersonalnym z personelem medycznym.	X		
4 Istnieje związek między postawami personelu medycznego wobec pacjentów w wieku senioralnym a oceną przez pacjentów jakości pomocy i opieki zdrowotnej	4.1. W odniesieniu do hipotezy wskaźnikami są wypowiedzi personelu medycznego, w ustrukturyzowanym wywiadzie pogłębionym i kwestionariuszu do badań postaw oraz kwestionariuszu oceny jakości usług i oceny pomocy i opieki zdrowotnej (5, 6). Istnieje związek między postawami personelu medycznego wobec osób starych, a oceną przez pacjentów jakości pomocy i opieki zdrowotnej w zakresie ocen cząstkowych: dotyczących:			
	• profesjonalizmu personelu medycznego,	X		
	• poziomu wyposażenia zakładu opieki zdrowotnej,	X		
	• warunków bytowych w szpitalu,	X		
	• relacji interpersonalnych z personelem medycznym.	X		
	4.2. Najsilniejszy związek (Bedyńska, Cypryańska, 2013) między określonymi postawami personelu medycznego wobec pacjentów w wieku senioralnym, a oceną przez pacjentów jakości pomocy i opieki zdrowotnej występuje w odniesieniu do relacji interpersonalnych z personelem medycznym.	X		

Źródło: opracowanie własne.

W wyniku przeprowadzonych badań i analizy statystycznej okazało się, że pozytywne postawy słuchaczy policealnego studium medycznego wobec osób starych, w największym stopniu (w stosunku do pozostałych wyróżnionych uwarunkowań), są związane z posiadaniem pozytywnych doświadczeń w relacjach z osobami starymi we wcześniejszym okresie życia oraz czynnikami związanymi z oddziaływaniem szkoły w zakresie kształtowania postaw (praktyki

zawodowe, umożliwianiem pracy w charakterze wolontariatu, organizowaniem specjalnych akcji w domach opieki itp.).

Analizując wypowiedzi słuchaczy szkół medycznych objętych badaniem, stwierdzono, że ich postawy deklarowane, jak i rzeczywiste wobec osób 70 plus są generalnie pozytywne i nie różnią się znacząco od siebie. Związane z postawami rodziców i członków najbliższego otoczenia wykazały, statystyczne istotne różnice pomiędzy odpowiedziami osób, które oceniły swoje dotychczasowe relacje z osobami w podeszłym wieku, jako dobre i bardzo dobre i pozostałymi które nie miały takich doświadczeń. Przeprowadzona analiza wykazała, także istnienie statystycznie istotnej zależności między pozytywnymi postawami młodzieży wobec wskazanej grupy osób i osobami starymi w rodzinie (dziadkowie i pradziadkowie).

Sformułowana w pracy, kolejna hipoteza, dotyczyła występowania określonych relacji deklarowanych (zawierających poznawczy komponent) i rzeczywistych (zawierających emocjonalny behawioralny komponent) postaw personelu medycznego wobec osób starych. Założono więc, że istnieje zróżnicowanie w zakresie deklarowanych (uwzględniających poznawczy komponent postaw) i rzeczywistych (uwzględniających emocjonalny i behawioralny komponent) postaw personelu medycznego wobec osób starych. W dalszej części tej hipotezy, przyjęto założenie, że do czynników warunkujących występowanie określonych postaw personelu medycznego wobec osób starych należą czynniki związane z indywidualnymi uwarunkowaniami (doświadczeniem z okresu dzieciństwa np. kontakty z osobami starszymi w rodzinie i pracy zawodowej), z postawami innych osób (lekarze, inne pielęgniarki, ordynatorzy, kadra menedżerska) oraz z osobami będącymi obiektami ich postaw (poziom sprawności osób 70 plus, wymagania w okresie opieki, zachowania w relacjach z personelem medycznym). Nie potwierdziła się część hipotezy wskazująca na zależność między postawami personelu a doświadczeniem jego przedstawicieli z okresu dzieciństwa (np. kontakty z osobami starymi w rodzinie i pracy zawodowej), z postawami innych osób (lekarze, inne pielęgniarki, ordynatorzy, kadra menedżerska) oraz z osobami będącymi obiektami ich postaw (poziom sprawności, wymagania w zakresie opieki, zachowanie w relacjach z personelem medycznym).

Uczestniczący w badaniach przedstawiciele personelu medycznego generalnie pozytywnie oceniali pacjentów 70 plus, niezależnie od tego w jaki stopniu byli samodzielni i sprawni. Przedstawiciele personelu medycznego traktowali ich z godnością, szacunkiem, zrozumieniem, starając się o to, by ich wzajemne relacje były jak najlepsze. Można więc sformułować twierdzenie, że przedstawiciele kadry medycznej stwarzali dobre warunki

do wzajemnej współpracy. Nie potwierdził się jedynie fragment cząstkowej hipotezy, dotyczącej współwystępowania postaw personelu medycznego z określonymi czynnikami z doświadczeniami wyniesionymi z domu. Reasumując postawy personelu medycznego wobec osób starych, okazały się postawami pozytywnymi, podobnie jak w przypadku słuchaczy studium medycznego.

Przyjęta w pracy kolejna hipoteza (trzecia) dotyczyła oceny przez osoby starsze jakości usług pomocy i opieki zdrowotnej w kontekście komunikacji z pacjentem, profesjonalizmem personelu medycznego, oceną warunków i poziomu wyposażenia zakładu opieki zdrowotnej, pozytywnych relacji z personelem medycznym. Założono, że czynniki te mają znaczący wpływ na ocenę, subiektywnie postrzeganą, jakości usług i opieki zdrowotnej. Zwrócono szczególną uwagę na ewentualną ocenę relacji interpersonalnych z personelem medycznym, która może przekładać się na całościową ocenę usług pomocy i opieki zdrowotnej.

Analizując ocenę usług pomocy i opieki zdrowotnej, można zaobserwować, że wśród osób, pozytywnie oceniających poziom pomocy i opieki zdrowotnej, najczęściej badanych wskazało na profesjonalizm personelu medycznego i opiekę pielęgniarską, na który składa się wykształcenie (duża wiedza), umiejętności, doświadczenie i fachowa pomoc oraz właściwie postawiona diagnoza. Jednocześnie, jak wykazały badania, bardzo istotne znaczenie odgrywa poziom wyposażenia zakładu opieki zdrowotnej w niezbędną aparaturę medyczną, dostępność i kompleksowość usługi i warunki bytowe w szpitalu, które przekładają się na całościową ocenę pomocy usług medycznych. Wszystkie te elementy składają się na komfort pobytu, przebywających pacjentów w oddziale. Zgodnie z przyjętymi założeniami na ocenę doświadczanej pomocy i jakości usług medycznych składają się następujące jej elementy: ocena profesjonalizmu tego personelu, ocena wyposażenia, ocena warunków pobytu oraz ocena relacji interpersonalnych. Zastosowanie analizy statystycznej (a w szczególności modelu regresji porządkowej) wykazała, że najistotniejszymi czynnikami, wyznaczającymi jakość usług, są ocena profesjonalizmu i relacji interpersonalnych personelu. Tak więc, w ogólnej ocenie jakości usług, znaczącą kwestią jest ocena profesjonalizmu i relacji interpersonalnych z personelem.

W analizie czynników determinujących poziom zadowolenia pacjentów z usług znacząca część (ponad połowa uczestników badanych) wyraziła zadowolenie z otrzymywanej pomocy i opieki w szpitalu. Osoby te również deklarowały znaczą poprawę stanu zdrowia. Wyniki przeprowadzonych badań wskazują, też na satysfakcjonujący poziom zadowolenia z informowania pacjenta o formach badań diagnostycznych, postawionej

diagnozie, leczeniu i rehabilitacji. Odwołując się do przeprowadzonych badań, można stwierdzić, że jakość usług pacjenci oceniają pozytywnie, a zaangażowanie personelu, podnoszenie kwalifikacji oraz doskonalenie umiejętności są czynnikami, którym przypisuje się dużą wagę w kontekście poprawy jakości. Pozytywne znaczenie, w opinii większości pacjentów, w szpitalu ma opieka duszpasterska. Podsumowując łączną analizę wyników badań, zweryfikowanych w hipotezie trzeciej, można stwierdzić, że się potwierdziła.

Ostatnia (czwarta) ze sformułowanych hipotez odnosiła się do relacji postaw personelu medycznego w stosunku do całościowej oceny pomocy i jakości usług medycznych oraz poszczególnych jej elementów. Przedmiotem weryfikacji stała się zależność między postawami personelu a oceną pomocy i jakości usług przez pacjentów. Zgodnie z przyjętymi założeniami, na ocenę doświadczanej pomocy i jakości usług medycznych składają się następujące jej elementy: ocena profesjonalizmu tego personelu, ocena wyposażenia, ocena warunków pobytu oraz ocena relacji interpersonalnych. Zastosowanie analizy statystycznej wykazało, że między wspomnianymi elementami a deklarowanymi, rzeczywistymi i łącznie ujętymi postawami istnieją silne statystycznie istotne zależności. Oznacza to pozytywną weryfikację ostatniej hipotezy oraz to, że postawy personelu medycznego, zgodnie z przyjętą koncepcją postaw, są przez pacjentów dostrzegane i rozpoznawane, i znajdują realne przełożenie na zaangażowaniu jego przedstawicieli w niesienie pomocy i opieki medycznej pacjentom 70 plus, a także jednocześnie warunkują ocenę jakości pomocy i opieki zdrowotnej. Związek ten dotyczy zarówno ogólnej oceny jakości usług medycznych, jak i poszczególnych jej elementów.

Dyskusja

Postępujący proces starzenia się społeczeństw, szczególnie widoczny w Europie Zachodniej i Środkowej, przy jednoczesnym wzroście świadomości w zakresie znaczenia troski o jakość życia i przeciwdziałania wykluczeniu społecznemu osób, niezależnie od demograficznych charakterystyk, stał się motywem podjęcia tematu pracy. Czynnikiem, które doprowadziły sformułowania problemów badawczych, były obok studiów literatury przedmiotu, doświadczenia i obserwacje autorki pracy, odnoszące się do postaw młodzieży szkół medycznych w stosunku do osób w wieku 70 plus, postaw personelu medycznego wobec osób starych, oraz subiektywnie spostrzeganej, jakości pomocy i usług medycznych przez osoby 70 plus, w kontekście ich oceny komunikacji z personelem medycznym, profesjonalizmu i wyposażenia szpitala w aparaturę i sprzęt medyczny.

Starość jest procesem ciągłym, naturalnym, którego nie można zatrzymać. Możemy jedynie opóźnić jej skutki, bądź ograniczyć lub zwolnić tempo. Proces starzenia się społeczeństwa w świecie powoduje wiele zmian w gospodarce oraz w zakresie świadomości społecznej. Powszechne postrzeganie osób starych jest złożone, zróżnicowane i wieloaspektowe. Wpływa na to przynależność do danej kultury oraz politykę państwa. Niesie to za sobą konieczność określenia potrzeb tej grupy, i wyznaczenia priorytetów w obszarze instytucjonalnych i pozainstytucjonalnych form niesienia pomocy, a także troski o jakość usług medycznych. Stałe zmiany i możliwości medycyny powodują wydłużenie się życia, co z kolei przekłada się na potrzeby działań opiekuńczych, pielęgnacyjnych i medycznych.

Jedną z najważniejszych kwestii jest poszukiwanie nowych rozwiązań, które przekładać się będą na bezpieczne i przyjazne otoczenie, przygotowanie seniorów do życia, w ciągle zmieniającym się świecie. Człowiek stary nie powinien być wykluczony z życia rodzinnego i społecznego. Jednocześnie stałe zmiany i możliwości medycyny powodują wydłużenie się życia, co z kolei przekłada się na potrzeby działań opiekuńczych, pielęgnacyjnych i medycznych. Polityka społeczna zajmuje jeden z najważniejszych filarów, dotyczących zapewnienia bezpieczeństwa, jak i zdrowia psychicznego i fizycznego osób w wieku 70 plus. Jednym z nich jest zapewnienie osobom starym godnego życia i poczucia wolności, w takim zakresie jakim jest to możliwe.

Można oczekiwać, że niniejsza praca, poprzez podejmowanie badań podstawowych oraz aplikacyjnych, a więc takich, których rezultaty można zastosować w praktyce, stanowi przyczynę do podejmowania i rozwiązywania społecznych problemów ludzi starych.

Jak już wspomniano, postawiona w pracy hipoteza pierwsza dotyczyła występowania określonych relacji deklarowanych (zawierających poznawczy komponent) i rzeczywistych (zawierających emocjonalno-motywacyjny i behawioralny komponent) postaw słuchaczy policealnych szkół medycznych wobec osób starych. Ponadto, wykazano zależność między pozytywnymi postawami słuchaczy studium medycznego a ich dotychczasowymi relacjami z osobami w podeszłym wieku w rodzinie i poza nią. Hipoteza ta została jedynie częściowo potwierdzona. Nie potwierdziło się istnienie rozbieżności między wymienionymi komponentami postaw i określonymi ich uwarunkowaniami.

Uzyskane dane po raz kolejny wskazały na złożoność problematyki postaw wobec osób starych w przypadku młodych ludzi, planujących podjęcie przyszłej pracy w służbie zdrowia.

W pierwszej kolejności potwierdzają istnienie stereotypów w ocenie osób starszych. Anna Bryniewicz zwraca szczególną uwagę na postrzeganie drugiego człowieka poprzez pryzmat stereotypów, wyznaczania określonego myślenia oraz zachowania wobec otaczającej rzeczywistości. Opisuje relacje w rodzinie, jako wyznaczające postawy młodzieży wobec starzenia (Bryniewicz, 2017, s. 203-208).

Zdaniem Krzysztofa Czykiera (2018, s. 167-183) wśród młodzieży, deklarującej pozytywne postawy, dominuje przekonanie, że starość to naturalny etap u każdego człowieka. Badani słuchacze cenią sobie doświadczenie osób starszych, mądrość życiową, opiekuńczość oraz ich autorytet. Deklaracje postaw wobec ludzi starych, zdaniem autora, są zbliżone do wszystkich typów szkół badanej młodzieży.

W literaturze przedmiotu znaleźć można zarówno rezultaty badań potwierdzających, że postawy te są pozytywne, jak i wybiórczo pozytywne i zróżnicowane.

Wskazują na to np. badania Antonio Stella (2016, s. 1-2), dotyczące postaw portugalskich studentów gerontologii społecznej i fizjoterapii wobec osób starszych, w którym wykazano, że przyjmują osoby starsze ze świadomością i szacunkiem. Kontrowersje jednak budzi fakt, że postawy ich pozostały pozytywne, mimo, że mieli odmienne doświadczenia z osobami starymi. Podobne rezultaty uzyskała Diana Jelec Kaker (2014, s. 14-20) w artykule dotyczącym postaw studentów wobec osób starszych, dziadków w Portugalii. Autorka ta wykazała, że studenci jednego z portugalskich uniwersytetów generalnie prezentują pozytywne nastawienie do osób starszych. Jednocześnie wykazała, że postawy wobec osób starszych były istotnie związane z płcią i preferencjami do pracy z osobami starszymi. Z tego

względu, zdaniem autorki, dobrze byłoby zależność tę uczynić przedmiotem bardziej pogłębionych dalszych badań.

Otrzymane wyniki potwierdzają znaczącą rolę przekazu postaw w rodzinie i doświadczeń związanych ze wspólnym bytowaniem z osobami starszymi. Wskazują na to wyniki badań przeprowadzonych przez Kingę Kowalewską. Autorka w bardzo wyraźny sposób uwypukla rolę rodziny i zamieszkanie z dziadkami, co jej zdaniem, ma bezpośredni wpływ na kształtowanie się wizerunku osób starych i postawy względem starości jak i osób starszych (Kowalewska, 2018, s. 277-304). Wspomniana autorka opisuje „uczniów postrzegających starość jako wieloaspektowe zagadnienie dotyczące pozytywnych, neutralnych i negatywnych kategorii” (op. cit. ,s. 279).

Inni autorzy podkreślają fakt niejednorodności i zróżnicowania postaw młodych ludzi wobec starości i osób starych. W badaniach Grażyny Miłkowskiej (2014, s. 177-188), dotyczących stosunku studentów do ludzi starych, jednym z najważniejszych elementów są stereotypy oraz uprzedzenia. Miłkowska pokazuje, że w naszej kulturze problemy związane ze starością kojarzą się negatywnie. Pozycja starości spada, gdyż, jak twierdzi autorka, nie daje ona prestiżu, poważania ani funduszy. Niepokój wzbudza stosunek ludzi młodych do ludzi starych, schorowanych, nieaktywnych zawodowo. W dalszej części opracowania autorka stwierdziła, że stosunek ludzi młodych do problemów starości nie jest jednolity bez względu na czas, miejsce i płeć. Większym zaufaniem do powierzenia spraw, obdarza młodzież akademicka osoby starsze. Utożsamia się to z wysokim poczuciem etyki, kompetencjami, cierpliwością, spokojem. Autorka podkreśla, że największy wpływ na stosunek do osób starszych mają media, które niejednokrotnie przedstawiają negatywnie ludzi w tym wieku (Mikołowska, op. cit.).

Na niejednorodność postaw młodych ludzi wobec osób starych wskazywała we wnioskach badań studentów, dotyczących seniorów Anna Kanios (2019, s. 250-254). Autorka sformułowała pogląd, że młodzież wypowiada się pozytywnie lub ambiwalentnie na temat osób starszych. Część młodzieży ma jednak problem z zajęciem stanowiska w sprawie zamieszkania z osobą starszą, czy funkcjonowania osób starszych, w porównaniu do innych członków rodziny, co może wskazywać na niespójność ich deklarowanych i rzeczywistych postaw, która w niewielkim stopniu pojawiła się również w omawianych badaniach.

Rezultaty badań przeprowadzonych przez innych autorów wskazują także na niespójność wizerunku osoby starej. Tak np. Aldona Molesztak (2017, s. 63-75), w swoim

artykule przedstawia obraz osób starszych w opinii młodzieży jako osoby opuszczone, z problemami zdrowotnym, potrzebujące pomocy i opieki. Jednak, zgodnie z opinią tej autorki, część osób młodych opisuje pozytywny wizerunek seniora, jako osoby inteligentnej, empatycznej, posiadającej ogromny zasób doświadczeń, ciepłej, pogodnej i tolerancyjnej. Do podobnych wniosków, w wyniku przeprowadzonych badań, doszła Zofia Szarota (2017, s. 67), która użyła metody dokończenia zdania „Gdyby starość była zwierzęciem, to byłby to ... „ – gdzie zdecydowana większość wskazała na sowę oraz żółwia, które kojarzą się z takimi cechami jak: mądrość, doświadczenie, powaga, wiedza, spokój wewnętrzny, dobre rady.

Uzyskane wyniki, dotyczące hipotezy pierwszej, potwierdzają rezultaty analiz przeprowadzonych przez innych autorów. Generalnie wszyscy badacze wykazują zgodność wypowiedzi na temat postaw przedstawicieli młodego pokolenia. Wskazują, że postawy te są optymistyczne choć niejednolite i niekiedy ambiwalentne. Jednak, niektórzy z nich, zwracają uwagę na stereotypy, wyznaczające stosunek młodego pokolenia do ludzi starych. Niezależnie od tego otrzymane rezultaty napawają optymizmem. Uczestniczący w badaniach słuchacze szkół medycznych, nie są wyjątkiem. Można oczekiwać, że reprezentują postawy szerszej grupy młodzieży uczącej się. Uzyskane wyniki pozwalają sądzić, że postawy te, mogą przełożyć się w przyszłości na poziom troski i zaangażowania w opiekę nad ludźmi starymi.

Praca pozytywnie zweryfikowała hipotezę o występowaniu zróżnicowania w zakresie deklarowanych i rzeczywistych postaw personelu medycznego wobec osób starych oraz części hipotezy zakładającej, że do czynników warunkujących występowanie określonych postaw personelu medycznego wobec osób starych należą czynniki związane z indywidualnym doświadczeniem z okresu dzieciństwa (np. kontakty z osobami starszym w rodzinie i pracy zawodowej) z postawami innych osób (lekarze, inne pielęgniarki, ordynatorzy, kadra menedżerska) oraz z osobami będącymi obiektami ich postaw (poziom sprawności osób 70 plus, wymagania w okresie opieki, zachowania w relacjach z personelem medycznym).

Tym samym potwierdzona została dywersyfikacja w obrębie socjologicznej koncepcji postaw, przyjętej przez Mirosławę Marody (1976) wskazującej na zasadność wyodrębnienia trzech komponentów postawy, z których każdy odnosi się do innego obszaru funkcjonowania jednostki. Jednocześnie kolejny raz uznano, że postawy deklarowane niejednokrotnie zgodne z oczekiwaniami społecznymi (np. Lewicka, 2001; Bartkowiak, 1988; 2016) mogą różnić się od postaw rzeczywistych, które wyznaczają konkretne zachowanie poszczególnych osób.

Na związek przyjętej koncepcji postaw z konkretnymi aktami zachowania zwracał uwagę Luo, Lu (2012, s. 83-98), w swoich badaniach na terenie Tajwanu, dotyczących postaw wobec starzenia się. Autor ten zaobserwował, że bardzo ważnym problemem jest ugruntowanie teoretycznych modeli psychologiczno-społecznych wyjaśniających powiązania między postawami a intencjami behawioralnymi związanymi z pracą w wieku starszym. Oznacza to, że poznawcze i emocjonalne komponenty postawy wywierają wpływ na komponent behawioralny. Zdaniem autorki, sytuacja ta ma miejsce w przypadku wewnętrznej zgodności postaw i nie może dotyczyć postaw ambiwalentnych.

Bai, Xue (2014, s. 231-253) z Chin, w swoim artykule zwraca uwagę na negatywny społeczny obraz starzenia się osób starych, który jest szkodliwy dla ich fizycznego, psychicznego, behawioralnego i społecznego funkcjonowania. Na podstawie wyników jego badań sformułowane są zalecenia dotyczące polityki, praktyki i edukacji, aby zbudować nowe obrazy starzenia się, w których osoba stara jest zadbana, zdrowa i towarzyska. Taka właśnie wizja osoby starej modyfikuje postawy wobec wspomnianej grupy osób i stymuluje podejmowanie wobec nich zróżnicowanych inicjatyw na poziomie instytucjonalnym i pozainstytucjonalnym.

Rozważania na temat postaw społecznych wobec osób starych jeszcze wskazują na utrzymujący się ageizm związany z ignorowaniem, społeczną izolacją, odrzuceniem tej grupy osób (np. Pohorecka i inni, 2022). Aby temu przeciwdziałać Małgorzata i Jerzy Halicy (2017, s. 151-162) uważają, że szczególnie ważną rolę odgrywa edukacja osób starszych. Jej celem jest podtrzymanie przekonania w świadomości ludzi starych, iż stać ich na więcej, w tym wieku. Proces ten polega na rozrywkach intelektualnych, kulturalnych, rozruszaniu psychicznym, co przekłada się na główny cel, jakim jest dążenie do samodzielności osób w wieku podeszłym. Rozważania te, zgodnie z przyjętym w hipotezie założeniem, potwierdzają, że jednym z czynników wyznaczających postawy wobec osób starych jest zachowanie samych seniorów, ich nastawienie do świata i innych ludzi. Pogląd ten w dużej mierze potwierdzają Ludmiła Zając i Kazimierz Obuchowski (2002, s. 53-112) uważając, że starość jest wypadkową całego życia. Silnie odczuwana jest potrzeba sensu życia, która ma istotny wpływ na równowagę psychiczną osoby starej. Człowiek, który realizuje i dostrzega swój sens życia, szybciej przezwycięży kryzys starości oraz będzie dążył do doskonałości i samorealizacji.

Następna przyjęta w dysertacji hipoteza odnosiła się do czynników warunkujących ocenę przez pacjentów 70 plus jakości pomocy i usług medycznych. Założono w niej, że takie

czynniki jak profesjonalizm personelu medycznego, ocena warunków i poziomu wyposażenia zakładu opieki zdrowotnej, relacji z personelem medycznym mają znaczący wpływ na ocenę, subiektywnie postrzeganej jakości usługi i opieki zdrowotnej. Hipoteza ta potwierdziła ważną rolę wymienionych czynników, w szczególności na znaczenie profesjonalizmu i relacji interpersonalnych.

Uzyskane rezultaty potwierdziły nieco zbliżone badania, przeprowadzone wcześniej przez Grażynę Bartkowiak (2000), których wyniki odnosiły się do oczekiwań pacjentów, przebywających w szpitalu, wobec personelu medycznego. Jeśli powodem pobytu w szpitalu było schorzenie wymagające interwencji chirurgicznej najważniejszym czynnikiem, decydującym o ocenie usługi był profesjonalizm personelu, jeśli natomiast nie było takiej potrzeby – relacje z personelem medycznym. W późniejszych badaniach przeprowadzonych przez Christines (2019, s. 43-41) szczególny nacisk położono również na jakość usług z uwzględnieniem osób niepełnosprawnych lub cierpiących na choroby psychiczne. Szczególne znaczenie ma tutaj sytuacja pacjenta, która w dużej mierze jest kształtowana przez na relacje interpersonalne z personelem.

Inne formułowane przez pacjentów 70 plus oczekiwania związane z pobytem w szpitalu, choć nie wynikające bezpośrednio z przyjętej hipotezy, także wykazały zgodność z elementami oceny usług medycznych prezentowanymi w literaturze przedmiotu.

W ocenie jakości świadczonych usług w podmiotach leczniczych Aleksandra Czerw (2012, s. 269-273) opisuje wszystkie elementy, które składają się na ocenę skuteczności, efektywności i bezpieczeństwa oraz aktualnych potrzeb pacjentów, mające bezpośredni wpływ na pomiar jakości i oceny usług zdrowotnych. Bardzo istotną rolę odgrywa tutaj liczba i poziom wykształcenia personelu, aparatura medyczna, struktura organizacji oraz struktura zarządzania, co potwierdzają wypowiedzi pacjentów uczestniczących w niniejszym badaniu.

Podobnie uważa Ewa Kemicer-Chmielewska (2013, s. 143-146), która twierdzi, że dla właściwej jakości usług najważniejszą cechą jest dbanie o własną wiedzę i właściwe umiejętności postępowania z zobowiązującymi wzorcami i schematami, które wpływają na szybkie osiągnięcie zdrowia chorego. Także badania Jana Krakowiaka (2012, s. 5-21) wykazują wzrost zainteresowania badaniem opinii pacjentów w jednostkach ochrony zdrowia i to jak dużą rolę odgrywają wiedza, umiejętności, doświadczenie oraz baza lokalowa i aparatura medyczna.

Zdaniem Igi Rudawskiej (2004, s. 3-19), z perspektywy chorego, efektem zaangażowania w procesie świadczenia usług medycznych jest redukcja postrzeganego ryzyka i stresu związanego z faktem przyjęcia roli pacjenta. Oznacza to, że dla pacjenta szczególnie dolegliwa jest rezygnacja z podmiotowości, która wiąże się z pobytem w szpitalu.

Rozważając kolejne czynniki związane z oczekiwaniami pacjentów wobec usług medycznych, które warunkują poziom zadowolenia, można stwierdzić, że uzyskane dane potwierdzają rezultaty zawarte w literaturze przedmiotu.

Jacek Michalak (2011, s. 126-138) bierze pod uwagę satysfakcję pacjentów. Opisuje metodę SERVQUAL (service quality), przedstawiającą pod kątem oceny dwóch wymiarów: „oczekiwań pacjenta i postrzeganej przez niego jakości usług. Zdaniem tego autora, z punktu widzenia pacjenta, najważniejszymi elementami są: relacje z personelem, reagowania personelu na wezwania, komunikowanie się, czystość, kontrola bólu, informowanie na temat stosowanego leczenia”.

Zdaniem Anny Mykowskiej (2002, s. 69-73) najważniejszym źródłem informacji o funkcjonowaniu pacjenta jest badanie satysfakcji z jego pobytu w szpitalu. Każdorazowo zależy ona od subiektywnych oczekiwań pacjenta w porównaniu z konkretną usługą, którą otrzymuje w szpitalu. Oczekiwania pacjenta są różne i mają dwa źródła. Pierwsze to doświadczenie własne i informacje na temat przebiegu leczenia. W analizowanych badaniach czynnik ten został przez pacjentów 70 plus wskazany jako równie istotny.

Według Dominika Meller'a i współpracowników (2014, s. 133-144), najważniejszym elementem usługi medycznej w placówkach medycznych jest komunikacja interpersonalna pomiędzy personelem medycznym, a pacjentem. Podobnie jak w badaniach opisywanych w dysertacji, najważniejszą rolę odgrywa wrażliwość personelu medycznego na potrzeby pacjenta, zapewnienie mu bezpieczeństwa, intymności, szacunku oraz zainteresowanie jego problemami zdrowotnymi. Pacjenci zadowoleni z komunikacji z personelem są bardziej pozytywnie nastawieni do dalszego leczenia.

W związku z badaniami nad polityką społeczną wobec osób starych Piotr Błędowski (2002, s. 231) uważa, że nie tylko organizowanie pomocy dla tej grupy osób jest ważne, ale również zorganizowanie im życia, zapewnienie właściwej opieki zdrowotnej. Zdaniem autora, powinna być realizowana „najbliżej pacjenta”. Sugestie te wydają się być szczególnie inspirujące jako wskazówki odnośnie do kierunków przyszłych badań.

Ostatnia ze sformułowanych hipotez odnosiła się do relacji postaw personelu medycznego w stosunku do całościowej oceny pomocy i jakości usług medycznych oraz poszczególnych jej elementów. Jak już wcześniej wspomniano, elementy oceny doświadczanej pomocy i jakości usług medycznych (ocena profesjonalizmu to personelu, ocena wyposażenia, ocena warunków pobytu oraz ocena relacji interpersonalnych) współwystępują z określonymi postawami personelu. Hipoteza ta całkowicie została potwierdzona.

Uzyskane efekty badań wydają się być nowatorskie. Dotychczas nie pojawiły się w literaturze przedmiotu opracowania odnoszące się do istnienia zależności między oceną jakości pomocy i usług medycznych w relacji do postaw personelu. Podkreślają bowiem szczególną rolę postaw personelu medycznego w kontekście całości oceny pomocy i opieki zdrowotnej. Jak wykazały przeprowadzone badania postawy personelu zdają się kreować wizję całego pobytu w szpitalu i tym samym pośrednio przyczyniające się do uzyskanych efektów leczenia. Szczególne znaczenie odgrywa rola pozytywnych relacji interpersonalnych i wysokiej oceny profesjonalizmu współwystępujących z pozytywnymi postawami, jako elementami inspirującymi do podjęcia określonych działań o charakterze aplikacyjnym, które zostaną omówione w podrozdziale przedstawiającym wnioski z badań.

Wnioski aplikacyjne

Przeprowadzone badania umożliwiają sformułowanie następujących wniosków:

1. Postawy deklarowane i rzeczywiste słuchaczy szkół medycznych różnią się między sobą oznacza to, że postawy te nie są całkowicie zbieżne.
2. Określone postawy wobec osób 70 plus są uwarunkowane doświadczeniem z wcześniejszego okresu w kontaktach z osobami starymi, oddziaływaniem szkoły w zakresie kształtowania postaw (praktyki zawodowe, umożliwianie pracy w charakterze wolontariatu, organizowanie specjalnych akcji w domach opieki).
3. Rzeczywiste postawy personelu medycznego wobec pacjentów 70 plus różnią się od postaw deklarowanych.
4. Ocena, jakości usługi pomocy i opieki zdrowotnej przez pacjentów 70 plus zależy od czynników związanych z tymi usługami takimi jak: ocena profesjonalizmu personelu medycznego, ocena poziomu wyposażenia zakładu opieki zdrowotnej i ocena relacji interpersonalnych z personelem medycznym.
5. Stwierdzono zależność między oceną jakości pomocy i opieki zdrowotnej, a postawami personelu medycznego wobec tej grupy osób. Bardziej pozytywne postawy personelu współwystępują z wyższą jakością usług.

Wnioski i postulaty aplikacyjne

Rozwiązania systemowe

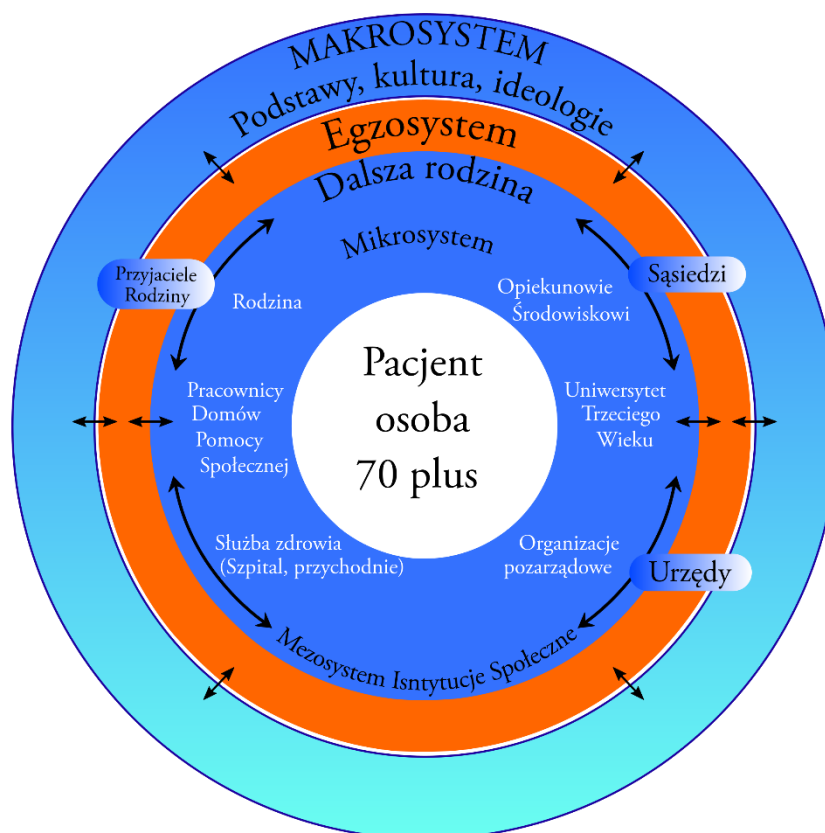
1. Autorka proponuje wprowadzenie superwizji jako istotny element usprawniający dla słuchaczy policealnych szkół medycznych, pracowników placówek medycznych.

Jedną z sugestii autorki jest wprowadzenie superwizji jako działalności, która będzie zwiększała profesjonalizm pracowników poprzez wstępne i ustawiczne szkolenie kadry medycznej. Kolejnym kluczowym elementem jest opracowanie programu nauczania dla słuchaczy szkół medycznych dotyczącego zadań, oceny, planowania i interwencji nad ich własną drogą zawodową i praktyką.

Superwizja jest rozumiana jako „środek zapewniający studentom/słuchaczom wgląd w proces budowy, dekonstrukcji, eksperymentowania i refleksji, który ma wpływ na podejmowanie świadomych decyzji w sprawie przyszłych interwencji socjalnych” (Shon, 1987). Można oczekiwać, że jako działanie pozwalające na uzyskanie sprzężenia zwrotnego w trakcie relacji z przyszłymi pacjentami (w przypadku uczniów) i pacjentami (w przypadku personelu medycznego) pozwoli nabyć i usprawnić ich kompetencje społeczne.

2. Innym proponowanym rozwiązaniem jest ekologiczny model środowiskowy U. Bronfenbrennera dotyczący rozwoju osoby w środowisku teorii systemów ekologicznych. W modelu tym wyróżnić można proces wzajemnej i progresywnej akomodacji człowieka i środowiska społecznego. Środowisko tworzą zróżnicowane układy najbliższe jednostce, które nazwane są mikrosystemem; dalsze – mezosystemem i makrosystemem wraz ze wszystkimi powiązaniem, które występują pomiędzy układami i mogą wywierać decydujący wpływ na rozwój jednostki (U. Bronfenbrenner 1988, s. 23).

Rysunek 1. Ekologiczny model współpracy osoby starej 70 plus ze środowiskiem



Źródło: opracowanie własne na podstawie U. Bronfenbrenner 1988, s.23.

Zgodnie z koncepcją Autorki pracy mikrosystem tworzyć będzie rodzina, służba zdrowia, organizacje pozarządowe, opiekunowie środowiskowi, DPS, Uniwersytety Trzeciego Wiek oraz stosunki międzyludzkie, które funkcjonują w tym układzie. Mikrosystem będzie się zmieniał w zależności w jakiej sytuacji zdrowotnej, rodzinnej i finansowej znajdować się będzie osoba stara 70 plus (R.Vasta, M.M. Haith, S.A. Miller 1998, s. 73). Zdaniem Autorki, mezosystem stanowić powinien powiązanie między mikrosystemami (relacje między osobą 70 plus, a rodziną, opiekunami środowiskowymi, pracownikami DPS). W tym rozumieniu egzosystem utworzony jest przez układy, w których osoba stara nie uczestniczy w sposób aktywny, ale wywiera duży wpływ na środowisko niższego rzędu np. pracownicy medyczni. Ważnym czynnikiem jest kultura, w której żyje i rozwija się osoba 70 plus. Kreuje makrosystem. Jednocześnie makrosystem oddziałuje na osobę starą, przekazując jej przekonania, postawy czy tradycje. Tak więc, na osoby stare mogą mieć wpływ na wartości, tradycje kulturowe ,w których żyją i one te wartości kreują. Makrosystem może się zmieniać w zależności od tego czy osoba stara jest chora, czy zdrowa, bardziej lub mniej zamożna. Każdy

z wymienionych systemów daje osobie starej możliwość zdobycia wiedzy, umiejętności, doświadczeń międzyludzkich do pełnienia ról społecznych i budowania postaw (M. Sitarczyk 2002, s.14). Istotne znaczenie odgrywa środowisko lokalne. Można oczekiwać, że powiązania szkoły, szpitala, organizacji pozarządowych spowodują rywalizację oraz stworzą szansę na konkurencyjność, wzrost wartości, nastawienie na rozwój oraz transformację na rynku.

3. Kolejną propozycją autorki jest uwzględnienie znaczenia teorii sieci, które wpływają na więzi formalne i nieformalne, wykonanie zadania i jego wymagania, znaczenie bliskości oraz środowiska instytucjonalne.

W ostatnim czasie wzrasta liczba publikacji na temat więzi międzyorganizacyjnych, inspirowanych przez koncepcje sieciowe, które są głównym nurtem nauk o organizacji i zarządzaniu (Czakon 2007, Olivier i Ebers 1998). W ramach tych badań bardzo ważnym czynnikiem jest współpraca z różnymi instytucjami i ze środowiskiem domowym. Ponadto, istotną rolę odgrywa wolontariat, którego zadaniem jest wsparcie osób starych, w środowisku lokalnym.

Koncepcje sieci tworzą i podtrzymują więzi z osobami, organizacjami, które można wykorzystać aktualnie i w przyszłości. W koncepcji tej ważną rolę odgrywają aspekty związane z władzą i hierarchią w organizacjach. Jednak sieci powiązań w niektórych warunkach mogą hamować innowacyjność i utrudniać proces uczenia się (por. Gambetta 1998).

Tworzenie się sieci w organizacjach wpływa na formy organizacji pracy oraz kreuje potrzebę wiedzy (Burt 2007). Równie ważną rolę odgrywają w nich powiązania nieformalne, zaufanie, lojalność, status i reputacja. W sektorach opartych na pracy często mamy do czynienia z postępowaniem rozwoju wiedzy oraz dezaktualizowaniem informacji. Istnieje tu tendencja do łączenia się w sieci. Sieć sprzyja też innowacjom i umożliwia szybkie zmiany. Silna i wiarygodna baza w postaci silnych instytucji wspiera współpracę między podmiotami, prowadzi monitoring oraz strukturalne podstawy kooperacji (Understanding, Valley 2000). W organizacjach ochrony zdrowia można dostrzec podobieństwo w odniesieniu do tematu teorii sieci. Zgodnie z jej założeniami bierze się pod uwagę funkcjonowanie szpitala i komunikację personelu medycznego z zarządem. Wszystkie te elementy decydują o właściwym funkcjonowaniu zakładu opieki zdrowotnej co z kolei przekłada się na jakość usług medycznych.

Podsumowując „teorie sieci” w obszarze szpitala jako elementu istniejącego w środowisku lokalnym i zamieszkania mogą odgrywać istotne znaczenie działania na rzecz osób starych.

Postulaty odnoszące się do personelu, pacjentów i słuchaczy

1. Zdaniem Autorki pracy w celu zwiększenia skuteczności realizacji procesów medycznych, kadra która zarządza szpitalem, powinna podejmować działania w kierunku usprawniania komunikacji wewnętrznej. Działania te związane są z przekazywaniem informacji pomiędzy pracownikami i mają wpływ na skuteczność realizowanych procesów diagnostyczno-leczniczo-terapeutycznych. Dążenie do usprawnienia komunikacji wewnętrznej w zakładzie opieki zdrowotnej poprzez partycypacyjny styl zarządzania mający na celu motywowanie pracowników szpitala do angażowania się w całościowy proces doskonalenia jakości zarządzania. Kadra zarządzająca szpitalem powinna w jak największym stopniu mobilizować personel do włączania się w proces doskonalenia jakości usług. Działania te mogą być realizowane poprzez organizowanie spotkań z personelem w celu przedstawienia strategicznych kierunków, rozwoju organizacji, wymiany poglądów i pomysłów dotyczących usprawnienia funkcjonowania systemu zarządzania jakością. W warunkach gospodarki rynkowej za każdym pacjentem powinny być przekazywane środki finansowe dla danego szpitala. Dzięki temu można ujednoczyć i wzmocnić działania mające na celu udzielania świadczeń gwarantujących wysoki poziom jakości.
2. Kolejnym postulowanym czynnikiem jest opracowanie i wdrożenie programów edukacyjnych dla nauczycieli, słuchaczy, rodziców. Programy te powinny być ukierunkowane na indywidualne potrzeby osób starych, zwłaszcza w obszarze czynności pielęgnacyjnych. Należy dążyć do optymalizacji działań edukacyjnych w grupie młodzieży, poprzez organizację szkoleń w trakcie nauki dla rodziców, słuchaczy i nauczycieli w celu uświadomienia problemu starości.

W związku z tym niezbędne jest:

- wykorzystywanie wiedzy do zwiększenia aktywności umysłowej osób starych. przekazywanie w szkoleniach zasad współżycia z osobami starymi. przedstawienie starości jako stanu naturalnego,
- promowanie wizerunku rodziny wielopokoleniowej, poprzez obcowanie na co dzień z dziadkami lub innymi bliskimi krewnymi w wieku 70 plus,

- utrwalanie pozytywnych postaw rodziców i przekazywanie dzieciom i młodzieży dobrych wzorców zachowań osób młodych do starych, chorych i niepełnosprawnych,
- przekazywanie pozytywnych wzorców w relacjach z osobami starymi i nieakceptowanie negatywnych zachowań,
- zaciśnięcie kontaktów z rodziną i osobami starymi w środowisku domowym oraz wśród przyjaciół i znajomych. utrwalanie pozytywnych zachowań w relacjach z osobami starymi,
- wychowanie w klimacie tolerancji, miłości, szacunku oraz pozytywnego nastawienia do starości od najmłodszych lat,
- zwiększenie aktywizacji seniorów poprzez państwo, media publiczne, radiowe i telewizyjne na temat informacji i edukacji osób starych. Opracowanie serwisów internetowych w celu przekazania im zachowań w różnych sytuacjach życiowych osób starych.

Ponadto istotną rolę odgrywa:

- popularyzacja kultury współżycia społecznego w szkole,
- utrzymanie relacji z seniorami poprzez wolontariat i pomoc domową,
- poszerzenie świadomości młodzieży oraz myślenia w kierunku, aby starość stała się pozytywna i naturalna. Odbieranie starości jako naturalnego etapu życia.

Jednym z istotnych priorytetów powinno być objęcie młodzieży opieką psychologiczną w kontekście przygotowania do zawodów medycznych. Bardzo ważną rolę stanowi ścisła współpraca fizjoterapeutów, lekarzy, pielęgniarek jako element holistycznej opieki nad pacjentem. Należy też we wszystkich grupach wiekowych młodzieży, uczącej się i studiującej, promować realny, pozytywny wizerunek osób starych.

Streszczenie

Zjawiskiem naturalnym w perspektywie naszej cywilizacji, które można zaobserwować w okresie ostatnich kilkunastu lat jest stałe wydłużanie życia ludzkiego. Niezależnie od tego osoby w okresie starości często wymagają i oczekują zarówno pomocy medycznej jak i wsparcia w wielu aspektach społecznych odnoszących się do doświadczania jakości życia. Niniejsza rozprawa stanowi przyczynek w obszarze niesienia pomocy tej grupie osób, która to pomoc wymaga poznania zróżnicowanych czynników i uwarunkowań umożliwiających podejmowanie konkretnych działań wspierających tę grupę osób.

Bezpośrednią przyczyną podjęcia się przez autorkę realizacji problemu związanego z sytuacją społeczną osób w wieku 70 plus było wieloletnie doświadczenie w kontaktach z osobami starymi w pracy na stanowisku pielęgniarki oraz w trakcie realizowania zajęć praktycznych w oddziałach szpitalnych jako nauczyciel zawodu.

Tematem rozważań zaprezentowanych w pracy jest funkcjonowanie osób starych tj. będących w okresie życia, który bywa nazywany okresem późnej dorosłości. Osoby te w życiu codziennym spotykają się z określonymi postawami, nie zawsze przychylnymi i niejednokrotnie obciążonymi stereotypami. W literaturze przedmiotu istnieją dane, które wskazują, że postawy, w tym zachowania wobec osób starych, mogą wywierać wpływ na jakość życia tejże grupy osób.

Przedmiotem rozważań niniejszej pracy są postawy młodzieży kształcącej się w zawodach medycznych oraz postawy personelu medycznego wobec osób starych. Jednocześnie kolejnym przedmiotem badań jest subiektywnie spostrzegana jakość pomocy i usług medycznych przez osoby 70 plus, w kontekście oceny komunikacji z personelem medycznym ich profesjonalizmu i wyposażenia szpitala w aparaturę i sprzęt medyczny.

Poznawczym celem pracy jest usystematyzowanie wiedzy w zakresie postaw wobec osób starych, w szczególności postaw młodzieży kształcącej się w zawodach medycznych, personelu medycznego oraz postrzegania i oceny pomocy i opieki zdrowotnej wobec osób starych. Empirycznym celem pracy jest identyfikacja deklarowanych i rzeczywistych postaw wobec młodzieży kształcącej się w zawodach medycznych i personelu medycznego wobec osób 70 plus, w kontekście subiektywnej oceny jakości usług i opieki zdrowotnej przez osoby stare. Kolejnym empirycznym celem jest wyodrębnienie czynników, które w opinii pacjentów 70 plus, w największym stopniu przyczyniają się do pozytywnej oceny jakości usług i opieki zdrowotnej.

Dobór osób do badań miał charakter celowy. W badaniach uczestniczyło 600 osób, w tym: 200 pacjentów i 200 pracowników z czterech różnych szpitali województwa lubuskiego oraz 200 słuchaczy policealnych szkół.

Procedura badawcza miała charakter sondażu diagnostycznego. W trakcie badań korzystano z wywiadu ustrukturyzowanego, specjalnie opracowanych i zwalidowanych kwestionariuszy pozwalających (zarówno wśród słuchaczy szkół medycznych jak i personelu medycznego) na wyodrębnienie postaw deklarowanych i rzeczywistych. Kwestionariusz wywiadu pogłębionego dla słuchaczy policealnych szkół medycznych na temat ich postaw wobec osób starych, Kwestionariusz do badania postaw słuchaczy policealnych szkół medycznych wobec osób w wieku senioralnym oraz Kwestionariusz do wywiadu pogłębionego dla personelu medycznego na temat ich postaw wobec osób starych, Kwestionariusz do badania postaw personelu medycznego wobec pacjentów w wieku senioralnym do badania jakości usług medycznych i pomocy i opieki zdrowotnej Kwestionariusz do badania jakości pomocy i opieki zdrowotnej w ocenie pacjentów, Kwestionariusz oceny opieki zdrowotnej przez pacjentów w szpitalu.

W pracy sformułowano cztery hipotezy.

Postawiona w pracy pierwsza hipoteza dotyczyła występowania określonych relacji deklarowanych (zawierających poznawczy komponent) i rzeczywistych (zawierających emocjonalno-motywacyjny i behawioralny komponent) postaw słuchaczy policealnych szkół medycznych wobec osób starych. Założono więc, że występuje zróżnicowanie w zakresie deklarowanych (uwzględniających poznawczy komponent postaw) i rzeczywistych (uwzględniających emocjonalny i behawioralny komponent) postaw słuchaczy medycznego studium zawodowego wobec osób starych. Hipoteza ta nie w pełni się potwierdziła.

Sformułowana w pracy kolejna hipoteza dotyczyła występowania określonych relacji deklarowanych (zawierających poznawczy komponent) i rzeczywistych (zawierających emocjonalny behawioralny komponent) postaw personelu medycznego wobec osób starych. Uczestniczący w badaniach przedstawiciele personelu medycznego generalnie prezentowali pozytywne deklarowane i rzeczywiste postawy wobec osób starych. Pozytywnie oceniali pacjentów 70 plus, niezależnie od tego w jaki stopniu oni byli samodzielni i sprawni. Przedstawiciele personelu medycznego traktowali ich z godnością, szacunkiem, zrozumieniem starając się o to, by ich wzajemne relacje były jak najlepsze. Można więc sformułować

twierdzenie, że przedstawiciele kadry medycznej stwarzali dobre warunki dla wzajemnej współpracy. Hipoteza to również częściowo została potwierdzona.

Trzecia hipoteza dotyczyła oceny przez osoby stare jakości usług pomocy i opieki zdrowotnej w kontekście komunikacji z pacjentem, profesjonalizmu personelu medycznego, oceny warunków i poziomu wyposażenia zakładu opieki zdrowotnej, pozytywnych relacji z personelem medycznym. Założono, że pozytywna ocena jakości usług medycznych, pomocy opieki medycznej jest uwarunkowana wymienionymi powyżej elementami. Tak więc, zgodnie z przyjętymi założeniami na ocenę doświadczanej pomocy i jakości usług medycznych składają się następujące jej elementy: ocena profesjonalizmu tego personelu, ocena wyposażenia, ocena warunków pobytu oraz ocena relacji interpersonalnych. Hipoteza ta potwierdziła się w całości.

Czwarta hipoteza odnosiła się do relacji postaw personelu medycznego w stosunku do całościowej oceny pomocy i jakości usług medycznych oraz poszczególnych jej elementów. W wyniku przeprowadzonych badań stwierdzono istnienie zależności między postawami personelu a oceną pomocy i jakości usług przez w wieku pacjentów 70 plus. Oznacza to pozytywną weryfikację ostatniej hipotezy oraz że określone postawy personelu medycznego, zgodnie z przyjętą koncepcją postaw, są przez pacjentów dostrzegane i rozpoznawane i znajdują realne przełożenie na zaangażowanie jego przedstawicieli w niesienie pomocy i opieki medycznej pacjentom 70 plus, a także warunkują ocenę jakości pomocy i opieki zdrowotnej.

Podsumowując, uzyskane efekty badań wydają się być nowatorskie. Jak dotąd, w literaturze przedmiotu nie pojawiły się opracowania odnoszące się do istnienia zależności między oceną jakości pomocy i usług medycznych a postawami personelu. Podkreślają one bowiem szczególną rolę postaw personelu medycznego w kontekście całości oceny pomocy i opieki zdrowotnej. Jak wykazały przeprowadzone badania, postawy personelu zdają się kreować wizję całego pobytu w szpitalu i tym samym pośrednio przyczyniać się do uzyskanych efektów leczenia. Szczególne znaczenie odgrywa rola pozytywnych relacji interpersonalnych i wysokiej oceny profesjonalizmu, współwystępujących z pozytywnymi postawami jako elementów inspirujących do podjęcia określonych działań o charakterze aplikacyjnym.

Przeprowadzone badania pozwoliły na sformułowanie wniosków o charakterze aplikacyjnym.

Należą do nich między innymi wskazanie konieczności podjęcia przez szkołę działań związanych z kształtowaniem pozytywnych postaw słuchaczy szkół medycznych wobec osób starych, promowanie dobrych praktyk w postaci wolontariatu, praktyk zawodowych,

organizowanie imprez w domach opieki społecznej oraz zajęć dla słuchaczy/seniorów Uniwersytetu Trzeciego Wieku, opracowywanie i promowanie warsztatów i treningów personelu medycznego zmierzających do poprawy relacji z seniorami wreszcie przeprowadzanie superwizji wśród uczniów i personelu medycznego jak również zwrócenie szczególnej uwagi na relacje interpersonalne pomiędzy pacjentami a personelem medycznym.

Abstract

A natural phenomenon in the perspective of our civilization that can be observed in the last dozen or so years is the constant extension of human life. Regardless of this, people in old age often require and expect both medical help and support in many social aspects related to experiencing the quality of life. This dissertation is a contribution in the area of helping this group of people, which help requires getting to know various factors and conditions that enable taking specific actions to support this group of people.

The direct reason for the author to undertake the implementation of the problem related to the social situation of people aged 70+ was many years of experience in contacts with the elderly as a nurse and during practical classes in hospital wards as a teacher of a profession.

The subject of the considerations presented in the work is the functioning of old people, i.e. those who are in the period of life, which is sometimes called the period of late adulthood. In everyday life, these people encounter specific attitudes, not always favorable and often stereotyped. In the literature on the subject, there are data that show that attitudes, including behavior towards old people, may have an impact on the quality of life of this group of people.

The subject of this study is the attitudes of young people learning medical professions and the attitudes of medical personnel towards the elderly. At the same time, another subject of research is the subjectively perceived quality of medical assistance and services by people aged 70+, in the context of assessing communication with medical personnel, their professionalism and equipping the hospital with medical apparatus and equipment.

The cognitive goal of the work is to systematize knowledge in the field of attitudes towards the elderly, in particular the attitudes of young people learning medical professions, medical personnel, as well as the perception and evaluation of help and health care towards the elderly. The empirical goal of the work is to identify the declared and actual attitudes towards young people studying medical professions and medical personnel towards people aged 70+, in the context of subjective assessment of the quality of services and healthcare by the elderly. Another empirical goal is to identify the factors that, in the opinion of 70 plus patients, contribute the most to a positive assessment of the quality of services and healthcare.

The selection of people for the research was deliberate. 600 people participated in the study, including: 200 patients and 200 employees from four different hospitals in the Lubuskie Voivodeship and 200 students of post-secondary schools.

The research procedure was in the form of a diagnostic survey. During the research, a structured interview was used, specially developed and validated questionnaires allowing (both among students of medical schools and medical staff) to distinguish the declared and real attitudes. In-depth interview questionnaire for students of post-secondary medical schools about their attitudes towards the elderly, Questionnaire for examining attitudes of post-secondary medical school students towards people of senior age and questionnaires In-depth interview questionnaire for medical staff about their attitudes towards old people, Questionnaire for examining attitudes of medical personnel towards elderly patients for examining the quality of medical services and assistance and healthcare Questionnaire for testing the quality of aid and health care in the assessment of patients, Questionnaire on the assessment of health care by patients in the hospital.

Four hypotheses were formulated in the study.

The first hypothesis posed in the study concerned the occurrence of certain declared relationships (containing a cognitive component) and real (containing an emotional-motivational and behavioral component) attitudes of post-secondary medical school students towards the elderly. Therefore, it was assumed that there is a differentiation in the declared (taking into account the cognitive component of attitudes) and real (taking into account the emotional and behavioral components) attitudes of students of vocational medical studies towards old people. This hypothesis was not fully confirmed.

Another hypothesis formulated in the paper concerned the occurrence of specific relations of declared (containing a cognitive component) and real (containing an emotional-behavioral component) attitudes of medical personnel towards the elderly. Representatives of medical personnel participating in the research generally presented positive, declared and real attitudes towards old people. They positively assessed patients 70 plus, regardless of how independent and fit they were. Medical staff representatives treated them with dignity, respect and understanding, trying to make their mutual relations as good as possible. Therefore, it can be said that the representatives of the medical staff created good conditions for mutual cooperation. This hypothesis was also partially confirmed.

The third hypothesis concerned the old people's assessment of the quality of aid and health care services in the context of communication with the patient, professionalism of medical personnel, assessment of the conditions and level of equipment in the health care facility, and positive relations with medical personnel. It was assumed that a positive

assessment of the quality of medical services and medical care is conditioned by the above-mentioned elements. Thus, in line with the adopted assumptions, the assessment of the assistance experienced and the quality of medical services consists of the following elements: assessment of the professionalism of this staff, assessment of equipment, assessment of the conditions of stay and assessment of interpersonal relations. This hypothesis was confirmed in full.

The fourth hypothesis was related to the relationship between the attitudes of medical personnel in relation to the overall assessment of medical assistance and the quality of medical services and its individual elements.

As a result of the conducted research, it was found that there is a correlation between staff attitudes and the assessment of the help and quality of services by patients aged 70+. This means a positive verification of the last hypothesis and that specific attitudes of medical personnel, in accordance with the adopted concept of attitudes, are noticed and recognized by patients and are real translated into the involvement of their representatives in providing help and medical care to patients 70 plus, and determine the quality of assistance and care. health care.

Summing up, the obtained research results seem to be innovative. So far, there have been no studies in the literature on the subject of the relationship between the assessment of the quality of medical aid and services and the attitudes of staff. They emphasize the special role of the attitudes of medical personnel in the context of the overall assessment of aid and health care. As shown by the conducted research, the attitudes of the staff seem to create a vision of the entire stay in the hospital and thus indirectly contribute to the achieved treatment effects. Particular importance is played by the role of positive interpersonal relations and high assessment of professionalism, coexisting with positive attitudes as elements inspiring to take specific actions of an application nature.

The conducted research allowed for the formulation of application conclusions.

These include, inter alia, indicating the need for the school to take actions related to shaping positive attitudes of medical school students towards the elderly, promoting good practices in the form of volunteering, apprenticeships, organizing events in social care homes and classes for students of the University of the Third Age, developing and promoting workshops and training of medical staff aimed at improving relations with seniors, and finally, conducting

supervision among students and medical staff, as well as paying special attention to interpersonal relations between patients and medical staff.

Zakończenie

Prognozy wskazują, że w naszym kraju w najbliższym okresie nastąpi istotne przesunięcie w proporcjach między liczbą osób w wieku 70 plus. Okres po 2025 r. będzie charakteryzował się gwałtownym starzeniem się ludności. Znaczny przyrost nastąpi w najstarszych grupach wieku. Liczba osób w wieku 85 lat i więcej wzrośnie do 2025 r. o 60% i ponad osiągnie pół miliona, a w 2030 r. będzie to prawie 800 tys. (obecnie liczba osób w tym wieku wynosi niespełna 320 tys.). W 2045 r. po raz pierwszy liczba osób powyżej 70 roku życia będzie większa niż osób poniżej 30. roku życia. Z tego względu w ostatnim stuleciu problem ludzi starych staje się przedmiotem obserwacji i dyskusji na wielu płaszczyznach społecznych. Społeczne postrzeganie osób starych jest złożone, zróżnicowane i wielopoziomowe, na co ma wpływ polityka państwa oraz przynależność do danej kultury. Wzrastająca liczba osób starych związana jest ze starzeniem się społeczeństwa na całym świecie. Powoduje to potrzebę wyznaczenia priorytetów oraz określenie właściwych postaw w stosunku do seniorów zarówno na poziomie instytucjonalnym i pozainstytucjonalnym toteż działania edukacyjne i społeczne mają duże znaczenie, w procesie promowania pozytywnych aspektów starzenia się społeczeństwa. Jak wykazały liczne badania i analizy, stosunek społeczeństwa do ludzi starych jest różnorodny i uwarunkowany wieloma czynnikami. Wśród nich bardzo duże znaczenie odgrywa najbliższe środowisko, w którym żyje człowiek stary. Jednocześnie nie bez znaczenia jest sytuacja ekonomiczna oraz sytuacja zdrowotna seniora która sprawia, że nie rzadko stają się oni pacjentami zakładów opieki zdrowotnej. Pomimo, że starzenie się jest procesem naturalnym często dochodzi do osłabienia organizmu, spadku zdolności motorycznych i intelektualnych. Dlatego też bardzo istotną rolę odgrywają niosący pomoc, przygotowujący się do zawodu słuchacze szkół medycznych, pracownicy służby i ochrony zdrowia, których postawy wobec osób starych w dużej mierze zależne są od poziomu współpracy, komunikacji i wzajemnego zrozumienia w relacjach interpersonalnych z pacjentem senioralnym. Zarówno więc w mediach publicznych jak i w prasie należy zwrócić szczególną uwagę na kształtowanie i promowanie pozytywnego i powszechnie akceptowanego obrazu starości. Wzrastające możliwości aktywizacji seniorów kreują nową wizję pozytywnego starzenia się i coraz częściej pozytywne starzenie się kojarzone jest ze zdrowym stylem życia, zaangażowaniem w bliższym i dalszym otoczeniu czy świadomie wybranym spędzaniem wolnego czasu z rodziną, pomimo ewentualnych niedomagań i niepełnosprawności. Niniejsza rozprawa stanowi przyczynek do promowania takiego obrazu.

Praca została napisana w ramach humanistycznego nurtu badań w naukach społecznych, a w szczególności w ramach pedagogiki społecznej, który podkreśla doniosłą rolę człowieka, jako podmiotu kształtującego określone wartości, otoczenie i środowisko. Kształtując środowisko człowieka starego, uwzględniając paradygmat etyczny, zapobiegać można wykluczeniu tej grupy osób, wykazać troskę o wysoką jakość jego życia, niezależnie od wieku i stanu zdrowia.

Autorka żywi nadzieję, że analizowana literatura, przeprowadzone badania i sformułowane wnioski stanowią kolejny krok w osiągnięciu tej podmiotowości.

Bibliografia

1. Adam Hamrol „Zarządzanie jakością z przykładami” PWN Warszawa 2005r. str. 19.
2. Adamczyk M.D. ,(red), (2016), Starość między tradycją a współczesnością, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków.
3. Adelman R.G., Greene M.G., Charon R., Freedman E. (1990), Issues in physiangeriatric patient relationship, w: H. Giles, N. Coupland, J.M. Wiemann (red.), Communication, health Slotterback C.S., Saarino, D.A.(1996), Attitudes toward older adults: Variation based on attitudinal task and attribute categories, *Psychology and Aging*, 11, s. 563-571.
4. Aiken R.L., (1978), *Late Life*, Philadelphia press: Philadelphia, PA.
5. Antonovsky A. *Health, Stress and Coping*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers; 1979.
6. Antonovsky A. *Rozwikłanie tajemnicy zdrowia. Jak radzić sobie ze stresem i nie zachorować?* Warszawa: Wyd. Fund. Instytutu Psychiatrii i Neurologii; 2005. Baltes M.
7. Attitudes Towards the Elderly in Polish Society: Is Knowledge About Old Age and Personal Experiences a Predictor of Ageism? Podhorecka, Marta; Husejko, Jakub; Pyszora, Anna; Woźniewicz, Agnieszka; Kędziora-Kornatowska, Kornelia. *Psychology Research and Behavior Management; Macclesfield Tom 15, (2022): 95-102. DOI:10.2147/PRBM.S34280.*
8. Bai, Xue, (2014), Obrazy starzenia się w społeczeństwie: przegląd literatury. *Journal of Population Aging; Dordrecht tom. 7, Iss., s. 231-253.*
9. Baltes P.B., Reese H.W., Lipsitt L.P. (1980), *Lite-span Developmental Psychology „Annul Review of Psychology” 31, 65-110.*
10. Bandura A., (1997) *Self-efficacy, Toward a unifying theory of behavioral change. Psychological Review. Vol. 84, No. 2, 191-215.*
11. Bank J., (1996), *Zarządzanie przez jakość*, PWE Warszawa.
12. Bartkowiak G., (1988), *Niepełnosprawni w przemysłowych zakładach pracy*, Instytut Wydawniczy Związków Zawodowych, Warszawa.
13. Bartkowiak G., (1988), *Niepełnosprawni w przemysłowych zakładach pracy. Wydawnictwo Związków Zawodowych, Warszawa.*
14. Bartkowiak G., (2000), *Kompetencje interpersonalne w relacji lekarz- pacjent*, w: M. Głowacka (red.), *Promocja zdrowia. Konteksty społeczno-kulturowe*, Wyd. Wolumin, Poznań 2000.
15. Bartkowiak G., (2016), *Zatrudnianie pracowników wiedzy 65 plus. Perspektywa pracowników i organizacji*, Wyd. Adam Marszałek, Toruń.
16. Bartkowiak G., (2016), *Zatrudnianie pracowników wiedzy 65 plus. Perspektywa pracowników i organizacji. Wyd. Adam Marszałek, Uczelnia Vistula 2016, Toruń-Warszawa.*
17. Bartkowiak G., (2021), *Postawy nauczycieli wobec kształcenia dzieci imigrantów w polskich szkołach. Problemy związane z ich edukacją. Uniwersytetu w Białymstoku.*
18. Bartkowiak G., (2000), *Kompetencje interpersonalne w relacji lekarz - pacjent*, w: M. Głowacka (red.), *Promocja zdrowia. Konteksty społeczno-kulturowe*, Wyd. Wolumin Poznań.
19. Bateson J.E.G., (1977). *Do we need service marketing? /w/ Marketing Consumer Services: New Insights, Cambridge , s.778-115.*

20. Bedyńska S., Cypriańska M., (2013), Statystyczny drogowskaz 2. Praktyczne wprowadzenie do analizy wariancji, Szkoła Wyższa Psychologii Społecznej Akademia, Warszawa.
21. Bembnowska M., Ochojska-Joško J. Zarządzanie jakością w ochronie zdrowia (Hygiea Public Health 2015, 50(3): 457-462.
22. Berry L. L., Parasurman A., Zeithaml V. A., (1985), A conceptual model of service quality and its implications for the future research, "Journal of Marketing", vol. 49, s. 41-50.
23. Berry L.L., (1980). Service marketing in different /w/ Business 30, s. 24-29.
24. Bessom R.M., Jackson D.W., Service retailing- a strategic marketing approach /w/ Journal of Retailing, 1975, 8, s. 137- 149.
25. Biernat M.,(2003),Toward a broader view of social stereotyping, "American Psychologist",58, s. 1019-1027.
26. Bigler R.S., Liben L.S. (2007), Developmental intergroup theory: Explaining and reducing children's social stereotyping and prejudice, "Current Directions in Psychological Science" 16, s. 162-166.
27. Błędkowski P., Lokolna polityka społeczna wobec ludzi starych. Warszawa (2002). Szkoła Główna Handlowa, s. 231.
28. Bojar I., Wdowiak I. „Zarządzanie marketingowe w zakładach opieki zdrowotnej Zdrowie Publiczne (2001).
29. Bojar I.,Wdowiak L.,(2001), Zarządzanie marketingowe w zakładach opieki zdrowotnej, „Zdrowie Publiczne”.
30. Brewer M.B., Dull V, Lui L., (1981) Perceptions of the elderly: Stereotypes as prototypes, "Journal of Personality and Social Psychology", 41, s. 656-670.
31. Brewer M.B., Lui L. (1984), Categorization of the elderly by the elderly: Effects of perceiver's category membership, "Personality and Social Psychology Bulletin, 10, s. 585-595.
32. Bromley D.B., (1969). Psychologia starzenia się, PWN Warszawa.
33. Brown B.B., Larson J., (2009) Peer relationships in adolescence, w: R.M. Lerner, L. Steinberg (red.), Handbook of adolescent psychology, (vol.2: Contextual influences on adolescent development, s. 74-103) Hoboken, NJ: Wiley.
34. Bryniewicz W., Balsa M., (2017). Młodzież wobec starości i starzenia. Uniwersytet Szczeciński, s. 203-208.
35. Brzezińska A. I., (2015), Rozpoznanie zasobów dziecka i środowiska rozwoju. Bydgoszcz.
36. Brzezińska A.I., (2005), Psychologiczne portrety człowieka. Praktyczna psychologia rozwojowa, GWP, Gdańsk.
37. Brzezińska A.I., Appelt K., Ziółkowska B., (2016), Psychologia rozwoju człowieka, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Sopot.
38. Brzezińska M., (2000), Społeczna psychologia rozwoju, Scholar Warszawa.
39. Brzezińska M., (2011). Proaktywna starość. Strategia radzenia sobie ze stresem w późnej starości., Difin S.A Warszawa.
40. Bukowska-Pietrzyńska A., (2010), Marketing usług zdrowotnych, Wydanie 3, CeDeWu Sp.zo.o.

41. Buliński L., (red.), (2014), *Zdrowie i choroba. W poszukiwaniu wiedzy i pomocy*, Wydawnictwo Adam Marszałek, Toruń.
42. Buliński L.,(red.), (2015), *Realność złego starzenia się poza polityczną i społeczną powinnością*, Wydawnictwo Adam Marszałek, Toruń.
43. Burt R. S., *Structural Holes: The Social Structure of Competition*, University Press, Harvard 1992.
44. Butrymowicz B., (1997), *Organizacja samopomocy ludzi starszych. Samopomoc jako forma aktywności społecznej osób starszych.*, w: M. Dziegielewska (red.), *Przygotowanie do starości. Materiały Konferencji Gerontologicznej*, Łódź.
45. Cantarero-Prieto, (2018), *CO się dzieje z jakością życia najstarszych osób w krajach Europy Południowej? Podejście empiryczne oparte na danych SHARE. Hiszpania*, s. 1195-1209.
46. Caporeal L.R., Lukaszewski M., Culbertson G., (1983), *Secondary baby talk: Judgments by institutional elderly and their caregivers*, "Journal of Personality and Social Psychology", 44, s. 746-754.
47. Capowski G.,(1994),*Ageism: The New diversity issue*. "Management Review", 83, s. 48-65.
48. *Case Study of the Attitudes and Values of Nursing Students Toward Caring for Older Adults*. Jul 2011.
49. Chabior A., (2017), *Wspomaganie procesu pomyślnego starzenia się u ludzi starych. Między powinnością a profesją*, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków.
50. Chasteen A. L., Schwarz N., Park D.C., (2002), *The activation of aging stereotypes in younger and older adults memory performance*, "Journal of Gerontology: Psychological Sciences", 57B, s. 540-547.
51. Chmielewska-Banaszek D., (2012), *Teorie i idee konstruktywistyczne w psychologii*, "Principia", vol. 56, pp. 43-63 Kraków 2012 Published online November 5, 2012.
52. *Contextual factors influencing talk in Australian residential aged care*. Alternate title: *Australian residential aged care* Scerri, Madalyn Anne; Presbury, Rajka. *Journal of Health Organization and Management; Bradford Tom 35, Nr/wydanie 5, (2021): 643-658. DOI:10.1108/JHOM*.
53. Czekanowski P. (2012) *Společne aspekty starzenia się ludności w Polsce. Perspektywa socjologii starości*, Wyd. Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk.
54. Czerw A., i inni, *Zasady skutecznej komunikacji w placówkach medycznych*. Warszawski Uniwersytet Medyczny (2012), s. 247-253.
55. Czerw A., Religion U., Matuszna A., Lesiak K., Olejnik A., Śniadła D., (2012). *Zasady skutecznej komunikacji w placówkach medycznych*. Warszawski Uniwersytet Medyczny, s. 247-253.
56. Czerw A., Religioni U., Olejniczak D., (2012). *Metody pomiaru oraz oceny jakości świadczonych usług w podmiotach leczniczych*. Warszawski Uniwersytet Medyczny, s. 269-273.
57. Czerw A.,(2010), *Marketing w ochronie zdrowia*, Difin,S.A., Warszawa.
58. Czykier K., (2018), *Starość i ludzie w percepcji młodzieży. Ciągłość i zmiana*. Uniwersytet Białystok, s. 167-184.

59. Demeruti J., Bakker A.B., Geavers M.P., (2015), Job crafting and extra-role behavior: The role of work engagement and flourishing, „Journal of Vocational Behavior”, December, Elsevier.
60. Diener E., (1984), Subjective well-being *Psychologia Bulletin*, 95,3. s. 542-575.
61. Dobska M, Dobski P., (1999), Marketing usług medycznych, Infor, Sp. Z o.o. Warszawa.
62. Dobska M., (2003), TQM - zarządzanie przez jakość w zakładach opieki zdrowotnej, Mars Graf Poznań Doroszewski W. (red.), *Słownik Języka Polskiego*, (1995), Wiedza Powszechna Warszawa.
63. Doroszewski W. (red.), *Słownik Języka Polskiego*, (1995), Wiedza Powszechna Warszawa.
64. Dubas E., Muszyński M., (2016), *Obiektywny i subiektywny wymiar starości*, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź.
65. Duda K., (2012), Proces starzenia się [w:] A. Marchewska, Z. Dąbrowski, J.A. Żołądź (red.), *Fizjologia starzenia się. Profilaktyka rehabilitacyjna*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
66. Duka K., (1985), Adolescent attitudes and beliefs toward aging and the elderly, “*International Journal of Aging Development*” 22, s. 173-187.
67. Dziemidok B., Akselologiczne aspekty starości; czy starość może być piękna, dobra, mądra i szczęśliwa? *Σ Ο Φ Ι Α* 2014, s. 143-163.
68. Dzięgielewska M., (2007), Czy można zapobiegać marginalizacji i dyskryminacji ludzi starszych. *Mysłowice*, s. 100-109.
69. Egeman E.M., (2000), *Restrukturyzacja i kierowanie zatrudnieniem*, Poltext, Warszawa, s. 12-13.
70. Erber J.T. (1989), Young and older adults' appraisal of memory failures in young and older adult target persons, “*Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 44, s. P 170-P 175.
71. Erikson H., (2011), *Dopełniony cykl życia*. Gliwice: Wydawnictwo Helion SA., s. 69-74.
72. Evers, Courtney, MSc, RN; Ploeg, Jenny,, RN; Kaasalainen, Sharon,, RN, (2011). Case study of Attitudes and Values of Nursing Students Toward Caring for older Adult. June, Report Information from ProQuest, data pobrania 12 kwietnia, 2017.
73. Fabiś A., Wawrzyniak J.K., Chabior A., (2015). *Ludzka starość. Wybrane zagadnienia gerontologii społecznej*, Impuls, Kraków.
74. Fabiś A., Wawrzyniak J.K., Chabior A., (2015), *Ludzka starość. Wybrane zagadnienia gerontologii społecznej*, Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków.
75. Finkelstein L. M., Burke M.J., Raju N.S., (1995), Age discrimination in simulated employment context w: An integrative analysis, “*Journal of Applied Psychology*”, 80, 652-663.
76. Fiske S.T., Cuddy, Cuddy A.J.C., Glick P., X J., (2002), A model of (often mixed) stereotype content: Competence and warm respectively from perceived status and competition, ‘*Journal of Personality and Social Psychology*, 82, s. 878-902.
77. Furtak R., (2003), *Marketing partnerski na rynku usług*, PWE, Warszawa.
78. Gałuszka R., i inni, *Zdrowie i jego uwarunkowania, obciążenia i problemy osoby starszej*. Rozdział XI, s. 177-178.

79. Gambetta D., *Trust: Making and Breaking Cooperative Relations*, Basil Blackwell, New York 1988.
80. Geertz C., (1973), *The Interpretation of Culture*, Basic books, London.
81. Gliszczyńska X., (1999), *Psychologiczny model efektywności pracy*, PWN Warszawa.
82. Gniewosz B., Noack P., (2015) Parental Influences on Adolescents Negative Attitudes Toward Immigrants, *Journal of Youth Adolescents*, 44, s. 1787-1802.
83. Goffman E., (1981), *Człowiek w teatrze życia codziennego*, wyd.: Państwowy Instytut Wydawniczy, Warszawa.
84. Goldman R., Goldman G., (1981), How children view old people and aging: a developmental study of children in four countries, "*Australian Journal of Psychology*" ,33, s. 405-418.
85. Gorzkowski S., (1994), *Zarządzanie jakością, Systemy zapewniania jakości w oparciu o normę międzynarodową ISO 9000:9004. Metodyka realizacji w przedsiębiorstwie*, Oficyna Wydawnicza Ośrodka Postępu Organizacyjnego, Bydgoszcz.
86. Greene M. G., Adelman R. Charon R., Hoffman S., (1986), Ageism in the medial encounter: An explanatory study of the doctor-elderly relationship, "*Language and Communication*",6, s. 113-124.
87. Gronroos C., *Service management and marketing. A customer relationship management approach*. John Wiley & Sons, "Chichester" 2001:67.
88. Grusec J.E., (2011), Socialization processes in the family: social and emotional development, "*Annual Review of Psychology*", 62 s. 243-269.
89. Guilford P., (1964), *Podstawowe metody statystyczne w psychologii i pedagogice*, tłum J. Wojtyniak, Wyd. PWN, Warszawa.
90. Gutzwiller F., (1997), *Popieranie jakości w szwajcarskiej opiece zdrowotnej*, "Antidotum" nr 3.
91. Halicka M., (2014), *Zakłócenia relacji międzypokoleniowej w rodzinie na przykładzie studium wielokrotnego przypadku*, Wyd. Uniwersytetu w Białymstoku.
92. Halicka M., Halicki J., (2010). *Przemoc wobec ludzi starych*, Wyd. Uniwersytetu Białostockiego, Białystok.
93. Halicka M., Halicki J., Kramkowska E.(red.), (2016), *Starość poznać, przeżyć, zrozumieć*, Wydawnictwo Uniwersyteckie, Białystok.
94. Halicka M., *Ludzie starzy jako ofiary przemocy*. Uniwersytet Białystok, 2009.
95. Halicka M., Pędlich W., (1993), Environmental conditioning of pathological behavior in old age.- "*Rocznik. Akad. Med. Białystok*", t. 38, nr 2, s. 134-145.
96. Halicka M., Halicki J., (2003), *Integracja społeczna i aktywność ludzi starszych*, [w:] B.Synak (red.), *Polska Starość*, Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk, s. 78.
97. Halicki J., (2000), *Edukacja seniorów w aspekcie teorii kompetencyjnej. Studium historyczno - porównawcze*, Trans Humanl, Białystok.
98. Halicki J., (2009), *Edukacja w starości jako działanie poprawiające jakość życia seniorów*, „Chowanna” 2, s. 203-212.
99. Halicki J., *Zaspokajanie potrzeb edukacyjnych jako czynnik aktywnego starzenia się*. Uniwersytet Białystok 2016, s. 142-149.
100. Hamrol A., (1995), *Zarządzanie jakością - teoria i praktyka*, PWE, Warszawa.

101. Hamrol A., (2005), Zarządzanie jakością z przykładami, Wydawnictwo Naukowe PWN SA, Warszawa.
102. Heckhausen J., Dixon R.A., Bales P.B., (1989), Gains and losses in development Throughout adulthood as perceived by different adult age groups, "Developmental Psychology, 25, s. 109-121.
103. Heider F., (2016), Teorie i błędy atrybucji. Kielce : Wydawnictwo Charaktery, s. 97-108.
104. Hess T., (2006), Attitudes toward Aging and Their Effects on Behavior, w: Birren J.F., Schaie K.W., Abeles P.R., Gatz M., Salthouse T.A., (red.), (2006), Psychology of Aging Academic Press, London, s. 379-406.
105. Homans C. G. (1981), Teoria wymiany społecznej George'a Homansa. RUCH PRAWNICZY, EKONOMICZNA I SOCJOLOGICZNY Rok XLIII — zeszyt 2 — 1981, s. 187-188.
106. Hummer M.I., Ryan E.B., (1996), Toward understanding variations in patronizing talk addressed to older adult; psycholinguistic features of care and control, "International Journal of Psycholinguistics, 12, s. 149-170.
107. Hummert M.L., (1999), A social cognitive perspective on age stereotypes, w: M. Hess, F. Blanshard-Fields (red.), Social cognition and aging, San Diego: Academic Press, s. 175-196.
108. Hummert M.L., Garstka T.A., O'Brien L.T., Greenwald A.G., Mellot D.S., (2002), Using the implicit association test to measure age differences in implicit social cognitions, "Psychology and Aging" 12, s. 107-114.
109. Jankowska A.J., (2013), Bariery w budowaniu relacji lekarza z pacjentem, w: A. Steciwko, J. Barański (red.). Relacja lekarz - pacjent. Zrozumienie i współpraca, Wyd. Urban i Partnerzy, Wrocław, s. 85-93.
110. Kaker Diana Jelec; Ovsenik, Marija Zupancic, Józef. Postawy studentów Gerontologii Społecznej i Fizjoterapii wobec osób starszych. Organizacja; Kranj Cz. 49, Iss. 1 (2016): 55-69.
111. Kamiński A., (1982), Funkcje pedagogiki społecznej: praca socjalna i kulturalna, PWN Warszawa.
112. Kane N.M., (1993), Factor Affecting social work student's willingness to work with elders with Alzheimer's disease, "Journal of Social Work and Education", 35 s. 71.
113. Kanios A., Opinie młodzieży studenckiej na temat zagrożeń w życiu społecznym osób starych – Lublin 2019, s. 250-254.
114. Kanter R. M., Men and Women of the Corporation, Basic Books, New York 1977.
115. Kautsch M. Zarządzanie w opiece zdrowotnej. Nowe Wyzwania. Wolters Kluwer, Warszawa 2010: 324-325.
116. Kawula S., (2009), Pedagogika społeczna dokonania - aktualności-perspektywy, Adam Marszałek Toruń.
117. Kawula S., (2009a), Starość i starzenie się jako problem indywidualny i społeczny, Adam Marszałek Toruń.
118. Kazura R., Cichá M., Brukwicka I., Kopański Z., Marczevska S., Kurowski A., (2011), Ocena jakości świadczeń zdrowotnych z punktu widzenia pacjenta. JOURNAL OF PUBLIC HEALTH, NURSING AND MEDICAL RESCUE.

119. Kemicer-Chmielewska E., Rotter I., Kotwas A., Koziarska D., Karakiewicz B., (2013). Ocena jakości usług medycznych przez pacjentów z uwzględnieniem wybranych zmiennych socjodemograficznych. *Pomorska Akademia Medyczna w Szczecinie*, s. 143-146.
120. Kielar- Turska M.,(red.), (2016), *Starość. Jak ją widzi psychologia*, Wydawnictwo WAM, Kraków.
121. King B.J.,Roberts, T.J. Bowers B.J., Fann R.N., (2014),Nursing students' knowledge and attitudes toward caring for older adults. Oct.2014, *Gerontol Geriatr Educ.* 2013; 34(3): 272–291.
122. Kite M.E.,Johnson B.T., (1988), Attitudes toward older and younger adults:A meta-analysis, *‘Psychology and Aging*, 3, 233-244.
123. Klonowicz S., (1986), *Starzenie się ludności*, w: *Encyklopedia seniora*, Wiedza Powszechna Warszawa.
124. Kocemba J., (2000), *Biologiczne wyznaczniki starości*, w: Panek A., Szarota Z., (red.), *Zrozumieć starość*, Oficyna Wydawnicza Kraków.
125. Kołodziej W., (2006), *Stereotypy dotyczące starzenia się i ludzi w podeszłym wieku*. Wydawnictwo KUL, Lublin.
126. Konarzewski K.,(2000), *Jak uprawiać badania oświatowe. Metodologia Praktyczna*, Wydawnictwo Pedagogiczne i Szkolne, Warszawa.
127. Konieczna E., (2016), *Seniorzy i film*, Publikacja dofinansowana przez Uniwersytet Śląski w Katowicach Wydawnictwo Adam Marszałek Toruń.
128. Kościńska E., (2016), *Zachowania ryzykowne seniorów, uwarunkowania, profilaktyka*, Wydawnictwo Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego, Bydgoszcz.
129. Kotarbiński T., (1956), *Sprawność i błąd (Z myślą o dobrej robocie)*, PZWS Warszawa.
130. Kotarbiński T., (1968), *Hasło dobrej roboty*, Wiedza Powszechna Warszawa.
131. Kotler P., (1994), *Marketing, analiza, planowanie, wdrażanie i kontrola*, Gebethner i s-ka s. 49.
132. Kowalczyk M., (2010), *Badania wyjaśniające. Badania weryfikacyjne*,w: *Podstawy metodologii badań w pedagogice*, S. Palka,(red.) GWP Gdańsk.
133. Kowalczyk-Wałędziak M., (2012), *Poczucie sprawstwa społecznego pedagogów. Studium teoretyczno-empiryczne*, Oficyna Wyd. Impuls-Wydział Pedagogiki i Psychologii Uniwersytetu w Białymstoku.
134. Kowalewska K., (2018), *Postrzeganie starości i osób starszych w rodzinie przez dorastającą młodzież w środowisku wiejskim. Wychowanie w rodzinie t. XVIII (2/2018)*, s. 277-305).
135. Kowalik, S., (1993), *Psychologiczne wymiary jakości życia*, w: *Myśl psychologiczna w Polsce Odrodzonej* red. R. Derbis, A. Bańka (red.), Instytut Psychologii UAM Poznań
136. Koźmiński A.K., Piotrowski W.,(red), (1995), *Zarządzanie. Teoria i praktyka*, PWE Warszawa.
137. Kożusznik B., (2001), *Człowiek i jego zachowania w organizacji*. Warszawa. Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne.
138. Krakowiak J., Fronczak A., (2012). *Wpływ zarządzania na jakość usług medycznych w ochronie zdrowia*. Łódź 2012, s. 5-21.

139. Krzyśko M., (2000), Wielowymiarowa analiza statystyczna. Wydawnictwo Naukowe UAM, Poznań.
140. Kunecka D., Kamińska M., Karakiewicz B. Analiza czynników wpływających na zadowolenie z wykonywanej pracy w grupie zawodowej pielęgniarek. Badania wstępne. *Probl Pielęgn* 2007, 2-3(15): 192-196.
141. Kunecka D.,(2010), Satysfakcja pacjenta a jakość usług medycznych, Zakład Zdrowia Publicznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, PAM Szczecin.
142. Kwong See S.T., Hoffman H.G., Wood T.L. (2001), Perception of old female eyewitness: Is it older eyewitness believable? *Psychology and Aging*, 16,3 46-350.
143. Kwong See S.T.,Heller R.B., (2004), Judging older targets' discourse: How do age stereotypes influence evaluation?," *Experimental Aging Research*, 30, s. 63-73.
144. Kwong See S.T.,Heller R.B., (2004), Judging older targets' discourse: How do age stereotypes influence evaluation?," *Experimental Aging Research*, 30, s. 63-73.
145. LaLonde M., (1974), A New Perspective on the Health of Cnadians, Government of Canada, Ottawa.
146. Lasota Ł., Satysfakcje z życia emerytów w Polsce i Niemczech. W:S: Studen, Marczuk M. (red); *Starzenie się, a satysfakcje życia*. Lublin 2006, KUL.
147. Lassen A.J., Moreira T., (2014),Unmaking old age: Political and cognitive formats of active ageing. *Journal of Aging Studies*, 30.
148. Lawton P.M., (1997). Measures of quality of life and subjective well heing. *Gnerations* vol.21, nr 1, s. 45-50.
149. Lech- Sobczak A., (2000), *Teorie starzenia się*, (w:) Lech- Sobczak A., Bilikiewicz A., (red.) *Leki wpływające na czynności mózgu*, Wydawnictwo Medyczne MAKmed, Gdańsk, wydanie drugie.
150. Lewicka M., Grzelak J., (2001), *Jednostka i społeczeństwo*. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
151. Lisiecka – Biełanowicz M., (1999), Jakość usług zdrowotnych determinantą sprawnego systemu ochrony zdrowia, *Problemy jakości* nr 12.
152. Lock D. *Podręcznik zarządzania jakością* Warszawa 2002r.
153. Lou, Lu, (2012), Postawy wobec starzenia się i zamiary osób starszych, aby kontynuować pracę: badanie tajwańskie. *Career Development International*; Bradford Cz. 17, Iss. 1, s. 83-98.
154. Łacheta B., (2014), *Zrozumienie starości*. Kraków, s. 266.
155. Łańcucki J.,(2000), Czynniki wpływające na jakość usług profesjonalnych. W: *Marketing usług profesjonalnych*. Materiały drugiej konferencji „Jakość usług profesjonalnych”. Red. K. Rogoziński. AE, Poznań 2000:29.
156. Łobocki M., (2006), *Metody i techniki badań pedagogicznych*, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków.
157. Maćkiewicz J., (2016), *Osoby starsze jako ofiary przemocy*, Wyd. Impuls Kraków.
158. Małecka B., (1985), *Elementy gerontologii dla pedagogów*. Uniwersytet Gdański.
159. Marchewka A., Dąbrowski Z., Żołądź J.A. (red.), (2012), *Fizjologia starzenia się. Profilaktyka i rehabilitacja*, PWN Warszawa.

160. Maroda M., (1976), Sens teoretyczny a sens empiryczny pojęcia postawy: analiza metodologiczna zasad doboru wskaźników w badaniach nad postawami. Wydawnictwo Naukowe PWN Warszawa.
161. Maxwell RJ. Quality assessment in health. *Br Med J* 1984, 288: 1470-147.
162. Mazurkiewicz E.A., (1983), Sprawność działania socjalnego w pedagogice społecznej Heleny Radlińskiej, Seria: Monografie pedagogiczne Zakład Narodowy im. Ossolińskich Wrocław – Łódź.
163. Mądrzycki T., (1977), Psychologiczne prawidłowości kształtowania się postaw, Wyd. Pedagogiczne i Szkolne, Warszawa.
164. McCann, R. Giles H., (2002), Ageism in workplace; A communication perspective, w: w: nelson (red.) Ageism: Stereotyping and prejudice against older persons, Cambridge, MA.:MIT Press, s: 163-199.
165. Meller D. i inni, Komunikacja interpersonalna w zakładach opieki zdrowotnej. *Zarządzanie i finance Journal of Management and Finance* Vol. 12, No. 2/2012, s. 134.
166. Meller D., Milik A., (2014). Komunikacja interpersonalna w zakładach opieki zdrowotnej. *Zarządzanie i Finanse Journal of Management and Finance*. Uniwersytet Gdański, s. 133-144.
167. Michalak J., Obiektywne i subiektywne mierniki jakości opieki zdrowotnej. *Problemy zarządzania* 9/3. Uniwersytet Warszawski, s. 126-139.
168. Mika S., (1984), Psychologia społeczna, PWN Warszawa.
169. Mikołajczak Z.,(1998), Techniki organizatorskie w rozwiązywaniu problemów zarządzania, Wydawnictwo Naukowe PWN Warszawa, s. 5.
170. Miłkowska G., (2014), Analiza postaw społecznych wobec ludzi starszych na podstawie opinii studentów. *Prace naukowe Akademii im. Jana Długosza w Częstochowie, Rocznik Polsko-Ukraiński 2014, t. XVI, s. 177–192.*
171. Miłkowska G., Analiza postaw społecznych wobec ludzi starszych na podstawie opinii studentów. *Częstochowa (2014), t. XVI, s. 177-184.*
172. Miś L., Ery i fazy rozwoju w życiu człowieka dorosłego w ujęciu Daniela J. Levinsona. *Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego (2000), s. 45-60.*
173. Moczydłowska A., Krajewska-Kula E., Kózka M., Bielski K., (2014). Oczekiwania chorych wobec personelu lekarskiego. *Uniwersytet Jagielloński w Krakowie, s. 142-151.*
174. Molesztak A., (2017), Obraz osób starszych w opinii młodzieży, s. 63-78.
175. Mudie P. Cottam A. *Usługi w zarządzaniu i marketing*” PN Warszawa 1998r.
176. Mudie P., Cottam A., (1998), *Usługi, zarządzaniu I marketing*. PN Warszawa.
177. Mularska M., (2016), *Jesień życia.... Przewodnik po późnej starości*, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego Łódź.
178. Murkowski M., Nowacki W., Koronkiewicz A., (1996), *Zastosowanie standardów w programach akredytacji szpitali*, COiEOZ Zakład Szpitalnictwa Warszawa.
179. Musiał D., (2007), *Kształtowanie się tożsamości w adolescencji*. Katolicki Uniwersytet Lubelski, s. 73-92.
180. Mykowska A., (2002). *Satysfakcja pacjenta a jakość obsługi medycznej*. *Zdrowie Publiczne i Zarządzanie*. Uniwersytet Jagielloński w Krakowie, s. 69–73.

181. Niewiedział D., (2006), Poczucie jakości życia ludzi starych mieszkających w domach pomocy społecznych w: Nowicka A. (red) Wybrane problemy ludzi starszych, Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków.
182. Nowak S., (2007), Metodologia badań społecznych, PWN Warszawa.
183. Nowicka A., (red.), (2006), Wybrane problem osób starszych, Impuls Oficyna Wydawnicza Kraków.
184. O'Hanlon A.M., Camp C.J., Osofsky H.J., (1993), Knowledge of and attitudes toward aging in young middle aged and older college students, "Educational Gerontology", 19, s. 753-766.
185. Olszewski H., (2003), Starość i witaukt psychologiczny: atrybucja rozwoju. Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego Gdańsk.
186. Opolski K., Dykowska G., Możdżonek M., (2003). Zarządzanie przez jakość w usługach zdrowotnych. Teoria i Praktyka, CedeWu, Warszawa, s. 32-33.
187. Opolski K., Szczemborska E., (1997), Sfery zarządzania jakością w służbie zdrowia, Antidotum nr 9.
188. Palmor E.B., (1998), The Facts on Agism Quiz, New York, Springer.
189. Panek A., Szarota Z., (2000), Zrozumieć starość, Oficyna Wydawnicza TEXT Kraków.
190. Parasuraman A., Zeithmal V.A., Berry L.L., A conceptual model of service quality and its implications for future research, /w/ Jurnal of Marketing, 1985,49, s.41- 50.
191. Parasuraman A., Zheitmal V.A., Berry L.L., (1998) *SERVQUAL*: a mul ple- item scale for measuring consumer perceptions of service quality. J Retailing.; 64(1):12-40.
192. Paspathi M., Lockenhoff C.E. (2002), Ageist behavior, w: T.D. Nelson (red.), Ageism: Stereotyping and prejudice against older person, Cambrige MA: MIT Press, s. 201-246.
193. Perdue CW, Gurtman M. B. (1990), Evidence for the automaticity of ageism, „Journal of Experimental Social Psychology”, 26:199–216.
194. Pędich W., (1996), Ludzie starzy, CRSS Warszawa.
195. Pichalski R., (2016), Psychospołeczne uwarunkowania funkcjonowania osób w podeszłym wieku, Wydawnictwo Adam Marszałek, Toruń.
196. Piкуła N., (2011), Gerontologia dla pracowników socjalnych. Etos starości w aspekcie społecznym, Borgis, Kraków.
197. Piкуła N.G., (2015), Poczucie sensu życia osób starszych. Inspiracje do edukacji starości, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków.
198. Pilch T., (2010), Strategia badań ilościowych (w:) Podstawy metodologii badań w pedagogice, (red.) S. Palka, GWP Gdańsk, s. 63, 74.
199. Pilch T., Bauman, T., (2001), Zasady badań pedagogicznych. Strategie ilościowe i jakościowe, Wyd. Żak, Warszawa.
200. Piłejko K., (1976), Prakseologia- nauka o sprawnym działaniu, PWN Warszawa
201. Piotrowski J., (1973), Miejsce człowieka starego w rodzinie i społeczeństwie, PWN Warszawa.
202. Początek M., (2008), Podstawy gerontologii i geriatryi. Przewodnik dydaktyczny dla studentów, Wydanie II poprawione i uaktualnione, Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa Piła.

203. Promoting Supervisory Practice Change in Public Child Welfare Crystal Collins-Camargo and Kenneth Millar Child Welfare Vol. 91, No. 1 (2012), pp. 101-124 (24 pages). Published By: Child Welfare League of America.
204. Pszczołowski T., (1967), Zasady sprawnego działania, Wiedza Powszechna Warszawa.
205. Pszczołowski T., (1982), Dylematy sprawnego działania, Wiedza Powszechna Warszawa.
206. Rabiej M., (2012), Statystyka z programem Statistica. Helion, Gliwice.
207. Radecki S., E., Kane P.L., Solomon D.H., Mendenhall R.C., (1988), Do physicians spend less time with older patients? "Journal of American Geriatrics Society":16, s. 713-718.
208. Radlińska H., (1933/34), Planowanie pracy wychowawczej na tle środowiska, „Ruch Pedagogiczny” nr 6.
209. Radlińska H., (1935), Rola badań społeczno-pedagogicznych w planowaniu życia społecznego, Nasza Księgarnia Warszawa.
210. Radlińska H., (1951), Egzamin z pedagogiki społecznej: Przegląd treści wykładów Łódź.
211. Radlińska H., (1961), Pedagogika społeczna, Zakład Narodowy im. Ossolińskich Wrocław- Warszawa-Kraków.
212. Reese H.W., (1995), Alltagskompetenz im Alter [w:] Entwicklungspsychologie der Lebensspanne: Theoretische Leitsätze "Psychologische Rundschau, " 41, 1 – 24.
213. Releasing the resource., (1996), Report of volunteer development cotlands fifty plus volunteering project 1993- 1995, Publ. by Volunteer Development Scotland.
214. Rembowski J., (1986), Dorosły, w: Wojciechowski K. (red.), Encyklopedia kultury i oświaty dorosłych, Zakład Narodowy im Ossolińskich Wrocław.
215. Roberto, K A; Blieszner, Rosemary; Allen, Katherine R. (2006), Theorizing in Family "Gerontology: New Opportunities for Reserch and Practice" Dec.
216. Rogoziński K., (2000). Nowy marketing usług. Akademia Ekonomiczna w Poznaniu, s. 114.
217. Ron P., (2007), Elderly people's attitudes and perceptions of aging and old age: The role of cognitive dissonance?," International Journal of Geriatric Psychiatry", 22, s. 656-662.
218. Rosencrantz H., McNewin T.A., (1969), Factor analysis of attitudes toward the aged, "Gerontologist 9(1), s. 55-59.
219. Roser, Ritchie, Ortiz-Ospina, (2013), World Population Growth.
220. Rotter J.B., (1966), Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement, „Psychological Monographs: general and Applied”,80, s. 1-28.
221. Rotter J.B., (2003), Czy jesteś kowalem swojego losu, w: R.R. Hock (red.), 40 prac badawczych, które zmieniły oblicze psychologii, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk, s. 235-243.
222. Rowe J.W., Kahn R.L, (1997), Successful aging "Gerontologist" nr 37.
223. Rubin K.H., Brown I., (1975), A life span look at person perception and its relationship to communicative interaction, "Journal of Gerontology, 30, 2.461-468.
224. Rudawska I., (2004). Kształtowanie zaangażowania w relacjach usługowych. Marketing i rynek. Uniwersytet Szczeciński, s. 3-19.

225. Ryan R.M., Deci E. L., (2000), On happiness and human potential: A review of research on hedonic and eudaimonic well-being, "Annual Review of Psychology" 52, p.141-146.
226. Ryff C.D., (1989), Happiness is Everything, or Is It? Explorations on the Hearing of Psychological Well-being, "Journal Personality and Socjal Psychology" 6, s1069- 1081
227. Rynkowska D., (2015), Problemy wieku senioralnego w kontekście psychospołecznym, Nowã sociãlna edukãcia človeka IV, s. 207.
228. Schaie K.W., (2005), Developmental influences on adult intelligence: The Seattle Longitudinal.
229. Schön D. A. (1987) Educating the Reflective Practitioner, London: Jossey Bass.
230. Schwarzer R., Leppin A., (1989), Social Support and Health. A. Meta- Analysis, "Psychology and Health", nr 3.
231. Share L.M., Wayne S.J., (1993), Commitment and employee behavior: Comparision of affective and continuance commitment with perceived organizational support, "Journal of Applied Psychology,78, s. 774-780.
232. Slotterback C.S., Saarino, D.A., (1996), Attitudes toward older adults: Variation based on attitudinal task and attribute categories, Psychology and Aging, 11, s. 563-571.
233. Slotterback C.S., Saarino, D.A., (1996), Attitudes toward older adults: Variation based on attitudinal task and attribute categories, Psychology and Aging, 11, s. 563-571.
234. Słownik Języka Polskiego pod red. Doroszewskiego, PWN Warszawa 1995r. str. 342.
235. Słownik Języka Polskiego pod red. Skorupka S., Anderska H., PWN Warszawa 1974r. s. 429 i s. 609.
236. Smoleń M.,(2002). Zarządzanie finansami, logistyka I marketing w samodzielnych publicznych zakładach opieki zdrowotnej, BZPPOZ, Łódź s.41- 52.
237. Solinger H., (1996), Polityka społeczna dla ludzi starszych I z ludźmi starszymi.- Gerontologia Polska t.4, nr 3, s. 42-46.
238. Stanisz A., (2016), Modele regresji logistycznej. Zastosowania w medycynie, naukach przyrodniczych i społecznych. Kraków.
239. Starzenie się społeczeństwa wyzwanie dla rynku pracy, aktywacja pracy 50+. Główny Urząd Statystyczny.
240. Stasiuk K., Maison M., (2014), Psychologia konsumenta, PWN Warszawa.
241. Steciwko A., Barański J., (2013), Relacja lekarz-pacjent. Jankowska K.A., Bariery w budowaniu relacji lekarz z pacjentem, Elsevier Urban & Partner, Wrocław, s. 85-93.
242. Stell A., (2014), Uczniowie wobec starych. SCMS Journal of Indiana Menagment, Kochi Cz., 11, Iss 2, s. 14-20.
243. Stell A., (2014), Uczniowie wobec starych: Absolwenci w grupach. SCMS Journal of Indian Management; Kochi Cz. 11, Iss. 2, s. 14-20.
244. Steuden S., (2012), Psychologia starzenia się i starości, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
245. Steuden S., Marczuk M., (2006), Starzenie się a satysfakcja z życia, Wydawnictwo KUL Księgarnia internetowa.
246. Steuden, S., (2009), Szczęśliwi po pięćdziesiątce, WaiP Warszawa.

247. Straś-Romanowska M., (1992), *Los człowieka jako problem psychologiczny. Podstawy teoretyczne*, Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego Wrocław.
248. Straś-Romanowska M., (1995), *Implikacje do teorii rozwoju osobowości pochodzące z założeń antropologii filozoficznej. Wprowadzenie do teorii osobowości człowieka dorosłego* [w:] J. Trempała (red.) *Rozwijający się człowiek w zmieniającym się świecie*, Wyd. Naukowe WSP.
249. Straś-Romanowska M., (2000), *Paradoksy rozwoju człowieka w drugiej połowie życia a psychoprofilaktyka starości*, Wydawnictwo Uczelniane WSP, Bydgoszcz.
250. Straś-Romanowska M., (2014), *Sytuacja psychologiczna osoby starszej we współczesnej rodzinie*, *Studia Salvatoriana Polonica t.8*, MHP Warszawa s. 113.
251. Straś-Romanowska M., Frąckowiak T., (2008), *Potoczne przekonania na temat starzenia się w świetle badań psychologicznych*, Wyd. Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław.
252. Study, New York, Oxford University Press.
253. Suchodolski B., (1973), *Stosowanie nauk społecznych w praktyce*, w: Kubin A., Podgórecki A. (red.), *Stosowanie nauk społecznych w praktyce*, Zakład Narodowy im. Ossolińskich Wrocław.
254. Suikkala, Arja, Kivela, Eeva: Kayhko, Pirjo. *Collaborative learning in gerontological clinical setting: The students' perspective*. Mar. 2016.
255. Susłowska M., (1989), *Psychologia starzenia się i starość*, PWN Warszawa.
256. Syrek E., (2000), *Zdrowie w aspekcie pedagogiki społecznej*, Skrypt Uniwersytetu Śląskiego nr 564, Wyd. Uniwersytetu Śląskiego Katowice.
257. Szarfenberg R., Żołędowski C., Theiss M., (2010), *Ubóstwo i wykluczenie społeczne perspektywa poznawcza*, Dom Wydawniczy Elipsa Warszawa.
258. Szarota Z., (2004), *Gerontologia społeczna i oświatowa. Zarys problematyki*, Wydawnictwo Naukowe UP Kraków.
259. Szarota Z., (2004), *Gerontologia społeczna i oświatowa. Zarys problematyki*, Wydawnictwo Naukowe UP Kraków, s. 67.
260. Szarota, Z., (1998), *Wielofunkcyjna działalność domów pomocy społecznej dla osób starszych*, Wydawnictwo Naukowe WSP Kraków.
261. Szatur-Jaworska B., (1992), *Modele polityki społecznej wobec starości*. – w: J. Danecki, B. Rysz-Kowalczyk (red.), *Kwestie społeczne i krytyczne sytuacje życiowe u progu lat dziewięćdziesiątych*.- OBS, Warszawa, s. 203-213.
262. Szatur-Jaworska B., Błędowski P., Dzięgielewska M., (2006), *Podstawy gerontologii społecznej*, Oficyna Wydawnicza ASPRA-JA Warszawa.
263. Szewczuk W., (1979), *Psychologia człowieka dorosłego*, Wydawnictwo Pedagogiczne, Warszawa.
264. Szmatka J., Kempny M., (red.), (1992), *Współczesne teorie wymiany społecznej*, Wyd. I, PWN, Warszawa.
265. Szukalski P., (2009), *Starzenie się ludności- wyzywanie XXI wieku*. Instytut Spraw Publicznych Warszawa.
266. Taylor G., Harris M., (2020), *Statystyka medyczna jasno i zrozumiale*. Makmed, Lublin.

267. Timm C., Rademacher U., Kruse L., (1998), Age stereotypes and patronizing messages: Features of age-adapted speech in technical instructions to the elderly, "Journal of Applied Communication Research 26, s. 66-88.
268. Timmermann S., (1985), Liflong learning for self sufficiency. A theme and strategy for the 1980 s. "convergence Vol. 18 s.28-37.
269. Tobiasz – Adamczyk B., Czynniki warunkujące jakość życia osób w starszym wieku: Materiały z konferencji; "Polityka społeczna wobec starości", Kraków 2000.
270. Trafiałek E., (2006), Starzenie się i starość. Wybór tekstów z gerontologii społecznej. Wszechnica Świętokrzyska Kielce.
271. Trafiałek E., (2011) s. 29. Profilaktyka wykluczenia społecznego ludzi starszych [w:] Matyjas, B., Gościniwicz, M. (red.) Człowiek stary w rodzinie – o trudnym problemie przemocy wobec starszych. Jedność Kielce.
272. Understanding Silicon Valley: The Anatomy of an Entrepreneurial Region, red. M. Kenney, Stanford University Press, Chicago 2000.
273. Ustawa o działalności leczniczej. Dz U. 15.04.2011. Dz U. 2011 nr 112 poz 654.
274. Ustawa z dnia 23 stycznia 2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia, Dz.U. z 2003 r. Nr 45, poz. 391.
275. Vasta Ross, Haith Marshall M., Miller Scott A. Psychologia dziecka. Warszawa 2004.
276. Veenhoven R., (2000). The four qualities of life. Ordering concepts and measures of good life. Journal of Happiness Studies, vol.1, s. 1-39.
277. Wizerunek starości i autorytet osób starych w opinii młodzieży z uwzględnieniem czynników socjodemograficznych. Studenckie Koło Naukowe Pielęgniarek w Sanoku 2018.
278. Wnuk-Olenicz M.,(red.), (2015), Problemy i szanse rozwoju osób starszych w społeczeństwie polskim, Wydawnictwo Adam Marszałek, Toruń.
279. Wojciszke B.,(2011), Psychologia społeczna, Wyd. Naukowe Scholar, Warszawa.
280. Wolniak R.,(2010), Współczesne zarządzanie Nr 2, Kwartalnik Środowisk Naukowych i Liderów Biznesu Kraków.
281. Worach- Kardas H., (2016), Jakość życia i sens życia fазie starości w: M. Halicka., J. Halicki., E. Kramkowska (red.), Starość, poznać przeżyć, zrozumieć, Wydawnictwo Uniwersytetu w Białymstoku, Białystok.
282. Worach-Kardas H., (2016), Jakość życia i sens życia fазie starości. Wydawnictwo Uniwersytetu w Białymstoku.
283. Zając L., Psychologiczna sytuacja człowieka starszego oraz jej determinanty. W: Obuchowski K., (red). Starość i osobowość. Wydawnictwo Akademii Bydgoskiej. Bydgoszcz 2002, s. 53-112.
284. Zarządzania jakością w usługach publicznych Wydawnictwo CeDeWy Sp.zo.o. str. 13 Warszawa wyd. I 2004r.
285. Zeithaml V., Parasuraman A., Berry L.L., (1990), Delivering service quality: balancing customers perceptions and expectations: New York: The Free Press.
286. Zeithmal V.A., Parasuraman A., Berry L.L., Delivering Quality Service: Balancing Customer Perceptions and Expectations, Free Press, New York 1985, s.46.

Źródła internetowe

1. <http://www.aleksandrahulewska.pl/images/content/materialy-dla-studentow/Rozwoj%20psychiczny%20jako%20proces%20realizacji%20zadan%20zyciowych.pdf>
2. https://pl.wikipedia.org/wiki/Nurt_dionizyjski Dostęp: 29.09.2017 godzina 9.40
<http://gabinetzdrowia.net.pl/definicja-zdrowia-i-jakosci-zycia-wg-who.php> Dostęp: 29.09.2017 godzina 9.50
3. Mandville-Anstey, Sue A, Ward, P; Grainger P., Foley,V. (2014),Nursing studens' knowledge and attitudes toward caring for older adults. Oct.2014, Report Information from ProQuest, data pobrania:12 kwiecień, 2017
4. Iecovich E.,Rabin B.,Penclak M.,(2014),Hospital Policies and Nurses' Attitudes in Israel towards Paid Carers' Tasks during Patient Hospitalization, June, Information from ProQuest, data pobrania 12 kwiecień, 2017
5. pl.staro.wikia.com/wiki/koncepcje_Daniela_Levisona?action=edit data wejścia: 22.09.2017r., godz. 9.50
6. Stiglitz J.E., Sen,A.,Fitoussi, J.P.(red), (2009). Rapport by the commission on the measurement of economic performance and social progress. Paris: Commission on the MEASUREMENT OF economic PERFORMANCE AND social PROGRESS. <http://Stiglitz-scnfitoussi.fr/en/index.htm>.Dostęp:19.12.2014
7. WHO, (2002).Active ageing: A policy framework. Geneva: World Health Organization.:<http://www.who.int/ageing/publications/active/en/>.Dostęp:19.12.2014.
8. Zadania rozwojowe w życiu wg R.J. Havighurst'a pedagogika/studia strona internetowa: sciaga.pl/tekst/49890-50-zadania_rozwojowe_w_ciagu_zycia_wg_havighurst_a data wejścia: 22.09.2017r., godz. 9.55
9. Psychologia w lżejszym wydaniu, nurty, koncepcje badania: eguilibrio.blog.com.pl/tag/rozwój-w-dorosłość/ data wejścia: 22.09.2017r., godz.10.00

A n e k s

Aneks 1. Tabela dotycząca charakterystyki badanej grupy – pacjenci

Tabela 1. Charakterystyka badanej grupy – pacjenci

Zmienna	Grupa zawodowa	Ogółem (N=200)
Wiek	N	200
	Średnia (SD)	58,99 (14,22)
	Mediana (IQR)	65 (50 - 68)
	Zakres	23 - 84
Płeć	K	90,5% (N=181)
	M	10,3% (N=19)
Poziom i rodzaj wykształcenia	podstawowe	4% (N=6)
	zawodowe	25,8% (N=39)
	średnie	25,8% (N=39)
	wyższe	44,4% (N=67)
Wykonywana praca poprzednio bądź aktualnie	pracownik biurowy	2,1% (N=3)
	blacharz samochodowy	0,7% (N=1)
	ekonomista	2,8% (N=4)
	elektryk	1,4% (N=2)
	emerytka	12,5% (N=25)
	handlowiec	4,1% (N=6)
	introligator	2,8% (N=4)
	księgowa	0,7% (N=1)
	mechanik samochodowy	0,7% (N=1)
	nauczyciel	26% (N=52)
	opiekunka	2,8% (N=4)
	pomoc szpitalna	7,6% (N=11)
	pracownik biurowy	1,4% (N=2)
	pracownik produkcji	5,5% (N=8)
	rolnik	6,2% (N=9)
	sekretarka	8,3% (N=12)
	sprzedawca	7,6% (N=11)
	stolarz	2,1% (N=3)
	masażysta	0,7% (N=1)
	Czas pobytu w zakładzie opieki zdrowotnej (szpitalu)	N
Średnia (SD)		17,14 (9,42)
Mediana (IQR)		21 (8 - 21)

Źródło: opracowanie własne.

Aneks 2. Tabela dotycząca badanych pacjentów

Tabela 2. Charakterystyka badanych pacjentów

Zmienna	Parametr	Ogółem (N=200)
Wiek	N	200
	Średnia (SD)	58,13 (21,6)
	Mediana (IQR)	61 (36,75 - 77)
	Zakres	21 - 91
Płeć	Kobieta	76% (N=152)
	Mężczyzna	24% (N=48)
Poziom i rodzaj wykształcenia	6 klas szkoły podstawowej	3,5% (N=7)
	7 klas szkoły podstawowej	1% (N=2)
	podstawowe	32,5% (N=65)
	średnie	26,5% (N=53)
	średnie niepełne	2% (N=4)
	średnie ogólne	1,5% (N=3)
	wyższe	15% (N=30)
	zawodowe	18% (N=36)
Wykonywana praca poprzednio bądź aktualnie	bezrobotny	2% (N=4)
	bibliotekarka	3,5% (N=7)
	pracownik budowy	1% (N=2)
	emeryt	2% (N=4)
	pracownik fizyczny	3,5% (N=7)
	fryzjer	3% (N=6)
	gospodyni domowa	14% (N=28)
	renta	16% (N=32)
	krawcowa	3,5% (N=7)
	menager	2% (N=4)
	murarz	2% (N=4)
	nauczyciel	5,5% (N=11)
	opiekun	7% (N=14)
	pakowacz	1% (N=2)
	pracownik produkcji	1,5% (N=3)
	rolnik	3,5% (N=7)
	salowa	2% (N=4)
	sklepowa	4% (N=8)
	sprzątaczką	2,5% (N=5)
	szwaczka	5% (N=10)
ślusarz	3,5% (N=7)	

	tkaczka	3,5% (N=7)
	uczeń	4% (N=8)
	urzędnik	4,5% (N=9)
Czas pobytu w zakładzie opieki zdrowotnej (szpitalu) [dni]	N	99
	Średnia (SD)	7 (3,44)
	Mediana (IQR)	8 (4,5 - 9)
	Zakres	1 - 12

Źródło: opracowanie własne.

Pozostałe wyniki badań za pomocą stosowanych narzędzi badawczych zostały przedstawione w niniejszym Aneksie.

Aneks 3. Postawy wobec osób starych a doświadczenia dotyczące wspólnego zamieszkania

W celu weryfikacji hipotezy zakładającej, że określone postawy słuchaczy policealnych szkół medycznych są uwarunkowane ich doświadczeniem z wcześniejszego okresu (zmienną niezależną), porównano odpowiedzi odnoszące się do postaw względem osób w podeszłym wieku z odpowiedziami odnoszącymi się do czynników, które mają z nimi współwystępować. Pytania, które analizowano w zestawieniu, dotyczyły tego, czy dana osoba mieszka obecnie lub mieszkała dawno z osobami w starszym wieku oraz czy zdarzało jej się pomagać tej grupie osób.

Bardziej szczegółowe dane zostały zamieszczone w tabeli nr 3.

Tabela 3. Postawy wobec osób starych a doświadczenia dotyczące wspólnego zamieszkiwania

Pytanie	Odpowiedzi	Zamieszkanie z osobami starymi		Test	p-wartość
		Tak (N=113)	Nie (N=87)		
Ogólna postawa wobec osób 70 plus	Negatywna	0,9% (N=1)	0% (N=0)	Fisher	0,767
	Raczej negatywna	8,8% (N=10)	5,7% (N=5)		
	Obojętna	59,3% (N=67)	62,1% (N=54)		
	Pozytywna	23,9% (N=27)	27,6% (N=24)		
	Bardzo pozytywna	7,1% (N=8)	4,6% (N=4)		
Oceny swojego nastawienia	Negatywne	1,8% (N=2)	1,1% (N=1)	Fisher	0,6955

do osób w wieku 70 plus	Obojętna	27,4% (N=31)	29,9% (N=26)		
	Pozytywne	61,9% (N=70)	64,4% (N=56)		
	Nie zastanawiałem się nad tym	8,8% (N=10)	4,6% (N=4)		
Docenienie swoich dziadków/ pradziadków, innych seniorów w rodzinie	Tak	94% (N=94)	94% (N=79)	Fisher	>0,9999
	Nie	6% (N=6)	6% (N=5)		

Źródło: opracowanie własne.

Na podstawie przeprowadzonego testu statystycznego (test Fishera; $p > 0,05$) nie wykazano statystycznie istotnych różnic w zakresie postaw słuchaczy wobec osób starych, w kontekście doświadczeń wspólnego zamieszkiwania z osobami w wieku podeszłym. Analiza wyników badań wykazała, że nie ma podstaw do różnicowania postawy słuchaczy wobec osób starych w zależności od doświadczeń dotyczących wspólnego zamieszkania z dziadkami.

Aneks 4. Uwarunkowania określonych postaw słuchaczy – doświadczeniem udzielania pomocy osobom starym, członkom rodziny, sąsiadom

W zestawieniu pytań brano pod uwagę, czy dana osoba włączała się w udzielanie pomocy osobom starym, członkom rodziny, sąsiadom i innym – czy też nie.

Nie zaobserwowano statystycznie istotnej zależności w zakresie innych doświadczeń związanych z zamieszkiwaniem z osobą starą.

Tabela 4. Postaw słuchaczy uwarunkowane – doświadczeniem udzielania pomocy osobom starym, członkom rodziny, sąsiadom

Zmienna	Parametr	Udzielanie pomocy osobom starym członkom rodziny, sąsiadom, innym osobom		Test	p-wartość
		Tak (N=145)	Nie (N=51)		
Ogólna postawa wobec osób 70 plus	Negatywna	0,7% (N=1)	0% (N=0)	Fisher	0,7958
	Raczej negatywna	6,9% (N=10)	9,8% (N=5)		
	Obojętna	62,1% (N=90)	54,9% (N=28)		
	Pozytywna	24,1%	29,4%		

		(N=35)	(N=15)		
	Bardzo pozytywna	6,2% (N=9)	5,9% (N=3)		
Oceny swojego nastawienia do osób w wieku 70 plus	Negatywne	1,4% (N=2)	2% (N=1)	Fisher	0,8875
	Obojętna	29,7% (N=43)	25,5% (N=13)		
	Pozytywne	62,1% (N=90)	64,7% (N=33)		
	Nie zastanawiałem się nad tym	6,9% (N=10)	7,8% (N=4)		
Docenienie swoich dziadków/ pradziadków, innych seniorów w rodzinie	Tak	96,2% (N=128)	88,2% (N=45)	Fisher	0,0746
	Nie	3,8% (N=5)	11,8% (N=6)		

Źródło: opracowanie własne.

Na podstawie przeprowadzonych testu (test Fishera; $p > 0,05$) nie wykazano statystycznie istotnych różnic, odnoszących się do postaw słuchaczy wobec osób starszych w zależności od tego, na ile włączały się one w udzielanie pomocy osobom w podeszłym wieku. Oznacza to, że doświadczenie udzielania pomocy osobom starym, członkom rodzin nie różnicuje postaw słuchaczy wobec osób starych w wieku 70 plus.

Wskaźnikami postaw wobec osób starych są odpowiedzi na pytania, dotyczące ogólnej postawy wobec osób 70 plus oraz cenięcia sobie swoich dziadków/ pradziadków, innych seniorów w rodzinie.

Aneks 5. Tabela dotycząca postaw słuchaczy wobec osób starych, a relacji rodziców ze swoimi rodzicami i dziadkami

Tabela 5. Postawy słuchaczy wobec osób starych a relacje rodziców ze swoimi rodzicami i dziadkami

Postawy słuchaczy wobec osób starych	Rodzaj odpowiedzi	Relacjach ze swoimi rodzicami/dziadkami		Test	p-wartość
		Tak (N=151)	Nie (N=32)		
Ogólna postawa wobec osób 70 plus.	Negatywna	0% (N=0)	3,1% (N=1)	Fisher	0,1583
	Raczej negatywna	6,6% (N=10)	9,4% (N=3)		

	Obojętna	58,9% (N=89)	65,6% (N=21)		
	Pozytywna	27,8% (N=42)	21,9% (N=7)		
	Bardzo pozytywna	6,6% (N=10)	0% (N=0)		
Oceny swojego nastawienia do osób w wieku 70 plus	Negatywne	1,3% (N=2)	3,1% (N=1)	Fisher	0,1733
	Obojętna	26,5% (N=40)	37,5% (N=12)		
	Pozytywne	66,9% (N=101)	50% (N=16)		
	Nie zastanawiałem się nad tym	5,3% (N=8)	9,4% (N=3)		
Docenienie swoich dziadków/ pradziadków, innych seniorów w rodzinie	Tak	92,3% (N=131)	100% (N=32)	Fisher	0,2197
	Nie	7,7% (N=11)	0% (N=0)		

Źródło: opracowanie własne.

Na podstawie przeprowadzonego testu statystycznego nie wykazano statystycznie istotnych różnic pomiędzy odpowiedziami osób, które nadal pozostają w bliskich relacjach ze swoimi rodzicami/dziadkami, a ich postawami słuchaczy wobec osób starych (test Fishera; $p=0,1583$). Tak więc, relacje słuchaczy ze swoimi rodzicami (dziadkami) nie wpływają znacząco na kształt postawy.

Aneks 6. Uwarunkowania określonych postaw słuchaczy poprzez doświadczanie pomocy udzielanej przez rodziców osobom starym członkom rodziny, sąsiadom

W celu weryfikacji szczegółowej hipotezy, zakładającej, że określone postawy słuchaczy policealnych szkół medycznych uwarunkowane są tym, czy byli świadkami udzielanej pomocy osobom starym, członkom rodziny, sąsiadom i innym w domu rodzinnym.

Tabela 6. Postawy słuchaczy uwarunkowane doświadczeniem, pomocy, udzielanej przez rodziców osobom starym członkom rodziny, sąsiadom

Postawy	Rodzaj postaw	Udzielanie pomocy osobom starym członkom rodziny, sąsiadom, innym osobom		Test	p-wartość
		Tak (N=160)	Nie (N=36)		
Ogólna postawa wobec osób 70 plus	Negatywna	0,6% (N=1)	0% (N=0)	Fisher	0,4997
	Raczej negatywna	7,5% (N=12)	8,3% (N=3)		
	Obojętna	61,9% (N=99)	52,8% (N=19)		
	Pozytywna	23,1% (N=37)	36,1% (N=13)		
	Bardzo pozytywna	6,9% (N=11)	2,8% (N=1)		
Oceny swojego nastawienia do osób w wieku 70 plus	Negatywne	0,6% (N=1)	5,6% (N=2)	Fisher	0,1502
	Obojętna	29,4% (N=47)	25% (N=9)		
	Pozytywne	61,9% (N=99)	66,7% (N=24)		
	Nie zastanawiałem się nad tym	8,1% (N=13)	2,8% (N=1)		
Docenienie swoich dziadków/ pradziadków, innych seniorów w rodzinie	Tak	92,6% (N=137)	100% (N=36)	Fisher	0,1256
	Nie	7,4% (N=11)	0% (N=0)		

Źródło: opracowanie własne.

Na podstawie przeprowadzonego testu statystycznego nie wykazano istotnych różnic pomiędzy odpowiedziami słuchaczy szkół policealnych, którzy ocenili swoje nastawienie do osób 70 plus jako obojętne i pozytywne (test Fishera $p=0,1502$).

Aneks 7. Uwarunkowania określonych postaw słuchaczy uczestnictwem w dobrowolnych działaniach podejmowanych na rzecz osób starych

W celu weryfikacji szczegółowej hipotezy zakładającej, że określone postawy słuchaczy policealnych szkół medycznych są uwarunkowane dobrowolnym uczestnictwem przez nich w imprezach organizowanych na rzecz osób starych przez szkołę, ponownie zastosowano test Fishera gdzie $p=0,104$.

Tabela 7. Postaw słuchaczy uwarunkowane uczestnictwem w dobrowolnych działaniach podejmowanych na rzecz osób starych

Postawy	Rodzaj odpowiedzi	Dobrowolne uczestnictwo w działaniach podejmowanych na rzecz osób starych.		Test	p-wartość
Ogólna postawa wobec osób 70 plus	Negatywna	2% (N=1)	0% (N=0)	Fisher	0,0852
	Raczej negatywna	9,8% (N=5)	6,6% (N=9)		
	Obojętna	60,8% (N=31)	60,3% (N=82)		
	Pozytywna	27,5% (N=14)	25% (N=34)		
	Bardzo pozytywna	0% (N=0)	8,1% (N=11)		
Oceny swojego nastawienia do osób w wieku 70 plus	Negatywne	3,9% (N=2)	0,7% (N=1)	Fisher	0,104
	Obojętna	37,3% (N=19)	25,7% (N=35)		
	Pozytywne	51% (N=26)	66,9% (N=91)		
	Nie zastanawiałe m się nad tym	7,8% (N=4)	6,6% (N=9)		
Docenienie swoich dziadków/ pradziadków, innych seniorów w rodzinie	Tak	100% (N=46)	91,7% (N=121)	Fisher	0,0685
	Nie	0% (N=0)	8,3% (N=11)		

Źródło: opracowanie własne.

Na podstawie analizy wyniku testu statystycznego nie wykazano istotnych różnic w ocenie własnych postaw wobec osób 70 plus przez słuchaczy policealnych szkół medycznych w zależności od uczestnictwa w działaniach podejmowanych na rzecz osób starych.

Tak więc określenie postaw słuchaczy, uczestniczących w dobrowolnych działaniach podejmowanych na rzecz osób starych, nie wpływają znacząco na kształtowanie postaw.

Aneks 8. Tabela dotycząca uwarunkowania określonych postaw organizowaniem przez szkołę imprez na rzecz pomocy/podniesienia jakości życia seniorom

Tabela 8. Postawy słuchaczy uwarunkowane organizowaniem przez szkołę imprez na rzecz pomocy/podniesienia jakości życia seniorom

Postawy	Rodzaj odpowiedzi	Organizacja imprez na rzecz pomocy podniesienia jakości życia seniorom		Test	p-wartość
		Tak (N=111)	Nie (N=55)		
Ogólna postawa wobec osób 70 plus	Negatywna	0% (N=0)	0% (N=0)	Fisher	0,5652
	Raczej negatywna	8,1% (N=9)	9,1% (N=5)		
	Obojętna	55,9% (N=62)	60% (N=33)		
	Pozytywna	30,6% (N=34)	21,8% (N=12)		
	Bardzo pozytywna	5,4% (N=6)	9,1% (N=5)		
Oceny swojego nastawienia do osób w wieku 70 plus	Negatywne	0% (N=0)	1,8% (N=1)	Fisher	0,4281
	Obojętna	27% (N=30)	32,7% (N=18)		
	Pozytywne	64,9% (N=72)	56,4% (N=31)		
	Nie zastanawiałem się nad tym	8,1% (N=9)	9,1% (N=5)		
Docenienie swoich dziadków/pradziadków, innych seniorów w rodzinie	Tak	89,9% (N=98)	100% (N=51)	Fisher	0,0173
	Nie	10,1% (N=11)	0% (N=0)		

Źródło: opracowanie własne.

Na podstawie przeprowadzonego testu statystycznego (test Fishera; $p < 0,05$) wykazano istotne różnice pomiędzy postawami słuchaczy wobec osób starszych, ceniących osoby w podeszłym wieku, pomiędzy grupami osób, uczęszczających do szkół, w których organizowano i nie organizowano wydarzeń na rzecz poprawy jakości życia seniorów. Oznacza to, że osoby, które pozytywnie oceniają swoich dziadków, dobrze czują się we współpracy z osobami w wieku podeszłym w trakcie działań organizowanych przez szkołę.

Aneks 9. Tabela dotycząca kwestionariusza do badania postaw personelu medycznego wobec pacjentów w wieku podeszłym

Tabela 9. Rezultaty kwestionariusza do badania postaw personelu medycznego wobec pacjentów w wieku podeszłym

Pytania	Odpowiedzi	Ogółem (N=200)
Moje ustosunkowanie się do pacjentów w wieku 70 plus	To moja praca	63% (N=126)
	To mój obowiązek	22,5% (N=45)
	Nie angażuję się emocjonalnie	13,5% (N=27)
	Inna odpowiedź	1% (N=2)
Cechy osoby opiekującej się ludźmi starszymi	Empatia	47,5% (N=95)
	Cierpliwość	48,5% (N=97)
	Chęć pomagania	32% (N=64)
	Profesjonalizm	38,5% (N=77)
	Pogoda ducha	16,5% (N=33)
	Inna	1% (N=2)
Doświadczenie w zakresie współpracy zawodowej z pacjentami w wieku podeszłym	Duże	46% (N=92)
	Dość rozbudowane	31% (N=62)
	Przeciętne	19,5% (N=39)
	Nie mam za dużego doświadczenia kontaktach z pacjentami w wieku podeszłym	6,5% (N=13)
	Wcześniej w życiu zawodowym prawie nie spotykałem/łam się z osobami w wieku podeszłym	0% (N=0)
	Inna odpowiedź	0% (N=0)
Relacja z osobami starszymi	Tak się złożyło, że nie miałem/miałam kontaktów z osobami starszymi	12,5% (N=25)
	Nie miałem/ miałam zbyt wielu możliwości takich kontaktów	0% (N=0)

	Kontakty z osobami w wieku podeszłym miewałem/ miewałam od czasu do czasu	17,5% (N=35)
	Często kontaktowałem/ kontaktowałam się z osobami w wieku podeszłym	28% (N=56)
	Bardzo często spotykałem/ spotykałam się z osobami starymi	48% (N=96)
	Inna odpowiedź	0% (N=0)
Proszę dokończyć zdanie: "Możliwości intelektualne ludzi starych ..."	Są bardziej ograniczone niż ludzi młodszych	21% (N=42)
	Na ogół nie ma znaczących różnic	3% (N=6)
	Należy do tego podejść indywidualnie	54% (N=108)
	Pogarsza się bezpośrednia pamięć ale z tym można sobie radzić	6% (N=12)
	Obumieranie komórek nerwowych prowadzi do zmian w zachowaniu, czasami bardzo przykrych dla otoczenia	19% (N=38)
	Inna odpowiedź	0% (N=0)
Ocena relacji z osobami starymi w Pana/ Pani rodzinie	Niezbyt dobre	0% (N=0)
	Raczej niezbyt dobre	0% (N=0)
	Ani dobre, ani złe	24,5% (N=49)
	Dobre	44% (N=88)
	Bardzo dobre	34,5% (N=69)
	Inna odpowiedź	0% (N=0)
Zaangażowanie w wieku młodzieńczym w pracę na rzecz osób starych	Nigdy nie podejmowałem/ podejmowałam takiej działalności	10% (N=20)
	Sporadycznie zdarzało mi się uczestniczyć w takich działaniach	31% (N=62)
	Od czasu do czasu uczestniczyłem/ uczestniczyłam w takich działaniach	36% (N=72)
	Często angażowałem/ angażowałam się w działania na rzecz osób w wieku podeszłym	21% (N=42)
	Bardzo często angażowałem/ angażowałam się w działania na rzecz osób starych	5% (N=10)
	Inna odpowiedź	0% (N=0)

	Bardzo dobre	32% (N=64)
Określenia oceny nastawienia do osób w wieku podeszłym	Niezbyt dobre	0% (N=0)
	Raczej niedobre	0% (N=0)
	Obojętne	7,5% (N=15)
	Dobre	60,5% (N=121)
	Inna odpowiedź	0% (N=0)
	Zachowania się Pana/Pani w stosunku do osoby starej, która przebywa w szpitalu i jest rozdrażniona i zniecierpliwiona	Przed wszystkim wysłuchałbym/ wysłuchałabym Ją
	Okazałbym/ okazałabym Jej współczucie	10,5% (N=21)
	Postarałbym/ postarałabym się Ją uspokoić, niezależnie od tego co ma do powiedzenia	31% (N=62)
	Zdecydowanie zwróciłbym/ zwróciłabym Jej uwagę	2% (N=4)
	Zdecydowanie zwróciłbym/ zwróciłabym Jej uwagę i nie pozwoliłbym/ pozwoliłabym na to aby dalej eskalowała emocje	7,5% (N=15)
	Inna odpowiedź	0% (N=0)
Ocena sprawności fizycznej osób starych w kategoriach konieczności udzielenia im pomocy	Generalnie ulega pogorszeniu, jednak tam, gdzie osoby te sobie radzą, nie należy ich wyręczać	13,5% (N=27)
	Jest zróżnicowana, wszystko zależy od indywidualnych przypadków, nie należy uogólniać	46,5% (N=93)
	Należy być bacznym obserwatorem i udzielać pomocy tylko wtedy, gdy osoba nas o to poprosi lub gdy faktycznie nie jest w stanie sobie poradzić	26% (N=52)
	Należy zawsze oferować swoją pomoc nawet, gdy uważamy, że osoba jest sprawna	14% (N=28)
	Nie należy przesadzać z oferowaną pomocą, osoba stara może się poczuć urażona	3% (N=6)
	Inna odpowiedź	0% (N=0)
	Moją postawę wobec pacjentów w wieku 70 plus oceniam jako	Negatywną

	Obojętną	47,5% (N=95)
	Pozytywną	51% (N=102)
	Nie zastanawiałem się nad tym	1,5% (N=3)
Proszę dokończyć zdanie: "Jeśli miałbym/ miałabym wybór ..."	zdecydowanie wybrałbym/ wybrałabym pracę z dziećmi, bądź młodszymi osobami dorosłymi niż z osobami w wieku podeszłym	0% (N=0)
	Wolałbym/ wolałabym pracować z osobami młodszymi	20% (N=40)
	Chciałbym/ chciałabym, aby wśród ludzi którym pomagam były też osoby w wieku podeszłym	36,5% (N=73)
	Wolę pracować z osobami starymi	8,5% (N=17)
	Nie ma to dla mnie znaczenia	31% (N=62)
	Inna odpowiedź	0% (N=0)
	Zachowania i cechy osób starych mających wpływ na relacje z tą grupą	Roszczeniowość
Protekcjonalny stosunek do osób młodych		11% (N=22)
Życzliwość		19,5% (N=39)
Pogoda ducha		29,5% (N=59)
Chęć współpracy		21% (N=42)
Trudno jest mi ocenić		22,5% (N=45)
W naszym oddziale okazuje się w szczególny sposób, zwraca się uwagę na poszanowanie godności człowieka niezależnie od jego wieku	Oddział ten nie wyróżnia się taką pozytywną charakterystyką	0% (N=0)
	Troskę o poszanowanie godności niezależnie od wieku należy uznać w naszym oddziale za przeciętną	0% (N=0)
	Generalnie troszczymy się o poszanowanie godności osoby starszej	38% (N=76)
	Bardzo troszczymy się o poszanowanie godności człowieka niezależnie od wieku	39,5% (N=79)
	Inna odpowiedź	6,5% (N=13)
Nasi przełożeni (ordynatorzy, kadra menadżerska i inni) zwracają uwagę na właściwe odnoszenie się personelu	Trudno jest mi to ocenić, jedni się zachowują lepiej, inni gorzej	27% (N=54)
	Nie można zaobserwować zbyt pozytywnego nastawienia, nie mamy najlepszych wzorów	7,5% (N=15)

<p>medycznego do pacjentów w wieku podeszłym</p>	<p>Toska o właściwe odnoszenie się do pacjentów w wieku podeszłym jest na przeciętnym poziomie</p>	<p>7% (N=14)</p>
	<p>Troska o sposób odnoszenia się do pacjentów w wieku podeszłym jest na dobrym poziomie</p>	<p>23% (N=46)</p>
	<p>Troska o sposób odnoszenia się do pacjentów w wieku podeszłym jest na bardzo wysokim poziomie</p>	<p>31,5% (N=63)</p>
	<p>Inna odpowiedź</p>	<p>0% (N=0)</p>
<p>W naszym oddziale sami stanowimy dla siebie pozytywne wzory zachowań wobec pacjentów w wieku podeszłym</p>	<p>W naszym oddziale pracują różni ludzie, których poziom kultury osobistej jest zróżnicowany</p>	<p>21,5% (N=43)</p>
	<p>W naszym oddziale nie zwraca się zbyt wiele uwagi na poziom kultury osobistej personelu w relacjach pacjentów w wieku podeszłym</p>	<p>7,5% (N=15)</p>
	<p>Poziom kultury osobistej personelu medycznego w relacjach z pacjentami w wieku podeszłym uważam za przeciętny</p>	<p>4,5% (N=9)</p>
	<p>Poziom kultury osobistej pracowników naszego oddziału w relacjach z pacjentami w wieku podeszłym uważam za odpowiedni</p>	<p>62,5% (N=125)</p>
	<p>Poziom kultury osobistej pracowników naszego oddziału w relacjach z pacjentami w wieku podeszłym uważam za szczególnie wysoki</p>	<p>3% (N=6)</p>
	<p>Inna odpowiedź</p>	<p>0% (N=0)</p>
<p>Pacjent starszy i pacjent młodszy potrzebują pomocy jednocześnie, do kogo udasz się w pierwszej kolejności</p>	<p>Staram się sam/a dokonać oceny i przekonać siebie, który z nich bardziej potrzebuje pomocy, aby działać zgodnie z własnym przeświadczeniem</p>	<p>36% (N=72)</p>
	<p>Widzę tylko pacjenta nie osobę młodszą lub starszą</p>	<p>43% (N=86)</p>
	<p>Wybieram osobę starszą mniej sprawną</p>	<p>6% (N=12)</p>
	<p>Wtedy decyzja jest kwestią przypadku</p>	<p>8% (N=16)</p>
	<p>Mam doświadczenia, które wskazują, że pacjenci starzy wzywają pomocy z bardzo błahych powodów, wybieram więc młodszego pacjenta</p>	<p>0% (N=0)</p>
	<p>Inna odpowiedź</p>	<p>0% (N=0)</p>

Nastawienie wobec pacjentów w wieku podeszłym zależy od poziomu ich sprawności, a więc samodzielności	Nasze nastawienie wobec pacjentów mniej sprawnych i niesamodzielnych jest zróżnicowane	5,5% (N=11)
	Pacjenci mniej sprawni i niesamodzielni częściej wywołują niezbyt pozytywne postawy	14,5% (N=29)
	Pacjenci niesprawni i niesamodzielni są tak samo traktowani jak pozostali	40,5% (N=81)
	Nastawienie do pacjentów w wieku podeszłym nie ma związku z ich poziomem sprawności i samodzielności	19,5% (N=39)
	Staramy się otoczyć pacjentów mniej sprawnych szczególną opieką	19% (N=38)
	Inna odpowiedź	0% (N=0)
Nasze ustosunkowanie się do pacjentów zależy od poziomu formułowanych przez nich oczekiwań wobec pomocy i opieki medycznej	Kiedy spotykamy się ze szczególnie roszczeniowymi pacjentami, nasze nastawienie z reguły jest negatywne	14,5% (N=29)
	Pacjenci o rozbudowanych oczekiwaniach niekiedy roszczeniowi z reguły wzbudzają negatywne postawy	16% (N=32)
	Ustosunkowanie do pacjentów w wieku podeszłym nie ma związku z ich poziomem oczekiwań	4,5% (N=9)
	Pacjenci zadawalający się realizowanym poziomem opieki z reguły wzbudzają pozytywne nastawienie	16% (N=32)
	Akceptujemy naszych pacjentów niezależnie od tego jakie mają wobec nas oczekiwania	44,5% (N=89)
	Inna odpowiedź	0% (N=0)
Nasze nastawienie do pacjentów w wieku podeszłym jest bardziej zależne od zachowania tych pacjentów w relacjach z personelem	Zawsze staramy się prezentować życzliwość i chęć udzielenia pomocy wobec pacjentów w wieku podeszłym	49% (N=98)
	W zasadzie staramy się odnosić się przynajmniej poprawnie niezależnie od tego jakie jest zachowanie pacjentów	15,5% (N=31)
	Staramy się aby w relacjach zachować neutralność i nie pozwolić się "uwodzić"	21,5% (N=43)
	Nasze zachowanie wobec pacjentów w wieku podeszłym bardziej jest zależne od zachowania pacjenta wobec personelu niż od jego wieku	10% (N=20)
	Niekiedy na zachowanie wobec pacjentów w wieku podeszłym mają wpływ czynniki	3% (N=6)

	sytuacyjne. Zmęczenie i napięcie nerwowe niezwiązane z pacjentem	
	Inna odpowiedź	0% (N=0)
Twoje zachowanie w sytuacji, kiedy jesteś świadkiem doświadczenia bólu, cierpienia bądź załamania nerwowego osoby starej	Przede wszystkim okazałbym/ okazałabym, że nie jest sama, jestem obok niej	30,5% (N=61)
	Udzieliłbym/ udzieliłabym jej wsparcia poprzez słowa dodające otuchy	11% (N=22)
	Jeśli przyczyną doświadczenia cierpienia jest ból to zgłosiłbym/ zgłosiłabym się do lekarza o profesjonalną pomoc	47,5% (N=95)
	Jeśli jest taka możliwość, spytałbym. Spytałabym czy chciałaby otrzymać pomoc od psychologa lub/i kapelana szpitalnego	15% (N=30)
	Starałbym/ starałabym się pomóc jej w akceptacji tego stanu poprzez wskazanie przykładów innych Osób znajdujących się w podobnej sytuacji w szpitalu	0% (N=0)
	Inna odpowiedź	0% (N=0)
Ocena własnego nastawienia do osób w wieku 70 plus	Negatywną	0% (N=0)
	Obojętną	47,5% (N=95)
	Pozytywną	51% (N=102)
	Nie zastanawiałem się nad tym	1,5% (N=3)

Źródło: opracowanie własne.

Uzyskane dane wykazują, że pracownicy szpitala w 63 % (N=126) w sposób bardzo odpowiedzialny, świadomy realizują swoje obowiązki zawodowe i podkreślają, że tego wymaga ich praca. Charakteryzują się empatią, cierpliwością i dużym doświadczeniem we współpracy z pacjentami w wieku podeszłym 46% (N=92). Ich postawa może wynikać z faktu, że często spotykali się z osobami starszymi w rodzinie 48% (N=96).

Aneks 10. Tabela dotycząca zależności określonych postaw wobec osób starych względem wykonywanego zawodu

Tabela 10. Zależność określonych postaw wobec osób starych a wykonywany zawód

Zmienna	Rodzaj odpowiedzi	Zawód						Test	p-wartość
		emeryt (N=6)	pielęgniarka/ pielęgniarz (N=94)	położna (N=4)	pomoc szpitalna (N=8)	pracownik administracji (N=13)	salowa (N=14)		
Moje ustosunkowanie się do pacjentów w wieku 70 plus	To moja praca	50% (N=3)	62% (N=57)	50% (N=2)	62,5% (N=5)	61,5% (N=8)	71,4% (N=10)	Fisher	0,8027
	To mój obowiązek	33,3% (N=2)	20,7% (N=19)	50% (N=2)	37,5% (N=3)	15,4% (N=2)	21,4% (N=3)		
	Nie angażuję się emocjonalnie	16,7% (N=1)	17,4% (N=16)	0% (N=0)	0% (N=0)	23,1% (N=3)	7,1% (N=1)		
Moją postawę wobec pacjentów w wieku 70 plus oceniam jako	Obojętną	0% (N=0)	47,9% (N=45)	25% (N=1)	62,5% (N=5)	53,8% (N=7)	50% (N=7)	Fisher	0,1918
	Pozytywną	100% (N=6)	52,1% (N=49)	75% (N=3)	37,5% (N=3)	46,2% (N=6)	50% (N=7)		
	Nie zastanawiałem się nad tym	0% (N=0)	0% (N=0)	0% (N=0)	0% (N=0)	0% (N=0)	0% (N=0)		

Źródło: opracowanie własne.

Na podstawie uzyskanych wyników można stwierdzić, że wśród badanej grupy osób nie występują statystycznie istotne różnice w postawach badanych osób wobec osób starszych w zależności od wykonywanego zawodu. Konfrontując postawy osób badanych wobec starszych pacjentów z takimi czynnikami jak doświadczenie z okresu dzieciństwa, postawy innych osób, specyfika obiektów postaw, to jest zachowanie pacjentów w relacjach z personelem, nie wykazano między nimi statystycznie istotnych zależności. Nie potwierdziła się też hipoteza cząstkowa, dotycząca współwystępowania określonych postaw personelu medycznego z doświadczeniami z okresu dzieciństwa wyniesionymi z domu (tab. 10).

Aneks 11. Tabela dotycząca porównania wieku badanych w zależności od deklarowanych postaw względem osób 70 plus

Tabela 11. Porównanie wieku badanych w zależności od deklarowanych postaw względem osób 70 plus

Zmienna	Parametr	Moje ustosunkowanie się do pacjentów w wieku 70 plus uważam za:			Test	p-wartość
		To moja praca (N=126)	To mój obowiązek (N=45)	Nie angażuję się emocjonalnie (N=27)		
Wiek	N	107	40	26	Kruskalla-Wallis	0,4115
	Średnia (SD)	50,17 (5,44)	49,92 (5,61)	51,35 (5,32)		
	Mediana (IQR)	50 (49 - 53)	50 (49 - 52)	51,5 (49 - 53)		
	Zakres	40 - 66	40 - 66	40 - 66		

Źródło: opracowanie własne.

Nie potwierdziła się zależność osób z bliskiego otoczenia pomiędzy wiekiem a deklarowanymi postawami względem osób 70 plus. Widać problem jest bardziej skomplikowany, nie można wykluczyć, że przypuszczalnie przeprowadzenie badań na bardziej licznej grupie badawczej potwierdziłoby tę hipotezę (tab. 11).

Nie potwierdzono zależności między rodzajem postaw personelu medycznego wobec pacjentów 70 plus, a wiekiem osób badanych. Oznacza to, że nie ma statystycznie istotnej różnicy (tab. 11).

Wynik ten może sugerować, że wiek osób, opiekujących się pacjentami 70 plus, nie ma znaczenia w czasie opieki nad tymi osobami.

Aneks 12. Tabela dotycząca uwarunkowań określonych postaw personelu medycznego względem osób starszych w zależności od doświadczenia w zakresie współpracy zawodowej z pacjentami w wieku 70 plus

Tabela 12. Uwarunkowanie określonych postaw personelu medycznego względem osób starszych w zależności od doświadczenia w zakresie współpracy zawodowej z pacjentami w wieku 70 plus

Zmienna	Rodzaj odpowiedzi	Doświadczenie w zakresie współpracy zawodowej z pacjentami w wieku 70 plus uważam za				Test	p-wartość
		Nie mam za dużego doświadczenia (N=13)	Przeciętne (N=39)	Dość rozbudowane (N=62)	Duże (N=86)		
Ustosunkowanie się do pacjentów w wieku 70 plus uważam za:	To moja praca	61,5% (N=8)	69,2% (N=27)	60,7% (N=37)	63,5% (N=54)	Fisher	0,7884
	To mój obowiązek	15,4% (N=2)	17,9% (N=7)	23% (N=14)	25,9% (N=22)		
	Nie angażuję się emocjonalnie	23,1% (N=3)	12,8% (N=5)	16,4% (N=10)	10,6% (N=9)		
Postawa wobec pacjentów w wieku 70 plus oceniam jako	Obojętną	53,8% (N=7)	51,3% (N=20)	45,2% (N=28)	46,5% (N=40)	Fisher	0,5781
	Pozytywną	46,2% (N=6)	43,6% (N=17)	54,8% (N=34)	52,3% (N=45)		
	Nie zastanawiałem się nad tym	0% (N=0)	5,1% (N=2)	0% (N=0)	1,2% (N=1)		

Źródło: opracowanie własne.

Na podstawie przeprowadzonych testów statystycznych nie wykazano statystycznie istotnych różnic między wypowiedziami wskazującymi na doświadczenie w zakresie współpracy zawodowej z pacjentami w wieku 70 plus a postawami personelu medycznego. Osoby, które deklarowały “to moja praca”, w 61,5%, nie miały dużego doświadczenia w zakresie współpracy zawodowej z pacjentami 70 plus. Wypowiedzi te należy traktować jako poczucie obowiązku wobec pacjentów 70 plus, a jednocześnie pozytywną postawę wobec tej grupy osób.

Można przypuszczać, że postawy te kształtują się niezależnie od wcześniejszych kontaktów i innych doświadczeń personelu z osobami 70 plus (tab. 12).

Sytuacja ta jest zależna od tego, w jaki sposób osoby opiekujące się chorymi 70 plus są przygotowane do zawodu, jakie mają predyspozycje oraz wykształcenie.

Aneks 13. Tabela dotycząca uwarunkowań określonych postaw personelu medycznego względem osób starszych w zależności od stopnia ich związania z indywidualnymi czynnikami

Tabela 13. Uwarunkowanie określonych postaw personelu medycznego względem osób starszych w zależności od stopnia ich związania z indywidualnymi czynnikami

Zmienna	Rodzaj odpowiedzi	W mojej rodzinie pozostawałem(am) w bliskich relacjach z osobami w wieku 70 plus				Test	p-wartość
		Tak się złożyło, że nie miałem/ miałam kontaktów z osobami starszymi (N=19)	Kontakty z osobami w wieku podeszłym miałem/ miałam od czasu do czasu (N=35)	Często kontaktowałem/ kontaktowałam się z osobami w wieku podeszłym (N=50)	Bardzo często spotykałem/ spotykałam się z osobami starymi (N=96)		
Ustosunkowanie się do pacjentów w wieku 70 plus uważam za	To moja praca	73,7% (N=14)	65,7% (N=23)	57,1% (N=28)	64,2% (N=61)	Fisher	0,8736
	To mój obowiązek	21,1% (N=4)	20% (N=7)	24,5% (N=12)	23,2% (N=22)		
	Nie angażuję się emocjonalnie	5,3% (N=1)	14,3% (N=5)	18,4% (N=9)	12,6% (N=12)		
Postawa wobec pacjentów w wieku 70 plus oceniam jako	Obojętną	52,6% (N=10)	42,9% (N=15)	56% (N=28)	43,8% (N=42)	Fisher	0,436
	Pozytywną	47,4% (N=9)	57,1% (N=20)	40% (N=20)	55,2% (N=53)		
	Nie zastanawiałem się nad tym	0% (N=0)	0% (N=0)	4% (N=2)	1% (N=1)		

Źródło: opracowanie własne.

Kolejną badaną rozbieżnością była konfrontacja doświadczeń deklarowanych postaw wobec osób starych z częstotliwością kontaktów z osobami w wieku podeszłym (tab. 13).

Na podstawie przeprowadzonych testów statystycznych nie wykazano statystycznie istotnych różnic dotyczących odpowiedzi na pytanie: “czy w mojej rodzinie pozostawałem(am) w bliskich relacjach z osobami 70 plus”. Osoby, które deklarowały “to moja praca” w 73,7%, nie miały kontaktu z osobami starszymi, 65,7% deklarowało, że miały od czasu do czasu kontakt z osobami w wieku podeszłym. Często kontaktowało się z osobami w wieku podeszłym 57,1% badanych (tab. 13). Świadczy to o tym, że personel medyczny nie zawsze angażuje się emocjonalnie w swoją pracę. Traktuje ją jedynie jako źródło utrzymania.

Aneks 14. Tabela dotycząca deklarowanych postaw wobec osób starych a angażowanie się młodzieży w pracę na rzecz osób dojrzałych

Tabela 14. Deklarowane postawy wobec osób starych a angażowanie się młodzieży w pracę na rzecz osób dojrzałych

Zmienna	Rodzaj odpowiedzi	W wieku młodzieńczym angażowałem(am) się w pracę na rzecz osób dojrzałych					Test	p-wartość
		Nigdy nie podejmowałem/ podejmowałam takiej działalności (N=20)	Sporadycznie zdarzało mi się uczestniczyć w takich działaniach (N=62)	Od czasu do czasu uczestniczyłem/ uczestniczyłam w takich działaniach (N=66)	Często angażowałem/ angażowałam się w działania na rzecz osób w wieku podeszłym (N=42)	Bardzo często angażowałem/ angażowałam się w działania na rzecz osób starych (N=10)		
Ustosunkowanie się do pacjentów w wieku 70 plus uważam za	To moja praca	60% (N=12)	69,4% (N=43)	59,4% (N=38)	66,7% (N=28)	50% (N=5)	Fisher	0,6655
	To mój obowiązek	25% (N=5)	19,4% (N=12)	23,4% (N=15)	26,2% (N=11)	20% (N=2)		
	Nie angażuję się emocjonalnie	15% (N=3)	11,3% (N=7)	17,2% (N=11)	7,1% (N=3)	30% (N=3)		
Postawa wobec pacjentów w wieku 70 plus oceniam jako	Obojętną	50% (N=10)	46,8% (N=29)	48,5% (N=32)	50% (N=21)	30% (N=3)	Fisher	0,928
	Pozytywną	50% (N=10)	50% (N=31)	50% (N=33)	50% (N=21)	70% (N=7)		
	Nie zastanawiałem się nad tym	0% (N=0)	3,2% (N=2)	1,5% (N=1)	0% (N=0)	0% (N=0)		

Źródło: opracowanie własne.

Rozpatrując relacje między ustosunkowaniem się personelu do pacjentów w wieku 70 plus a zaangażowaniem się w wieku młodzieńczym w pracę na rzecz osób dojrzałych, nie stwierdzono statystycznie istotnej zależności między tymi zmiennymi. Sytuacja ta może wynikać z braku możliwości podjęcia się takiej działalności przez część osób badanych (tab. 14). Osoby te nie zawsze mają możliwość przebywania z osobami 70 plus w środowisku domowym. Często związane jest to z tym, że zamieszkują w dużej odległości od swoich dziadków/pradziadków.

Aneks 15. Tabela dotycząca uwarunkowań określonych postaw personelu medycznego względem osób starszych w zależności od stopnia troski innych osób o osoby stare

Kolejne analizowane zmienne odnosiły się do relacji dotyczących poszanowania godności człowieka niezależnie od wieku.

Tabela 15. Uwarunkowanie określonych postaw personelu medycznego względem osób starszych w zależności od stopnia troski innych osób o osoby stare

Zmienna	Rodzaj odpowiedzi	W naszym oddziale okazuje się w szczególny sposób poszanowanie godności człowieka niezależnie od jego wieku			Test	p-wartość
		Trudno jest mi ocenić (N=30)	Generalnie troszczymy się o poszanowanie godności osoby starszej (N=70)	Bardzo troszczymy się o poszanowanie godności człowieka niezależnie od wieku (N=79)		
Ustosunkowanie się do pacjentów w wieku 70 plus uważam za	To moja praca	70% (N=21)	64,7% (N=44)	59,5% (N=47)	Fisher	0,5085
	To mój obowiązek	16,7% (N=5)	26,5% (N=18)	22,8% (N=18)		
	Nie angażuję się emocjonalnie	13,3% (N=4)	8,8% (N=6)	17,7% (N=14)		
Postawa wobec pacjentów w wieku 70 plus oceniam jako	Obojętną	53,3% (N=16)	38,6% (N=27)	51,9% (N=41)	Fisher	0,2263
	Pozytywną	46,7% (N=14)	58,6% (N=41)	48,1% (N=38)		
	Nie zastanawiałem się nad tym	0% (N=0)	2,9% (N=2)	0% (N=0)		

Źródło: opracowanie własne.

Wśród badanych osób 64,7% troszczy się o zachowanie godności w stosunku do osób starych, natomiast 38,6% traktuje to obojętnie. Zachowanie takie jest często związane z brakiem empatii w stosunku do ludzi starych i schorowanych.

Na podstawie przeprowadzonej analizy statystycznej nie wykazano statystycznie istotnych różnic w zakresie postaw personelu medycznego względem osób starych, w zależności od troski innych osób o osoby starsze, dotyczących zwracania uwagi na poszanowanie godności człowieka niezależnie od jego wieku (tab. 15).

Aneks 16. Tabela dotycząca uwarunkowań określonych postaw personelu medycznego względem osób starszych w zależności od oceny kultury osobistej pracujących osób

Następne analizowane zmienne odnosiły się do relacji postaw personelu medycznego do pacjentów w wieku 70 plus. W zależności od kultury osobistej innych współpracowników.

Tabela 16. Uwarunkowanie określonych postaw personelu medycznego względem osób starszych w zależności od oceny kultury osobistej pracujących osób

Zmienna	Rodzaj odpowiedzi	Nasi przełożeni (ordynatorzy, kadra menedżerska i inni) zwracają uwagę na właściwe odnoszenie się personelu medycznego do pacjentów w wieku 70 plus					Test	p-wartość
		Na naszym oddziale pracują różni ludzie, których poziom kultury osobistej jest zróżnicowany (N=43)	Na naszym oddziale nie zwraca się zbytnej uwagi na poziom kultury osobistej personelu w relacjach pacjentów w wieku podeszłym (N=15)	Poziom kultury osobistej personelu medycznego w relacjach z pacjentami w wieku podeszłym uważam za przeciętny (N=9)	Poziom kultury osobistej pracowników naszego oddziału w relacjach z pacjentami w wieku podeszłym uważam za odpowiedni (N=119)	Poziom kultury osobistej pracowników naszego oddziału w relacjach z pacjentami w wieku podeszłym uważam za szczególnie wysoki (N=6)		
Ustosunkowanie się do pacjentów w wieku 70 plus uważam za	To moja praca	65,1% (N=28)	66,7% (N=10)	66,7% (N=6)	60,7% (N=71)	83,3% (N=5)	Fisher	0,9388
	To mój obowiązek	16,3% (N=7)	26,7% (N=4)	22,2% (N=2)	24,8% (N=29)	16,7% (N=1)		

	Nie angażuję się emocjonalnie	18,6% (N=8)	6,7% (N=1)	11,1% (N=1)	14,5% (N=17)	0% (N=0)		
Postawa wobec pacjentów w wieku 70 plus oceniam jako	Obojętną	55,8% (N=24)	26,7% (N=4)	33,3% (N=3)	47,9% (N=57)	50% (N=3)	Fisher	0,2295
	Pozytywną	44,2% (N=19)	73,3% (N=11)	55,6% (N=5)	51,3% (N=61)	50% (N=3)		
	Nie zastanawiałem się nad tym	0% (N=0)	0% (N=0)	11,1% (N=1)	0,8% (N=1)	0% (N=0)		

Źródło: opracowanie własne.

Na podstawie przeprowadzonej analizy statystycznej nie wykazano statystycznie istotnych różnic dotyczących odpowiedzi, określających postawy personelu medycznego względem osób starych, w zależności od zwracania przez nich uwagi na właściwe odnoszenie się personelu medycznego względem osób 70 plus. Z przeprowadzonych badań wynika, że osoby biorące udział w badaniu w sposób kulturalny odnoszą się do pacjentów w wieku 70 plus. Na poziom kultury osobistej, jako czynnik wyznaczający pozytywne postawy (“to moja praca”) wobec osób starych, wskazało 60,7% osób badanych (tab. 16).

Kulturalne zachowanie i określone postawy związane są często z wartościami wynoszonym w procesie wychowania (Kozusznik, 2001).

Aneks 17. Tabela dotycząca uwarunkowań określonych postaw personelu medycznego względem osób starszych w zależności od poziomu kultury osobistej innych osób

Poniższe wyniki badań (tab. 17) wykazują pozytywne wzory zachowań wobec dojrzałych pacjentów.

Tabela 17. Uwarunkowanie określonych postaw personelu medycznego względem osób starszych w zależności od poziomu kultury osobistej innych osób

Zmienna	Parametr	Na naszym oddziale sami stanowimy dla siebie pozytywne wzory zachowań wobec dojrzałych pacjentów					Test	p-wartość
		Na naszym oddziale pracują różni ludzie, których poziom kultury osobistej jest zróżnicowany (N=43)	Na naszym oddziale nie zwraca się zbyt dużej uwagi na poziom kultury osobistej personelu w relacjach z pacjentami w wieku podeszłym (N=15)	Poziom kultury osobistej personelu medycznego w relacjach z pacjentami w wieku podeszłym uważam za przeciętny (N=9)	Poziom kultury osobistej pracowników naszego oddziału w relacjach z pacjentami w wieku podeszłym uważam za odpowiedni (N=119)	Poziom kultury osobistej pracowników naszego oddziału w relacjach z pacjentami w wieku podeszłym uważam za szczególnie wysoki (N=6)		
Ustosunkowanie się do pacjentów w wieku 70 plus uważam za	To moja praca	65,1% (N=28)	66,7% (N=10)	66,7% (N=6)	60,7% (N=71)	83,3% (N=5)	Fisher	0,9388
	To mój obowiązek	16,3% (N=7)	26,7% (N=4)	22,2% (N=2)	24,8% (N=29)	16,7% (N=1)		
	Nie angażuję się emocjonalnie	18,6% (N=8)	6,7% (N=1)	11,1% (N=1)	14,5% (N=17)	0% (N=0)		

Postawa wobec pacjentów w wieku 70 plus oceniam jako	Obojętną	55,8% (N=24)	26,7% (N=4)	33,3% (N=3)	47,9% (N=57)	50% (N=3)	Fisher	0,2295
	Pozytywną	44,2% (N=19)	73,3% (N=11)	55,6% (N=5)	51,3% (N=61)	50% (N=3)		
	Nie zastanawiałem się nad tym	0% (N=0)	0% (N=0)	11,1% (N=1)	0,8% (N=1)	0% (N=0)		

Źródło: opracowanie własne.

Na podstawie przeprowadzonej analizy statystycznej nie wykazano statystycznie istotnych różnic dotyczących określonych postaw personelu medycznego względem osób starszych, w zależności od poziomu kultury osobistej innych osób, zwracania uwagi na właściwe odnoszenie się personelu medycznego do osób 70 plus (tab. 17).

W organizacjach usługowych takich jak szpital bardzo istotną kwestią jest właściwe traktowanie pacjentów. Niesienie pomocy medycznej, uprzejmość, grzeczność, spontaniczność, daje organizacji dobrą opinię i daje pacjentom możliwość powrotu do tej samej placówki. Wszystkie te elementy wpływają na kulturę organizacji i świadczą o profesjonalnym zarządzaniu tą jednostką (Kozusznik, 2001).

Aneks 18. Tabela dotycząca uwarunkowań określonych postaw personelu medycznego względem osób starszych w zależności od nastawienia i cech osób będących obiektami tych postaw

W kolejnej analizie zaprezentowano nastawienie pacjentów w wieku 70 plus w zależności od ich sprawności i samodzielności.

Tabela 18. Uwarunkowanie określonych postaw personelu medycznego względem osób starszych w zależności od nastawienia i cech osób będących obiektami tych postaw

Zmienna	Parametr	Nastawienie wobec pacjentów w wieku 70 plus zależy od poziomu ich sprawności, a więc samodzielności					Test	p-wartość
		Nasze nastawienie wobec pacjentów mniej sprawnych i niesamodzielnych jest zróżnicowane (N=11)	Pacjenci mniej sprawni i niesamodzielni częściej wywołają niezbyt pozytywne postawy (N=29)	Pacjenci niesprawni i niesamodzielni są tak samo traktowani jak pozostali (N=75)	Nastawienie do pacjentów w wieku podeszłym nie ma związku z ich poziomem sprawności i samodzielności (N=39)	Staramy się otoczyć pacjentów mniej sprawnych szczególną opieką (N=38)		
Ustosunkowanie się do pacjentów w wieku 70 plus uważam za	To moja praca	81,8% (N=9)	69% (N=20)	60% (N=45)	56,4% (N=22)	66,7% (N=24)	Fisher	0,6353
	To mój obowiązek	9,1% (N=1)	24,1% (N=7)	24% (N=18)	20,5% (N=8)	25% (N=9)		
	Nie angażuję się emocjonalnie	9,1% (N=1)	6,9% (N=2)	16% (N=12)	23,1% (N=9)	8,3% (N=3)		
Postawa wobec pacjentów w wieku 70 plus oceniam jako	Obojętną	45,5% (N=5)	37,9% (N=11)	48% (N=36)	53,8% (N=21)	47,4% (N=18)	Fisher	0,8721
	Pozytywną	54,5% (N=6)	62,1% (N=18)	49,3% (N=37)	46,2% (N=18)	52,6% (N=20)		
	Nie zastanawiałem się nad tym	0% (N=0)	0% (N=0)	2,7% (N=2)	0% (N=0)	0% (N=0)		

Źródło: opracowanie własne.

Personel w 81,8% nie różnicuje pacjentów pod kątem ich sprawności. W 60 % kadra medyczna tak samo ich traktowała, a 66,7% osób wykazało, że otaczają ich szczególną opieką. Sytuacja ta po raz kolejny pokazuje, że personel medyczny angażuje się do pracy na rzecz osób 70 plus. Pozytywne cechy personelu mają wpływ na wizerunek szpitala.

Na podstawie przeprowadzonej analizy statystycznej nie wykazano różnic statystycznie istotnych, dotyczących określonych postaw personelu medycznego względem osób starszych, w zależności od nastawienia wobec osób 70 plus (tab. 18).

Aneks 19. Tabela dotycząca uwarunkowań określonych postaw personelu medycznego względem osób starszych w zależności od oczekiwań pacjentów będących obiektami postaw

W kolejnym badaniu przedstawiono ustosunkowanie się do pacjentów wobec ich oczekiwań dotyczących usług medycznych.

Tabela 19. Uwarunkowanie określonych postaw personelu medycznego względem osób starszych w zależności od oczekiwań pacjentów będących obiektami postaw

Zmienna	Parametr	Nasze ustosunkowanie się do pacjentów zależne jest od poziomu formułowanych przez nich oczekiwań wobec usług medycznych					Test	p-wartość
		Kiedy spotykamy się ze szczególnie roszczeniowymi pacjentami, nasze nastawienie z reguły jest negatywne (N=14)	Pacjenci o rozbudowanych oczekiwaniach niekiedy roszczeniowi z reguły wzbudzają negatywne postawy (N=32)	Ustosunkowanie do pacjentów w wieku podeszłym nie ma związku z ich poziomem oczekiwań (N=9)	Pacjenci zadawalający się realizowanym poziomem opieki z reguły wzbudzają pozytywne nastawienie (N=32)	Akceptujemy naszych pacjentów niezależnie od tego jakie mają wobec nas oczekiwania (N=89)		
Ustosunkowanie się do pacjentów w wieku 70 plus uważam za	To moja praca	71,4% (N=10)	53,1% (N=17)	77,8% (N=7)	64,5% (N=20)	61,4% (N=54)	Fisher	0,7551
	To mój obowiązek	7,1% (N=1)	31,2% (N=10)	11,1% (N=1)	25,8% (N=8)	22,7% (N=20)		
	Nie angażuję się emocjonalnie	21,4% (N=3)	15,6% (N=5)	11,1% (N=1)	9,7% (N=3)	15,9% (N=14)		
	Obojętną	50% (N=7)	50% (N=16)	44,4% (N=4)	43,8% (N=14)	47,2% (N=42)	Fisher	0,7547

Postawa wobec pacjentów w wieku 70 plus oceniam jako	Pozytywną	50% (N=7)	46,9% (N=15)	55,6% (N=5)	53,1% (N=17)	52,8% (N=47)		
	Nie zastanawiałem się nad tym	0% (N=0)	3,1% (N=1)	0% (N=0)	3,1% (N=1)	0% (N=0)		

Źródło: opracowanie własne.

Jak wykazały przeprowadzone badania, postawy personelu wobec pacjentów 70 plus uzależnione są od poziomu nastawienia roszczeniowego. Pojawiają się na oddziale, niemniej nie stwierdzono zależności między poziomem roszczeniowości, a postawami personelu medycznego. Z przeprowadzonych badań wynika, że w grupie pacjentów często znajdują się osoby roszczeniowe. Związane to jest z ich indywidualnym podejściem do leczenia, a także warunkami bytowymi i socjalnymi placówki oraz negatywnym nastawieniem (tab. 19). Pomimo wszystko 71,4% personelu angażuje się do pracy z pacjentami roszczeniowymi, natomiast 21,4% nie angażuje się emocjonalnie. Kadra medyczna w 64,5% wykazuje pozytywne nastawienie do pacjentów mimo ich roszczeniowości, natomiast 9,7% nie angażuje się. Sytuacja taka może być związana z tym, że osoby stare wzbudzają negatywne emocje poprzez swoją roszczeniowość w stosunku do personelu (tab. 19).

Aneks 20. Tabela dotycząca uwarunkowań określonych postaw personelu medycznego względem osób starszych w zależności od zachowań pacjentów i cech osób będących obiektami postaw

W kolejnych badaniach przeprowadzono zestawienie analizy, dotyczącej relacji z personelem pacjentów w wieku 70 plus.

Tabela 20. Uwarunkowanie określonych postaw personelu medycznego względem osób starszych w zależności od zachowań pacjentów i cech osób będących obiektami postaw

Zmienna	Parametr	Nasze nastawienie do pacjentów 70 plus jest bardziej zależne od zachowania tych pacjentów w relacjach z personelem niż od ich wieku					Test	p-wartość
		Zawsze staramy się prezentować życzliwość i chęć udzielenia pomocy wobec pacjentów w wieku podeszłym (N=92)	W zasadzie staramy się odnosić się przynajmniej poprawnie niezależnie od tego jakie jest zachowanie pacjentów (N=31)	Staramy się, aby w relacjach zachować neutralność i nie pozwolić „się uwodzić” (N=43)	Nasze zachowanie wobec pacjentów w wieku podeszłym bardziej jest zależne od zachowania pacjenta wobec personelu niż od jego wieku (N=20)	Niekiedy na zachowanie wobec pacjentów w wieku podeszłym mają wpływ czynniki sytuacyjne. Zmęczenie i napięcie nerwowe niezwiązane z pacjentem (N=6)		
Ustosunkowanie się do pacjentów	To moja praca	57,1% (N=52)	66,7% (N=20)	67,4% (N=29)	70% (N=14)	83,3% (N=5)	Fisher	0,3504
	To mój obowiązek	22%	20%	23,3% (N=10)	30%	16,7%		

w wieku 70 plus uważam za		(N=20)	(N=6)		(N=6)	(N=1)		
	Nie angażuję się emocjonalnie	20,9% (N=19)	13,3% (N=4)	9,3% (N=4)	0% (N=0)	0% (N=0)		
Postawa wobec pacjentów w wieku 70 plus oceniam jako	Obojętną	53,3% (N=49)	35,5% (N=11)	37,2% (N=16)	60% (N=12)	50% (N=3)	Fisher	0,0843
	Pozytywną	46,7% (N=43)	61,3% (N=19)	62,8% (N=27)	35% (N=7)	50% (N=3)		
	Nie zastanawiałem się nad tym	0% (N=0)	3,2% (N=1)	0% (N=0)	5% (N=1)	0% (N=0)		

Źródło: opracowanie własne.

Na podstawie przeprowadzonej analizy statystycznej nie wykazano statystycznie istotnych różnic, dotyczących postaw personelu medycznego względem osób starszych, w zależności od postaw i cech osób będących obiektami postaw. Z przeprowadzonych badań wynika, że personel stara się być życzliwy i udzielać pomocy pacjentom w wieku 70 plus. Niekiedy na postawy przedstawicieli personelu medycznego wobec pacjentów w wieku podeszłym mają wpływ czynniki sytuacyjne, takie jak napięcie nerwowe spowodowane nadmiarem obowiązków, niezwiązane z pacjentem czy też zmęczenie oraz stres.

Można więc oczekiwać, że zachowanie pacjentów w wieku 70 plus względem personelu medycznego jest często uzależnione od indywidualnych cech osobowościowych pacjentów, a nie od wieku biologicznego (tab. 20).

Aneks 21. Analiza wieloczynnikowa uwarunkowań

W celu przeprowadzenia analizy wieloczynnikowej uwarunkowania określonych postaw słuchaczy względem osób w podeszłym wieku stworzono odpowiednie modele. Model regresji porządkowej opisywał wpływ stopnia zależności między doświadczeniem personelu a postawami rodziców i najbliższego otoczenia oraz wpływ aktywności szkoły na to, jakie postawy względem osób starszych deklarowane były przez personel medyczny (pytanie 11). Model logistyczny natomiast opisywał szanse na to, żeby postawy te były pozytywne. Żaden z modeli nie potwierdził istotnego wpływu wybranych zmiennych na badany parametr.

Tabela 21. Model regresji porządkowej

Czynniki warunkujące występowanie określonych postaw	Współczynnik	p-wartość
Moje doświadczenie w zakresie współpracy zawodowej z pacjentami w wieku 70 plus uważam za: duże	22,719	0,823
Moje doświadczenie w zakresie współpracy zawodowej z pacjentami w wieku 70 plus uważam za: przeciętne	1566,664	0,594
W mojej rodzinie pozostawałem (am) w bliskich relacjach z osobami w wieku 70 plus. Często kontaktowałem/ kontaktowałam się z osobami w wieku podeszłym	1004,553	0,612
W mojej rodzinie pozostawałem (am) w bliskich relacjach z osobami w wieku 70 plus. Kontakty z osobami w wieku podeszłym miałem/ miałam od czasu do czasu	1,187	0,898
W mojej rodzinie pozostawałem (am) w bliskich relacjach z osobami w wieku 70 plus. Tak się złożyło, że nie miałem/ miałam kontaktów z osobami starszymi	0,072	0,851
W wieku młodzieńczym angażowałem(am) się w pracę na rzecz osób dojrzałych. Często angażowałem/ angażowałam się w działania na rzecz osób w wieku podeszłym	24173,299	0,71
W wieku młodzieńczym angażowałem(am) się w pracę na rzecz osób dojrzałych. Nigdy nie podejmowałem/ podejmowałam takiej działalności	0,062	0,85
W wieku młodzieńczym angażowałem(am) się w pracę na rzecz osób dojrzałych. Od czasu do czasu uczestniczyłem/ uczestniczyłam w takich działaniach	20235,674	0,717
W wieku młodzieńczym angażowałem(am) się w pracę na rzecz osób dojrzałych.	154,111	0,042

Sporadycznie zdarzało mi się uczestniczyć w takich działaniach		
W naszym oddziale okazuje się w szczególny sposób zwraca się uwagę na poszanowanie godności człowieka niezależnie od jego wieku. Generalnie troszczymy się o poszanowanie godności osoby starszej	10,277	0,866
W naszym oddziale okazuje się w szczególny sposób zwraca się uwagę na poszanowanie godności człowieka niezależnie od jego wieku. Trudno jest mi ocenić	182,447	0,903
Nasi przełożeni (ordynatorzy, kadra menedżerska i inni) zwracają uwagę na właściwe odnoszenie się personelu medycznego do pacjentów w wieku 70 plus. Troska o właściwe odnoszenie się do pacjentów w wieku podeszłym jest na przeciętnym poziomie	0	0,712
Nasi przełożeni (ordynatorzy, kadra menedżerska i inni) zwracają uwagę na właściwe odnoszenie się personelu medycznego do pacjentów w wieku 70 plus. Troska o sposób odnoszenia się do pacjentów w wieku podeszłym jest na bardzo wysokim poziomie	0	0,75
Nasi przełożeni (ordynatorzy, kadra menedżerska i inni) zwracają uwagę na właściwe odnoszenie się personelu medycznego do pacjentów w wieku 70 plus. Troska o sposób odnoszenia się do pacjentów w wieku podeszłym jest na dobrym poziomie	0	0,666
Nasi przełożeni (ordynatorzy, kadra menedżerska i inni) zwracają uwagę na właściwe odnoszenie się personelu medycznego do pacjentów w wieku 70 plus. Trudno jest mi to ocenić, jedni się zachowują lepiej, inni gorzej	0	0,766
Na naszym oddziale sami stanowimy dla siebie pozytywne wzory zachowań wobec dojrzałych pacjentów. Na naszym oddziale pracują różni ludzie, których poziom kultury osobistej jest zróżnicowany	0,358	0,971
Na naszym oddziale sami stanowimy dla siebie pozytywne wzory zachowań wobec dojrzałych pacjentów. Poziom kultury osobistej personelu medycznego w relacjach z pacjentami w wieku podeszłym uważam za przeciętny	15739600,092	0,549
Na naszym oddziale sami stanowimy dla siebie pozytywne wzory zachowań wobec dojrzałych pacjentów. Poziom kultury osobistej pracowników naszego oddziału w relacjach z pacjentami w wieku podeszłym uważam za odpowiedni	1,934	0,963
Nastawienie wobec pacjentów w wieku 70 plus zależy od poziomu ich sprawności, a więc samodzielności.	11971449857228498589842482	0,765

Nasze nastawienie wobec pacjentów mniej sprawnych i niesamodzielnych jest zróżnicowane		
Nastawienie wobec pacjentów w wieku 70 plus zależy od poziomu ich sprawności, a więc samodzielności. Pacjenci niesprawni i niesamodzielni są tak samo traktowani jak pozostali	695,876	0,813
Nastawienie wobec pacjentów w wieku 70 plus zależy od poziomu ich sprawności, a więc samodzielności. Staramy się otoczyć pacjentów mniej sprawnych szczególną opieką	0,857	0,863
Nasze ustosunkowanie się do pacjentów zależne jest od poziomu formułowanych przez nich oczekiwań wobec usług medycznych. Kiedy spotykamy się ze szczególnie roszczeniowymi pacjentami, nasze nastawienie z reguły jest negatywne	0,002	0,658
Nasze ustosunkowanie się do pacjentów zależne jest od poziomu formułowanych przez nich oczekiwań wobec usług medycznych. Pacjenci o rozbudowanych oczekiwaniach niekiedy roszczeniowi z reguły wzbudzają negatywne postawy	16415,367	0,726
Pozytywną Obojętną	5193,897	0,53
Obojętną Nie zastanawiałem się nad tym	562213,138	0,332

Źródło: opracowanie własne.

Aneks 22. Tabela dotycząca modelu regresji logistycznej

Tabela 22. Model regresji logistycznej

Zmienna	Współczynnik	p-wartość
(Wyraz wolny)	312062430843651 96	0,988
Moje doświadczenie w zakresie współpracy zawodowej z pacjentami w wieku 70 plus uważam za: duże	0,89	0,89
Moje doświadczenie w zakresie współpracy zawodowej z pacjentami w wieku 70 plus uważam za: przeciętne	0	0,988
W wieku młodzieńczym angażowałem(am) się w pracę na rzecz osób dojrzałych. Często angażowałem/angażowałam się w działania na rzecz osób w wieku podeszłym	0	0,989
W wieku młodzieńczym angażowałem(am) się w pracę na rzecz osób dojrzałych. Nigdy nie podejmowałem/ podejmowałam takiej działalności	0,838	0,945
W wieku młodzieńczym angażowałem(am) się w pracę na rzecz osób dojrzałych. Od czasu do czasu uczestniczyłem/ uczestniczyłam w takich działaniach	0	0,989

W wieku młodzieńczym angażowałem(am) się w pracę na rzecz osób dojrzałych. Sporadycznie zdarzało mi się uczestniczyć w takich działaniach	0	0,988
W naszym oddziale okazuje się w szczególny sposób zwraca się uwagę na poszanowanie godności człowieka niezależnie od jego wieku. Generalnie troszczymy się o poszanowanie godności osoby starszej	0	0,99
W naszym oddziale okazuje się w szczególny sposób zwraca się uwagę na poszanowanie godności człowieka niezależnie od jego wieku. Trudno jest mi ocenić	0	0,989
Nasi przełożeni (ordynatorzy, kadra menedżerska i inni) zwracają uwagę na właściwe odnoszenie się personelu medycznego do pacjentów w wieku 70 plus. Toska o właściwe odnoszenie się do pacjentów w wieku podeszłym jest na przeciętnym poziomie	328924983459623 5605002002	0,989
Nasi przełożeni (ordynatorzy, kadra menedżerska i inni) zwracają uwagę na właściwe odnoszenie się personelu medycznego do pacjentów w wieku 70 plus. Troska o sposób odnoszenia się do pacjentów w wieku podeszłym jest na bardzo wysokim poziomie	0,447	0,675
Nasi przełożeni (ordynatorzy, kadra menedżerska i inni) zwracają uwagę na właściwe odnoszenie się personelu medycznego do pacjentów w wieku 70 plus. Troska o sposób odnoszenia się do pacjentów w wieku podeszłym jest na dobrym poziomie	0,437	0,718
Nasi przełożeni (ordynatorzy, kadra menedżerska i inni) zwracają uwagę na właściwe odnoszenie się personelu medycznego do pacjentów w wieku 70 plus. Trudno jest mi to ocenić, jedni się zachowują lepiej, inni gorzej	0,506	0,785
Na naszym oddziale sami stanowimy dla siebie pozytywne wzory zachowań wobec dojrzałych pacjentów. Na naszym oddziale pracują różni ludzie, których poziom kultury osobistej jest zróżnicowany	0	0,987
Na naszym oddziale sami stanowimy dla siebie pozytywne wzory zachowań wobec dojrzałych pacjentów. Poziom kultury osobistej personelu medycznego w relacjach z pacjentami w wieku podeszłym uważam za przeciętny	0	0,988
Na naszym oddziale sami stanowimy dla siebie pozytywne wzory zachowań wobec dojrzałych pacjentów. Poziom kultury osobistej pracowników naszego oddziału w relacjach z pacjentami w wieku podeszłym uważam za odpowiedni	0	0,988

Na naszym oddziale sami stanowimy dla siebie pozytywne wzory zachowań wobec dojrzałych pacjentów. Poziom kultury osobistej pracowników naszego oddziału w relacjach z pacjentami w wieku podeszłym uważam za szczególnie wysoki	232974735345790 240	0,988
Nasze ustosunkowanie się do pacjentów zależne jest od poziomu formułowanych przez nich oczekiwań wobec usług medycznych. Kiedy spotykamy się ze szczególnie roszczeniowymi pacjentami, nasze nastawienie z reguły jest negatywne	1,193	0,929
Nasze ustosunkowanie się do pacjentów zależne jest od poziomu formułowanych przez nich oczekiwań wobec usług medycznych. Pacjenci o rozbudowanych oczekiwaniach niekiedy roszczeniowi z reguły wzbudzają negatywne postawy	80761699,187	0,989
Nasze ustosunkowanie się do pacjentów zależne jest od poziomu formułowanych przez nich oczekiwań wobec usług medycznych. Pacjenci zadawalający się realizowanym poziomem opieki z reguły wzbudzają pozytywne nastawienie	0	0,989
Nasze ustosunkowanie się do pacjentów zależne jest od poziomu formułowanych przez nich oczekiwań wobec usług medycznych. Ustosunkowanie do pacjentów w wieku podeszłym nie ma związku z ich poziomem oczekiwań	312062430843651 96	0,988

Źródło: opracowanie własne.

Model regresji porządkowej oraz model logistyczny nie potwierdziły istotnego wpływu wybranych zmiennych na postawę wobec osób starych.

Aneks 23. Tabela dotycząca jakości opieki medycznej

Tabela 23. Charakterystyka opisowa jakości opieki medycznej

Pytanie	Odpowiedzi	Ogółem (N=200)
Jakość opieki medycznej, w Twojej opinii	Wyposażenie placówki w odpowiedni sprzęt	24,5% (N=49)
	Warunki socjalno-bytowe w oddziale	29% (N=58)
	Wystarczająca ilość personelu	25% (N=50)
	Odpowiednio przygotowana kadra medyczna	32,5% (N=65)
	Życzliwość i nastawienie na niesienie pomocy ze strony personelu (lekarze i pielęgniarki)	57,5% (N=115)

		Pozytywne i wspierające relacje z personelem medycznym	21% (N=42)
		Inna odpowiedź	0,5% (N=1)
Zapoznano Pana (Panią) z oddziałem (pomieszczenia, urządzenia, z których można korzystać)		Tak	97,5% (N=195)
		Nie	2% (N=4)
		Inna odpowiedź	0,5% (N=1)
Zadowolenie z warunków pobytu	Czystość w oddziale	Tak	88,5% (N=177)
		Nie	0% (N=0)
	Temperatura, oświetlenie sali	Tak	82,5% (N=165)
		Nie	2% (N=4)
	Cisza w oddziale	Tak	63% (N=126)
		Nie	16,5% (N=33)
	Stan wyposażenia, sanitariaty	Tak	61% (N=122)
		Nie	16% (N=32)
	Inna odpowiedź		1,5% (N=3)
	Wyposażenie szpitala, w niezbędny sprzęt i aparaturę medyczną	Trudno mi ocenić	Tak
Nie			0% (N=0)
Wszystkie zabiegi nawet jeśli wymagały zastosowania aparatury medycznej miałem/ miałam na czas		Tak	82,5% (N=165)
		Nie	0,5% (N=1)
Szpital robił wrażenie nowoczesnego, dobrze wyposażonego w aparaturę medyczną		Tak	70% (N=140)
		Nie	1,5% (N=3)
Wyposażenie szpitala w odpowiedni sprzęt medyczny i aparaturę pozostawiało wiele do życzenia		Tak	18% (N=36)
		Nie	37,5% (N=75)
Inna odpowiedź		0,5% (N=1)	
Ocena profesjonalizmu osób sprawujących opiekę medyczną		Dostateczny	Tak
	Nie		0% (N=0)
	Przeciętny	Tak	6,5% (N=13)

		Nie	0% (N=0)
	Wysoki	Tak	73,5% (N=147)
		Nie	0% (N=0)
	Bardzo wysoki	Tak	17,5% (N=35)
		Nie	0% (N=0)
Ocena relacji w trakcie świadczenia opieki medycznej przez lekarza	Charakteryzujące się dużą troską o pacjenta i empatią	Tak	57% (N=114)
		Nie	0% (N=0)
	Nacechowane życzliwością	Tak	45,5% (N=91)
		Nie	0% (N=0)
	Prezentujące szacunek dla pacjenta, poprawne	Tak	57% (N=114)
		Nie	0% (N=0)
	Raczej bezosobowe, skoncentrowane na diagnozie i terapii	Tak	19% (N=38)
		Nie	12,5% (N=25)
Inna odpowiedź			0,5% (N=1)
Ocena Pana/ Pani stosunku lekarzy do pacjentów w wieku podeszłym, w procesie leczenia szpitalnego	Nie jest spraw najważniejsza w ocenie jakości pomocy i opieki medycznej	Tak	23,5% (N=47)
		Nie	16% (N=32)
	Jest to tak samo ważny element jak farmakoterapia	Tak	57,5% (N=115)
		Nie	0% (N=0)
	Kontakty lekarzy z pacjentami są jednym z elementów procesu leczenia	Tak	50,5% (N=101)
		Nie	0% (N=0)
	Jest to dla pacjentów w wieku podeszłym szczególnie ważny element	Tak	85,5% (N=171)
		Nie	0% (N=0)
Inna odpowiedź			0% (N=0)
Informowanie pacjentów o diagnozie, terapii, planowanych zabiegach	Pacjent zawsze powinien być poinformowany o diagnozie i planowanej terapii, zabiegach i rokowaniach choroby i w sposób dla niego zrozumiały	Tak	80,5% (N=161)
		Nie	4% (N=8)

i rokowaniach choroby	Decyzja o informowaniu pacjentów o diagnozie terapii, zabiegach i rokowaniach choroby powinna zależeć od oceny przez lekarza indywidualnej reakcji pacjenta, w konkretnej sytuacji życiowej	Tak	47,5% (N=95)
		Nie	10,5% (N=21)
	Informowanie pacjenta o jego sytuacji zdrowotnej, może pogrążyć pacjenta	Tak	20% (N=40)
		Nie	20% (N=40)
	Informowanie pacjenta o diagnozie i planowanej terapii, zabiegach i rokowaniach choroby nie jest najważniejsze jeśli pacjent tego nie oczekuje	Tak	8,5% (N=17)
		Nie	31,5% (N=63)
Ocena stosunku pielęgniarek do pacjentów	Panie pielęgniarki są życzliwie nastawione do pacjentów	Tak	81,5% (N=163)
		Nie	0% (N=0)
	Panie pielęgniarki są mniej lub bardziej pozytywnie nastawione do pacjentów (zależy od osoby)	Tak	31% (N=62)
		Nie	18,5% (N=37)
	Stosunek pielęgniarek często bywa bezosobowy	Tak	6% (N=12)
		Nie	26,5% (N=53)
	Pielęgniarki z dużą troską i zrozumieniem odnoszą się do pacjentów	Tak	52% (N=104)
		Nie	0% (N=0)
Inna odpowiedź		0,5% (N=1)	
Znaczenie ogólnej oceny jakości pomocy i opieki zdrowotnej, w stosunku do pacjentów, w kontaktach z pielęgniarkami	Kontakty te są nie do przecenienia, poprzez dobre relacje pacjenci mają przeświadczenie, że są otoczeni troską i pomocą	Tak	53% (N=106)
		Nie	6% (N=12)
	Kontakty te są ważne, ale nie tak ważne jak w przypadku relacji z lekarzami, oceny poziomu ich profesjonalizmu i wyposażenia szpitala	Tak	20% (N=40)
		Nie	16% (N=32)
	Kontakty z pielęgniarkami są ważne jako jeden z czynników oceny pomocy i opieki medycznej.	Tak	77% (N=154)
		Nie	0% (N=0)

	Najważniejsza jest diagnoza i pomoc medyczna, relacje z pielęgniarkami nie są tak ważne	Tak	10,5% (N=21)
		Nie	21,5% (N=43)
	Inna odpowiedź		0% (N=0)
Najbardziej dokuczliwe sytuacje, w oddziale	Głośna obsługa personelu	Tak	6,5% (N=13)
		Nie	25,5% (N=51)
	Używanie sprzętu grającego (telewizor, radio)	Tak	21% (N=42)
		Nie	8,5% (N=17)
	Częste wizyty odwiedzających	Tak	13% (N=26)
		Nie	18,5% (N=37)
	Zbyt duża liczba współpacjentów	Tak	31,5% (N=63)
		Nie	12% (N=24)
	Zniecierpliwienie personelu i bezosobowy stosunek do pacjentów	Tak	4,5% (N=9)
		Nie	25,5% (N=51)
	Nic nie przeszkadzało	Tak	61% (N=122)
		Nie	10,5% (N=21)
Inna odpowiedź		1,5% (N=3)	
Dostęp do opieki duszpasterskiej zgodnie z przekonaniami religijnymi i wartościami moralnymi		Tak	93% (N=186)
		Nie	1,5% (N=3)
Odpowiednie godziny odwiedzin		Tak	92,5% (N=185)
		Nie	0% (N=0)
Usługi pozamedyczne (kaplica, kiosk) były wystarczające		Tak	64% (N=128)
		Nie	20% (N=40)
Polecenie szpitala znajomym		Tak	85,5% (N=171)
		Nie	7% (N=14)

Źródło: opracowanie własne.

**Aneks 24. Tabela dotycząca oceny poziomu pomocy i opieki zdrowotnej
przez pacjentów**

Tabela 24. Ocena poziomu pomocy i opieki zdrowotnej przez pacjentów

Pytania	Zaznaczone odpowiedzi	Ogółem (N=200)
Ocena poziomu pomocy i opieki, w szpitalu, w którym Pan/Pani przebywała	Negatywnie	0% (N=0)
	Raczej negatywnie	1% (N=2)
	Ani pozytywnie ani negatywnie	10,5% (N=21)
	Raczej pozytywnie	41,5% (N=83)
	Bardzo pozytywnie	42% (N=94)
Ocena wyposażenia szpitala w niezbędną do badań aparaturę medyczną	Negatywnie	0% (N=0)
	Raczej negatywnie	1,5% (N=3)
	Ani pozytywnie ani negatywnie	13% (N=26)
	Raczej pozytywnie	40,5% (N=81)
	Bardzo pozytywnie	45% (N=90)
Ocena dostępności i kompleksowości korzystania z wyposażenia szpitala przez pacjentów zakładu opieki zdrowotnej	Negatywnie	0% (N=0)
	Raczej negatywnie	0% (N=0)
	Ani pozytywnie ani negatywnie	13% (N=26)
	Raczej pozytywnie	32,5% (N=65)
	Bardzo pozytywnie	54,5% (N=109)
Ocena poziomu wyposażenia szpitala, w niezbędną aparaturę medyczną	W mojej opinii jest to bez znaczenia, (bo np. w przypadku jej braku szpital kieruje na badania specjalistyczne do innego ośrodka)	40% (N=80)
	Nie ma to większego znaczenia, choć wszystko zależy od dostępności tej usługi w innym miejscu, jeśli nie jest zbyt oddalone	7,5% (N=15)

	Nie jest to najważniejsze, chociaż wygodniej jest mieć wszystko na miejscu	11% (N=22)
	Jest to ważne, ale nie najważniejsze	9% (N=18)
	Bardzo ważne dla mnie jest jeśli mogę odbyć wszystkie potrzebne badania w trakcie pobytu w tym samym szpitalu	26% (N=52)
Ocena fachowej pomocy medycznej i opieki pielęgniarskiej, w szpitalu	Negatywnie	0% (N=0)
	Raczej negatywnie	1% (N=2)
	Ani pozytywnie ani negatywnie	6,5% (N=13)
	Raczej pozytywnie	39% (N=78)
	Bardzo pozytywnie	45,5% (N=91)
Wiedza, umiejętności i doświadczenie personelu medycznego	Wiedza, umiejętności i doświadczenie mają szczególne znaczenie w przypadku zabiegów chirurgicznych, jeśli od umiejętności chirurga poziomu zależy powodzenie zabiegu operacyjnego a w konsekwencji życie pacjenta	6% (N=12)
	Oczywiście wiedza, umiejętności i doświadczenie mają znaczenie, ale w renomowanych zakładach opieki zdrowotnej personel na ogół prezentuje wysoki poziom wiedzy	67,5% (N=135)
	Jeśli pacjent nie ma szczególnego pecha wiedza, umiejętności i doświadczenie personelu w szpitalach są bardzo zbliżone	10% (N=20)
Czas poświęcony na badania, wykonywanie zabiegów u każdego pacjenta	Rutynowe badanie i wykonywane zabiegi trwają z reguły tak samo długo, a więc czas trwania zabiegu nie ma większego znaczenia	5% (N=10)
	Czas poświęcony na badanie i zabiegi nie ma większego znaczenia, być może tylko zwiększa poczucie troski o pacjenta	53,5% (N=107)
	Czas poświęcony na badania i zabiegi wykonywane pacjentowi odgrywa szczególne istotne znaczenie	33,5% (N=77)
Znaczenie rzetelności, w dokonywanej anamnezie (zbieranie danych o historii choroby)	Zbieranie danych o historii choroby jest wypełnianiem ankiety, która jest taka sama w odniesieniu do wszystkich pacjentów, nie odgrywa więc żadnej roli	3% (N=6)
	Szczegółowość pytań nie ma znaczenia, jeśli nie towarzyszy jej okazywane zainteresowanie problemami pacjenta	24% (N=48)

	Zbieranie danych o historii choroby ma szczególne znaczenie, służy bowiem do nawiązania kontaktu z pacjentem i okazaniu mu naszego zainteresowania	67,5% (N=135)
Ocena Pana/ Pani relacji personelu medycznego z Pana/ Pani Osobą w trakcie pobytu w zakładzie opieki zdrowotnej	Negatywnie	0% (N=0)
	Raczej negatywnie	0% (N=0)
	Ani pozytywnie ani negatywnie	2,5% (N=5)
	Raczej pozytywnie	37% (N=74)
	Bardzo pozytywnie	57% (N=114)
Znaczenie kontaktu personelu medycznego z pacjentem	Kontakt pacjenta z personelem ma znaczenie drugorzędne, najważniejsze są efekty leczenia	10% (N=20)
	Dobry kontakt personelu medycznego z pacjentem do pewnego stopnia sprzyja powrotowi pacjenta do zdrowia	19,5% (N=39)
	Dobry kontakt pacjenta z personelem medycznym jest bardzo ważnym czynnikiem mobilizującym pacjenta do walki z chorobą	68% (N=136)
Znaczenie informowania pacjenta o zamierzonych działaniach i zabiegach związanych z terapią	Nie uważam, aby miało to jakiegokolwiek znaczenie dla procesu powrotu do zdrowia	0% (N=0)
	Uważam, że lepiej jest pokazywać takie informacje pacjentowi, gdyż zwiększają poczucie bezpieczeństwa	23,5% (N=47)
	Jestem zdania, że jest to bardzo ważny czynnik, pacjent, jeśli wie, jak przebiega leczenie lub zabieg, jest w stanie w większym stopniu współpracować z personelem medycznym i doświadczać mniejszego dyskomfortu	75,5% (N=151)
Opinia na temat uważnego słuchania pacjenta	Słuchanie rozmówcy w każdej rozmowie ma znaczenie, niekoniecznie ma to znaczenie w relacji personelu medycznego z pacjentem	11,5% (N=23)
	Uważne słuchanie pacjenta jest ważne, jednak najważniejsza jest właściwa diagnoza i terapia, i profesjonalne wykonywanie zabiegów	24,5% (N=49)
	Uważne słuchanie pacjenta ma bardzo ważne znaczenie, pacjent odbiera to jako przejaw troski o siebie	64,5% (N=129)
Ocena poprawy własnego stanu zdrowia, w wyniku pobytu,	Negatywna, liczyłem/ łam, że pobyt w szpitalu w większym stopniu przyniesie poprawę mego zdrowia	2% (N=4)

w zakładzie opieki zdrowotnej (szpitalu)	Nieznacznym	9% (N=18)
	Pewna poprawa stanu zdrowia wystąpiła	46,5% (N=93)
	Pozytywna, czuję się lepiej	26,5% (N=53)
	Bardzo dobra, mogę powrócić do swego normalnego życia	16% (N=32)
Ocena poziomu zadowolenia z pobytu w szpitalu	Jestem bardzo niezadowolony(a)	0% (N=0)
	W niewielkim stopniu jestem zadowolony(a)	11% (N=22)
	Jestem zadowolony(a)	77,5% (N=155)
	Jestem bardzo zadowolony	10,5% (N=21)

Źródło: opracowanie własne.

Chęć pomagania

Nie wykazano statystycznie istotnej zależności pomiędzy wskazaniami chęci pomagania jako cecha, która powinna charakteryzować opiekuna osoby starszej, a oceną pobytu w szpitalu przez pacjentów.

Aneks 25. Tabela dotycząca oceny jakości pomocy i opieki zdrowotnej przez osoby starsze w zależności od relacji z personelem a chęć pomagania

Tabela 25. Ocena jakości pomocy i opieki zdrowotnej przez osoby stare w zależności od relacji z personelem a chęć pomagania

Zmienna	Parametr	tak (N=64)	nie (N=136)	Test	P-wartość
Ocena poziomu opieki	N	64	136	U Mann-Whitneya	0,458
	Średnia (SD)	4,38 (0,77)	4,33 (0,68)		
	Mediana (IQR)	5 (4 - 5)	4 (4 - 5)		
	Zakres	2 - 5	2 - 5		
Ocena wyposażenia	N	64	136	U Mann-Whitneya	0,395
	Średnia (SD)	4,33 (0,82)	4,27 (0,71)		
	Mediana (IQR)	5 (4 - 5)	4 (4 - 5)		
	Zakres	2 - 5	2 - 5		
Ocena możliwości korzystania z wyposażenia szpitala	N	64	136	U Mann-Whitneya	0,281
	Średnia (SD)	4,47 (0,76)	4,39 (0,69)		
	Mediana (IQR)	5 (4 - 5)	5 (4 - 5)		
	Zakres	3 - 5	3 - 5		

Ocena opieki medycznej	N	60	124	U Mann-Whitneya	0,966
	Średnia (SD)	4,38 (0,74)	4,41 (0,64)		
	Mediana (IQR)	5 (4 - 5)	4 (4 - 5)		
	Zakres	2 - 5	2 - 5		
Relacje z personelem	N	64	129	U Mann-Whitneya	0,181
	Średnia (SD)	4,64 (0,52)	4,53 (0,56)		
	Mediana (IQR)	5 (4 - 5)	5 (4 - 5)		
	Zakres	3 - 5	3 - 5		
Ogólna ocena pobytu	N	64	134	U Mann-Whitneya	0,233
	Średnia (SD)	3,94 (0,47)	4,02 (0,47)		
	Mediana (IQR)	4 (4 - 4)	4 (4 - 4)		
	Zakres	3 - 5	3 - 5		

Źródło: opracowanie własne.

Aneks 26. Tabela dotycząca oceny jakości pomocy i opieki zdrowotnej przez osoby starsze w zależności od relacji z personelem a profesjonalizm

Profesjonalizm

Nie wykazano statystycznie istotnej zależności wpływu uznania profesjonalizmu za cechę ważną dla opiekuna osoby starszej na ocenę pobytu w szpitalu przez pacjentów.

Tabela 26. Ocena jakości pomocy i opieki zdrowotnej przez osoby starsze w zależności od relacji z personelem a profesjonalizm

Zmienna	Parametr	tak (N=77)	nie (N=123)	Test	P-wartość
Ocena poziomu opieki	N	77	123	U Mann-Whitneya	0,191
	Średnia (SD)	4,45 (0,57)	4,28 (0,77)		
	Mediana (IQR)	4 (4 - 5)	4 (4 - 5)		
	Zakres	3 - 5	2 - 5		
Ocena wyposażenia	N	77	123	U Mann-Whitneya	0,093
	Średnia (SD)	4,39 (0,75)	4,23 (0,74)		
	Mediana (IQR)	5 (4 - 5)	4 (4 - 5)		
	Zakres	2 - 5	2 - 5		
Ocena możliwości korzystania z wyposażenia szpitala	N	77	123	U Mann-Whitneya	0,257
	Średnia (SD)	4,51 (0,62)	4,36 (0,76)		
	Mediana (IQR)	5 (4 - 5)	5 (4 - 5)		
	Zakres	3 - 5	3 - 5		
Ocena opieki medycznej	N	72	112	U Mann-Whitneya	0,234
	Średnia (SD)	4,49 (0,6)	4,35 (0,71)		
	Mediana (IQR)	5 (4 - 5)	4 (4 - 5)		
	Zakres	2 - 5	2 - 5		

Relacje z personelem	N	74	119	U Mann-Whitneya	0,752
	Średnia (SD)	4,59 (0,49)	4,55 (0,58)		
	Mediana (IQR)	5 (4 - 5)	5 (4 - 5)		
	Zakres	4 - 5	3 - 5		
Ogólna ocena pobytu	N	77	121	U Mann-Whitneya	0,660
	Średnia (SD)	4,01 (0,3)	3,98 (0,55)		
	Mediana (IQR)	4 (4 - 4)	4 (4 - 4)		
	Zakres	3 - 5	3 - 5		

Źródło: opracowanie własne.

Aneks 27. Ocena możliwości intelektualnych osób starszych

Nie wykazano statystycznie istotnej zależności pomiędzy stwierdzeniami, oceniającymi możliwości intelektualne seniorów, a oceną przez pacjentów pobytu w placówce medycznej.

“Są bardziej ograniczone niż osób młodszych”.

Tabela 27. Ocena możliwości intelektualnych osób starych

Zmienna	Parametr	tak (N=42)	nie (N=158)	Test	P-wartość
Ocena poziomu opieki	N	42	158	U Mann-Whitneya	0,951
	Średnia (SD)	4,36 (0,69)	4,34 (0,71)		
	Mediana (IQR)	4 (4 - 5)	4 (4 - 5)		
	Zakres	3 - 5	2 - 5		
Ocena wyposażenia	N	42	158	U Mann-Whitneya	0,207
	Średnia (SD)	4,43 (0,67)	4,25 (0,76)		
	Mediana (IQR)	5 (4 - 5)	4 (4 - 5)		
	Zakres	3 - 5	2 - 5		
Ocena możliwości korzystania z wyposażenia szpitala	N	42	158	U Mann-Whitneya	0,800
	Średnia (SD)	4,45 (0,67)	4,41 (0,72)		
	Mediana (IQR)	5 (4 - 5)	5 (4 - 5)		
	Zakres	3 - 5	3 - 5		
Ocena opieki medycznej	N	40	144	U Mann-Whitneya	0,698
	Średnia (SD)	4,35 (0,74)	4,42 (0,65)		
	Mediana (IQR)	4 (4 - 5)	4,5 (4 - 5)		
	Zakres	2 - 5	2 - 5		
Relacje z personelem	N	41	152	U Mann-Whitneya	0,053
	Średnia (SD)	4,41 (0,59)	4,61 (0,53)		
	Mediana (IQR)	4 (4 - 5)	5 (4 - 5)		
	Zakres	3 - 5	3 - 5		

Ogólna ocena pobytu	N	42	156	U Mann-Whitneya	0,771
	Średnia (SD)	3,98 (0,47)	4 (0,47)		
	Mediana (IQR)	4 (4 - 4)	4 (4 - 4)		
	Zakres	3 - 5	3 - 5		

Źródło: opracowanie własne.

“Należy do tego podejść indywidualnie”.

Aneks 28. Tabel dotycząca oceny pobytu w szpitalu a podejście indywidualne

Tabela 28. Ocena pobytu w szpitalu a podejście indywidualne

Zmienna	Parametr	tak (N=102)	nie (N=98)	Test	P-wartość
Ocena poziomu opieki	N	102	98	U Mann-Whitneya	0,551
	Średnia (SD)	4,32 (0,69)	4,37 (0,72)		
	Mediana (IQR)	4 (4 - 5)	4,5 (4 - 5)		
	Zakres	2 - 5	2 - 5		
Ocena wyposażenia	N	102	98	U Mann-Whitneya	0,960
	Średnia (SD)	4,3 (0,71)	4,28 (0,78)		
	Mediana (IQR)	4 (4 - 5)	4 (4 - 5)		
	Zakres	3 - 5	2 - 5		
Ocena możliwości korzystania z wyposażenia szpitala	N	102	98	U Mann-Whitneya	0,640
	Średnia (SD)	4,42 (0,75)	4,41 (0,67)		
	Mediana (IQR)	5 (4 - 5)	5 (4 - 5)		
	Zakres	3 - 5	3 - 5		
Ocena opieki medycznej	N	93	91	U Mann-Whitneya	0,327
	Średnia (SD)	4,35 (0,69)	4,45 (0,65)		
	Mediana (IQR)	4 (4 - 5)	5 (4 - 5)		
	Zakres	2 - 5	2 - 5		
Relacje z personelem	N	98	95	U Mann-Whitneya	0,454
	Średnia (SD)	4,54 (0,54)	4,59 (0,56)		
	Mediana (IQR)	5 (4 - 5)	5 (4 - 5)		
	Zakres	3 - 5	3 - 5		
Ogólna ocena pobytu	N	100	98	U Mann-Whitneya	0,882
	Średnia (SD)	4 (0,51)	3,99 (0,42)		
	Mediana (IQR)	4 (4 - 4)	4 (4 - 4)		
	Zakres	3 - 5	3 - 5		

Źródło: opracowanie własne.

Aneks 29. Tabela dotycząca ogólnej oceny a problemów z pamięcią

Tabela 29. Ocena ogólna a problemy z pamięcią

Zmienna	Parametr	tak (N=12)	nie (N=188)	Test	P-wartość
Ocena poziomu opieki	N	12	188	U Mann-Whitneya	0,424
	Średnia (SD)	4,5 (0,67)	4,34 (0,71)		
	Mediana (IQR)	5 (4 - 5)	4 (4 - 5)		
	Zakres	3 - 5	2 - 5		
Ocena wyposażenia	N	12	188	U Mann-Whitneya	0,526
	Średnia (SD)	4,08 (1)	4,3 (0,73)		
	Mediana (IQR)	4 (3,75 - 5)	4 (4 - 5)		
	Zakres	2 - 5	2 - 5		
Ocena możliwości korzystania z wyposażenia szpitala	N	12	188	U Mann-Whitneya	0,886
	Średnia (SD)	4,33 (0,89)	4,42 (0,7)		
	Mediana (IQR)	5 (3,75 - 5)	5 (4 - 5)		
	Zakres	3 - 5	3 - 5		
Ocena opieki medycznej	N	12	172	U Mann-Whitneya	0,276
	Średnia (SD)	4,58 (0,67)	4,39 (0,67)		
	Mediana (IQR)	5 (4 - 5)	4 (4 - 5)		
	Zakres	3 - 5	2 - 5		
Relacje z personelem	N	12	181	U Mann-Whitneya	0,234
	Średnia (SD)	4,75 (0,45)	4,55 (0,55)		
	Mediana (IQR)	5 (4,75 - 5)	5 (4 - 5)		
	Zakres	4 - 5	3 - 5		
Ogólna ocena pobytu	N	12	186	U Mann-Whitneya	0,971
	Średnia (SD)	4 (0,43)	3,99 (0,47)		
	Mediana (IQR)	4 (4 - 4)	4 (4 - 4)		
	Zakres	3 - 5	3 - 5		

Źródło: opracowanie własne.

“Pogarsza się bezpośrednia pamięć, ale z tym można sobie radzić”.

Aneks 30. Tabela dotycząca ogólnej oceny a zmianami w zachowaniu

“Obumieranie komórek nerwowych prowadzi do zmian w zachowaniu, czasami bardzo przykrych dla otoczenia”.

Tabela 30. Ocena ogólna a zmiany w zachowaniu

Zmienna	Parametr	tak (N=38)	nie (N=162)	Test	P-wartość
Ocena poziomu opieki	N	38	162	U Mann-Whitneya	0,836
	Średnia (SD)	4,34 (0,78)	4,35 (0,69)		
	Mediana (IQR)	4,5 (4 - 5)	4 (4 - 5)		
	Zakres	2 - 5	2 - 5		
Ocena wyposażenia	N	38	162	U Mann-Whitneya	0,591
	Średnia (SD)	4,24 (0,75)	4,3 (0,75)		
	Mediana (IQR)	4 (4 - 5)	4 (4 - 5)		
	Zakres	2 - 5	2 - 5		
Ocena możliwości korzystania z wyposażenia szpitala	N	38	162	U Mann-Whitneya	0,619
	Średnia (SD)	4,42 (0,55)	4,41 (0,74)		
	Mediana (IQR)	4 (4 - 5)	5 (4 - 5)		
	Zakres	3 - 5	3 - 5		
Ocena opieki medycznej	N	33	151	U Mann-Whitneya	0,695
	Średnia (SD)	4,48 (0,51)	4,38 (0,7)		
	Mediana (IQR)	4 (4 - 5)	4 (4 - 5)		
	Zakres	4 - 5	2 - 5		
Relacje z personelem	N	36	157	U Mann-Whitneya	0,089
	Średnia (SD)	4,69 (0,52)	4,54 (0,55)		
	Mediana (IQR)	5 (4 - 5)	5 (4 - 5)		
	Zakres	3 - 5	3 - 5		
Ogólna ocena pobytu	N	38	160	U Mann-Whitneya	0,644
	Średnia (SD)	4,03 (0,37)	3,99 (0,49)		
	Mediana (IQR)	4 (4 - 4)	4 (4 - 4)		
	Zakres	3 - 5	3 - 5		

Źródło: opracowanie własne.

Aneks 31. Tabela dotycząca ogólnej oceny pobytu w placówce medycznej a życzliwością

Życzliwość

Nie wykazano statystycznie istotnej zależności wpływu znaczenia życzliwości na ocenę pobytu w placówce medycznej przez seniorów.

Tabela 31. Ocena ogólna pobytu w placówce medycznej a życzliwość

Zmienna	Parametr	tak (N=39)	nie (N=161)	Test	P-wartość
Ocena poziomu opieki	N	39	161	U Mann-Whitneya	0,739
	Średnia (SD)	4,33 (0,84)	4,35 (0,67)		
	Mediana (IQR)	5 (4 - 5)	4 (4 - 5)		
	Zakres	2 - 5	2 - 5		
Ocena wyposażenia	N	39	161	U Mann-Whitneya	0,320
	Średnia (SD)	4,18 (0,79)	4,32 (0,74)		
	Mediana (IQR)	4 (4 - 5)	4 (4 - 5)		
	Zakres	2 - 5	2 - 5		
Ocena możliwości korzystania z wyposażenia szpitala	N	39	161	U Mann-Whitneya	0,929
	Średnia (SD)	4,44 (0,68)	4,41 (0,72)		
	Mediana (IQR)	5 (4 - 5)	5 (4 - 5)		
	Zakres	3 - 5	3 - 5		
Ocena opieki medycznej	N	35	149	U Mann-Whitneya	0,586
	Średnia (SD)	4,46 (0,66)	4,39 (0,67)		
	Mediana (IQR)	5 (4 - 5)	4 (4 - 5)		
	Zakres	3 - 5	2 - 5		
Relacje z personelem	N	38	155	U Mann-Whitneya	0,691
	Średnia (SD)	4,58 (0,6)	4,56 (0,54)		
	Mediana (IQR)	5 (4 - 5)	5 (4 - 5)		
	Zakres	3 - 5	3 - 5		
Ogólna ocena pobytu	N	39	159	U Mann-Whitneya	0,494
	Średnia (SD)	3,95 (0,39)	4,01 (0,48)		
	Mediana (IQR)	4 (4 - 4)	4 (4 - 4)		
	Zakres	3 - 5	3 - 5		

Źródło: opracowanie własne.

Aneks 32. Tabela dotycząca ogólnej oceny pobytu w placówce medycznej a pogoda ducha

Nie wykazano statystycznie istotnego wpływu zaznaczenia pogody ducha, jako cechy wpływającej na relacje z pacjentami, na ocenę pobytu w placówce.

Tabela 32. Ocena ogólna pobytu w placówce medycznej a pogoda ducha

Zmienna	Parametr	tak (N=59)	nie (N=141)	Test	P-wartość
Ocena poziomu opieki	N	59	141	U Mann-Whitneya	0,717
	Średnia (SD)	4,39 (0,64)	4,33 (0,73)		
	Mediana (IQR)	4 (4 - 5)	4 (4 - 5)		
	Zakres	3 - 5	2 - 5		
Ocena wyposażenia	N	59	141	U Mann-Whitneya	0,729
	Średnia (SD)	4,25 (0,78)	4,3 (0,74)		
	Mediana (IQR)	4 (4 - 5)	4 (4 - 5)		
	Zakres	2 - 5	2 - 5		
Ocena możliwości korzystania z wyposażenia szpitala	N	59	141	U Mann-Whitneya	0,740
	Średnia (SD)	4,41 (0,67)	4,42 (0,73)		
	Mediana (IQR)	5 (4 - 5)	5 (4 - 5)		
	Zakres	3 - 5	3 - 5		
Ocena opieki medycznej	N	53	131	U Mann-Whitneya	0,059
	Średnia (SD)	4,55 (0,61)	4,34 (0,69)		
	Mediana (IQR)	5 (4 - 5)	4 (4 - 5)		
	Zakres	3 - 5	2 - 5		
Relacje z personelem	N	56	137	U Mann-Whitneya	0,145
	Średnia (SD)	4,64 (0,55)	4,53 (0,54)		
	Mediana (IQR)	5 (4 - 5)	5 (4 - 5)		
	Zakres	3 - 5	3 - 5		
Ogólna ocena pobytu	N	59	139	U Mann-Whitneya	0,447
	Średnia (SD)	4,03 (0,49)	3,98 (0,46)		
	Mediana (IQR)	4 (4 - 4)	4 (4 - 4)		
	Zakres	3 - 5	3 - 5		

Źródło: opracowanie własne.

**Aneks 33. Tabela dotycząca ogólnej oceny pobytu w placówce medycznej
a chęć współpracy**

Chęć współpracy

Nie wykazano statystycznie istotnej zależności pomiędzy wpływem deklarowanej chęci współpracy, przez pacjenta, na ocenę pobytu w szpitalu przez seniora.

Tabela 33. Ocena ogólna pobytu w placówce medycznej a chęć współpracy

Zmienna	Parametr	tak (N=42)	nie (N=158)	Test	P-wartość
Ocena poziomu opieki	N	42	158	U Mann-Whitneya	0,306
	Średnia (SD)	4,24 (0,76)	4,37 (0,69)		
	Mediana (IQR)	4 (4 - 5)	4 (4 - 5)		
	Zakres	2 - 5	2 - 5		
Ocena wyposażenia	N	42	158	U Mann-Whitneya	0,999
	Średnia (SD)	4,29 (0,77)	4,29 (0,74)		
	Mediana (IQR)	4 (4 - 5)	4 (4 - 5)		
	Zakres	3 - 5	2 - 5		
Ocena możliwości korzystania z wyposażenia szpitala	N	42	158	U Mann-Whitneya	0,519
	Średnia (SD)	4,33 (0,79)	4,44 (0,69)		
	Mediana (IQR)	5 (4 - 5)	5 (4 - 5)		
	Zakres	3 - 5	3 - 5		
Ocena opieki medycznej	N	39	145	U Mann-Whitneya	0,460
	Średnia (SD)	4,31 (0,77)	4,43 (0,64)		
	Mediana (IQR)	4 (4 - 5)	5 (4 - 5)		
	Zakres	2 - 5	2 - 5		
Relacje z personelem	N	40	153	U Mann-Whitneya	0,833
	Średnia (SD)	4,55 (0,55)	4,57 (0,55)		
	Mediana (IQR)	5 (4 - 5)	5 (4 - 5)		
	Zakres	3 - 5	3 - 5		
Ogólna ocena pobytu	N	41	157	U Mann-Whitneya	0,231
	Średnia (SD)	4,07 (0,57)	3,97 (0,44)		
	Mediana (IQR)	4 (4 - 4)	4 (4 - 4)		
	Zakres	3 - 5	3 - 5		

Źródło: opracowanie własne.

Aneks 34. Relacje deklarowanych i rzeczywistych postaw personelu wobec osób starych

Wprowadzenie

Dla celów niniejszej analizy, odpowiedzi personelu medycznego zostały pogrupowane w następujący sposób:

- dla pytania: „Proszę krótko scharakteryzować jak funkcjonują osoby w wieku podeszłym tj. 70 plus. (D)”:
 - odpowiedzi, świadczące o pozytywnym nastawieniu do osób starszych lub wskazujące na dobre funkcjonowanie tych osób, przyporządkowane zostały do kategorii „Pozytywne”,
 - odpowiedzi, świadczące o negatywnym nastawieniu do osób starszych lub podkreślające głównie to, że są to osoby niedołążne, schorowane, czy niesamodzielne, przyporządkowane zostały do kategorii „Negatywne”,
 - odpowiedzi, świadczące o neutralnym nastawieniu do osób starszych lub wskazujące zarówno na pozytywne, jak i negatywne aspekty funkcjonowania tych osób, zostały przyporządkowane do kategorii „Neutralne”;
- dla pytania: „Czy uważa Pan/Pani, że osoba w tym wieku może być tak samo sprawna intelektualnie jak 60-latki, 50-latki, 40-latki itp. ? (D)” wprowadzono trzy kategorie:
 - „tak”,
 - „to zależy”,
 - „nie”;
- dla pytania: „Proszę scharakteryzować z jakimi atrybutami kojarzy się Panu/Pani osoba w wieku 70 plus. (Rz)”:
 - odpowiedzi, wskazujące na pozytywne cechy osób starszych, takie jak np. doświadczenie życiowe, czy życzliwość, przyporządkowane zostały do kategorii „Pozytywne”,
 - odpowiedzi, wskazujące na negatywne cechy osób starszych, czy też ich choroby, przyporządkowane zostały do kategorii „Negatywne”,
 - odpowiedzi, wskazujące na cechy osób starszych, trudne do zakwalifikowania jako pozytywne, czy negatywne, przyporządkowane zostały do kategorii „Neutralne”,
 - odpowiedzi, wskazujące na cechy osób starszych, trudne do zakwalifikowania jako pozytywne, czy negatywne, przyporządkowane zostały do kategorii „Neutralne”,
 - odpowiedzi, w których wymieniano przedmioty charakteryzujące osoby starsze, takie jak kule, czy okulary, przyporządkowane zostały do kategorii „Sprzęt”,
 - odpowiedzi: „emerytura”, „zniżki, ulgi, dopłaty” przyporządkowane zostały do kategorii „Inne”;

- dla pytania: „Jakich emocji doświadcza Pan/Pani w kontakcie z osobami w wieku podeszłym? (Rz)” odpowiedzi zostały pogrupowane w trzy kategorie, w zależności od charakteru wypisanych emocji:
 - pozytywne,
 - negatywne,
 - neutralne (w tym odpowiedzi, wskazujące na brak emocji lub wskazujące na występowanie różnych emocji, do różnych osób starszych);
- dla pytania: „Jakiej aktywności wymaga z Pana/Pani strony współpraca z osobami w tym wieku, czy czasem zmuszony(a) jesteś przezwyciężyć opór wewnętrzny? (Rz)”, nie uwzględniono odpowiedzi, nie odnoszących się jednoznacznie do kwestii przezwyciężania wewnętrznego oporu, klasyfikując pozostałe następująco:
 - tak (czasem lub z reguły ankietowana osoba musi przezwyciężać wewnętrzny opór współpracując z osobą starszą),
 - nie (osoba zadeklarowała, że, w kontakcie z osobą starszą, nie zмага się z wewnętrznym oporem);
- dla pytania: „Czy zakłada Pan/Pani, że mógłby/mogłaby zaprzyjaźnić się z nieznaną Panu (Pani) dotychczas osobą w tym wieku? (Rz)”, odpowiedzi pogrupowano w trzy kategorie:
 - tak,
 - nie,
 - nie wiem;
- dla pytania: „Czy dopuszcza Pan/Pani sytuację aby przez dłuższy czas zajmować się/opiekować się osobami w wieku podeszłym, spotkać się codziennie na posiłkach przy wspólnym stole, razem pracować przy wspólnym projekcie. (Rz)”, odpowiedzi pogrupowano w trzy kategorie:
 - tak,
 - nie,
 - nie wiem;
- dla pytania: „Czy Pana/Pani zdaniem osoby te mogłyby wnieść jakąś wartość w życie młodszych osób? (D)”, odpowiedzi pogrupowano w trzy kategorie:
 - tak,
 - nie,
 - trudno powiedzieć.

W wyżej wymienionych pytaniach, oznaczeniem (D) wskazano, że dotyczy ono deklarowanych postaw wobec osób starszych, poprzez (Rz) oznaczając zaś pytania o postawy rzeczywiste. Porównano odpowiedzi na pytania z obu grup, wykorzystując, w celu wykrycia statystycznie istotnych związków, test Fishera lub chi-kwadrat oraz zaprezentowano wyniki w tabelach, odnoszących się do porównania danej postawy deklarowanej z postawami rzeczywistymi. P-wartość dla wykonanego testu, mniejsza od przyjętego poziomu istotności: $\alpha=0,05$, świadczy o występowanie statystycznie istotnego związku pomiędzy odpowiedziami na dane pytania. Wyszczególniono także wyniki istotne dla niższych poziomów istotności: $\alpha=0,01$ oraz $\alpha=0,001$.

Wszystkie obliczenia wykonano przy użyciu oprogramowania statystycznego R w wersji 3.6.0.

Odpowiedzi młodzieży zostały sklasyfikowane w następujący sposób²⁴:

- Dla pytania „Co wiesz o funkcjonowaniu osób w wieku podeszłym, tj. 70 plus? (D)”, wprowadzono trzy kategorie:
 - odpowiedzi, świadczące o pozytywnym nastawieniu do osób starszych lub wskazujące na dobre funkcjonowanie tych osób, przyporządkowane zostały do kategorii „Pozytywne”,
 - odpowiedzi, świadczące o negatywnym nastawieniu do osób starszych lub podkreślające głównie to, że są to osoby niedołężne, schorowane czy niesamodzielne przyporządkowane zostały do kategorii „Negatywne”,
 - odpowiedzi, świadczące o neutralnym nastawieniu do osób starszych lub wskazujące zarówno na pozytywne, jak i negatywne aspekty funkcjonowania tych osób, a także deklaracje braku dostatecznej wiedzy ankietowanych, zostały przyporządkowane do kategorii „Neutralne”.
- Dla pytania „Czy uważasz, że osoba w tym wieku może być tak samo sprawna intelektualnie jak 60-latki, 50-latki, 40-latki itp. ? (D)” wprowadzono trzy kategorie:
 - „tak,
 - „to zależy”,
 - „nie”.
- Dla pytania „Proszę scharakteryzuj z jakimi atrybutami kojarzy Ci się osoba w wieku podeszłym. (Rz)”:

²⁴ Odpowiedzi badanych słuchaczy przyporządkowano do poszczególnych modalności postaw, korzystających z metody sędziów kompetentnych.

- odpowiedzi, wskazujące na pozytywne cechy osób starszych, takie jak np. doświadczenie życiowe, czy życzliwość, przyporządkowane zostały do kategorii „Pozytywne”,
- odpowiedzi, wskazujące na negatywne cechy osób starszych czy też ich choroby, przyporządkowane zostały do kategorii „Negatywne”,
- odpowiedzi, wskazujące na cechy osób starszych, trudne do zakwalifikowania jako pozytywne czy negatywne, przyporządkowane zostały do kategorii „Neutralne”,
- odpowiedzi, w których wymieniano przedmioty charakteryzujące osoby starsze, takie jak kule czy okulary, a także cechy wyglądu fizycznego, takie jak siwe włosy czy zmarszczki, przyporządkowane zostały do kategorii „Sprzęt i cechy fizyczne”.
- Dla pytania „Jakich emocji doświadczasz w kontakcie z osobami w wieku podeszłym? (Rz)” odpowiedzi zostały pogrupowane w trzy kategorie, w zależności od charakteru wypisanych emocji.
 - pozytywne,
 - negatywne,
 - neutralne (w tym odpowiedzi wskazujące na brak emocji lub wskazujące na występowanie różnych emocji, do różnych osób starszych).
- Dla pytania „Jakiej aktywności wymaga z twojej strony współpraca z osobami w tym wieku, czy czasem zmuszony(a) jesteś przezwyciężyć opór wewnętrzny? (Rz)” nie uwzględniono odpowiedzi, nieodnoszących się jednoznacznie do kwestii o przezwyciężanie wewnętrznego oporu, klasyfikując pozostałe następująco:
 - tak (czasem, lub z reguły, ankietowana osoba musi przezwyciężać wewnętrzny opór współpracując z osobą starszą),
 - nie (osoba zadeklarowała, że w kontakcie z osobą starszą nie zмага się z wewnętrznym oporem).
- Dla pytania „Czy zakładasz, że mógłbyś/mogłabyś zaprzyjaźnić się z nieznaną Ci dotychczas osobą w tym wieku? (Rz)” odpowiedzi pogrupowano w trzy kategorie:
 - tak,
 - nie,
 - nie wiem.
- Dla pytania „Czy chciałbyś zajmować się/opiekować się osobami w wieku podeszłym, spotykać się codziennie na posiłkach przy wspólnym stole, razem pracować przy wspólnym projekcie. (Rz)” odpowiedzi pogrupowano w trzy kategorie:
 - tak,
 - nie,
 - nie wiem.
- Dla pytania „Czy Twoim zdaniem osoby te mogłyby wnieść jakąś wartość w życie młodszych osób? (D)” odpowiedzi pogrupowano w dwie kategorie:

- tak,
- trudno powiedzieć.

Porównano odpowiedzi na pytania z obu grup, wykorzystując, w celu wykrycia statystycznie istotnych związków, test Fishera lub chi-kwadrat oraz zaprezentowano wyniki w tabelach, odnoszących się do porównania danej postawy deklarowanej z postawami rzeczywistymi.

Wykres 7. Charakterystyka badanych. Poprzednio (bądź aktualnie) wykonywana praca



Źródło: opracowanie własne.

Uzyskane odpowiedzi przedstawiają poprzednio bądź aktualnie wykonywaną pracę.

P-wartość dla wykonanego testu, mniejsza od przyjętego poziomu istotności: $\alpha=0,05$, świadczy o występowanie statystycznie istotnego związku pomiędzy odpowiedziami na dane pytania. P-wartości niższe niż 0,05 zostały pogrubione.

Wszystkie obliczenia wykonano przy użyciu oprogramowania statystycznego R w wersji 3.6.0.

Kwestionariusze

- 1. Kwestionariusz wywiadu pogłębionego dla słuchaczy policealnych szkół medycznych na temat ich postaw wobec osób starych**
- 2. Kwestionariusz do badania postaw słuchaczy policealnych szkół medycznych wobec osób w wieku senioralnym**
- 3. Kwestionariusz do wywiadu pogłębionego dla personelu medycznego na temat ich postaw wobec osób starych**
- 4. Kwestionariusz do badania postaw personelu medycznego wobec pacjentów w wieku senioralnym**
- 5. Kwestionariusz do badania jakości pomocy i opieki zdrowotnej w ocenie pacjentów**
- 6. Kwestionariusz oceny opieki zdrowotnej przez pacjentów w szpitalu**

Aneks 1

Kwestionariusz wywiadu pogłębionego dla słuchaczy policealnych szkół medycznych na temat ich postaw wobec osób starych

Oznaczanie literami D lub Rz poszczególnych pytań oznacza, że pytania te odnoszą się do postaw deklarowanych lub rzeczywistych.

1. Co wiesz o funkcjonowaniu osób w wieku podeszłym tj. 70 plus?
(D).....
2. Czy uważasz, że osoba w tym wieku może być tak samo sprawna intelektualnie jak 60-latki, 50-latki, 40-latki itp. ?
(D)
3. Proszę scharakteryzuj, z jakimi atrybutami kojarzy Ci się osoba w wieku podeszłym (Rz)
.....
4. Jakich emocji doświadczasz w kontakcie z osobami w wieku podeszłym?
(Rz).....
5. Jakiej aktywności wymaga z Twojej strony współpraca z osobami w tym wieku, czy czasem zmuszony (a) jesteś przewycięzać opór wewnętrzny?
(Rz).....
6. Czy zakładasz, że mógłbyś/mogłabyś zaprzyjaźnić się z nieznaną Ci dotychczas osobą w tym wieku?
(Rz).....
7. Czy chciałbyś/chciałabyś zajmować się/opiekować się osobami w wieku podeszłym, spotykać się codziennie na posiłkach przy wspólnym stole, razem pracować przy wspólnym projekcie?.....(Rz)
8. Jakie widzisz pozytywne strony u osób w wieku podeszłym?
(D)?.....
9. Jakie widzisz negatywne strony osób w wieku podeszłym?
(D).....
10. Jakie widzisz możliwości wykorzystania ich doświadczenia, kompetencji społecznych postaw moralnych (np. życzliwości)?

(Rz).....

11. Czy, Twoim zdaniem, osoby te mogłyby wnieść jakąś wartość w życie młodszych osób ?

(D)

12. Jakie sytuacje powinny zaistnieć i/lub jakie warunki powinny zostać spełnione, aby Twoje postawy wobec osób w wieku podeszłym były bardziej pozytywne?

(D).....

Aneks 2

Kwestionariusz do badania postaw słuchaczy policealnych szkół medycznych wobec osób w wieku podeszłym

Instrukcja: Proszę zapoznać się z poniżej zamieszczonymi pytaniami, a następnie przez podkreślenie wybrać właściwą odpowiedź. Odpowiedzi odnoszą się do osób starych tj. takich które ukończyły 70 lat²⁵.

1. Jakimi cechami powinna się charakteryzować osoba opiekująca się ludźmi starymi?
(poz.)²⁶
 - empatia
 - cierpliwość
 - chęć pomagania
 - profesjonalizm
 - pogoda ducha
 - inna odpowiedź.....
2. Czy w Twojej rodzinie mieszkasz lub mieszkałeś/mieszkałaś z osobami starymi?
(uw.)
 - Tak
 - Nie
 - Inna odpowiedź
3. Czy Twoi rodzice nadal pozostają w bliskich relacjach ze swoimi rodzicami/dziadkami? (uw.)
 - Tak
 - Nie
 - Inna odpowiedź.....

²⁵ Ustalona granica wieku wynika z przyjętej wcześniej definicji *starości zamieszczonej na str. 14-16*

²⁶ Zamieszczone w prezentowanej wersji kwestionariusza skróty (poz., em., beh., uw.) nie pojawią się w wersji przedłożonej osobom badanych. Zgodnie z przyjętą definicją postaw i pytaniami, i problemami badawczymi zawierają one informacje na temat tego, do którego komponentu postaw, bądź czynników je warunkujących odnoszą się one.

4. Czy cenisz sobie swoich dziadków/pradziadków, innych seniorów w rodzinie (jeśli tak napisz za co?) (poz.)
- Tak, dlaczego?
.....
.....
 - Nie, dlaczego?
.....
 - Inna odpowiedź.....
5. Czy w domu jesteś świadkiem pomocy udzielanej osobom starszym członkom rodziny, sąsiadom, innym osobom? (uw.)
- Tak
 - Nie
 - Inna odpowiedź.....
6. Czy zdarzyło Ci się samemu/samej włączyć się w udzielanie takiej pomocy? (beh.)
- Tak
 - Nie
 - Inna odpowiedź.....
7. Jak zachowałbyś/zachowałabyś się w sytuacji, kiedy osoba stara przebywająca w szpitalu byłaby rozdrażniona i zniecierpliwiona? (beh.)
- Przede wszystkim wysłuchałbym/wysłuchałabym jej.
 - Okazałbym/okazałabym jej współczucie.
 - Postarałbym/postarałabym się ją uspokoić, niezależnie od tego co. ma do powiedzenia.
 - Delikatnie zwróciłbym/zwróciłabym jej uwagę.
 - Zdecydowanie zwróciłbym/zwróciłabym jej uwagę i nie pozwoliłbym/pozwoliłabym na to aby dalej eskalowała emocje.
 - Inna odpowiedź.....

8. W jakim stopniu zachowanie osób starych jest zależne od (*proszę dokonać porangowania od 1- czynnik najważniejszy do 5*)(poz.)
- Ich wieku, w aspekcie czynników fizjologicznych
 - Sytuacji społecznej i materialnej
 - Sytuacji rodzinnej
 - Bezpośredniej sytuacji w której się znaleźli
 - Cech osobowości
 - Inna odpowiedź.....
9. *Proszę dokończyć zdanie*, „Możliwości intelektualne ludzi starych wybierając właściwe zakończenie”(poz.)
- Są bardziej ograniczone niż ludzi młodszych.
 - Na ogół nie ma znaczących różnic.
 - Należy do tego podejść indywidualnie.
 - Pogarsza się bezpośrednia pamięć, ale z tym można sobie radzić.
 - Obumieranie komórek nerwowych prowadzi do zmian w zachowaniu, czasami bardzo przykrych dla otoczenia.
 - Inna odpowiedź.....
10. Jak oceniasz swoje dotychczasowe relacje z osobami starymi w Twojej rodzinie w skali od 1-5 (em.)
- Niezbyt dobre.
 - Raczej niezbyt dobre.
 - Ani dobre ani złe.
 - Dobre.
 - Bardzo dobre.
 - Inna odpowiedź

11. Czy w Twojej szkole organizowane są imprezy na rzecz pomocy/podniesienia jakości życia seniorom (jeśli tak, czy w nich uczestniczyłeś/uczestniczyłaś, jakie to były działania, ile razy w roku się odbywały) (uw.)

- Tak
- Czy w nich uczestniczyłeś/uczestniczyłaś?.....
- Jakie to były działania?.....
- Ile razy w roku się odbywały?.....
- Nie
- Inna odpowiedź.....

12. Czy, jako słuchaczowi policealnej szkoły medycznej, zdarzyło Ci się dobrowolnie uczestniczyć w działaniach podejmowanych na rzecz osób starych (czego dotyczyło Twoje uczestnictwo)? (beh.)

- Tak
- Czego dotyczyło Twoje uczestnictwo?.....
- Nie
- Inna odpowiedź.....

13. Jak się czujesz/znajdujesz we współpracy z osobami w wieku podeszłym w trakcie działań organizowanych przez szkołę? (em.)

- Raczej źle.
- Niezbyt dobrze (nie wiem jak powinienem (powinnam) się zachować).
- Nie mam problemów.
- Czuję się dobrze.
- Bardzo dobrze się czuję.
- Inna odpowiedź

14. Jakie określenia wybrałybyś/wybrałybyś dla oceny swojego nastawienia do osób w wieku podeszłym? (em.)

- Bardzo dobre
- Dobre
- Obojętne
- Niezbyt dobre
- Raczej niedobre
- Inna odpowiedź.....

15. Proszę dokończyć zdanie; "Kiedy w trakcie dyżuru wzywa mnie osoba w wieku podeszłym i osoba młodsza, które w takim samym stopniu potrzebują mojej pomocy w pierwszej kolejności ..." (beh.)

- Staram się sam/sama rozważyć, kto może bardziej potrzebować mojej pomocy.
- Wybieram osobę starszą.
- Nie uwzględniam w ogóle wieku pacjenta potrzebującego pomocy.
- Uważam, że osoby starsze są bardziej niecierpliwe, dlatego udaję się do osoby starszej.
- Mam doświadczenia, że osoby starsze wołają pielęgniarki z bardzo błahych powodów, dlatego nie wykazuję szczególnego pośpiechu.
- Inna odpowiedź.....

16. W jakim stopniu samo zachowanie osób starych, z którymi w przeszłości się spotykałeś/spotykałaś lub spotykasz aktualnie decyduje o tym, jak oceniasz swoje relacje z tą grupą osób? (uw.)

- Dużo zależy od samego zachowania osób starych.
- Zależy od zachowania osób starych.
- W pewnym stopniu zależy od zachowania samych osób starych.
- Raczej nie zależy od zachowania osób starych.
- Inna odpowiedź.....

17. Jakie zachowania i cechy osób starych wpływają na to, jak oceniasz swoje relacje z tą grupą osób ? (uw.)

- Roszczeniowość
- Protekcyjny stosunek do osób młodych
- Życzliwość
- Pogoda ducha
- Chęć współpracy
- Inna odpowiedź.....

18. Jak oceniasz sprawność fizyczną osób starych w kategoriach konieczności udzielania im pomocy ? (poz.)

- Generalnie ulega pogorszeniu, jednak tam, gdzie osoby te sobie radzą, nie należy ich wyręczać.
- Jest zróżnicowana, wszystko zależy od indywidualnych przypadków, nie należy uogólniać.
- Należy być baczny obserwatorem i udzielać pomocy tylko wtedy, gdy osoba nas o to poprosi lub, gdy faktycznie, nie jest w stanie sobie poradzić.
- Należy zawsze oferować swoją pomoc, nawet gdy uważamy, że osoba jest sprawna.
- Nie należy przesadzać z oferowaną pomocą osoba stara może się poczuć urażona.
- Inna odpowiedź

19. Jak zachowałbyś/zachowałabyś się w sytuacji, kiedy byłbyś świadkiem doświadczania bólu, cierpienia bądź załamania nerwowego osoby starej ?(beh.)

- Przede wszystkim okazałbym/okazałabym, że nie jest sama, jestem obok niej.
- Udzieliłbym/udzieliłabym jej wsparcia poprzez słowa dodające otuchy.
- Jeśli przyczyną doświadczania cierpienia jest ból, zwróciłbym/zwróciłabym się do lekarza o profesjonalną pomoc.
- Jeśli jest taka możliwość, spytałbym/spytałabym, czy chciałaby otrzymać pomoc od psychologa lub /i kapelana szpitalnego.
- Staralbym się pomóc jej w akceptacji tego stanu poprzez wskazanie przykładów innych osób znajdujących się w podobnej sytuacji w szpitalu.
- Inna odpowiedź.....

Metryczka

Wiek.....

Płeć

Wykształcenie

Czas pobytu w szpitalu.....

Aneks 3

Kwestionariusz do wywiadu pogłębionego dla personelu medycznego na temat ich postaw wobec osób starych

1. Proszę krótko scharakteryzować jak funkcjonują osoby wieku podeszłym tj. 70 plus
(D).....
2. Czy uważa Pan/Pani, że osoba w tym wieku może być tak samo sprawna intelektualnie jak 60-latki, 50-latki, 40-latki itp.?
(D).....
3. Proszę scharakteryzować, z jakimi atrybutami kojarzy się Panu/Pani osoba w wieku 70 plus.
(Rz).....
4. Jakich emocji doświadcza Pan/Pani w kontakcie z osobami w wieku podeszłym?
(Rz).....
5. Jakiej aktywności wymaga z Pana/Pani strony współpraca z osobami w tym wieku, czy czasem zmuszony (a) jesteś przezwycięzać opór wewnętrzny?
(Rz).....
6. Czy zakłada Pan/Pani, że mógłby/mogłaby zaprzyjaźnić się z nieznaną Panu (Pani) dotychczas osobą w tym wieku?
(Rz).....
7. Czy dopuszcza Pan/Pani sytuację, aby przez dłuższy czas zajmować się/opiekować się osobami w wieku podeszłym, spotykać się codziennie na posiłkach przy wspólnym stole, razem pracować przy wspólnym projekcie
(Rz).....
8. Jakie widzi Pan/Pani pozytywne strony osób w wieku podeszłym?
(D).....
9. Jakie widzi Pan/Pani negatywne strony osób w wieku podeszłym?
(D).....

10. Jakie widzi Pan/Pani) możliwości wykorzystania ich doświadczenia, kompetencji społecznych postaw moralnych (np. życzliwości)?

Rz.....,

11. Czy, Pana/Pani zdaniem, osoby te mogłyby wnieść jakąś wartość w życie młodszych osób ?

(D).....

12. Jakie sytuacje powinny zaistnieć i/lub jakie warunki powinny zostać spełnione, aby Pana/Pani postawy wobec pacjentów w wieku podeszłym były bardziej pozytywne?

(D).....

Aneks 4

Kwestionariusz do badania postaw personelu medycznego wobec pacjentów w wieku podeszłym

Instrukcja: Proszę zapoznać się z poniżej zamieszczonymi twierdzeniami, rozważyć czy i w jakim stopniu są one prawdziwe w stosunku do Pana(i) Osoby, przełożonych, współpracowników, samych pacjentów, a następnie poprzez podkreślenie wybrać najbardziej właściwą odpowiedź. Odpowiedzi odnoszą się do osób po 70 roku życia.

1. Jakimi cechami powinna się charakteryzować osoba opiekująca się ludźmi starymi?

(poz.)²⁷

- empatia
- cierpliwość
- chęć pomagania
- profesjonalizm
- pogoda ducha
- inna odpowiedź.....

2. Moje doświadczenie w zakresie współpracy zawodowej z pacjentami w wieku podeszłym uważam za (uw.)

- Duże
- Dość rozbudowane
- Przeciętne
- Nie mam za dużego doświadczenie w kontaktach z pacjentami w wieku podeszłym.
- Wcześniej w życiu zawodowym prawie nie spotykałem/łam się z osobami w wieku podeszłym.
- Inna odpowiedź

²⁷ Zamieszczone w prezentowanej wersji kwestionariusza skróty (poz.;em.; beh.; uw.) nie pojawią się w wersji przedłożonej osobom badanych. Zgodnie z przyjętą definicją postaw i pytaniami, i problemami badawczymi zawierają one informacje na temat tego, do którego komponentu postaw, bądź czynników je warunkujących odnoszą się one.

3. W mojej rodzinie pozostawałem/pozostawałam w bliskich relacjach z osobami starymi (uw.)

- Tak się złożyło, że nie miałem/miałam kontaktów z osobami starymi.
- Nie miałem/miałam zbyt wielu możliwości takich kontaktów.
- Kontakty z osobami w wieku podeszłym miewałem/miewałam od czasu do czasu.
- Często kontaktowałem/kontaktowałam się z osobami w wieku podeszłym.
- Bardzo często spotykałem/spotykałam się z osobami starymi.
- Inna odpowiedź.....

4. *Proszę dokończyć zdanie: „Możliwości intelektualne ludzi starych”*(poz.)

- Są bardziej ograniczone niż ludzi młodszych.
- Na ogół nie ma znaczących różnic.
- Należy do tego podejść indywidualnie.
- Pogarsza się bezpośrednio pamięć, ale z tym można sobie radzić.
- Obumieranie komórek nerwowych prowadzi do zmian w zachowaniu, czasami bardzo przykrych dla otoczenia.
- Inna odpowiedź.....

5. Jak ocenia Pan/Pani swoje dotychczasowe relacje z osobami starymi w Pana/Pani rodzinie, w skali od 1-5 (em.)

- Niezbyt dobre.
- Raczej niezbyt dobre.
- Ani dobre ani złe.
- Dobre.
- Bardzo dobre.
- Inna odpowiedź.....

6. W wieku młodzieńczym angażowałem/angażowałałam się w pracę na rzecz osób starych (uw.)
- Nigdy nie podejmowałem/podejmowałałam takiej działalności.
 - Sporadycznie zdarzało mi się uczestniczyć w takich działaniach.
 - Od czasu do czasu uczestniczyłem/uczestniczyłam w takich działaniach.
 - Często angażowałem/angażowałałam się w działania na rzecz osób w wieku podeszłym.
 - Bardzo często angażowałem/angażowałałam się w działania na rzecz osób starych.
 - Inna odpowiedź.....
7. Jakie określenia wybrałby/wybrałaby Pan/Pani dla oceny swojego nastawienia do osób w wieku podeszłym? (em.)
- Bardzo dobre
 - Dobre
 - Obojętne
 - Niezbyt dobre
 - Raczej niedobre
 - Inna odpowiedź.....
8. Jak zachowuje się Pan/Pani w sytuacji, kiedy osoba stara przebywająca w szpitalu jest rozdrażniona i zniecierpliwiona? (beh.)
- Przede wszystkim wysłuchałbym/wysłuchałabym jej.
 - Okazałbym/okazałabym jej współczucie.
 - Postarałbym/postarałabym się ją uspokoić, niezależnie od tego, co ma do powiedzenia.
 - Delikatnie zwróciłbym/zwróciłabym jej uwagę.
 - Zdecydowanie zwróciłbym/zwróciłabym jej uwagę i nie pozwoliłbym/pozwoliłabym na to, aby dalej eskalowała emocje.
 - Inna odpowiedź.....

9. Jak ocenia Pan/Pani sprawność fizyczną osób starych w kategoriach konieczności udzielania im pomocy ? (poz.)
- Generalnie ulega pogorszeniu, jednak tam, gdzie osoby te sobie radzą, nie należy ich wyręczać.
 - Jest zróżnicowana, wszystko zależy od indywidualnych przypadków, nie należy uogólniać.
 - Należy być baczny obserwatorem i udzielać pomocy tylko wtedy, gdy osoba nas o to poprosi lub, gdy faktycznie nie jest w stanie sobie poradzić.
 - Należy zawsze oferować swoją pomoc, nawet gdy uważamy, że osoba jest sprawna.
 - Nie należy przesadzać z oferowaną pomocą, osoba stara może się poczuć urażona.
 - Inna odpowiedź
10. Proszę dokończyć zdanie, „Jeśli miałbym/miałabym wybór ”. (em.)
- zdecydowanie wybrałbym/wybrałabym pracę z dziećmi, bądź młodszymi osobami dorosłymi niż z osobami w wieku podeszłym.
 - wolałbym/wolałabym pracować z osobami młodszymi.
 - chciałbym/chciałabym, aby wśród ludzi, którym pomagam, były też osoby w wieku podeszłym.
 - wolę pracować z osobami starymi.
 - nie ma to dla mnie znaczenia.
 - Inna odpowiedź.....
11. Jakie zachowania i cechy osób starych wpływają na to, jak oceniasz swoje relacje z tą grupą osób ? (uw.)
- Roszczeniowość
 - Protekcyjny stosunek do osób młodych
 - Życzliwość
 - Pogoda ducha
 - Chęć współpracy
 - Inna odpowiedź.....

12. W naszym oddziale w szczególny sposób zwraca się uwagę na poszanowanie godności człowieka niezależnie od jego wieku (uw.)

- Trudno mi jest to ocenić.
- Oddział ten nie wyróżnia się taką pozytywną charakterystyką.
- Troskę o poszanowanie godności niezależnie od wieku należy uznać w naszym oddziale za przeciętną.
- Generalnie troszczymy się o poszanowanie godności osoby starszej.
- Bardzo troszczymy się o poszanowanie godności człowieka niezależnie od wieku.
- Inna odpowiedź.....

13. Nasi przełożeni (ordynatorzy, kadra menedżerska i inni) zwracają uwagę na właściwe odnoszenie się personelu medycznego do pacjentów w wieku podeszłym. (uw.)

- Trudno jest mi to ocenić, jedni się zachowują lepiej, inni gorzej.
- Nie można zaobserwować zbyt pozytywnego nastawienia, nie mamy najlepszych wzorów.
- Troska o właściwe odnoszenie się do pacjentów w wieku podeszłym jest na przeciętnym poziomie.
- Troska o sposób odnoszenia się do pacjentów w wieku podeszłym jest na dobrym poziomie.
- Troska o sposób odnoszenia się do pacjentów w wieku podeszłym jest na bardzo wysokim poziomie.
- Inna odpowiedź.....

14. W naszym oddziale sami stanowimy dla siebie pozytywne wzory zachowań wobec pacjentów w wieku podeszłym. (uw.)

- W naszym oddziale pracują różni ludzie, których poziom kultury osobistej jest zróżnicowany.

- W naszym oddziale nie zwraca się zbytniej uwagi na poziom kultury osobistej personelu w relacjach z pacjentami w wieku podeszłym.
- Poziom kultury osobistej personelu medycznego w relacjach z pacjentami w wieku podeszłym uważam za przeciętny.
- Poziom kultury osobistej pracowników naszego oddziału w relacjach z pacjentami w wieku podeszłym uważam za odpowiedni.
- Poziom kultury osobistej pracowników naszego oddziału w relacjach z pacjentami w wieku podeszłym uważam za szczególnie wysoki.
- Inna odpowiedź.....

15. Kiedy spotyka się Pan/Pani z sytuacją, że wzywa Pana/Panią pacjent w wieku podeszłym i pacjent młodszy, a obydwójce w takim samym stopniu potrzebują pomocy, do kogo udaje się Pan/Pani w pierwszej kolejności? (beh)

- Staram się sam/a dokonać oceny i przekonać siebie, który z nich bardziej potrzebuje pomocy, aby działać zgodnie z własnym przeświadczeniem.
- Widzę tylko pacjenta nie osobę młodszą lub starszą.
- Wybieram osobę starszą mniej sprawną.
- Wtedy decyzja jest kwestią przypadku.
- Mam doświadczenia, które wskazują że, pacjenci starzy wzywają pomocy z bardzo błahych powodów, wybieram więc młodszego pacjenta.
- Inna odpowiedź.....

16. Nastawienie wobec pacjentów w wieku podeszłym zależy od poziomu ich sprawności, a więc samodzielności (uw.)

- Nasze nastawienie wobec pacjentów mniej sprawnych i niesamodzielnych jest zróżnicowane.
- Pacjenci mniej sprawni i niesamodzielni częściej wywołują niezbyt pozytywne postawy.
- Pacjenci niesprawni i niesamodzielni są tak samo traktowani jak pozostali.

- Nastawienie do pacjentów w wieku podeszłym nie ma związku z ich poziomem sprawności i samodzielności.
- Staramy się otoczyć pacjentów mniej sprawnych szczególną opieką.
- Inna odpowiedź.....

17. Nasze ustosunkowanie się do pacjentów zależne jest od poziomu formułowanych przez nich oczekiwań wobec pomocy i opieki medycznej. (uw.)

- Kiedy spotykamy się ze szczególnie roszczeniowymi pacjentami, nasze nastawienie z reguły jest negatywne.
- Pacjenci o rozbudowanych oczekiwaniach, niekiedy roszczeniowi, z reguły wzbudzają negatywne postawy.
- Ustosunkowanie do pacjentów w wieku podeszłym nie ma związku z poziomem ich oczekiwań.
- Pacjenci zadawalający się realizowanym poziomem opieki z reguły wzbudzają pozytywne nastawienie.
- Akceptujemy naszych pacjentów niezależnie od tego, jakie mają wobec nas oczekiwania.
- Inna odpowiedź.....

18. Nasze nastawienie do pacjentów w wieku podeszłym jest bardziej zależne od zachowania tych pacjentów w relacjach z personelem. (uw.)

- Zawsze staramy się prezentować życzliwość i chęć udzielenia pomocy wobec pacjentów w wieku podeszłym.
- W zasadzie staramy się odnosić się przynajmniej poprawnie, niezależnie od tego, jakie jest zachowanie pacjentów.
- Staramy się, aby w relacjach zachować neutralność i nie pozwolić, się „uwodzić”.
- Nasze zachowanie wobec pacjentów w wieku podeszłym bardziej jest zależne od zachowania pacjenta wobec personelu niż od jego wieku.

- Niekiedy na zachowanie wobec pacjentów w wieku podeszłym mają wpływ czynniki sytuacyjne, zmęczenie i napięcie nerwowe niezwiązane z pacjentem
- Inna odpowiedź.....

19. Jak zachowałby/zachowałaby się Pan/Pani w sytuacji, kiedy byłby/byłaby świadkiem doświadczania bólu, cierpienia bądź załamania nerwowego osoby starej?(beh.)

- Przede wszystkim okazałbym/okazałabym, że nie jest sama, jestem obok niej.
- Udzieliłbym/dzieliłabym jej wsparcia poprzez słowa dodające otuchy.
- Jeśli przyczyną doświadczania cierpienia jest ból, to zgłosiłbym/zgłosiłabym się do lekarza o profesjonalną pomoc.
- Jeśli jest taka możliwość, spytałbym/spytałabym, czy chciałaby otrzymać pomoc od psychologa lub /i kapelana szpitalnego.
- Starałbym/starałabym się pomóc jej w akceptacji tego stanu poprzez wskazanie przykładów innych osób znajdujących się w podobnej sytuacji w szpitalu.
- Inna odpowiedź.....

 Metryczka

Wiek.....

Płeć

Wykształcenie (poziom, ukończona uczelnia).....

Aktualnie zajmowane stanowisko.....

Staż pracy.....

Aneks 5

Kwestionariusz do badania jakości pomocy i opieki zdrowotnej w ocenie pacjentów

Instrukcja: Proszę zapoznać się z poniżej zamieszczonymi pytaniami, a następnie przez podkreślenie wybrać właściwą odpowiedź.

1. Jak ocenia Pan/Pani poziom pomocy i opieki w zakładzie opieki zdrowotnej (szpitalu) w którym Pan/Pani przebywa?

- negatywnie
- raczej negatywnie
- ani negatywnie ani pozytywnie
- raczej pozytywnie
- bardzo pozytywnie

2. Jak ocenia Pan/Pani wyposażenie szpitala w niezbędną do badań aparaturę medyczną?

- negatywnie
- raczej negatywnie
- ani negatywnie ani pozytywnie
- raczej pozytywnie
- bardzo pozytywnie

3. Jak ocenia Pan/Pani możliwość (dostępność i kompleksowość) korzystania z wyposażenia szpitala przez pacjentów tego zakładu opieki zdrowotnej (szpitala)?

- negatywnie
- raczej negatywnie
- ani negatywnie ani pozytywnie
- raczej pozytywnie
- bardzo pozytywnie

4. Na ile ceni sobie Pan/Pani poziom wyposażenia szpitala w niezbędną aparaturę medyczną?

- W mojej opinii jest to bez znaczenia (bo np. w przypadku jej braku szpital kieruje na badania specjalistyczne do innego ośrodka).
- Nie ma to większego znaczenia, choć wszystko zależy od dostępności tej usługi w innym miejscu, jeśli nie jest zbyt oddalone.
- Nie jest to najważniejsze, chociaż wygodniej jest mieć wszystko na miejscu
- Jest to ważne, ale nie najważniejsze.
- Bardzo ważne dla mnie jest, jeśli mogę odbyć wszystkie potrzebne badania w trakcie pobytu w tym samym szpitalu.

5. Jak ocenia Pan/Pani fachową pomoc medyczną i opiekę pielęgniarską w szpitalu, w którym Pan/Pani przebywa?

- negatywnie
- raczej negatywnie
- ani negatywnie ani pozytywnie
- raczej pozytywnie
- bardzo pozytywnie

6. Na ile, zdaniem Pana/Pani, ważna jest wiedza, umiejętności i doświadczenie personelu medycznego?

- Wiedza, umiejętności i doświadczenie mają szczególne znaczenie w przypadku zabiegów chirurgicznych jeśli od poziomu umiejętności chirurga poziomu zależy powodzenie zabiegu operacyjnego a w konsekwencji życie pacjenta²⁸.

²⁸ Pytanie to zostało uwzględnione w początkowej wersji kwestionariusza (i zostało pozytywnie zweryfikowane) w wyniku badań przeprowadzonych przez G. Bartkowiak. (2000, s.99). Pacjenci formułowali swoje oczekiwania pod adresem personelu medycznego w zależności od subiektywnej oceny własnego stanu zdrowia i rokowania choroby. Jeśli zmuszeni byli poddać się zabiegowi operacyjnemu, istotne znaczenie miał profesjonalizm chirurga a nie jego relacje z pacjentem.

- Oczywiście, wiedza, umiejętności i doświadczenie mają znaczenie, ale w renomowanych zakładach opieki zdrowotnej personel na ogół prezentuje wysoki poziom wiedzy.
- Jeśli pacjent nie ma szczególnego pecha, wiedza, umiejętności i doświadczenie personelu w szpitalach są bardzo zbliżone.

7. W jakim stopniu w Pana/Pani opinii ważny jest czas poświęcony na badanie bądź wykonywanie zabiegów u każdego pacjenta?

- Rutynowe badanie i wykonywane zabiegi trwają z reguły tak samo długo, a więc czas trwania zabiegu nie ma większego znaczenia.
- Czas poświęcony na badanie i zabiegi nie ma większego znaczenia, być może tylko zwiększa poczucie troski u pacjenta.
- Czas poświęcony na badania i zabiegi wykonywane pacjentowi odgrywa szczególne istotne znaczenie.

8. Jakie znaczenie ma rzetelność dokonywanej anamnezy (zbieranie danych o historii choroby)?

- Zbieranie danych o historii choroby jest wypełnianiem ankiety, która jest taka sama w odniesieniu do wszystkich pacjentów, nie odgrywa więc żadnej roli.
- Szczegółowość pytań nie ma znaczenia, jeśli nie towarzyszy jej okazywane zainteresowanie problemami pacjenta.
- Zbieranie danych o historii choroby ma szczególne znaczenie, służy bowiem do nawiązania kontaktu z pacjentem i okazaniu mu naszego zainteresowania.

9. Jak ocenia Pan/Pani relacje personelu medycznego z Pana/Pani Osobą w trakcie pobytu w zakładzie opieki zdrowotnej?

- negatywnie
- raczej negatywnie
- ani negatywnie ani pozytywnie
- raczej pozytywnie

- bardzo pozytywnie

10. Na ile dla Pana/Pani, w trakcie pobytu w szpitalu, ważny jest kontakt personelu medycznego z pacjentem?

- Kontakt pacjenta z personelem ma znaczenie drugorzędne, najważniejsze są efekty leczenia.
- Dobry kontakt personelu medycznego z pacjentem do pewnego stopnia sprzyja powrotowi pacjenta do zdrowia.
- Dobry kontakt pacjenta z personelem medycznym jest bardzo ważnym czynnikiem, mobilizującym pacjenta do walki z chorobą.

11. W jakim stopniu uważa Pan/Pani za ważne informowanie pacjenta o zamierzonych działaniach i zabiegach związanych z terapią?

- Nie uważam, aby miało to jakiegokolwiek znaczenie dla procesu powrotu do zdrowia.
- Uważam, że lepiej jest przekazywać takie informacje pacjentowi, gdyż zwiększają poczucie bezpieczeństwa.
- Jestem zdania, że jest to bardzo ważny czynnik, pacjent, jeśli wie jak przebiega leczenie lub zabieg, jest w stanie w większym stopniu współpracować z personelem medycznym i doświadczać mniejszego dyskomfortu.

12. Jakie znaczenie, wg Pana/Pani, opinii ma uważne słuchanie pacjenta?

- Słuchanie rozmówcy w każdej rozmowie ma znaczenie, niekoniecznie ma to znaczenie w relacji personelu medycznego z pacjentem.
- Uważne słuchanie pacjenta jest ważne, jednak najważniejsza jest właściwa diagnoza i terapia i profesjonalne wykonywanie zabiegów.
- Uważne słuchanie pacjenta ma bardzo ważne znaczenie, pacjent odbiera to jako przejaw troski o siebie.

13. Jak ocenia Pan/Pani poziom poprawy własnego zdrowia w wyniku pobytu w zakładzie opieki zdrowotnej (szpitalu)?

- Negatywnie, liczyłem/łam, że pobyt w szpitalu w większym stopniu przyniesie poprawę mego zdrowia.
- Nieznaczny.
- Pewna poprawa stanu zdrowia wystąpiła.
- Pozytywnie, czuję się lepiej.
- Bardzo dobrze, mogę powrócić do swego normalnego życia.

14. Jak ocenia Pan/Pani swój poziom zadowolenia z pobytu w szpitalu ?

- Jestem bardzo niezadowolony(a).
- Jestem niezadowolony(a).
- W niewielkim stopniu jestem zadowolony(a).
- Jestem zadowolony(a).
- Jestem bardzo niezadowolony(a).

Metryczka

Wiek....

Płeć....

Poziom i rodzaj wykształcenia.....

Poprzednio, (bądź aktualnie) wykonywana praca.....

Czas pobytu w zakładzie opieki zdrowotnej (szpitalu).....

4. Czy szpital był wyposażony w niezbędny sprzęt i aparaturę medyczną?

- Trudno mi to ocenić.

tak – nie

- Wszystkie zabiegi, nawet jeśli wymagały zastosowania aparatury medycznej, miałem/miałam na czas.

tak – nie

- Szpital robił wrażenie nowoczesnego, dobrze wyposażonego w aparaturę medyczną.

tak – nie

- Wyposażenie szpitala w odpowiedni sprzęt medyczny i aparaturę pozostawiało wiele do życzenia.

tak – nie

- inna odpowiedź.....

5. Jak ocenia Pan/Pani profesjonalizm osób sprawujących opiekę medyczną?

- Dostateczny tak – nie

- Przeciętny tak – nie

- Wysoki tak – nie

- Bardzo wysoki tak – nie

6. Jak ocenia Pan/Pani odnoszenie się (relacje) w trakcie świadczenia opieki medycznej ze strony lekarzy?

- Charakteryzujące się dużą troską o pacjenta i empatią. tak – nie

- Nacechowane życzliwością. tak – nie

- Prezentujące szacunek dla pacjenta, poprawne. tak – nie

- Raczej bezosobowe, skoncentrowane na diagnozie i terapii. tak – nie

- Inna odpowiedź.....

7. Jak ocenia Pan/Pani znaczenie stosunku lekarzy do pacjentów w wieku podeszłym, w procesie leczenia szpitalnego?

- Nie jest to sprawa najważniejsza w ocenie jakości pomocy i opieki medycznej.

tak – nie

- Jest to tak samo ważny element jak farmakoterapia.

tak – nie

- Kontakty lekarzy z pacjentami są jednym z elementów procesu leczenia.
tak – nie
- Jest to dla pacjentów w wieku podeszłym szczególnie ważny element.
tak – nie
- Inna odpowiedź

8. Na ile ważne jest informowanie pacjentów o diagnozie, terapii, planowanych zabiegach i rokowaniach choroby ?

- Pacjent zawsze powinien być poinformowany o diagnozie i planowanej terapii, zabiegach i rokowaniach choroby, i w sposób dla niego zrozumiały.
tak – nie
- Decyzja o informowaniu pacjentów o diagnozie terapii, zabiegach i rokowaniach choroby powinna zależeć od oceny przez lekarza, indywidualnej reakcji pacjenta, w konkretnej sytuacji życiowej.
tak – nie
- Informowanie pacjenta o jego sytuacji zdrowotnej może pogrążyć pacjenta.
tak – nie
- Informowanie pacjenta o diagnozie i planowanej terapii, zabiegach i rokowaniach choroby nie jest najważniejsze jeśli pacjent tego nie oczekuje.
tak – nie

9. Jak Pan/Pani ocenia stosunek pielęgniarek do pacjentów?

- Pielęgniarki są życzliwie nastawione do pacjentów.
tak – nie
- Pielęgniarki są mniej lub bardziej pozytywnie nastawione do pacjentów (zależy od osoby).
tak – nie
- Stosunek Pań pielęgniarek często bywa bezosobowy.
tak – nie
- Pielęgniarki z dużą troską i zrozumieniem odnoszą się do pacjentów.
tak – nie
- Inna odpowiedź.....

10. Jakie znaczenie w ogólnej ocenie jakości pomocy i opieki zdrowotnej mają dla pacjentów kontakty z pielęgniarkami?

- Kontakty te są nie do przecenienia, poprzez dobre relacje pacjenci mają przeświadczenie, że są otoczeni troską i pomocą.

tak – nie

- Kontakty te są ważne, ale nie tak ważne jak w przypadku relacji z lekarzami, oceny poziomu ich profesjonalizmu i wyposażenia szpitala.

tak – nie

- Kontakty z pielęgniarkami są ważne jako jeden z czynników oceny pomocy i opieki medycznej.

tak – nie

- Najważniejsza jest diagnoza i pomoc medyczna, relacje z pielęgniarkami nie są tak ważne.

tak – nie

- inna odpowiedź.....

11. Co w oddziale dla Pana/Pani było najbardziej dokuczliwe?

- głośna obsługa personelu tak – nie
- używanie sprzętu grającego (telewizor, radio) tak – nie
- częste wizyty odwiedzających tak – nie
- zbyt duża liczba współpacjentów tak – nie
- zniecierpliwienie personelu i bezosobowy stosunek do pacjentów tak – nie
- nic nie przeszkadzało tak- nie
- inne (podaj jakie)

12. Czy miał/miała Pan/Pani dostęp do opieki duszpasterskiej zgodnie z przekonaniami religijnymi i wartościami moralnymi?

- tak
- nie

13. Czy godziny odwiedzin były dla Pana/Pani odpowiednie ?

- tak
- nie

14. Czy dostępne na miejscu usługi pozamedyczne (kaplica, kiosk, parking) są realizowane na poziomie wystarczającym?

- tak
- nie
- Inna odpowiedź.....

15. Czy poleciliby Pan/Pani znajomej osobie ten szpital

- tak
- nie
- Inna odpowiedź

- Metryczka
- Wiek....
- Płeć....
- Poziom i rodzaj wykształcenia.....
- Poprzednio, (bądź aktualnie) wykonywana praca.....
- Czas pobytu w zakładzie opieki zdrowotnej (szpitalu).....

Spis tabel. Tabele zawierają rozszerzone dane (łącznie z ich interpretacją)

Tabela 1. Czynniki korygujące rozwój (niekiedy „deficyty rozwojowe”) w okresie późnej dorosłości	31
Tabela 2. Dychotomia ujmowania jakości życia.....	34
Tabela 3. Charakterystyka badanej grupy – słuchaczy szkół policealnych.....	76
Tabela 4. Charakterystyka badanych – personel medyczny	76
Tabela 5. Opinia o funkcjonowaniu osób starych (postawy deklarowane) a rzeczywiste postawy wobec osób starych.....	85
Tabela 6. Opinia o sprawności intelektualnej osób starych (postawy deklarowane) a rzeczywiste postawy wobec osób starych	86
Tabela 7. Opinia o tym, czy osoby stare mogą wnieść wartość w życie osób młodszych (postawy deklarowane) a rzeczywiste postawy wobec osób starych	88
Tabela 8. Kwestionariusz do badania postaw słuchaczy policealnych szkół medycznych wobec osób w wieku podeszłym.....	92
Tabela 9. Uwarunkowania określonych postaw słuchaczy poprzez ocenę swoich dotychczasowych relacji z osobami starymi.....	97
Tabela 10. Uwarunkowania określonych postaw oceną własnego zaangażowania w imprezy organizowane przez szkołę	99
Tabela 11. Model regresji porządkowej (wieloczynnikowy) – wpływ określonych czynników na odpowiedzi na pytanie o ogólną postawę wobec osób 70 plus	101
Tabela 12. Model regresji porządkowej (wieloczynnikowy) – wpływ organizowania imprez na rzecz poprawy jakości życia osobom 70 plus	102
Tabela 13. Model regresji logistycznej dotyczący relacji słuchaczy szkół medycznych z osobami 70 plus.....	103
Tabela 14. Model regresji logistycznej dotyczącej uczestnictwa słuchaczy szkół medycznych w działaniach podejmowanych na rzecz osób 70 plus	103
Tabela 15. Model regresji logistycznej dotyczący działań organizowanych przez szkołę we współpracy z osobami 70 plus	103
Tabela 16. Wieloczynnikowy model regresji logistycznej przedstawiający odczucia słuchaczy w obszarze oceny swoich dziadków/pradziadków i innych seniorów w rodzinie	104

Tabela 17. Wieloczynnikowy model regresji logistycznej informujący o dotychczasowych relacjach słuchaczy z osobami 70 plus	104
Tabela 18. Model regresji logistycznej objaśniający ocenę ogólną, relacje i imprezy organizowane na rzecz podniesienia jakości życia osób 70 plus	105
Tabela 19. Model regresji logistycznej objaśniający ocenę nastawienia do osób 70 plus, relacje z tymi osobami oraz działania podejmowane na rzecz osób w tej grupie	106
Tabela 20. Zależność określonych postaw wobec osób starych od płci badanego	113
Tabela 21. Opinia o funkcjonowaniu osób starszych (postawy deklarowane) a rzeczywiste postawy wobec osób starszych.....	116
Tabela 22. Opinia o sprawności intelektualnej osób starszych (postawy deklarowane) a rzeczywiste postawy wobec osób starszych	117
Tabela 23. Opinia o tym, czy osoby starsze mogą wnieść wartość w życie osób młodszych (postawy deklarowane) a rzeczywiste postawy wobec osób starszych.....	119
Tabela 24. Ocena jakości pomocy i opieki zdrowotnej przez osoby starsze w zależności od oceny profesjonalizmu personelu	127
Tabela 25. Ocena jakości pomocy i opieki zdrowotnej przez osoby starsze w zależności od warunków i poziomu wyposażenia szpitala.....	129
Tabela 26. Ocena jakości pomocy i opieki zdrowotnej przez osoby starsze w zależności od warunków i poziomu wyposażenia szpitala.....	130
Tabela 27. Ocena jakości pomocy i opieki zdrowotnej przez osoby starsze w zależności od relacji z personelem.....	133
Tabela 28. Ocena jakości pomocy i opieki zdrowotnej przez osoby stare w zależności od relacji z personelem a empatia.....	135
Tabela 29. Ocena jakości pomocy i opieki zdrowotnej przez osoby starsze w zależności od relacji z personelem a cierpliwość.....	136
Tabela 30. Ocena jakości pomocy i opieki zdrowotnej przez osoby stare w zależności od relacji z personelem a pogoda ducha	137
Tabela 31. Ocena relacji z osobami starymi a roszczeniowość	138
Tabela 32. Ogólna ocena jakości usług medycznych a protekcyjny stosunek do osób młodych	139

Tabela 33. Ocena ogólna pobytu w placówce medycznej a doświadczenie	140
Tabela 34. Model regresji porządkowej objaśniający uwarunkowanie oceny jakości pomocy i opieki zdrowotnej przez osoby starsze przez profesjonalizm personelu, warunki i poziom wyposażenia szpitala oraz relacje z personelem	141
Tabela 35. Korelacje między deklarowanymi postawami a oceną pobytu w szpitalu w Gorzowie Wielkopolskim	144
Tabela 36. Korelacje między rzeczywistymi postawami a oceną pobytu w szpitalu w Gorzowie Wielkopolskim	145
Tabela 37. Korelacje między łącznie ujętymi deklarowanymi i rzeczywistymi postawami a oceną pobytu w szpitalu w Gorzowie Wielkopolskim	145
Tabela 38. Korelacje między deklarowanymi postawami a oceną pobytu w szpitalu w Ciburzu	146
Tabela 39. Korelacje między postawami rzeczywistymi a oceną pobytu w szpitalu w Ciburzu	147
Tabela 40. Korelacje między łącznie ujętymi deklarowanymi i rzeczywistymi postawami a oceną pobytu w szpitalu w Ciburzu.....	147
Tabela 41. Korelacje między deklarowanymi postawami a oceną pobytu w szpitalu w Zielonej Górze	148
Tabela 42. Korelacje między rzeczywistymi postawami a oceną pobytu w szpitalu w Zielonej Górze	149
Tabela 43. Korelacje między i łącznie ujętymi deklarowanymi i rzeczywistymi postawami a oceną pobytu w szpitalu w Zielonej Górze.....	149
Tabela 44. Korelacje między deklarowanym postawami a oceną pobytu w szpitalu w Krośnie Odrzańskim	150
Tabela 45. Korelacje między postawami rzeczywistymi	150
Tabela 46. Korelacje między łącznie ujmowanymi deklarowanymi i rzeczywistymi postawami a oceną pobytu w szpitalu w Krośnie Odrzańskim	151
Tabela 47. Zestawienie elementów oceny jakości pomocy i usług medycznych w kontekście deklarowanych postaw personelu medycznego wobec pacjentów 70 plus	152

Tabela 48. Zestawienie elementów oceny jakości pomocy i usług medycznych w kontekście rzeczywistych postaw personelu medycznego wobec pacjentów 70 plus.....	153
Tabela 49. Zestawienie elementów oceny jakości pomocy i usług medycznych w kontekście, łącznie ujętych, deklarowanych i rzeczywistych postaw personelu medycznego wobec pacjentów 70 plus.....	154
Tabela 50. Konfirmacja sformułowanych hipotez	155

Zestawienie tabel – Aneks

Tabela 1. Charakterystyka badanej grupy – pacjenci.....	201
Tabela 2. Charakterystyka badanych pacjentów	202
Tabela 3. Postawy wobec osób starych a doświadczenia dotyczące wspólnego zamieszkiwania	203
Tabela 4. Postaw słuchaczy uwarunkowane – doświadczeniem udzielania pomocy osobom starym, członkom rodziny, sąsiadom	204
Tabela 5. Postawy słuchaczy wobec osób starych a relacje rodziców ze swoimi rodzicami i dziadkami.....	205
Tabela 6. Postawy słuchaczy uwarunkowane doświadczeniem, pomocy, udzielanej przez rodziców osobom starym członkom rodziny, sąsiadom.....	207
Tabela 7. Postaw słuchaczy uwarunkowane uczestnictwem w dobrowolnych działaniach podejmowanych na rzecz osób starych	208
Tabela 8. Postawy słuchaczy uwarunkowane organizowaniem przez szkołę imprez na rzecz pomocy/podniesienia jakości życia seniorom.....	209
Tabela 9. Rezultaty kwestionariusza do badania postaw personelu medycznego wobec pacjentów w wieku podeszłym	210
Tabela 10. Zależność określonych postaw wobec osób starszych a wykonywany zawód.....	217
Tabela 11. Porównanie wieku badanych w zależności od deklarowanych postaw względem osób 70 plus	219
Tabela 12. Uwarunkowanie określonych postaw personelu medycznego względem osób starszych w zależności od doświadczenia w zakresie współpracy zawodowej z pacjentami w wieku 70 plus	221
Tabela 13. Uwarunkowanie określonych postaw personelu medycznego względem osób starszych w zależności od stopnia ich związania z indywidualnymi czynnikami	223
Tabela 14. Deklarowane postawy wobec osób starych a angażowanie się młodzieży w pracę na rzecz osób dojrzałych	225
Tabela 15. Uwarunkowanie określonych postaw personelu medycznego względem osób starszych w zależności od stopnia troski innych osób o osoby stare	227

Tabela 16. Uwarunkowanie określonych postaw personelu medycznego względem osób starszych w zależności od oceny kultury osobistej pracujących osób	229
Tabela 17. Uwarunkowanie określonych postaw personelu medycznego względem osób starszych w zależności od poziomu kultury osobistej innych osób	232
Tabela 18. Uwarunkowanie określonych postaw personelu medycznego względem osób starszych w zależności od nastawienia i cech osób będących obiektami tych postaw	235
Tabela 19. Uwarunkowanie określonych postaw personelu medycznego względem osób starszych w zależności od oczekiwań pacjentów będących obiektami postaw	237
Tabela 20. Uwarunkowanie określonych postaw personelu medycznego względem osób starszych w zależności od zachowań pacjentów i cech osób będących obiektami postaw	240
Tabela 21. Model regresji porządkowej	243
Tabela 22. Model regresji logistycznej.....	245
Tabela 23. Charakterystyka opisowa jakości opieki medycznej.....	247
Tabela 24. Ocena poziomu pomocy i opieki zdrowotnej przez pacjentów	252
Tabela 25. Ocena jakości pomocy i opieki zdrowotnej przez osoby starsze w zależności od relacji z personelem, a chęć pomagania	255
Tabela 26. Ocena jakości pomocy i opieki zdrowotnej przez osoby starsze w zależności od relacji z personelem, a profesjonalizm	256
Tabela 27. Ocena możliwości intelektualnych osób starych	257
Tabela 28. Ocena pobytu w szpitalu a podejście indywidualne.....	258
Tabela 29. Ocena ogólna a problemy z pamięcią.....	259
Tabela 30. Ocena ogólna a zmiany w zachowaniu	260
Tabela 31. Ocena ogólna pobytu w placówce medycznej a życzliwość	261
Tabela 32. Ocena ogólna pobytu w placówce medycznej a pogoda ducha	262
Tabela 33. Ocena ogólna pobytu w placówce medycznej a chęć współpracy.....	263

Spis wykresów

Wykres 1. Charakterystyka badanych. Poziom i rodzaj wykształcenia pacjentów	78
Wykres 2. Charakterystyka badanych pacjentów – wiek	79
Wykres 3. Charakterystyka badanych pacjentów – płeć	79
Wykres 4. Charakterystyka badanych pacjentów. Czas pobytu w zakładzie opieki zdrowotnej (szpitalu) N = 100.....	80
Wykres 5. Zależność określonych postaw wobec osób starszych od płci badanego. Moje ustosunkowanie się do pacjentów w wieku 70 plus	114
Wykres 6. Ocena swojej postawy wobec osób starych w zależności od płci	114
Wykres 7. Charakterystyka badanych. Poprzednio (bądź aktualnie) wykonywana praca	268

Spis rysunków

Rysunek 1. Ekologiczny model współpracy osoby starej 70 plus ze środowiskiem 171