

1–2(15)/ 2018

Exlibris
Biblioteka Gerontologii Społecznej
Exlibris
Social Gerontology Journal

Gdzie mieszka starość
Przestrzeń – architektura – mieszkanie

Where Does the Old Age Dwell?
Space – Architecture – Home

EXLIBRIS
Biblioteka Gerontologii Społecznej
EXLIBRIS
Social Gerontology Journal

1–2 (15) /2018

Redakcja
Beata Bugajska, Rafał Iwański, Zofia Szarota

© **Wydawca / Publisher:**

Instytut Nauk o Wychowaniu,
Uniwersytet Pedagogiczny im. Komisji Edukacji Narodowej w Krakowie
EXLIBRIS Biblioteka Gerontologii Społecznej
www.bgs.up.krakow.pl



Recenzenci / Reviewers:

www.bgs.up.krakow.pl

Redaktor naczelna / Editor-in-chief:

Zofia Szarota

Zastępcy redaktor naczelnej / Deputy editor-in-chief:

Elżbieta Dubas, Artur Fabiś

Rada Naukowa/ Scientific Council

Przewodnicząca / Chair:

Małgorzata Halicka (Uniwersytet w Białymstoku)

Członkowie / Members:

Beata Bugajska (Uniwersytet Szczeciński), **Bojana Filej** (University Alma Mater, Slovenia), **Marvin Formosa** (Department of Gerontology, University of Malta), **Giovanni Lamura** (National Institute of Health & Science on Ageing, Italy), **Nadiia Lutsan** (Precarpathian National University, Ukraine), **Jolanta Maćkiewicz** (Uniwersytet Pedagogiczny w Krakowie; National Representative of the International Network for the Prevention of Elder Abuse), **Edward Alan Miller** (Department of Gerontology, University of Massachusetts Boston, USA), **Marcin Muszyński** (Uniwersytet Łódzki), **Pamela Nadash** (Department of Gerontology, University of Massachusetts Boston, USA), **Maria de Fátima Pereira da Silva** (Polytechnic Institute of Coimbra – Higher School of Education, Portugal), **Jolanta Perek-Białas** (Szkoła Główna Handlowa, Warszawa; Uniwersytet Jagielloński w Krakowie), **Thomas Scharf** (Institute for Ageing, Newcastle University, United Kingdom), **Mala Kapur Shankardass** (University of Delhi, India), **Joaquim J.F. Soares** (Mid Sweden University, Sweden), **Piotr Szukalski** (Uniwersytet Łódzki), **Arkadiusz Wąsiński** (Uniwersytet Łódzki), **Tatyana Zelenova** (Moscow Social-Humanitarian Institute, Russia), **Maria Zralek** (Wyższa Szkoła Humanitas w Sosnowcu), **Adam A. Zych** (Dolnośląska Szkoła Wyższa)

Redaktor statystyczny / Statistical editor:

Łukasz Tomczyk

Sekretarz Redakcji / Assistant editor:

Katarzyna Sygulska, e-mail: bgs.exlibris@wp.pl

Projekt okładki / Cover design:

Kamil Baś

ISSN 2450-0232 (wersja papierowa)

ISSN 2719-9045 (wersja elektroniczna)

DOI 10.24917/24500232.15

Skład, druk i oprawa:

Wydawnictwo Naukowe Uniwersytet Pedagogiczny w Krakowie

EXLIBRIS Biblioteka Gerontologii Społecznej, Nr Rej. Pr. 2898,
jest uwzględniona w bazie czasopism naukowych Index Copernicus oraz CEJSH

Spis treści

Wstęp	9
-------	---

ARTYKUŁY

<i>Beata Bugajska, Rafał Iwański</i> Zaspokojenie potrzeb mieszkaniowych niesamodzielnych osób starszych – w poszukiwaniu optymalnych rozwiązań	12
<i>Marek Niezabitowski</i> Kilka uwag o problemach środowiska zamieszkania na tle potrzeb osób starszych dotyczących tej sfery	26
<i>Agnieszka Cieśla, Jan P. Cieśla</i> Wzorcowe Mieszkanie Seniora, czyli jak Polacy mogą mieszkać na starość – analiza kosztów	43
<i>Beáta Balogová, Viera Bilasová</i> Szanse i ograniczenia godnego starzenia się w warunkach słowackich	58
<i>Anna Sznajder</i> Care space as home, community and workplace. Reflecting upon examples from the British elderly care homes	69
<i>Magdalena Leszko, Beata Bugajska</i> Impact of environmental design on psychological and physical well-being among people with Alzheimer's Disease	82

RECENZJE

<i>Paweł Jaskula</i> Recenzja książki: Rafał Iwański, Edyta Sielicka, Aneta Jarzębińska,	
---	--

<i>Opieka paliatywna i hospicyjna w ujęciu społecznym i ekonomicznym.</i> Wydawnictwo Cedewu, Warszawa 2018.	98
<i>Agnieszka Sikora-Balicka</i> Book review: Adam A. Zych (ed.), <i>The Encyclopedia of Old Age, Ageing, and Disability</i> , Association Thesaurus Silesiae, Katowice 2017	101
Noty o Autorach	103

Szanowni Czytelnicy, Drodzy Współpracownicy,

to jest ostatni numer pisma, w którego przygotowaniu brałam udział jako redaktor naczelna. Dziękuję Autorom, Recenzentom i przede wszystkim Czytelnikom za kilka wspólnych lat, dziękuję za owocną współpracę Kolegium Redakcyjnemu i Radzie Naukowej.

Dziękuję Państwu za zainteresowanie podejmowaną na łamach Exlibris Biblioteka Gerontologii Społecznej problematyką. Mam nadzieję, że docenili Państwo nasze zespołowe starania o zakres treściowy, poziom opracowań oraz umiędzynarodowienie półrocznika.

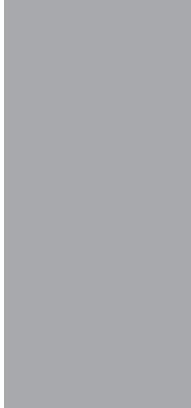
Życząc pismu wyłącznie sukcesów, pozostaję z szacunkiem
Redaktor naczelna
Zofia Szarota

Dear Readers, Dear Colleagues,

this is the last issue of the journal in which I took part in the role of editor-in-chief. I would like to thank the Authors, the Reviewers and, above all, the Readers for several shared years. I also thank the Editorial Board and the Scientific Council for the fruitful cooperation.

Thank you for your interest in the issues of Exlibris Social Gerontology Journal. I hope that you have appreciated our team efforts concerning the scope, and the level of studies, as well as internationalization of the semi-annual.

I wish the journal further successes
Yours sincerely
Zofia Szarota, editor-in-chief



Wstęp

Proces starzenia się populacji stawia przed społeczeństwem wyzwania o charakterze mikro- oraz makrostrukturalnym. Jedną z pilnych kwestii jest znalezienie właściwych rozwiązań, pozwalających osobom starszym jak najdłużej funkcjonować we własnym, dotychczasowym środowisku. Prognozy demograficzne wskazują, że w najbliższych latach znaczącemu obniżeniu ulegnie wskaźnik potencjału opiekuńczego rodzin. Osoby starsze z ograniczoną samodzielnością będą zatem częściej niż dotąd korzystać z publicznych form wsparcia w celu zaspokojenia swoich potrzeb. Zarówno w ujęciu pojedynczych gospodarstw seniorów, jak i w skali całego kraju implementowane będą innowacyjne rozwiązania mające na celu minimalizację negatywnych skutków procesu starzenia się populacji w tym zakresie.

Artykuły zawarte w niniejszym zbiorze dotyczą stanu, prognoz oraz metod rozwiązywania kwestii mieszkaniowych osób starszych, w tym o niskim stopniu samodzielności. Autorzy podejmują kwestie: rozwoju budownictwa społecznego w zakresie zaspokajania potrzeb mieszkaniowych seniorów, finansowania inwestycji w mieszkalnictwo senioralne, deinstytucjonalizacji, projektowania uniwersalnego, dobrych praktyk w zakresie rozwiązywania problemów mieszkaniowych osób starszych w Polsce i zagranicą.

W problematykę rozważań wprowadzają Beata Bugajska i Rafał Iwański, zwracając uwagę na możliwości zaspokojenia potrzeb mieszkaniowych osób starszych o obniżonej samodzielności w oparciu o aktualnie obowiązujące regulacje prawne, jak również w odwołaniu do badań własnych prowadzonych w środowisku zamieszkania niesamodzielnych seniorów w Szczecinie. Przywołane dobre praktyki w zakresie budownictwa senioralnego wpisują się w ideę deinstytucjonalizacji. Rozważania Marka Niezabitowskiego dotyczą problemów środowiska zamieszkania osób starszych, w szczególności doświadczanych barier architektonicznych, niedostatków infrastruktury oraz sieci wsparcia. Zidentyfikowane potrzeby związane ze środowiskiem zamieszkania ilustro-

wane są interesującymi wypowiedziami osób starszych uczestniczących w badaniach prowadzonych na osiedlach na Górnym Śląsku. Praktyczne podejście do problematyki środowiska zamieszkania osób starszych znajdujemy w artykule autorstwa Agnieszki i Jana Cieślów, w którym ukazane zostały doświadczenia zdobyte na bazie projektu „U siebie mimo wieku”, którego celem było stworzenie pierwszego w Polsce wzorcowego mieszkania seniora.

Istotną, w obliczu prognoz demograficznych, kwestią jest przygotowanie zarówno jednostek, jak i całego społeczeństwa do okresu starości. Dotyczy to każdej sfery życia, w tym środowiska zamieszkania. Beáta Balogová i Viera Bilasová uważają, że społeczeństwo słowackie nie jest przygotowane do wyzwań związanych ze wzrostem populacji osób starszych. Przedstawione przez Autorki wyniki badań pokazują, że słowaccy seniorzy, którzy przechodzili etap przygotowania się do starości wykazują wyższą satysfakcję osobistą z życia oraz wyższą satysfakcję z życia niż ci bez przygotowania. Kwestia przygotowania do starości, zarówno w wymiarze jednostkowym, jak i społecznym musi niewątpliwie uwzględniać zjawisko tzw. „podwójnego starzenia”, co wiąże się z koniecznością uwzględniania zróżnicowanych potrzeb osób starszych, związanych ze stanem zdrowia i możliwością samodzielnego, godnego życia w środowisku. W tym kontekście przestrzeń opieki charakteryzuje Agnieszka Sznajder, wskazując na możliwości i ograniczenia wspomagania rozwoju człowieka starszego w prywatnych domach opieki w Wielkiej Brytanii.

Problematyka projektowania środowiskowego w warunkach instytucjonalnych podjęta została również przez Magdalenę Leszko i Beatę Bugajską, które zwracają szczególną uwagę na zapewnienie dobrostanu psychicznego i fizycznego osób cierpiących na chorobę Alzheimera.

W publikacji znajdują się również dwie recenzje publikacji naukowych z zakresu gerontologii. Paweł Jaskuła prezentuje książkę autorstwa Rafała Iwańskiego, Edyty Sielickiej, Anety Jarzębińskiej pt.: *Opieka paliatywna i hospicyjna w ujęciu społecznym i ekonomicznym*. Czytelnicy znajdą w niej nie tylko przegląd zagadnień związanych z opieką nad pacjentem umierającym i członkami jego najbliższej rodziny, ale i szczegółowe zasady organizacji i finansowania świadczeń opiekuńczych i medycznych udzielanych przez placówki opieki paliatywnej i hospicyjnej. Natomiast Agnieszka Sikora-Balicka podjęła się recenzji *Encyklopedii starości, starzenia się i niepełnosprawności*, pod redakcją prof. dr hab. Adama A. Zycha. Pozycja, licząca pięć tomów, z uwagi na uporządkowanie rozległej wiedzy, z całą pewnością okaże się przydatna specjalistom różnych dziedzin, ale i praktykom, w szczególności pracownikom socjalnym, pielęgniarcom geriatrycznym, opiekunom społecznym oraz studentom kierunków pedagogicznych, społecznych i medycznych. Jako pozycja specjalistyczna dostarcza fachowej wiedzy wszystkim, którzy refleksyjnie odnoszą się do własnego starzenia się,

jak również czują się odpowiedzialni za osoby starsze i niepełnosprawne w rodzinie i w społeczeństwie.

Przekazując Czytelnikowi numer poświęcony problematyce środowiska zamieszkania osób starszych, chcieliśmy zwrócić uwagę na potrzebę intensyfikacji działań w zakresie wdrażania rozwiązań pozwalających osobom starszym godnie funkcjonować, zarówno we własnym środowisku zamieszkania, jak i w warunkach instytucjonalnych.

*Beata Bugajska,
Rafał Iwański,
Zofia Szarota*

ARTYKUŁY

Beata Bugajska
Rafał Iwański

Zaspokojenie potrzeb mieszkaniowych niesamodzielnych osób starszych – w poszukiwaniu optymalnych rozwiązań

DOI 10.24917/24500232.15.1

Słowa kluczowe: starzenie się, starość, polityka mieszkaniowa, mieszkania chronione, mieszkania wspomagane, polityka społeczna

Keywords: ageing, old age, housing policy, senior housing, social policy

SATISFYING THE HOUSING NEEDS OF DEPENDENT SENIORS
— IN SEARCH OF THE OPTIMAL SOLUTIONS

Abstract:

The ageing of the Polish population requires active response in many areas of the state's social policy. One of these areas is securing the housing needs of the older people. At present, the main pillar of the assistance system addressed to the dependent seniors is the family care. In the light of the constant fall in the birth rate in Poland, which began in the early 1990s, and the ongoing migrations of citizens in their productive age, the potential of the families to provide care to their oldest members is reducing. Therefore, we need to think about securing the needs of the growing population of the dependent seniors. The particular attention should be paid to the housing situation of older dependents who need assistance and support in their daily functioning. The paper sets out to discuss the possibilities of securing the housing needs of seniors with limited independence, based on the currently applicable legal regulations. It presents the examples of good practices in the senior housing industry and information collected during the field research conducted by the Author in 2018 among the dependent seniors in Szczecin.

Wprowadzenie

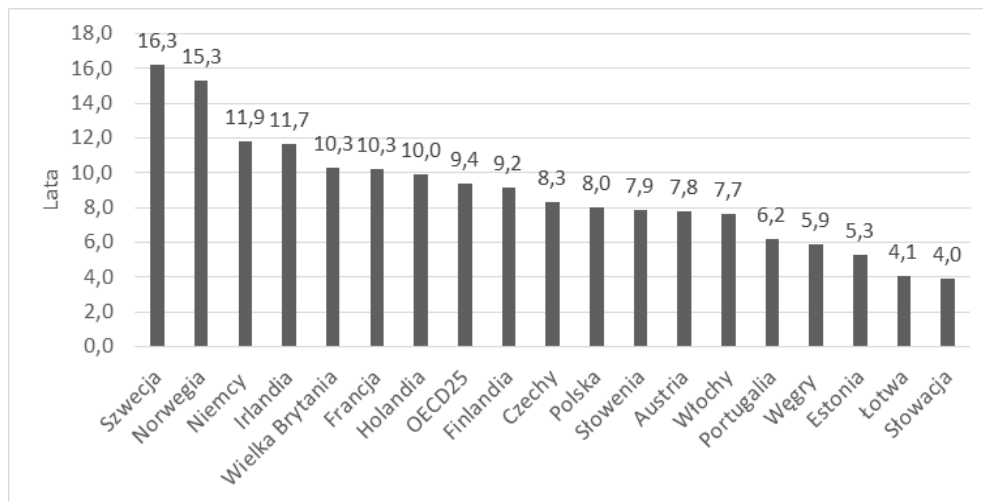
Starzenie się populacji stawia wyzwania związane z zabezpieczeniem zróżnicowanych potrzeb rosnącej populacji osób starszych. Prognozy demograficzne jednoznacznie wskazują, że udział ludności w wieku 65 i więcej lat w populacji Polski przekroczy w 2035 roku 24,5%, a w połowie XXI w. będzie kształtował się na poziomie ponad 32,7% (GUS 2014). Należy zwrócić uwagę, że według danych przedstawionych w raporcie GUS, zawierającym informacje o rozmiarach i kierunkach czasowej emigracji z Polski w latach 2004–2016 (GUS 2017), pod koniec analizowanego okresu ponad 2,5 mln obywateli Polski wyemigrowało czasowo z kraju, głównie do krajów Unii Europejskiej. Jeżeli sytuacja społeczno-gospodarcza w krajach, do których najchętniej emigrowali Polacy (m.in. Wielka Brytania, Niemcy, Irlandia, Holandia) nie ulegnie pogorszeniu, a poziom życia w Polsce nie wzrośnie znacząco, to można prognozować, że obecne trendy migracyjne zostaną utrzymane. Niekorzystny bilans migracyjny wpłynie na potencjał opiekuńczy rodzin, rozumiany jako liczba osób w gospodarstwie domowym, które mogą sprawować opiekę nad niesamodzielną osobą starszą. Tym samym, coraz większa grupa seniorów, w przypadku obniżenia stopnia samodzielności i zdolności do samoopieki, liczyć będzie musiała w głównej mierze na wsparcie ze strony sektora publicznego.

Obecny model polityki społecznej w zakresie zaspokajania potrzeb osób starszych (z wyłączeniem m.in. systemu emerytalnego i finansowania sektora ochrony zdrowia), w głównej mierze zależny jest od potencjału i zaangażowania władz samorządowych oraz zasobów rodzinnych. W artykule poruszone zostały kwestie związane z możliwymi rozwiązaniami podejmowanymi w zakresie zaspokajania potrzeb mieszkaniowych osób starszych, ze szczególnym uwzględnieniem osób wymagających pomocy i wsparcia w codziennym funkcjonowaniu. Analiza zagadnień badawczych przeprowadzona została w oparciu o dane zastane, wyniki badań własnych przeprowadzonych w pierwszym kwartale 2018 roku w Szczecinie, w środowisku zamieszkania niesamodzielnych osób starszych. Ponadto, w artykule przedstawione zostały przykłady dobrych praktyk w zakresie zaspokajania potrzeb mieszkaniowych seniorów wdrażane przez władze samorządowe w Szczecinie.

Zapotrzebowanie na opiekę długoterminową

Wraz z wiekiem wzrasta ryzyko niesamodzielnosci osoby starszej. Szczególnie w przypadku chorób otępiennych (np. Alzheimer) wiek metrykalny stanowi dominujące ryzyko wystąpienia choroby. Nawet w przypadku dobrego stanu zdrowia oraz braku chorób skutkujących niepełnosprawnością w okresie starości sędziwej wskazane jest, aby przestrzeń, w której żyją osoby starsze była przystosowana do potrzeb osób o obniżonej sprawności. Przemawiają za tym dane statystyczne, w świetle których okres życia w zdrowiu po ukończeniu 65 roku życia wynosi w krajach OECD poniżej 10 lat.

Tabela 1. Lata życia w zdrowiu po ukończeniu 65. roku życia w 2015 roku w wybranych krajach OECD



Źródło: OECD, 2017

W połowie drugiej dekady XXI w. średnia długość życia w Polsce wynosiła dla obydwu płci przeszło 78 lat (GUS, 2017). Okres trwania w zdrowiu po ukończeniu 65. roku życia wynosił średnio niespełna 8 lat. W tabeli 1 przedstawione zostały dane przedstawiające tzw. „zdrowe lata życia” po ukończeniu 65 lat. Zauważalne są bardzo duże różnice pomiędzy krajami zrzeszonymi w OECD. W przypadku Szwecji, osoba starsza po ukończeniu 65. roku życia statystycznie ma perspektywę przeszło 16 lat przeżytych w zdrowiu. Średnia długość życia w tym kraju dla obydwu płci wynosiła w 2015 roku 82,5 roku, w przypadku kobiet kształtowała się na poziomie 84,6 lat (World Bank, 2017). Polska na tle krajów regionu bliższa jest średniej dla krajów OECD z 2015 r., która po przekroczeniu 65 lat wynosiła 9,4 lat w zdrowiu. W Niemczech analizowana wartość kształtuje się na poziomie prawie 12 lat, a w krajach bałtyckich (np. Łotwa, Estonia) oraz na Słowacji oscyluje w okolicach 4-6 lat (OECD, 2017).

Perspektywa lat w zdrowiu po osiągnięciu 65. roku życia ma duże znaczenie w zakresie zaspokojenia potrzeb leczniczych, opiekuńczych i bytowych seniorów, szczególnie w przypadku, gdy zachodzi konieczność udzielania wsparcia i pomocy w codziennym funkcjonowaniu. System opieki i wsparcia niesamodzielnych osób starszych składa się z kilku podstawowych form pomocy świadczonej przez:

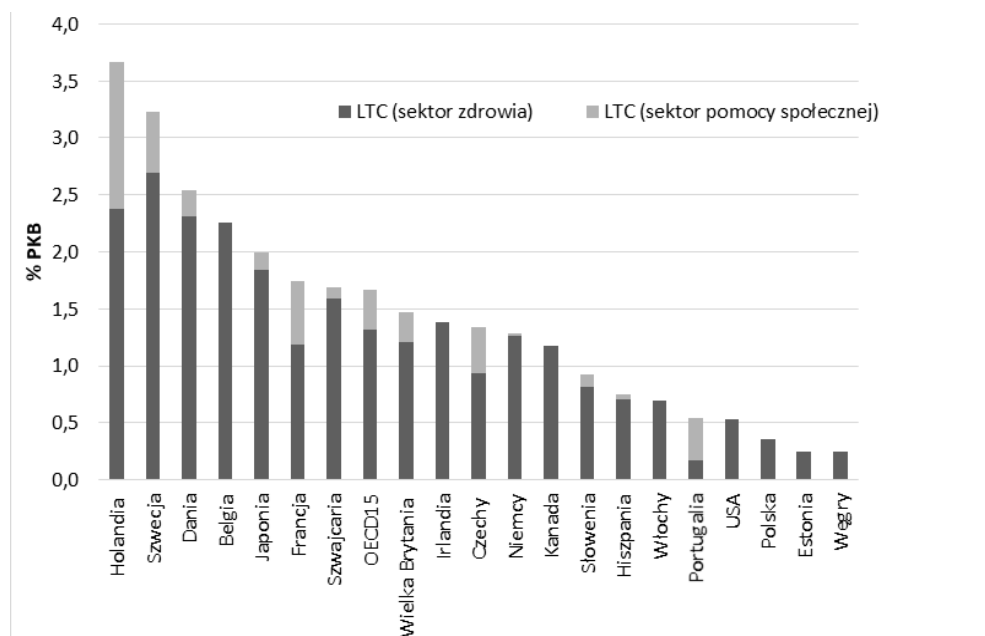
- rodzinę,
- usługi publiczne realizowane przez sektor pomocy społecznej:
 - w formie środowiskowej,
 - w formie stacjonarnej,

- usługi publiczne realizowane przez sektor ochrony zdrowia:
 - w formie środowiskowej,
 - w formie stacjonarnej,
- prywatne podmioty działające na rynku usług opiekuńczych i zdrowotnych (Iwański 2016, s. 84).

System opieki nad osobami starszymi zapisany w wielu aktach prawnych, głównie z zakresu sektora pomocy społecznej i ochrony zdrowia, przewiduje zaspokajanie potrzeb opiekuńczych przez wyspecjalizowane instytucje i pracowników, z których część zobowiązana jest posiadać odpowiednie wykształcenie. Należy jednak mieć na uwadze, że na dostępność do świadczeń, ich zakres i formę, wpływ mają trzy główne czynniki: zasoby osobowe, kapitałowe i rzeczowe.

W tabeli 2 przedstawione zostały wydatki na opiekę długoterminową według rządowych i przymusowych programów ubezpieczeniowych, jako udział w PKB w 2015 roku, w wybranych krajach OECD.

Tabela 2. Wydatki na opiekę długoterminową (komponenty zdrowotne i społeczne) według rządowych i przymusowych programów ubezpieczeniowych, jako udział w PKB w 2015 roku w wybranych krajach OECD.



Źródło: OECD, 2017

Polska znajduje się w grupie państw, które przeznaczają najmniej środków na opiekę długoterminową. W 2015 roku ze środków budżetowych rządowych oraz

zgromadzonych w ramach obowiązkowego ubezpieczenia zdrowotnego osiągnięty został poziom 0,2 PKB. W analizie nie zostały zapewne ujęte wszystkie wydatki, jakie poniosły władze samorządowe na zabezpieczenia tej kategorii potrzeb ludności, lecz pomimo szacunkowego charakteru zestawienia dysproporcje pomiędzy wydatkami w krajach OECD są znaczące. Największe wydatki na opiekę długoterminową w zakresie odsetka produktu krajowego brutto wydaje Holandia (3,7), Szwecja (3,2) oraz Dania (2,5). Ważna jest również struktura wydatków, ponieważ zadania związane z opieką długoterminową (Long Term Care LTC) mogą być realizowane przez sektor ochrony zdrowia lub pomoc społeczną. Główny ciężar spoczywa na sektorze medycznym i w przypadku niektórych krajów (np. Belgia, Irlandia, Kanada, Włochy), jest to jedyny filar opieki finansowanej ze środków publicznych. W przypadku Polski, od 1999 roku opieka nad osobami starszymi jest domeną pomocy społecznej, a po 2004 roku dodatkowo, to władze samorządowe odpowiadają za organizację usług i finansowanie domów pomocy społecznej w przypadku braku środków po stronie beneficjenta świadczeń i członków jego rodziny zobowiązanej do alimentacji.

Bez zwiększenia nakładów na opiekę długoterminową ze środków budżetowych lub ubezpieczeniowych, nie będzie możliwe przygotowanie odpowiednich zasobów:

- rzeczowych: w tym budynki, wyposażenie itd.,
- osobowych: opiekunowie, asystenci, pielęgniarki, pracownicy socjalni, lekarze itd. oraz
- środków niezbędnych na finansowanie świadczeń.

Mając na uwadze wymienione czynniki, należy założyć, że jeśli nie zostaną podjęte działania w zakresie zabezpieczania odpowiedniej wysokości środków (wariant niepełnego rozpoznania) należy się spodziewać, że będą rosły deficyty w zakresie zaspokojenia potrzeb opiekuńczych i leczniczych realizowanych na rzecz niesamodzielnych osób starszych. Ponadto, ze względu na utrzymujący się trend migracyjny osób w wieku produkcyjnym oraz niski wskaźnik dzietności, coraz większa liczba seniorów, nie będzie mogła liczyć na wsparcie ze strony opiekunów rodzinnych.

Mieszkania osób starszych

Niezależnie od miejsca zamieszkania seniora konieczne jest zabezpieczenie środków finansowych, rzeczowych oraz pracy w celu świadczenia odpowiednich do potrzeb usług opiekuńczych. W zakresie czynników finansowych główne źródło stanowią świadczenia emerytalne osób starszych. Według danych GUS (2017) średni dochód rozporządzalny w gospodarstwach domowych emerytów i rencistów kształtował się w 2016 roku na poziomie 1499 zł. Natomiast średnie świadczenie emerytalne w 2016 roku wynosiło 2126 zł brutto dla obydwu płci. W przypadku kobiet średnie świadczenie emerytalne kształtowało się w analizowanym roku na poziomie 1783 zł brutto, mężczyźni otrzymywali średnio 2628 zł brutto (ZUS, 2018). Ponieważ świadczenia emerytalne stanowią główne źródło dochodów osób starszych, ich wysokość

warunkuje możliwości w zakresie inwestycji w mieszkanie (przystosowanie łazienki itd.) oraz wnoszenia opłat za pobyt w instytucjach opieki stacjonarnej.

Drugim czynnikiem są warunki mieszkaniowe osób starszych. Nie wszystkie lokale zajmowane przez osoby po 65. roku życia można przystosować do potrzeb osób o ograniczonej sprawności. Można wyróżnić kilka uwarunkowań mających wpływ na komfort mieszkania i tzw. potencjał opiekuńczy lokalu:

- wielkość mieszkania,
- liczba pokoi,
- stan techniczny lokalu,
- bariery architektoniczne (np. wąskie korytarze, wysokie progi),
- piętro, na którym znajduje się lokal,
- stan budynku,
- winda lub jej brak,
- liczba osób zamieszkujących lokal,
- potencjał adaptacyjny lokalu.

Szczególnie ostatni czynnik ma dominujące znaczenie, czy dany lokal można przystosować do potrzeb np. osoby poruszającej się na wózku inwalidzkim lub czy jest możliwość przystosowania łazienki do potrzeb osoby starszej. Po drugie, czy ewentualne modyfikacje mają uzasadnienie ekonomiczne i kto ponosić będzie koszty inwestycji. Mając na uwadze wysokość średnich świadczeń emerytalnych osób starszych, przeprowadzenie większych inwestycji np. remont łazienki, będzie wiązało się z koniecznością uzyskania środków zewnętrznych – od dzieci, z ośrodka pomocy społecznej, Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, Rzecznika Praw Obywatelskich i innych.

Osoby starsze mieszkają głównie w lokalach wybudowanych w latach przed 1989 rokiem. Natomiast powierzchnia mieszkań wynosi średnio 35 m² na osobę i jest o prawie 10 m² większa niż wynosi średnia dla populacji (REAS, 2015, s. 27).

Tabela 3. Główne bariery architektoniczne w mieszkaniach, budynkach i otoczeniu w opiniach seniorów.

Mieszkania	Ciasne lokale	Brak łazienki
	Brak CO	Wysokie progi
	Brak brodzika/za wysoko	Brak uchwytów w łazienkach
Budynek	Brak windy	Brak podjazdu
	Brak poręczy	Niewygodne ciągi schodowe
Otoczenie	Nierówne chodniki	Mało zieleni
	Brak elementów małej architektury	Brak przystosowania terenu dla osób na wózkach

Źródło: Cieśla A., Iwański R., 2017

Czasami zdarza się, że bariery architektoniczne występujące w mieszkaniach zajmowanych przez osoby starsze są bardzo trudne do wyeliminowania lub skorygowania. Niezwykle istotną kwestią jest brak łazienki w mieszkaniu lub instalacji centralnego ogrzewania w budynku. Te dwa wspomniane problemy dotyczą głównie lokali wybudowanych przed 1945 rokiem. W przypadku części mieszkań, np. w oficynach, wydzielenie pomieszczenia na łazienkę jest trudne w realizacji ze względu na mały metraż lub ograniczenia techniczne. W przypadku instalacji centralnego ogrzewania czynnikiem dominującym stanowią koszty realizacji inwestycji oraz późniejsze wydatki eksploatacyjne, które niekiedy przewyższają możliwości finansowe gospodarstw domowych prowadzonych przez osoby starsze. Niezwykle istotnym problemem jest również brak wind w budynkach, szczególnie dotkliwy, jeśli osoba starsza mieszka na trzecim lub wyższym piętrze. Osoby po 85. roku życia, ale czasami również młodszy seniorzy mogą zostać „uwięzieni” w swoich mieszkaniach, ponieważ konieczność pokonania kilku pięter jest dla nich zbyt dużym wysiłkiem lub wiąże się ze wzrostem np. ryzyka upadku czy zasląbnienia. W zakresie inwestycji w windy, koszty związane z montażem urządzenia są bardzo wysokie i przekraczają niejednokrotnie możliwości finansowe właścicieli i zarządców budynków.

Domy Pomocy Społecznej jako środowisko zamieszkania osób starszych

W ponadgminnych domach pomocy społecznej (DPS) pod koniec 2016 roku w Polsce mieszkało 44 289 osób starszych, co stanowiło 56% wszystkich mieszkańców tego typu placówek. W skali kraju 12,8% mieszkańców DPS nie opuszczało łóżek. Najwięcej w województwie zachodniopomorskim 16,4%, najmniej w województwie mazowieckim - 8,8% podopiecznych. Na początku 2017 roku na miejsce w domu pomocy społecznej czekało 6936 osób, a wskaźnik zaspokojenia potrzeb kształtował się na poziomie 64,2% (MPiPS-05 2017). Opieka w domach pomocy społecznej stanowi jedną z najdroższych form, szczególnie dla samorządów lokalnych. Zgodnie z art. 61 Ustawy o pomocy społecznej (2004) mieszkańcy placówek wnoszą opłatę za pobyt w placówce do wysokości 70% swoich dochodów. W następnej kolejności do wnoszenia opłat zobowiązani są: małżonek, zstępni przed wstępnymi. Jeśli uzyskane z dwóch pierwszych źródeł środki są niewystarczające, brakującą kwotę za pobyt w DPS wnosi gmina, której mieszkańcem była osoba starsza. W domach pomocy społecznej województwa zachodniopomorskiego, w których przebywają niesamodzielne osoby starsze, gminy dopłacają średnio do pobytu seniora w placówce w ujęciu rocznym od 18 000 do 23 000 zł (Iwański, 2016).

Według aktualnie obowiązujących przepisów, nowo powstające domy pomocy społecznej mogą być budowane dla maksymalnie 100 mieszkańców. W Polsce nadal funkcjonują placówki, w których mieszka nawet 250 osób. Ograniczenie liczby mieszkańców, dla których budowany jest DPS, ma uzasadnienie w zakresie poprawy

komfortu życia, instytucja ma wówczas charakter bardziej kameralny. Niestety, w przeliczeniu na jedno miejsce inwestycja staje się droższa oraz mogą wzrosnąć koszty realizacji świadczeń opiekuńczych. Stacjonarne placówki zapewniające całodobową opiekę będą bardzo potrzebne w najbliższych latach, lecz ze względu na wysokie koszty związane z procesem inwestycyjnym oraz opieki, należy tą formę opieki zastrzec wyłącznie dla osób starszych w przypadkach, w których nie będzie możliwe świadczenie opieki w środowisku dotychczasowego zamieszkania lub w formach alternatywnych – mieszkaniach chronionych i wspomaganych.

Mieszkania chronione i wspomagane

W ostatnich latach rośnie liczba mieszkań chronionych i wspomaganych uruchamianych przez władze samorządowe. Jest to bardzo interesująca forma opieki stacjonarnej – rozproszonej. W przypadku mieszkań wspomaganych, władze gmin decydują się na uruchomienie pojedynczych lokali lub organizują całe kwartały/budynki, które przygotowywane są z myślą o osobach zależnych. Osoby starsze mieszkające w lokalach wspomaganych mogą korzystać ze świadczeń opiekuńczych realizowanych przez opiekunki środowiskowe, które wykonują usługi na podstawie decyzji wydanej przez ośrodki pomocy społecznej. W przypadku inwestycji przeprowadzonej w Gminie Miasto Szczecin w 2015 roku do użytku oddano 23 lokale, głównie dwupokojowe. Ogółem tzw. „senioralny kwartał” zamieszkuje 30 osób. Program realizowany jest przez Szczecińskie Towarzystwo Budownictwa Społecznego we współpracy z Gminą Szczecin. Opiekę socjalną nad mieszkańcami sprawuje Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie.

W budynku, w którym znajdują się mieszkania, funkcjonuje również Dzienny Dom „Senior +”. Pomyślano też o stworzeniu przestrzeni wspólnej dla mieszkańców. Taką funkcję pełnią specjalnie zaprojektowane i wyposażone hole. Cały budynek jest w pełni przystosowany do potrzeb osób niepełnosprawnych. Zadbano o bezpieczeństwo poprzez monitoring zewnętrzny oraz bezpieczeństwo w mieszkaniu dzięki zainstalowaniu systemu przywoławczego.

Na podstawie analizy wywiadów pogłębionych z lokatorami mieszkań wspomaganych w gminie Szczecin, przeprowadzonych przez autorów artykułu w pierwszym kwartale 2018 roku, można stwierdzić, że seniorzy cenią sobie mieszkanie w centrum miasta. Wywiady przeprowadzone zostały z siedmioma osobami, które od połowy 2015 roku użytkują lokale wspomagane dla osób starszych, które zorganizowane zostały w śródmieściu miasta, w ścisłej zabudowie. Dwoje z badanych przed zamieszkaniem w obecnym lokum mieszkało na terenach wiejskich, pozostałe pięć osób w mieście. Wszyscy badani, gdy byli pytani o to, w jakich miejscach powinny być zlokalizowane mieszkania wspomagane dla seniorów, wskazywali, że lepiej tego typu lokale budować w centrach miast. Przeważały argumenty o dostępie do lekarza, apteki a także możliwości uczestnictwa w życiu społecznym, a nie tylko w społeczności seniorów.

Żadna z badanych osób nie korzystała z usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania. Podczas wywiadów podkreślali, że mieszkania są w pełni przystosowane do potrzeb osób starszych, lecz nikt nie określił swojego stanu sprawności jako wymagającego wsparcia. Ponadto, żadna z badanych osób nie korzystała przed wprowadzeniem się do mieszkania wspomaganego z usług realizowanych przez opiekunki środowiskowe, nie była też pod opieką opiekunów rodzinnych. Choć podjęta kwestia wymaga dalszych badań, to można określić, że rekrutacja mieszkańców była bardziej pochodną zapewnienia potrzeb bytowych w wymiarze mieszkaniowym niż opiekuńczym. Ewaluacja programu dokonana z myślą o dostosowaniu oferty do potrzeb osób starszych w kolejnym, planowanym na pierwszy kwartał 2019 roku, naborze do 19 mieszkań wspomaganych, zwraca uwagę na konieczność uwzględniania w procesie rekrutacji do zamieszkania w mieszkaniu wspomaganym nie tylko potrzeb mieszkaniowych ale i potrzeb opiekuńczych. Rekomendacje, aktualnie będące przedmiotem dyskusji, zwracają uwagę na kryteria, istotne w procesie rekrutacji. Tak więc, prawo do mieszkania wspomaganego powinny uzyskiwać w pierwszej kolejności osoby starsze spełniające następujące kryteria:

- osoby korzystające z usług opiekuńczych świadczonych przez MOPR (z wyłączeniem osób o niskim stopniu samodzielności, które wymagają całodobowej opieki);
- osoby w zaawansowanym wieku, powyżej 80. roku życia, które prowadzą jednoosobowe gospodarstwo domowe i nie mogą liczyć na pomoc i wsparcie ze strony członków rodziny lub środowiska lokalnego;
- osoby samotne w zaawansowanym wieku, powyżej 75. roku życia, które mieszkają w lokalach niespełniających podstawowych norm przewidzianych dla lokali mieszkalnych (brak łazienki, skutecznego ogrzewania, wysokie piętro itd.);
- osoby z orzeczeniem o niepełnosprawności, które przejawiają zdolność do samoopieki; (tutaj wiek może być niższy np. 60 lat);
- osoby, które borykają się z ciężką przewlekłą chorobą (np. nowotworową); (tutaj wiek może być niższy np. 60 lat).

Dodatkowym kryterium, brany pod uwagę wyłącznie w sytuacji gdy wnioskodawca spełnia co najmniej jedno z powyższych kryteriów, powinno być kryterium związane z oddaniem wolnego pod względem prawnym i faktycznym mieszkania komunalnego. Tym samym, miasto mogłoby odzyskiwać mieszkania komunalne, które mogłoby przeznaczyć na inny cel, zgodnie z prowadzoną polityką mieszkaniową (np. mieszkania chronione dla usamodzielnianych wychowanków pieczy zastępczej).

Drugą, obok mieszkań wspomaganych, formą budownictwa dla osób starszych są mieszkania chronione. Ten typ lokali przeznaczony jest dla osób o niskim stopniu samodzielności, które wymagają stałej pomocy i wsparcia w codziennym funkcjonowaniu. W tabeli 3 zamieszczone zostały najważniejsze informacje różnicujące te dwie formy zaspokajania potrzeb opiekuńczych osób starszych.

Tab. 3 Różnice pomiędzy mieszkaniami wspomaganimi a chronionymi na przykładzie Gminy Miasto Szczecin

Mieszkania wspomagane	Mieszkania chronione
Przyznanie prawa pobytu w mieszkaniu wspomaganim następuje w drodze umowy najmu pomiędzy osobą starszą a zarządcą.	Przyznanie prawa pobytu w mieszkaniu chronionym, jak i pozbawienie tego prawa następuje w drodze decyzji administracyjnej. Przed wydaniem decyzji pracownik socjalny wykonuje wywiad środowiskowy oraz dokonuje uzgodnień w zakresie odpłatności i zakresie wsparcia.
Użytkownikami są mieszkańcy Gminy Miasto Szczecin	Użytkownikami są mieszkańcy Gminy Miasto Szczecin
Ukończony 65. rok życia	Ukończony 67. rok życia
Osoby samotne o ograniczonej samodzielności jednak nie wymagają całodobowej opieki z powodu wieku, choroby lub niepełnosprawności	Nie mogą samodzielnie funkcjonować, wymagają całodobowej opieki i nie posiadają wsparcia ze strony rodziny.
Prowadzą samodzielne jednoosobowe lub dwuosobowe gospodarstwo domowe. W przypadku gospodarstw dwuosobowych osoba młodsza musi mieć ukończone 60 lat. Dopuszcza się gospodarstwo wieloosobowe w przypadku pozostawiania pod opieką osoby ubiegającej się o lokal wspomagany niepełnosprawnego dorosłego członka rodziny	Prowadzą samodzielne jednoosobowe lub dwuosobowe gospodarstwo domowe. W przypadku gospodarstw dwuosobowych obie osoby muszą mieć ukończone 67 lat.
W dniu podpisania umowy najmu osobie ubiegającej się nie przysługuje tytuł prawny do lokalu mieszkalnego, domu jednorodzinnego lub działki budowlanej.	Nie posiadają tytułu prawnego do żadnego lokalu albo posiadają tytuł prawny do lokalu komunalnego z zasobów gminy, który uwolnią w całości po 30 dniach od daty otrzymania decyzji przyznającej prawo pobytu w mieszkaniu chronionym, a dotychczasowy lokal przekażą do dyspozycji gminy.
Osoba nie posiada zaległości z tytułu opłat czynszowych i za media	Osoba nie posiada zaległości z tytułu opłat czynszowych i za media
Posiadają dochód : dla gospodarstwa jednoosobowego min. 1 400 zł, max. 3 014,44 zł dla gospodarstwa dwuosobowego min. 2 100 zł, max. 4 521,66 zł (dochód wyliczony jest w taki sposób, aby spełnić kryterium w celu uzyskania prawa do dodatku mieszkaniowego)	Posiadają własne świadczenie w postaci renty lub emerytury min. 900 zł

Źródło: Iwański, Giezek, 2017

W Gminie Miasto Szczecin uruchomionych zostało do końca 2018 roku siedem mieszkań chronionych, w których opiekę znalazło średnio 5 do 6 osób starszych. W porównaniu do domów pomocy społecznej, w mieszkaniach chronionych odnotowujemy wysoki wskaźnik opiekuńczy. Na 5–6 seniorów przez całą dobę przypada jedna

opiekunka. Dla porównania, w domach pomocy społecznej zdarza się, że na jednego opiekuna w dzień przypada 15–20 mieszkańców, a w nocy nawet 60 (Iwański, 2016).

W Szczecinie, zgodnie z ideą deinstytucjonalizacji opieki nad osobami starszymi, przyjęto założenie uruchamiania rocznie 5 mieszkań chronionych dla niesamodzielnych osób starszych. Uruchomienie 17 mieszkań chronionych zaspokaja potrzeby ok. 100 osób, co odpowiada utworzeniu jednego domu pomocy społecznej. Koszt utworzenia jednego mieszkania chronionego dla 6 osób w oparciu o zasoby mieszkaniowe będące w dyspozycji gminy Szczecin i spółek zależnych, obliczony na podstawie kosztów uruchomienia mieszkań dla 28 osób starszych w poprzednich latach, przy uwzględnieniu wydatków remontowych oraz wyposażenia, wynosi 102 040 zł. Tak więc, utworzenie 17 mieszkań chronionych, w których zamieszkać będzie mogło około 100 niesamodzielnych osób starszych, będzie wiązało się z kosztem szacunkowym na poziomie 1 734 687 zł. Za mieszkaniami chronionymi, prócz niższych kosztów uruchomienia miejsc, przemawiają silne argumenty. Proces inwestycyjny w przypadku tego rozwiązania jest krótszy i obciążony mniejszymi odchyleniami w zakresie planowanych a realnie poniesionych kosztów inwestycji. Natomiast budowa domu pomocy społecznej wymaga wieloetapowej inwestycji oraz przeprowadzenia szeregu procedur inwestycyjnych. Ponadto mieszkania chronione można tworzyć etapowo (np. po 5 każdego roku), co pozwala na rozłożenie kosztów w czasie. Czas potrzebny do uruchomienia mieszkania chronionego jest zdecydowanie krótszy niż ma to miejsce w przypadku budowy domu pomocy społecznej. Mieszkania chronione można lokalizować w różnych dzielnicach miasta, co ma bardzo duże znaczenie dla utrzymania seniorów w ich środowisku oraz przeciwdziałania tworzeniu się tzw. enklaw społecznych (Bugajska i in., 2017).

Podsumowanie

Nowe podejście do pomocy społecznej w sferze polityki senioralnej odchodzi od tradycyjnego, polegającego na przyznawaniu świadczeń czy też miejsc dla osób niesamodzielnych w domach pomocy społecznej, na rzecz rozwoju usług aktywizacyjno-zapobiegawczych i wsparcia w środowisku zamieszkania. Na potrzebę deinstytucjonalizacji opieki w okresie starości na korzyść rozwoju usług w środowisku zamieszkania wskazują również rekomendacje z przeprowadzonej kontroli NIK (2016), pt. *Świadczenie pomocy społecznej osobom starszym przez gminy i powiaty*, które zwracają uwagę na m.in. konieczność tworzenia alternatywnych, tańszych niż domy pomocy społecznej, rozwiązań, wykorzystujących wszystkie rozwiązania ustawowe, w tym form całodziennego wsparcia w miejscu zamieszkania oraz monitorowanie sytuacji życiowej osób starszych w aspekcie sytuacji zdrowotnej, ekonomicznej i społecznej. Za fundamentalne dla budowania polityki senioralnej, w tym wsparcia osób starszych uważa się zasady działania na rzecz osób starszych, przyjęte przez Zgromadzenie ONZ w 1991 roku, takie jak: niezależność, uczestnictwo, opieka, sa-

morealizacja, godność (ONZ, 2017). Realizacja zasady niezależności osób starszych, opieki i godności, w kontekście zabezpieczenia potrzeb mieszkaniowych niesamodzielnych osób starszych, wyraża się m.in. w prawie do mieszkania w środowisku dostosowanym do osobistych preferencji i zmieniających się możliwości, pozostawianiu w swoich mieszkaniach tak długo, jak to jest możliwe, w dostępie do usług podtrzymujących autonomię osób starszych, dających poczucie bezpieczeństwa. Tym samym, doskonalenie systemu budownictwa senioralnego, to jedno z kluczowych wyzwań, znajdujących uzasadnienie w prognozach demograficznych.

Bibliografia

- Bugajska B., Iwański R., Giezek M., Ciemniak A., 2017, *The optimization of elderly care in Szczecin – research report*, Exlibris Biblioteka Gerontologii Społecznej / Polish Social Gerontology Journal, 1(13) / 2017 s. 107-119.
- Cieśla A., Iwański R., 2017, *Wyzwanie dla Warszawy – mieszkalnictwo dla seniorów*, Publikacja wydana w ramach projektu „Nie ma to jak w domu – bezpieczne mieszkanie seniora” dotowanego w ramach rządowego programu na rzecz Aktywizacji Społecznej Osób Starszych (ASOS).
- Iwański R. 2016, *Opieka długoterminowa nad osobami starszymi*, Cedewu, Warszawa.
- Iwański R., Giezek M., 2017, *Mieszkania chronione i wspomagane dla osób starszych w ujęciu społeczno-ekonomicznym*, Handel wewnętrzny; 4(369): 287–296 (tom I).
- Ustawa o pomocy społecznej z dnia 12 marca 2004 r. Dz.U. 2004 Nr 64 poz. 593.

Netografia

- GUS, 2014, Prognozy ludności na lata 2014–2050, [14.02.2018] <http://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/prognoza-ludnosci/prognoza-ludnosci-na-lata-2014-2050-opracowana-2014-r-,1,5.html>
- GUS, 2017, *Sytuacja materialna i dochodowa gospodarstw domowych emerytów i rencistów oraz gospodarstw domowych mających w swoim składzie osoby starsze w wieku 60 lat lub więcej w 2016 r.*, [10.03.2018] <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/warunki-zycia/dochody-wydatki-i-warunki-zycia-ludnosci/sytuacja-materialna-i-dochodowa-gospodarstw-domowych-emerytow-i-rencistow-w-2016-r-,27,1.html>
- GUS, 2017, *Informacja o rozmiarach i kierunkach czasowej emigracji z Polski w latach 2004–2016*, [15.02.2018] <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/migracje-zagraniczne-ludnosci/informacja-o-rozmiarach-i-kierunkach-emigracji-z-polski-w-latach-2004-2016,2,10.html>
- GUS, 2017, *Trwanie życia w 2016 r.* [10.03.2018] <http://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/trwanie-zycia/trwanie-zycia-w-2016-r-,2,11.html>
- NIK, 2016, *Świadczenie pomocy społecznej osobom starszym przez gminy i powiaty*, [06.06.2018] <https://www.nik.gov.pl/plik/id,10415,vp,12744.pdf>
- OECD, 2017, *Life expectancy and healthy life expectancy at age 65, in Health at a Glance 2017: OECD Indicators*, OECD Publishing, Paris. DOI: [1.01.2018] http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2017-74-en
- OECD, 2017, *The OECD average only includes the 15 countries that report health and social LTC, Health at a Glance 2017: OECD Indicators*, OECD Publishing, Paris. [1.01.2018] http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2017-en

- Ośrodek Informacji ONZ w Warszawie, 2017, http://www.unic.un.org.pl/rok_seniora/ [2.02.2017]
- REAS, 2015, *Budownictwo Senioralne w Polsce*, [2.03.2018] <http://www.reas.pl/publikacje/?page=1>
- Sprawozdanie MPiPS-05 za 2016 r.*, 2017 [22.02.2018] [https://www.mpips.gov.pl/pomoc-spo-
leczna/raporty-i-statystyki/statystyki-pomocy-spoecznej/statystyka-za-rok-2016/](https://www.mpips.gov.pl/pomoc-spo-
leczna/raporty-i-statystyki/statystyki-pomocy-spoecznej/statystyka-za-rok-2016/)
- U siebie mimo wieku*, 2017 [10.11.2017] <http://mimowieku.pl/>
- World Bank*, 2017, [10.03.2018] <https://data.worldbank.org/>
- ZUS*, 2018, [10.03.2018] <http://psz.zus.pl/kategorie/emerytury/stan-na-grudzien>



Marek Niezabitowski

Kilka uwag o problemach środowiska zamieszkania na tle potrzeb osób starszych dotyczących tej sfery

DOI 10.24917/24500232.15.2

Słowa kluczowe: kompetencja środowiskowa, stres środowiskowy, bariery architektoniczne, przywiązanie do miejsca zamieszkania, relacje sąsiedzkie osób starszych

Keywords: environmental competence, environmental stress, architectural barriers, place attachment, neighborly relations of elderly people

SOME REMARKS CONCERNING THE ISSUES OF RESIDENTIAL ENVIRONMENT
IN THE CONTEXT OF NEEDS OF ELDERLY PEOPLE REGARDING THIS SPHERE

Abstract:

The aim of the article is to show the needs of elderly people concerning residential environment and deprivations in that sphere. The deprivations will be presented in the light of the concept of environmental stress, and they regard to architectural barriers, lack of infrastructure and social support experienced by senior citizens. In turn, the seniors' needs regarding residential environment will be illustrated by typology of causes of staying in present place of residence till the end of their lives. The needs which senior citizens want to satisfy in their habitat as well as experienced barriers, discomforts and stresses will be pictured by quotes of elderly inhabitants of housing estates in Upper Silesia, interviewed within the researches conducted by the author of the article as a member of research teams.

Wprowadzenie

Przesłanki do kontynuacji, a nawet intensyfikacji zainteresowań środowiskiem zamieszkania ludzi starszych można odnaleźć w co najmniej kilku faktach o charakterze empirycznym, teoretycznym lub praktycznym. Mają swoje źródła w badaniach naukowych, w doktrynach czy ideach (*ageing in place*), jak również założeniach czy

priorytetach europejskiej polityki społecznej, akcentowanych w dokumentach. Oto przykładowe cztery takie przesłanki:

1. Po pierwsze, tematyka ta była zawsze obecna i istotna we wszystkich dotychczas realizowanych w naszym kraju ogólnopolskich wielkoskalowych badaniach gerontologicznych, w tym tych pod egidą Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego. Mam tu na myśli badania z lat 1967–1968 (Piotrowski, 1973) pod kierunkiem prof. Jerzego Piotrowskiego, badania z lat 1999–2001 (Synak, 2003) pod kierunkiem prof. Brunona Synaka oraz badania PolSenior z lat 2007–2011 (Mossakowska, Więcek, Błędowski, 2012) pod kierunkiem prof. Piotra Błędowskiego.

2. Po drugie, duże międzynarodowe badania Enable-Age¹ pokazują, że seniorzy z wiekiem coraz więcej czasu spędzają w swoim mieszkaniu, co wykazuje istotność jakości najbliższego środowiska zamieszkania dla jakości życia osób starszych, a ponadto potwierdza sens idei „Ageing in place”.

3. Po trzecie, Międzynarodowy Plan Działania w Sprawie Starzenia się (Madryt, 2002) wiąże ściśle jakość życia ludzi starszych z ich środowiskiem zamieszkania, skoro mieszkanie i środowisko życia eksponuje jako jeden z tematów/zagadnień w ramach priorytetu: tworzenie sprzyjającego i wspierającego środowiska (Szatur-Jaworska, 2012, s. 20).

4. Po czwarte, pewne rozwiązania z zakresu polityki społecznej i programy unijne realizowane w różnych krajach czynią zadość temu priorytetowi, ponieważ są ukierunkowane na jak najlepsze dostosowanie otoczenia architektonicznego oraz infrastruktury i usług do potrzeb i ograniczeń osób starszych, tak, by mogli jak najdłużej pozostać w aktualnym, oswojonym środowisku zamieszkania. Dobrymi przykładami są tu takie rozwiązania, instytucje czy praktyki, jak: dwie strategie brytyjskiego rządu: *Lifetime homes, lifetime neighbourhoods* (dom na całe życie, osiedle/sąsiedztwo na całe życie), czy strategia mieszkaniowa (*Laying the foundations. A housing strategy for England*), promujące i wspierające niezależne, samodzielne życie seniorów w ich środowisku zamieszkania (Stula, 2012). Podobnie, francuski projekt pt. *Vivre chez soi* (mieszkać jak najdłużej w swoim domu) ukierunkowano na tworzenie rozwiązań sprzyjających intensyfikacji zastosowania inteligentnych urządzeń wspierających bezpieczne i samodzielne życie osób starszych (Stula, 2012).

Środowiskiem życia codziennego osób starszych, w tym ich środowiskiem zamieszkania, zajmuje się od kilkudziesięciu lat intensywnie gerontologia środowiskowa (*environmental gerontology*). W tej subdyscyplinie naukowej środowisko jest analizowane głównie w kontekście zaspokajania potrzeb seniorów. Może ułatwiać zaspokajanie tychże potrzeb lub je utrudniać – stanowić barierę. Do środowiska tego człowiek się adaptuje lub przekształca je pod kątem swoich potrzeb. Zdolność do zaspokajania potrzeb w danym środowisku Malcolm Powell Lawton nazwał

1 Projekt Enable-Age, dotyczący środowiska mieszkaniowego ludzi starszych, realizowano w latach 2001–2004 przez zespoły badawcze ze Szwecji, Niemiec, Wielkiej Brytanii, Węgier i Łotwy (zob. Scheidt, Windley, 2006, s. 112–113).

kompetencją środowiskową (*environmental competence*). Jest to kluczowa kategoria teoretyczna w badaniach zachowania i jakości życia człowieka, w tym seniora w jego środowisku zamieszkania. Tak ujmując tę problematykę ekologiczna teoria starzenia się Powella Lawtona i Lucille Nahemow (Lawton, Nahemow, 1973). W ramach tej teorii autorzy ci skonstruowali dwie hipotezy – *environmental docility hypothesis* – pokazującą, że presja zmian środowiska mieszkaniowego dotyka tych, których kompetencje są najniższe i ich adaptacja do niego jest bardzo utrudniona. Druga hipoteza (*environmental proactivity hypothesis*) akcentuje możliwość czynnej adaptacji dzięki korzystaniu z zasobów obiektywnie dostępnych w otoczeniu (Scheidt, Norris-Baker, 2003, s. 57) – środowisku życia codziennego – co oznacza samodzielne zaspokajanie potrzeb i realizowanie preferowanej formy aktywności. Ludzie starsi ze względu na obniżającą się sprawność i coraz gorsze zdrowie coraz trudniej adaptują się do środowiska, które ze względu na ich ograniczenia stawia coraz więcej barier. Coraz większy opór trzeba pokonać, by funkcjonować w takim otoczeniu. Wszystko jest w ich odczuciu jakby coraz wyżej czy dalej, choć nadal w tym samym miejscu. Dlatego seniorzy tak cenią sobie, gdy wszystko, czego potrzebują, jest blisko zlokalizowane w mieszkaniu, budynku, na osiedlu i w przestrzeni miejskiej.

Stres środowiskowy powstaje wtedy, gdy zaadaptować się do otoczenia nie można, a zmienić go też się nie da. Jest to zespół postaw i odczuć negatywnych, dyskomfortowych związanych ze środowiskiem życia codziennego. Badacze zajmujący się tą problematyką wyróżnili kilka typów sytuacji rodzących (powodujących) stres tego rodzaju. Są to przede wszystkim: 1) wydarzenia katastrofalne, np. klęski żywiołowe, 2) stresory osobiste, np. śmierć bliskiej osoby, 3) stresory tła (Lazarus, Cohen, 1977; za: Bell, Greene, Fisher, Baum, 2004, s. 156). Analizy subiektywnej oceny środowiska zamieszkania najczęściej odwołują się do stresorów tła. Według Rottona (1990) takie właśnie stresory można podzielić na uciążliwości życia codziennego (*daily hassles*), czyli dyskomforty i niedogodności o małym nasileniu towarzyszące rutynowym czynnościom życia codziennego w miejscu zamieszkania oraz *stresory otoczenia* – chroniczne czynniki działające w środowisku, np. zanieczyszczenie, hałas, zatłoczenie (Bell, Greene, Fisher, Baum, 2004, s. 157). Stresory otoczenia są szkodliwe i czynią adaptację konieczną, jeśli nie dokonano zmiany w tymże otoczeniu. Adaptacja ta nastręcza szczególnie dużo trudności i wymaga wysiłku w przypadku stresorów oddziałujących długotrwale, jeśli nawet nie intensywnie. Przykładem może być hałas (Evans, Hygge, Bullinger, 1995; za: Bell, Greene, Fisher, Baum, 2004, s.157) lub kłopoty z sąsiadami (White, Rotton 1998; za: Bell, Greene, Fisher, Baum, 2004, s.157). Niestety kontakt z innymi osobami, które też doświadczyły oddziaływania tychże czynników oraz inne strategie skuteczne w innych sytuacjach stresogennych nie prowadzą do redukcji subiektywnie odczuwanego stresu (Bell, Greene, Fisher, Baum, 2004, s.157).

Jak widać z powyższego sąsiedzi znacząco oddziałują na człowieka w jego środowisku zamieszkania – są źródłem stresu, gdy tworzą problemy, ale mogą też być źródłem pozytywnych doświadczeń, gdy kontakt z nimi jest przyjemny czy nawet wspierający. Człowiek, jak wiadomo, jest istotą społeczną – ma zatem silnie rozwinięte potrzeby psychospołeczne – te w piramidzie Masłowa zajmują ważne miejsce. Najczęściej od sąsiadów oczekujemy by byli niekonfliktowi, przyjaźni lub chociaż poprawni w relacjach (Rożałowska, 2010; Turowski, 1976; Kryczka, 1981; por. Bujwicka, 2004). Chętnie korzysta się z ich wsparcia w codziennych drobnych sprawach typu pożyczenie cukru czy popilnowanie mieszkania w czasie wyjazdu na wakacje. I choć w koncentrycznej na ogół strukturze sieci wsparcia zajmują pozycję peryferyczną – sytuują się na obrzeżach tej sieci, na dalszych jej kręgach – w środowisku życia codziennego tu i teraz odgrywają ważną rolę w życiu seniorów (Niezabitowski, 2010, s. 75–79; Niezabitowski, 2011, s. 25–26; Niezabitowski, 2018, s. 226–227; Czekanowski, 2003, s. 167–169; Grotowska-Leder, 2008, s. 16–17).

Jak można wnioskować z badań i potocznych doświadczeń, środowisko zamieszkania osób starszych ma wielorakie aspekty, a wśród nich niewątpliwie fizyczne, w tym architektoniczne, jak również psychologiczne i społeczne. Wszystkie składają się na jakość życia seniora/seniorów. Odczucia seniorów związane z niektórymi spośród tych aspektów zostaną zilustrowane materiałem badawczym w dalszej części tego artykułu. Materiał ten pochodzi głównie z dwóch projektów badawczych: PolSenior² i projekt polsko-niemiecki³, w których uczestniczyłem osobiście jako jeden z wykonawców.

W ramach podprojektu badań ogólnopolskich PolSenior zespół badawczy zrealizował 166 wywiadów kwestionariuszowych i 31 wywiadów swobodnych ze starszymi

2 Praca naukowa finansowana ze środków na naukę w latach 2007–2011 jako projekt badawczy zamawiany PBZ-MEiN-9/2/2006, realizowana pod kierunkiem prof. dr hab. Piotra Błędowskiego z SGH w Warszawie. W wyniku realizacji projektu powstała monografia: Mossakowska M., Więcek A., Błędowski P. (red.): *Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce*. Termedia Wydawnictwa Medyczne, Poznań 2012. Kierownikiem podprojektu pt. *Kapitał społeczny seniorów w warunkach różnych środowisk urbanistycznych a wymogi ich dostosowania do aktywizacji życiowej i jakościowego zabezpieczenia potrzeb ludzi starych* był dr hab. Adam Bartoszek, prof. UŚ z Instytutu Socjologii UŚ, a wykonawcami prof. dr hab. inż. arch. Elżbieta Niezabitowska, dr inż. arch. Beata Kucharczyk-Brus i dr Marek Niezabitowski z Politechniki Śląskiej. Efektem badań (w ramach tego podprojektu) była monografia: Niezabitowska E., Bartoszek A., Kucharczyk-Brus B., Niezabitowski M.: *Środowisko zamieszkania polskich seniorów w badaniach interdyscyplinarnych: studia przypadków na wybranych przykładach*. Wydawnictwo Naukowe „Śląsk”, Katowice 2013.

3 Projekt polsko-niemiecki o symbolu UE7/Rar-3/2011 pt. *Wczoraj, dzisiaj i jutro polskich i niemieckich wielkich osiedli mieszkaniowych. Studium porównawcze modeli rozwoju urbanistycznego i ich akceptacji na przykładzie Katowic i Lipska* (2011–2012), finansowany przez Polsko-Niemiecką Fundację na Rzecz Nauki (nr projektu nadany przez Fundację: 2010–21). Kierownik projektu: prof. dr hab. inż. arch. Elżbieta Niezabitowska. Uczestnicy

mieszkańcami trzech osiedli na Górnym Śląsku (os. „Superjednostka” w Katowicach, patronackie osiedle dla kolejarzy na „Zatorzu” w Gliwicach oraz popegeerowskie osiedle w Poniszowicach za Gliwicami). Z kolei w przypadku projektu polsko-niemieckiego materiał empiryczny obejmuje 589 wywiadów kwestionariuszowych i 100 wywiadów swobodnych, w tym 22 ze starszymi mieszkańcami (wiek 60 lat i więcej) trzech osiedli w Katowicach (os. Tysiąclecia, os. Paderewskiego i os. Zgrzebnioła). Realizacja obu projektów była ukierunkowana na ustalenie jak postrzegane jest przez starszych mieszkańców wyżej wymienionych osiedli ich środowisko zamieszkania głównie pod kątem więzi sąsiedzkich, wsparcia społecznego, form aktywności, doświadczanych barier architektonicznych. Przy czym należy dodać, że w przypadku projektu PolSenior środowisko zamieszkania osób starszych zostało ujęte zarówno we wspomnianych badaniach na Górnym Śląsku, jak i w kwestionariuszu ogólnopolskim tegoż projektu. Szersze opracowanie materiału m.in. z wyżej wymienionych badań przedstawiłem w monografii poświęconej psychospołecznym aspektom środowiska zamieszkania osób starszych (Niezabitowski, 2018).

Źródła stresu środowiskowego i dyskomfortu doznawanego przez seniorów w miejscu zamieszkania w świetle wybranych badań w Polsce

Przyjazne środowisko i mieszkanie to priorytet według Międzynarodowego Planu Działania w Sprawie Starzenia się (Madryt, 2012). Tymczasem wielu seniorów doświadcza barier zaspokajania swoich potrzeb w środowisku zamieszkania oraz innych dyskomfortów w tej sferze obniżających jakość ich życia.

Realizacja projektu PolSenior pokazała, że nieco ponad jedna trzecia (35,2%) respondentów tego badania doświadcza negatywnych skutków wad technicznych mieszkań i oddziaływania barier architektonicznych utrudniających codzienne życie; odczuwa te niedogodności 20% osób w wieku 55–64 lata, 23,3% seniorów z kohorty 65–74 lata i 67,5% w wieku 75–79 lat (Bartoszek, Niezabitowska, Kucharczyk-Brus, Niezabitowski, 2012, s. 523). Ponadto materiał empiryczny zebrany w tychże badaniach pokazuje, że najczęściej wymienianymi przez seniorów-respondentów barierami (niedogodnościami) są: wysokie i strome schody (52,6%), brak windy (47,8%), brak podjazdu do budynku dla osób poruszających się na wózku (30,3%), brak poręczy i uchwytów (25,2%). Innymi źródłami utrudnień w życiu codziennym (w poruszaniu się po budynku) są w świetle wyników tych badań głównie: wąskie klatki schodowe i drzwi, nierówności nawierzchni na korytarzach i schodach, ciasne windy, brak poczucia bezpieczeństwa przy wejściu do budynku, co wynikało z braku światła,

w projekcie ze strony polskiej to prof. UŚ. dr hab. Adam Bartoszek, dr inż. arch. Beata Kucharczyk-Brus, dr inż. arch. Beata Komar, dr Marek Niezabitowski. Uczestnicy ze strony niemieckiej to prof. dr hab. Sigrun Kabisch, dr Katrin Grossman, dr Annegret Hasse z Helmholtz Zentrum für Umweltforschung (UFZ) w Lipsku.

chodnika, awarii domofonów lub źle działających drzwi (Bartoszek, Niezabitowska, Kucharczyk-Brus, Niezabitowski, 2012, s. 519). Jak wykazały rezultaty tych badań, postrzeganie barier zależy od wieku seniorów. Częściej dotkliwość barier utrudniających wchodzenie do budynku i wychodzenie z niego podkreślały osoby starsze (respondenci badań PolSenior) z młodszych grup wiekowych – chodzi o kohortę 65–69 lat (47,0%), podczas, gdy już w kohorcie 70–74 lata tylko 30,0% respondentów wskazywało tego typu bariery. Chodzi tu o takie urządzenia, jak: podjazdy i pochylnie dla osób poruszających się na wózkach inwalidzkich (Bartoszek, Niezabitowska, Kucharczyk-Brus, Niezabitowski, 2012, s. 521).

Analizy, które osobiście prowadziłem w ramach badań, których byłem kierownikiem lub wykonawcą pozwoliły mi naświetlić naturę doświadczanych przez seniorów problemów związanych z barierami architektonicznymi wywołującymi stres środowiskowy oraz sposób przeżywania tego stresu. Zwrócę uwagę na kilka barier tego typu, które wyraźnie oddziaływały na jakość życia badanych osób starszych.

Niedostosowanie łazienki do ograniczeń sprawności

Nierzadko seniorzy będący respondentami badań techniką wywiadu pogłębionego, ze względu na ograniczenia ich sprawności, które towarzyszą im na tym etapie ich życia, podkreślają jak ważna jest dla nich możliwość dostosowania wyposażenia łazienki do tych ograniczeń (Niezabitowski, 2013, s. 237; Niezabitowski, 2014 a, s. 93–94; Niezabitowski, 2018, s. 275). Respondentka podprojektu badań PolSenior – starsza Pani z chorobą Parkinsona tak opisuje jakie zabiegi dla przystosowania jej mieszkania do tej choroby były nieodzowne: „Mieszkanie było w niewielkim stopniu dostosowane do choroby. Wymiana wanny na prysznic z zamontowanym siedziskiem do korzystania w trakcie brania prysznicu. Usunięcie zbędnych drzwi. Zrobienie miejsca w pokoju dziennym na domową rehabilitację” (kobieta, 76 lat, os. Superjednostka, Katowice). O podobnych potrzebach dostosowania mieszkania do obniżającej się sprawności mówi także inna respondentka z katowickiej „Superjednostki”: „Przydałaby się zmiana w łazience albo obniżona wanna, żeby łatwiej było wchodzić, ale takich wanien nawet w marketach nie widziałam. Dobrym wyjściem byłby prysznic, taki z brodzikiem, ale to się wiąże właśnie z przebudową łazienki, a tego mi się już nie chce robić, bo mam 83 lata” (kobieta, 83 lata, os. Superjednostka, Katowice).

Z kolei inna respondentka podkreśla na czym polegają walory prysznica dla osoby starszej z ograniczeniami sprawności. Jej wypowiedź pokazuje ponadto, że warto myśleć o problemach starzenia się, projektując przestrzeń łazienki, gdy jest się jeszcze sprawnym. Chodzi o to, żeby dostosowanie wyposażenia tego pomieszczenia, gdy będzie to konieczne, było możliwe, a nie utrudnione. 83-letnia mieszkanka osiedla Tysiąclecia mówi o tym tak:

[...] Myśmy przerobiły łazienkę na, znaczy wannę żeśmy zlikwidowały, mamy prysznic
[...] No ja uważam, że w każdym tym mieszkaniu, gdzie są ludzie starsi, znaczy młodzi powinni myśleć, że za 20 lat nie będą umieć nogi podnieść do wanny... że jest to nie-

bezpieczne... Jednak prysznic to jest bardzo wygodna rzecz. Tak, tak... i jeszcze z tym krzeselkiem... Krzeselko ma i się siada. [...] także nawet tu osoba starsza se usiadzie czy głowę sobie umyje, do połowy się umyje, tak że ja uważam, że prysznic to jest najlepsza rzecz. Tych wanien nie powinni w ogóle instalować (kobieta, 83 lata, os. Tysiąclecia, Katowice).

Badania wykazują ponadto, że bariery doświadczane w starości kumulują się i zlikwidowanie barier o charakterze architektonicznym w mieszkaniach seniorów napotyka na bariery innego typu. Przystosowanie wyposażenia pomieszczeń, w tym łazienki do ograniczeń związanych z wiekiem i chorobami czy starzeniem się wymaga remontów, a te są dla ludzi starszych za dużym wydatkiem finansowym, stresem wywołanym przez męczące zdarzenia remontowe, problemem organizacyjnym (Bartoszek, Niezabitowska, Kucharczyk-Brus, Niezabitowski, 2012, s. 523; por. Niezabitowski, 2018, s. 42–43). Bez wsparcia rodziny i spółdzielni mieszkaniowych lub innych podmiotów czy instrumentów polityki społecznej seniorzy najczęściej nie decydują się na te konieczne remonty modernizacyjne i przystosowujące mieszkania do ich ograniczeń.

Brak lub za mało ławek i poręczy

W bezpośrednim otoczeniu budynków osiedlowych seniorom brakuje miejsc, gdzie można usiąść, gdy jest się zmęczonym chodzeniem lub gdy szwankuje poczucie równowagi, co grozi upadkiem i kontuzją.

[...] ja mam taką chwiejną równowagę i muszę co jakiś czas odpoczywać. Więcej ławek by się przydało dla starych ludzi w otoczeniu (kobieta, 83 lata, os. Superjednostka, Katowice).

Gdy chwiejna staje się równowaga osoby starszej, kolejnym niezbędnym przystosowaniem budynku oczekiwanym przez seniorów stają się poręcze, pozwalające się chwycić mocno i pewnie, i dzięki temu utrzymać stabilną pozycję ciała – statyczną, jak i w ruchu i czuć się bezpiecznie. Brak takiego poczucia bezpieczeństwa może stanowić poważną barierę wychodzenia z mieszkania i budynku. Jedna z respondentek badań PolSenior opisuje tę kwestię w bardzo krótki i konkretny sposób: „Przydałyby się poręcze na korytarzu tak, żeby móc się złapać” (kobieta, 59 lat, os. Superjednostka, Katowice).

Zbyt ciężkie drzwi wejściowe do budynku

Kolejnym poważnym źródłem stresu środowiskowego dla starszych mieszkańców są za ciężkie drzwi, stawiające zbyt duży fizyczny opór w czasie ich otwierania lub przytrzymywania, gdy trzeba przejechać wózkiem inwalidzkim lub chodzikiem. To kolejna sytuacja, w której trudno utrzymać równowagę. 59-letnia respondentka podprojektu badań PolSenior, od lat niepełnosprawna, opisuje swoją niedogodność związaną z drzwiami tak:

[...] Na korytarzach to te drzwi są tak ciężkie, że samemu jest bardzo ciężko. Jak wózek czy coś, na klatkę z chodzikiem [wyjdę – przyp. M.N.] to ciężko otworzyć. Na klatce są ciężkie (kobieta, 59 lat, os. Superjednostka, Katowice).

Brak windy lub winda niezatrzymująca się na każdym piętrze

Zaawansowany wiek i coraz mniejsza sprawność powodują, że wchodzenie po schodach wiąże się z ogromnym wysiłkiem i zmęczeniem, z czasem jest przyczyną unikania wchodzenia po schodach i zwiększa konieczność korzystania z windy. Obecność windy na danym piętrze decyduje nawet o percepcji i ocenie tego piętra przez seniorów. Jak ważna jest winda zatrzymująca się na każdym piętrze pokazuje następująca wypowiedź jednej z mieszkanki katowickiej „Superjednostki”, w której ocenie mieszkanie jest: „Nie do końca dobre. Kiedyś mi się podobało, ale teraz brakuje piętra, na którym byłaby winda” (kobieta, 76 lat, os. Superjednostka, Katowice). Inna respondentka, poruszająca się na wózku inwalidzkim (od 20 lat chora na stwardnienie rozsiane) pozytywnie ocenia swoje piętro właśnie dlatego, że tam zatrzymuje się winda: „[...] ważne, że jest na tym piętrze winda, bo to jest najważniejsze” (kobieta, 59 lat, os. Superjednostka, Katowice). 70-letni architekt z wieloletnim stażem projektanta, właściciel prywatnego biura projektowego, wyraża przekonanie, że winda jest niezbędnym elementem wyposażenia budynku, niezależnie od liczby kondygnacji. Mówi o tym tak: „To jest właśnie problem całego osiedla Zgrzebnioka [katowickie osiedle mieszkaniowe – przyp. M.N.], które i tak nie jest najwyższe. Teraz jak robię nawet trzykondygnacyjne, to już tam wsadzam windę. Jak pan robi trzykondygnacyjny budynek, to on jest automatycznie o wyższym standardzie, to nie jest moloch, no to do tego standardu mu tam dodać coś przynależnego temu standardowi [trzeba – przyp. M.N.], jeszcze dodatkowo go jak to się mówi wzmacnia. Cztery to bezwzględnie, nie ma siły, absolutnie” (Niezabitowski, 2018, s.273).

Niedostatki wsparcia oraz braki infrastruktury i usług

Jak wynika z badań polsko-niemieckich przeprowadzonych na trzech wybranych osiedlach w Katowicach, część starszych mieszkańców tychże osiedli, będących respondentami tych badań, odczuwa brak wsparcia (Niezabitowski, 2018, s. 249). Świadczą o tym ich deklaracje, iż łącznie, przynajmniej w dwóch na pięć sytuacji – na wypadek choroby, problemów finansowych, trudności w robieniu zakupów, sprzątaniu mieszkania, załatwianiu spraw urzędowych i samotności – muszą liczyć tylko na siebie. Problem ten, jak wynika z przeprowadzonych badań surveyowych dotyczy: 31,2% starszych (wiek 65 lat i więcej) mieszkańców osiedla Tysiąclecia, 34,2% z osiedla Paderewskiego i 10,0% z osiedla Zgrzebnioka. W świetle tych wskaźników procentowych małe, „kameralne” osiedle Zgrzebnioka, względnie jednorodne społecznie, na tle dwóch pozostałych wielkich blokowych osiedli wyróżnia się gęstszymi, efektywniejszymi sieciami wsparcia w środowisku sąsiedzkim. Jeśli chodzi o dwa pozostałe duże blokowiska, istnieje potencjalne zagrożenie, że znaczne odsetki se-

niorów będą żyły bez wsparcia w fazie późnej starości (Niezabitowski, 2018, s. 249). Analogicznie większe walory z punktu widzenia dostępnych sieci wsparcia prezentuje również kameralne popegeerowskie osiedle w Poniszowicach koło Gliwic, będące przedmiotem studiów w podprojekcie badań ogólnopolskich PolSenior. W przypadku tego osiedla najwięcej seniorów – respondentów deklarowało, że może liczyć na wsparcie sąsiadów w razie choroby – 47,5%, podczas gdy na pozostałych dwóch osiedlach (Zatorze w Gliwicach i Superjednostka w Katowicach) odsetki te wynosiły odpowiednio 26,2% i 10,8%.

Ustalenia poczynione w rezultacie przywołanego w tym artykule podprojektu badań PolSenior (2007–2011) pokazują, że w ramach więzi sąsiedzkich seniorzy mogą uzyskiwać potrzebne im wsparcie, ale nawet ci, którzy zbudowali w ciągu swojego życia najefektywniejsze sieci wsparcia sąsiedzkiego, gdy tracą sprawność w stopniu odbierającym im samodzielność w codziennej samoobsłudze oczekują, że zajmie się nimi rodzina (dzieci, wnuki itd.) (Niezabitowski, 2010, s. 78–79; Niezabitowski, 2011, s. 26).

Gdy w życiu seniorów pojawia się wzrastająca z czasem niesamodzielność, a czynności życiowe sprawiają im coraz więcej problemów, chętnie skorzystaliby z obsługi innych. Niektórzy starsi mieszkańcy katowickich osiedli badanych w projekcie polsko-niemieckim dostrzegali potrzebę zorganizowania usług gastronomicznych dla tych, którzy już nie mają siły, by przygotowywać sobie posiłki (Niezabitowski, 2018, s. 279). Oto przykładowe wypowiedzi seniorów świadczące o tym zapotrzebowaniu:

[...] Ale pomoc, jeżeli by można było taki punkt, w którym by starsi ludzie mogli korzystać na przykład z jakiegoś no... nie wszyscy potrafią gotować, a jeżeli rodziny mają to jakieś takie rzeczy, taki punkt by się zawsze przydał. Taki punkt choćby ktoś gotował obiady jakiś tańszych, dostosowanych do tego. Tak, tak mógłby być, bo się starzejemy jako osiedle, jednocześnie jedni umierają, to wchodzi młodzi ludzie, ale tych starszych ludzi tutaj przybyło bardzo dużo, ale wie Pan, to musiałby być wywiad zrobiony, ilu jest takich ludzi, czy to by się opłacało komukolwiek, bo to dzisiaj warunki ekonomiczne decydują o tym czy to warto czy nie” (kobieta, 82 lata, os. Zgrzebniołka, Katowice), „[...] przydałaby się tutaj, jakaś taka na zasadzie cateringu salka, w której można by było, bo jest cały szereg osób samotnych, zjeść na przykład fajny obiad, tanie dania, smaczne. To by się przydało zdecydowanie (kobieta, 74 lata, os. Zgrzebniołka, Katowice).

Z kolei, gdy starość przynosi znaczną utratę sprawności oraz wzrost zapotrzebowania na całodobową obsługę i opiekę, niektórzy starsi mieszkańcy trzech analizowanych osiedli w Katowicach sygnalizowali oczekiwanie, by w granicach ich osiedla zbudowano całodobową placówkę dla osób starszych (Niezabitowski, 2018, s. 278). Ilustracją tych oczekiwań są następujące wypowiedzi respondentów:

[...] No takie coś by mogło być. Takie coś to naprawdę by się tutaj przydało. Takie coś, taki dom. Dla starszych osób. [...] tu dużo osób by poszło... tu jest dużo takich też... co pomocy potrzebują na co dzień. To ja to jeszcze se poradzę sama, ale są takie osoby, którzy potrzebują pomocy na co dzień (kobieta, 77 lat, os. Tysiąclecia),

czy

Tak. Proszę Panią za Lidlem tam jest miejsce. [...] Oj to tam powinien być dom spokojnej starości. [...] Dom, to jest spełnienie.. tej spokojnej starości - to powinien Piast wybudować. Bo Piast jest dobrą spółdzielnią... (kobieta, 71 lat, os. Tysiąclecia).

Decyzja o pozostaniu w aktualnym środowisku zamieszkania do końca życia mimo doświadczanych dyskomfortów – typologia przyczyn⁴

Mimo scharakteryzowanych powyżej niedogodności osoby starsze nierzadko chcą lub decydują się pozostać w swoim aktualnym środowisku zamieszkania do końca życia.

Co ich zatrzymuje mimo niedogodności i nie w pełni zaspokojonych potrzeb? Odpowiedzią na to pytanie jest w jakimś stopniu typologia przyczyn pozostawiania osób starszych w aktualnym środowisku zamieszkania, którą sformułowałem w wyniku analiz, bazujących na materiale zebranym w ramach kilku projektów badawczych przywołanych wcześniej. Typologia ta obejmuje następujące przyczyny, które zarazem odzwierciedlają w niemałym stopniu cenione przez seniorów walory aktualnego miejsca zamieszkania (Niezabitowski, 2018, s. 233–248, 286–288):

- przywiązanie do miejsca (*place attachment*),
- przyzwyczajenie do miejsca zamieszkania,
- przekonanie o walorach społecznych środowiska zamieszkania,
- funkcjonalna zależność od miejsca zamieszkania,
- kompetencja środowiskowa – poczucie kontroli nad środowiskiem,
- obawa przed zmianą środowiska na inne,
- chęć zachowania niezależności, prywatności i intymności – utożsamianych z od

lat zajmowanym mieszkaniem.

Ad. 1. Przywiązanie do miejsca zamieszkania oznacza najczęściej to, co Graham D. Rowles nazywa *autobiographical insideness*, czyli przywiązanie do miejsca zamieszkania, kojarzonego z subiektywnie znaczącymi wydarzeniami biograficznymi z życia danej osoby (Rowles, 1983, 1984). W przypadku kobiet nierzadko jest to pamięć o czasach, gdy w aktualnym, od lat tym samym miejscu zamieszkania wychowywały swoje dzieci, gdy były one w wieku przedszkolnym i szkolnym. Pokazuje to cytat z wywiadu:

No pewnie, tu dzieci się moje wychowywały, ja tu dorastałam ... wszystkich tu znam ... [...] Znam okolice i ludzi dookoła, to wyprowadzać się nie chciałam (kobieta, 76 lat, Zatorze, Gliwice).

4 Moją autorską typologię sformułowaną na podstawie analiz materiału zebranego w kilku projektach badawczych przedstawiłem w: Niezabitowski M., 2018, *Trwałość relacji osób starszych ze środowiskiem zamieszkania – przyczyny i konsekwencje* [w:] *Środowisko zamieszkania w doświadczeniu osób starszych. Wybrane aspekty psychospołeczne w ujęciu socjologicznym*, M. Niezabitowski, Wydawnictwo Politechniki Śląskiej, Gliwice, s. 229–250.

Może to być także sentyment wynikający ze świadomości, że ktoś „wyrósł” w danym środowisku lokalnym, przeszedł tu całą swoją socjalizację czy przywiązanie do ludzi kojarzonych i związanych zamieszkiwaniem z aktualnym miejscem zamieszkania seniora, jak ilustruje to wypowiedź jednego z respondentów badań w Zabrze: „[...] z Zandki się nie wyprowadzę, tu się wychowałem. Nigdy się nie wyprowadzę!” (65 lat, mężczyzna, os. „Zandka”, Zabrze). Gdy jest to właśnie takie przywiązanie do ludzi związanych z miejscem odpowiada to terminowi *social insideness* Rowlesa, który oznacza społeczny aspekt przywiązania do miejsca. Analogicznie u księży emerytów przywiązanie do ludzi zamieszkujących społeczność lokalną parafii nierzadko skutkuje w pełni akceptowaną decyzją o pozostaniu na emeryturze na ostatniej parafii proboszczowskiej⁵ (Niezabitowski, 2014 b, s. 373–376; Niezabitowski, 2014 c; Niezabitowski, 2018, s. 234–235). Tożsamość seniora często na różne sposoby zrasta się z miejsce zamieszkania. Niektóre psychospołeczne i psychologiczne mechanizmy tego połączenia/związku naświetlił w swoich badaniach Robert L. Rubinstein (Rubinstein, 1987, 1989) czy Eugene Rochberg-Halton (Rochberg-Halton, 1984) (por. Rubinstein, Parmelee, 1992, s. 151–154; por. Niezabitowski, 2017, s. 249–253; por. Niezabitowski, 2018, s. 113–119).

Ad. 2. Gdy przyczyną decyzji o pozostaniu w aktualnym środowisku zamieszkania jest przyzwyczajenie, to siła tej postawy oznacza poczucie bezpieczeństwa, pewność i to odczucie, że jest się w miejscu, które dobrze się rozpoznaje, w którym wie się czego można się spodziewać. Jedna z respondentek badań przywołanych w literaturze przedmiotu, 75-letnia mieszkanka Filadelfii tak opisała swoją znajomość mieszkania po latach jego użytkowania: „Mogłabym poruszać się po moim domu nawet z zawiązanymi oczami” (Rubinstein, Parmelee, 1992, s.147). Potwierdzają to także fragmenty wypowiedzi starszych mieszkańców osiedli katowickich analizowanych w przywołanym projekcie polsko-niemieckim: „W tym wieku nie przesadza się starych drzew, człowiek się już przyzwyczaił” (kobieta, 67 lat, os. Tysiąclecia) czy „Tutaj mi jest dobrze” (kobieta, 62 lata, os. Paderewskiego).

Ad. 3. Gdy mam na myśli przekonanie o walorach społecznych środowiska zamieszkania, wskaźnikami takich postaw są m.in. odpowiedzi na pytania typu: Co Panią zatrzymuje w aktualnym mieszkaniu, nawet jeśli nie spełnia wszystkich Pana/Pani oczekiwań? Znamienne, że jedna z interlokuterek odpowiedziała krótko – „Ludzie” (kobieta, 67 lat, os. Tysiąclecia, Katowice), co ilustruje kwintesencję psychospołecznej jakości środowiska zamieszkania. Opisując walory relacji sąsiedzkich, seniorzy-respondenci odwołują się do form wsparcia i zasobów, dostępnych w ramach typów sąsiedztwa eksponowanych niegdyś w badaniach Piotra Kryczki (1981). Są to walory

5 Ustalenia takie wynikły z realizacji projektu badawczego własnego nr N N 116 430637 pt. *Współczesne trajektorie kapłaństwa i adaptacji księży do życia na emeryturze. Przypadki duszpasterzy parafialnych diecezji województwa śląskiego* (2009–2011; kierownik: dr Marek Niezabitowski), finansowanego przez Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego (rozliczonego przez Narodowe Centrum Nauki).

charakterystyczne dla sąsiedztwa świadczeniowego i towarzysko-przyjacielskiego. Oznacza to, że seniorzy cenią sobie, iż sąsiadom można zostawić klucze od mieszkania, by je popilnowali w czasie wyjazdu na wakacje i podlali w tym czasie kwiatki. W ramach tego typu relacji sąsiedzkich można liczyć na to, że sąsiedzi zadzwonią na pogotowie, gdy seniorom przydarzy się wypadek. Ten typ relacji zawiera w sobie ponadto wzajemne zapraszanie się na kawę, herbatę czy inne poczęstunki okazjonalnie, a także możliwość poproszenia na przykład o drobne naprawy lub inne przysługi. Czytelnie pokazują to następujące cytaty z wywiadów przeprowadzanych na trzech katowickich osiedlach w ramach projektu polsko-niemieckiego: „Jak wspomniałem mamy bardzo dobre relacje. Czasem pilnujemy sobie wzajemnie mieszkań, odbieramy sobie pocztę itp.” (mężczyzna, 64 lata, os. Paderewskiego, Katowice), „[...] dwa piętra wyżej mamy takiego sąsiada, z którym się przyjaźnimy do teraz. I on może wpadać i my możemy wpadać do niego. Z jakiej okazji?(pytanie ankietera) Och no na pewno z okazji urodzin [...] on nam pomaga, a my mu znów pomagamy w czymś innym no i tak bez okazji właściwie się też spotykamy” (kobieta, 63 lata, os. Tysiąclecia, Katowice).

Ad. 4. Funkcjonalna zależność od miejsca zamieszkania polega na głębokim przekonaniu, potwierdzonym wieloletnim doświadczeniem życia codziennego w danym miejscu, że tylko w tym miejscu można skutecznie zaspokajać swoje potrzeby i realizować preferowane formy aktywności. W wypowiedziach badanych seniorów zazwyczaj sprowadza się to do podkreślania ogromnego znaczenia korzystnej lokalizacji mieszkania i osiedla w przestrzenie miasta, co przekłada się na bliską, szybką, łatwą dostępność usług, instytucji, interakcji społecznych, form aktywności w najbliższym otoczeniu. Przez starszych mieszkańców osiedli ceniona jest bliskość placówek służby zdrowia, sklepów, fryzjerów, przystanków tramwajowych i autobusowych, oraz w zależności od indywidualnych preferencji także placówek kulturalnych. Dobrze ilustruje to wypowiedź jednego z respondentów badań polsko-niemieckich, realizowanych na trzech osiedlach w Katowicach: „[...] Wszystko co jest mi potrzebne jest pod ręką. Fryzjer, przychodnia, apteka, sklepy spożywcze, piekarnia, sklep mięsny. Wszystko jest” (mężczyzna, 64 lata, os. Paderewskiego, Katowice).

Ad. 5. Kompetencja środowiskowa jako kolejny powód pozostawania w aktualnym środowisku zamieszkania do końca życia polega na poczuciu kontroli nad tym środowiskiem. Oznacza to, że gdy seniorom udało się dostosować mieszkanie do swoich potrzeb, to pomimo niedogodności i trudów starości, mogą przejawiać tendencję do odkrywania jego walorów, do budowania w sobie przekonania, że jest „ich” – że lepszego by nie znaleźli, lepiej do nich dostosowanego. Postawę tę czytelnie ilustruje następujący cytat z wywiadu przeprowadzonego w ramach podprojektu badań PolSenior:

[...] Dostosowaliśmy miejsce dla siebie, nigdy byśmy się już nie wyprowadzili. Niewygodą może być winda, która zatrzymuje się co trzy piętra. Mieszkanie więc oceniam jako średnie. Przyzwyczailiśmy się już do niego. [...] Większej wygody chyba bym nigdzie nie znalazła (kobieta, 76 lat, os. Superjednostka, Katowice).

Ad. 6. Poniekąd rozszerzeniem powyższego jest kolejna przyczyna decyzji o pozostaniu w aktualnym miejscu zamieszkania – obawa przed zmianą środowiska na inne. Środowisko, w którym przebywa się od lat jest oswojone i dobrze poznane – w nim można się czuć, poruszać i zaspokajać potrzeby bezpiecznie. Każde inne było by już na swój sposób obce, nieznane, mniej bezpieczne, nie moje. Czytelnie pokazuje to fragment wypowiedzi respondentki badań polsko-niemieckich prowadzonych w Katowicach: „Nie, nie planuję wyprowadzki nigdzie, nawet gdyby jakiś dom daleko by mi się tego, to też bym nie chciała. Już w moim wieku, to jest ciężko zaadoptować się w nowym miejscu, to jest ciężko, w nowym otoczeniu” (kobieta, 72 lata, os. Tysiąclecia, Katowice). By zilustrować to także danymi ilościowymi z przywołanych już wielokrotnie badań polsko-niemieckich, dodam, że 52%, 60,5% oraz 80% seniorów (wiek 65+) z osiedli Tysiąclecia, Paderewskiego i Zgrzebnika w Katowicach deklaruje, że czuje się za stara/stary, żeby zaczynać nowe życie w nieznanym środowisku (Niezabitowski, 2018, s. 242–243). W tym innym miejscu sąsiedzi mogą być z innego świata społecznego, nie wiadomo czy okażą się wspierający i przyjaźni, czy usługi, lekarz i inne ważne instytucje będą korzystnie zlokalizowane i zaakceptowane przez seniora. Ponadto dzieci mogą mieszkać już zbyt daleko od tego nowego miejsca zamieszkania, by odwiedzać, pomagać i wspierać stale starą mamę czy tatę.

Ad. 7. Chęć zachowania niezależności, prywatności i intymności – to dla seniorów bardzo ważna przyczyna decyzji o pozostaniu w swoim mieszkaniu do końca życia. To oznacza dla nich mieszkanie, w którym czują się u siebie – moje miejsce, w którym mogę robić, co mi się podoba. Obrazują to trafnie następujące cytaty z wypowiedzi respondentów badań polsko-niemieckich w Katowicach oraz z wywiadów z seniorami przebywającymi w domu pomocy społecznej na Górnym Śląsku:

[...]gdybym nie dała sama sobie rady, to musiałabym coś pomyśleć. Chociaż niechętnie bym tam [do domu spokojnej starości – przyp. M.N.] szła, na pewno. Zawsze w swoim to jest w swoim. To jest zupełnie co innego. Nie jestem uzależniona od nikogo. Kiedy chce to se wstanę, kiedy chce to se coś zrobić? A tam? Tam jest rygor. Tam jest rano śniadanie, obiad i kolacja i cześć” (kobieta, 77 lat, os. Tysiąclecia, Katowice) czy „Zięć mi godo „przyjdź do nos”, ale jo tam wola ciasny, ale własny [kąt – przyp. M.N] (śmiejch) (kobieta, 81 lat, os. „Zandka”, Zabrze).

Badania kanadyjskie pokazują, że własne mieszkanie dla seniora jest symbolem statusu osoby niezależnej właśnie (Després, Lord, 2005).

Zarysowane powyżej przyczyny pozostawania seniorów w aktualnym miejscu zamieszkania do końca życia nierzadko kumulują się, to znaczy, że w indywidualnych przypadkach na decyzję o pozostaniu składa się kilka z wymienionych przyczyn równocześnie. Może także dochodzić do konfliktów między tymi istotnymi elementami jakości środowiska zamieszkania osób starszych, gdyby próbowali się odnaleźć w nowym środowisku. Kierując się na przykład pragnieniem zamieszkania w ekologicznie atrakcyjniejszym środowisku, np. na wsi czy w pod lasem, może im po jakimś czasie brakować rozrywek kulturalnych charakterystycznych dla środowiska miejskiego, do

którego wbrew pozorom przywykli. Dochodzi czasami do reemigracji seniorów z takich atrakcyjnych ekologicznie terenów z powrotem do miasta, by być blisko istotnych dla ich poczucia bezpieczeństwa sieci wsparcia – głównie blisko dzieci, które mogą się nimi zaopiekować, gdy tracą sprawność.

Podsumowanie

Analiza materiału empirycznego pozyskanego z kilku obszernych projektów badawczych wskazuje, że osoby w wieku senioralnym przejawiają tendencję do pozostawania w aktualnym środowisku zamieszkania, nawet jeśli nie spełnia ono całkowicie ich oczekiwań. Za zjawisko to odpowiedzialne są różnorakie mechanizmy, w tym między innymi przywiązanie czy przyzwyczajenie lub świadomość, że w tym środowisku można skutecznie zaspokajać potrzeby i realizować czynności czy aktywności życia codziennego.

Model presji środowiskowej (Lawton, Nahemow, 1973) zdaje się nawet wskazywać, że jeśli seniorzy przez lata przystosowywali mieszkanie do swoich potrzeb mimo niedogodności, to teraz gdy są starzy mają poczucie, że lepiej przystosowanego do nich nie znaleźliby już. Boją się, że w innym już nie odnaleźliby się.

Nie można na podstawie powyższych konstatacji badawczych formułować wniosku praktycznego, że nie należy dbać o akceptowalną dla seniorów jakość środowiska zamieszkania, skoro i tak w nim pozostaną i dożyją swoich ostatnich dni. Przeciwnie, jeśli wiele godzin w ciągu doby spędzą w tym mieszkaniu i jego najbliższym otoczeniu, jego kształt, estetyka i wyposażenie w sprzęty ułatwiające życie jest niezbędne. Procesy dostosowywania mieszkań, budynków i otoczenia osiedlowego do specyfiki ograniczeń osób starszych powinny być w razie potrzeby wspomagane przez odpowiednie instrumenty polityki społecznej; istotny udział powinny mieć spółdzielnie mieszkaniowe, od których nierzadko seniorzy tego oczekują (np. lokalizacji domu spokojnej starości w granicach osiedla).

Oczekiwania te ponadto odwołują się do zapotrzebowania na usługi gastronomiczne dla niesamodzielnych i samotnych starszych mieszkańców osiedli.

Można, jak sądzę, w ślad za wypowiedzią 70-letniego architekta, wyrazić nadzieję, że odtąd budynki niezależnie od liczby kondygnacji będą projektowane i wznoszone z windami zatrzymującymi się na wszystkich piętrach.

Przystosowywanie osiedli do wzrastającej liczby mieszkańców w starszym wieku musi być ponadto oparte na rzetelnych diagnozach sytuacji seniorów, ich sieci wsparcia, sprawności i potrzeb związanych z miejscem zamieszkania i jego wyposażeniem. Problemy te powinny stać się przedmiotem badań socjologicznych, skoro procesy demograficznego starzenia się populacji mieszkańców osiedli będą postępowały. Ponadto dla kształtowania środowiska osiedli, zwłaszcza infrastruktury, stosownie do potrzeb tej i innych grup wiekowych mieszkańców, nieodzowne są analizy SWOT, poprzedzone badaniami demograficznymi. Rozwój osiedla musi być tak planowany, by ta przestrzeń

architektoniczna i środowisko zamieszkania mogły sprzyjać zaspokajaniu potrzeb wszystkich kategorii mieszkańców, w tym niepełnosprawnych i starszych (Universal Design) (Goldsmith, 1997; Goldsmith, 2000; Preiser, Smith, 2011; Vavik, 2009; por. Niezabitowski, 2018, s. 280–284, 299; por. Wysocki, 2015).

Bibliografia

- Bartoszek A., Niezabitowska E., Kucharczyk-Brus B., Niezabitowski M., *Warunki zamieszkania seniorów – główne ustalenia badawcze* [w:] *Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce*, M. Mossakowska, A. Więcek, P. Błędowski (red.), Termedia Wydawnictwa Medyczne, Poznań, s. 511–530.
- Bell P., Greene T., Fisher J., Baum A., 2004, *Psychologia środowiskowa*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk.
- Bujwica A., *Typy sąsiedzkiego ładu* [w:] *Wokół socjologii przestrzeni*, A. Ajer, P. Starosta (red.), Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź.
- Després C., Lord S., 2005, *Growing Older in Postwar Suburbs: The Meanings and Experiences of Home* [in:] *Home and Identity in Late Life: International Perspectives*, G.D. Rowles, H. Chaudhury (eds.), Springer, New York, p. 317–340.
- Evans G.W., Hygge S., Bullinger M., 1995, *Chronic Noise and Psychological Stress*, „Psychological Science”, No. 6, p. 333–338.
- Goldsmith S., 1997, *Designing for the Disabled. The New Paradigm*, Routledge, New York.
- Goldsmith S., 2000, *Universal Design. A Manual of Practical Guidance for Architects*, Architectural Press, Oxford, Boston, Johannesburg, New Delhi.
- Grotowska-Leder J., 2008, *Wsparcie społeczne w perspektywie teorii socjologicznych – kontekst więzi, sieci społecznych, sieci wymiany społecznej* [w:] *Sieci wsparcia społecznego jako przejaw integracji i dezintegracji społecznej*, J. Grotowska-Leder (red.), Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź s. 9–27.
- Kryczka P., 1981, *Społeczność osiedla mieszkaniowego w wielkim mieście. Ideologie i rzeczywistość*, PWN, Warszawa.
- Lawton M.P., Nahemow L., 1973, *Ecology and the Aging Process* [in:] *The Psychology of Adult Development and Aging*, C. Eisdorfer, M.P. Lawton (eds.), American Psychological Association, Washington DC, p. 619–674.
- Lazarus R.S., Cohen J.B., 1987, *Environmental Stress* [in:] *Human Behavior and the Environment: Current Theory and Research*, I. Altman, J.F. Wohlwill (eds.), V. 2. Plenum, New York, p. 89–127.
- Mossakowska M., Więcek A., Błędowski P., 2012, *Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce*, Termedia Wydawnictwa Medyczne, Poznań.
- Niezabitowski M., 2013, *Badania socjologiczne jakościowe – wywiady* [w:] *Środowisko zamieszkania polskich seniorów w badaniach interdyscyplinarnych: studia przypadków na wybranych przykładach*, E. Niezabitowska, A. Bartoszek, B. Kucharczyk-Brus, M. Niezabitowski, Wydawnictwo Naukowe „Śląsk”, Katowice, s. 224–250.
- Niezabitowski M., 2014 a, *Znaczenie miejsca zamieszkania w życiu ludzi starszych. Aspekty teoretyczne i empiryczne*, „Problemy Polityki Społecznej. Studia i Dyskusje”, nr 1, s. 81–101.

- Niezabitowski M., 2014 b, *Proboszcz na emeryturze. Wybrane aspekty psychospołeczne w świetle teorii i wywiadów*, „Śląskie Studia Historyczno-Teologiczne”, nr 2, s. 361–384.
- Niezabitowski M., 2014 c, *Procesy biograficzne w analizie adaptacji księży do środowiska zamieszkania na emeryturze. Wybrane aspekty psychospołeczne*, „Przegląd Socjologii Jakościowej”, nr 4, s. 80–105.
- Niezabitowski M., 2017, *Miejsce i przestrzeń w życiu ludzi starszych* [w:] *Encyklopedia starości, starzenia się i niepełnosprawności*. Tom 2., A.A. Zych (red.), Thesaurus Silesiae, Katowice, s. 249–253.
- Niezabitowski M., 2018, *Środowisko zamieszkania w doświadczeniu osób starszych. Wybrane aspekty psychospołeczne w ujęciu socjologicznym*, Wydawnictwo Politechniki Śląskiej, Gliwice.
- Piotrowski J. (red.), 1973, *Miejsce człowieka starego w rodzinie i społeczeństwie*, PWN, Warszawa.
- Preiser W.F.E., Smith K.H. (eds.), 2011, *Universal Design Handbook*, Mc Graw Hill, New York, Chicago, San Francisco, Lisbon, London, Madrid, Singapore, Sidney, Toronto.
- Rotton J., 1990, *Individuals under stress* [in:] *Social psychology: living with people*, C.E. Kimble (ed.), W.C. Brown, New York, p. 505–543.
- Rowles G. D., 1983, *Geographical Dimension of Social Support in Rural Appalachia* [in:] *Aging and Milieu: Environmental Perspectives on Growing Old*, G.D. Rowles, R.J. Ohta (eds.), Academic Press, New York, p. 111–130.
- Rowles G.D., 1984, *Aging in Rural Environments* [in:] *Elderly People and the Environment*, I. Altman, M.P. Lawton, J.F. Wohlwill (eds.), Plenum, New York, p. 129–157.
- Rożałowska B., 2010, *Sieci społeczne i stosunki sąsiedzkie w społeczności lokalnej osiedla Zandka* [w:] *Ludzie i instytucje w procesie przemian miejskiej społeczności lokalnej. Studium socjologiczne na przykładzie osiedla Zandka w Zabrze*, M. Niezabitowski, B. Rożałowska (red.), Wydawnictwo Politechniki Śląskiej, Gliwice, s. 63–86.
- Rochberg-Halton E., 1984, *Object Relations, Role Models and Cultivation of the Self*, „Environment and Behavior”, no. 16, p. 335–368.
- Rubinstein R.L., 1987, *The Significance of Personal Objects to Older People*, „Journal of Aging Studies”, No. 1, p. 226–238.
- Rubinstein R.L., 1989, *The Home Environments of Older People: A Description of Psychological Processes Linking Person to Place*, „Journal of Gerontology”, No 4, p. 45–53.
- Rubinstein R.L., Parmelee P.A., 1992, *Attachment to Place and the Representation of the Life Course by the Elderly* [in:] *Place Attachment*, I. Altman, S.M. Low (eds.), Plenum Press, New York, London, p. 139–163.
- Scheidt R.J., Norris-Baker C., 2003, *Many Meanings of Community: Contributions of M. Powell Lawton* [w:] *Physical Environments and Aging: Critical Contributions of M. Powell Lawton to Theory and Practice*, R.J. Scheidt, P.G. Windley (eds.), The Haworth Press Inc., New York, London, Oxford, p. 55–66.
- Scheidt R., Windley P., 2006, *Environmental Gerontology: Progress in the Post-Lawton Era*. [in:] *The Psychology of Aging*, J. Birren, W. Schaie (eds.), Elsevier, San Diego, p. 105–125.
- Synak B., (red.), 2003, *Polska starość*, Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk.
- Szatur-Jaworska B., 2012, *Aktywne starzenie się i solidarność międzypokoleniowa w debacie międzynarodowej*, „Problemy Polityki Społecznej. Studia i Dyskusje”, nr 17, s. 15–28.
- Turowski J., 1976, *Kształtowanie się zbiorowości w wielkich miastach*, „Studia Socjologiczne”, nr 1.

- Vavik T. (ed.), 2009, *Inclusive Buildings, Products and Services: Challenges in Universal Design*, Tapir Academic Press, Trondheim (Norway).
- White S.M., Rotton J.M., 1998, *Type of Commute, Behavioral Aftereffects and Cardiovascular Activity: A Field Experiment*, „Environment and Behavior”, No. 30, p. 763–780.

Netografia

- Stula S., 2012, *Living in Old Age in Europe. Current Developments and Challenges: Working Paper No.7 of the Observatory for Sociopolitical Developments in Europe*, German Association for Public and Private Welfare (DV), Berlin 2012, <http://www.sociopolitical-observatory.eu/en/publications.html> [30.09.2017].
- Wysocki M., 2015, *Zapewnianie dostępności poprzez projektowanie uniwersalne*, [w:] *Dostępność Funduszy Europejskich 2014–2020 dla osób z niepełnosprawnościami w praktyce*, Fundacja Aktywizacja, Warszawa, <https://www.aktywizacja.org.pl/biblioteka/publikacje/34-49-publikacja-dostepnosc-funduszy-europejskich-2014-2020-dla-osob-z-niepeunosprawnościami-w-praktyce> [24.01.2019].

Agnieszka Cieśla
Jan P. Cieśla

Wzorcowe Mieszkanie Seniora, czyli jak Polacy mogą mieszkać na starość – analiza kosztów

DOI 10.24917/24500232.15.3

Słowa kluczowe: starzenie się, starość, polityka mieszkaniowa, mieszkania seniorów
Keywords: ageing, old age, housing policy, senior housing

MODEL APARTMENT FOR SENIORS OR WHAT IS AVAILABLE FOR POLES
IN THEIR OLD AGE – THE COST ANALYSIS

Abstract:

The paper presents the experiences gained based on the project „at home despite the age” the purpose of which was to create the first Model Apartment for Seniors (www.mimow-iek.pl). The Model Apartment for Seniors is a dwelling space with solutions, products and technologies enabling older people to keep an independent live style as long possible despite some disabilities which may emerge with the age. The idea originated in Germany, the country with much greater senior population than Poland and where different solutions to support the independence of the senior citizens are widely implemented. One of them are exemplary apartments which are to promote among seniors and their caregivers the solutions and products available on the market and thus, support the silver economy.

Wprowadzenie

W artykule przedstawione zostały ogólne założenia, etapy oraz koszty uruchomienia pierwszego w Polsce Wzorcowego Mieszkania Seniora. Autorzy artykułu samodzielnie zaplanowali i przeprowadzili inwestycję, głównie w oparciu o zasoby własne. Sama idea przygotowania mieszkania dedykowanego osobom starszym zaczerpnięta została z Niemiec, gdzie takie lokale z powodzeniem funkcjonują od wielu lat.

W pierwszej części artykułu przedstawione zostały informacje o problematyce starzenia się populacji oraz typowych barierach, jakie występują w mieszkaniach seniorów. W dalszej części pracy Autorzy skupili się na poszczególnych etapach inwestycji, z wyszczególnieniem najważniejszych elementów.

Mieszkanie na różnych etapach życia

Polacy starszego pokolenia bardzo rzadko zmieniają miejsce zamieszkania. Większość pozostaje w swoim M, do którego wprowadziła się tuż po założeniu rodziny, nieliczni zmienili je dzięki awansowi materialnemu, przeprowadzając się do większego mieszkania lub domu. W wielu przypadkach są to przestrzenie niedostosowane do wyzwań jakie niesie ze sobą podeszły wiek lokatorów. Czy zatem powinniśmy na starość zmieniać warunki zamieszkania? Przeprowadzać się? Jeśli tak, to dokąd i kiedy?

Potrzeby mieszkaniowe zmieniają się wraz z wiekiem. Zmianom podlegają tak preferencje indywidualne, jak i te wynikające z powiązań rodzinnych czy wielkości gospodarstwa domowego. Tradycyjnie pierwsze własne mieszkanie pojawia się wraz założeniem rodziny, które wraz z wzrostem możliwości finansowych, faktycznych potrzeb przestrzennych, jak i aspiracji związanych z prestiżem zamieniane jest na coraz większe lokum, często w oddali od centrum ośrodka miejskiego.

W starszym wieku następuje szereg istotnych zmian w wymaganiach względem mieszkań:

- na skutek usamodzielnienia się dzieci oraz możliwych przypadków owdowienia następuje gwałtowny spadek w zapotrzebowaniu na przestrzeń mieszkalną;
- z czasem pogarszający się stan zdrowia sprawia, że bardziej dotkliwy staje się brak ergonomicznych rozwiązań przestrzennych lub istnienie barier architektonicznych;
- następuje spadek mobilności przy jednoczesnym wzroście potrzeb na usługi (np. zdrowotne) oraz konieczności poszukiwania interakcji społecznej poza domem, często samotnie zamieszkiwanych;
- spadają możliwości utrzymania dotychczasowego mieszkania na skutek skromniejszych dochodów po zaprzestaniu lub ograniczeniu działalności zawodowej, zaś gorsza kondycja fizyczna może nie pozwalać na dotychczasowe zaangażowanie w prace domowe.

Wobec powyższego konieczna staje się zmiana mieszkania. Momentem, w którym powinno to nastąpić jest wiek 50–65 lat. Jest to okres po opuszczeniu domu przez dzieci, a przed znacznym spadkiem odporności nas stres związany z przeprowadzką, który szacowany jest na czas po 65. roku życia. Uwzględniając współczesną oczekiwaną długość życia, wynoszącą dla Polski ok 78 lat, mieszkanie dla seniora nie jest mieszkaniem na ostatnie kilka lat życia, ale na co najmniej dwie dekady, czyli 1/3 dorosłego życia.

Seniorzy, czyli umownie osoby po 60. roku życia (Dziennik Ustaw 2015 poz. 1705, 2015), stanowią obecnie ¼ polskiego społeczeństwa (stan na 2017 rok), zaś około roku 2040 będą stanowić już ponad jedną trzecią (34,4%) (GUS, 2014). Jeszcze nigdy

w historii naszego kraju seniorzy nie stanowili tak licznej grupy społecznej. Nie jest ona jednorodna, lecz bardzo zróżnicowana pod względem:

- wieku – w grupie osób powyżej 65. roku życia mogą znajdować się osoby 60-paroletnie i ich 80-paroletni rodzice;

- stopnia sprawności fizycznej. Według Narodowego Spisu Powszechnego z 2011 roku w Polsce jest 4,7 milionów osób niepełnosprawnych, zaś ponad połowa z nich (54%) to osoby w wieku 60+ (GUS, 2013);

- poziomu zdolności poznawczych – według szacunków obecnie w Polsce żyje 300 tys. osób z chorobą Alzheimera. Do roku 2050 liczba ta zwiększy się trzykrotnie i wyniesie prawie milion (RPO, 2016). Osoby z zaawansowaną demencją wymagają szczególnej opieki i nie mogą mieszkać samodzielnie;

- wykształcenia i posiadanych kompetencji zawodowych – im wyższe tym np. łatwiej jest seniorom korzystać z nowych technologii

- różnego wzorca spędzania wolnego czasu i różnych nawyków konsumpcyjnych.

Znakomita część seniorów w Polsce to osoby mieszkające samodzielnie. Tylko niewielka część z nich korzysta ze wsparcia osób trzecich. Większość z nich chce pozostać niezależnym jak najdłużej i nie korzystać z opieki instytucjonalnej.

Główne wady współczesnych mieszkań seniorów

Większość seniorów w Polsce mieszka w budynkach powstałych w okresie socjalizmu, wybudowanych w technologii wielkiej płyty, do których wprowadzili się jako młodzi ludzie i których nigdy nie opuścili. Budynki te mają wiele wad, szczególnie w odniesieniu do specyficznych potrzeb osób starszych. Po pierwsze ich rzut nie jest adaptowalny lub tylko w znikomym stopniu. Powoduje to, że bariery architektoniczne utrudniające samodzielne funkcjonowanie osób starszych są niemożliwe do usunięcia. Mogą to być na przykład zbyt wąskie przejścia i drzwi prowadzące do pomieszczeń, których nie może pokonać osoba na wózku inwalidzkim. Szczególnym wyzwaniem są łazienki i toalety budowane najczęściej jako osobne, o bardzo niewielkich gabarytach pomieszczenia. Ich połączenie jest w większości systemów prefabrykacji niemożliwe do wykonania ze względu na nośny charakter ściany działowej lub umiejscowienie między toaletą a łazienką kanałów wentylacyjnych i systemów instalacji. Warto zaznaczyć, że to właśnie w łazienkach dochodzi najczęściej do groźnych upadków, będących konsekwencją np. poślizgnięcia się lub utraty równowagi przy wychodzeniu z wanny. Zbyt małe łazienki i toalety uniemożliwiają korzystanie z nich osobom niepełnosprawnym, których wśród seniorów jest bardzo wiele. Z wiekiem bowiem ryzyko niepełnosprawności rośnie. Może być ona skutkiem upadku i złamania kości biodrowej bądź też chorób takich jak wylew czy choroba Parkinsona.

Kolejną, niezwykle dużą niedogodnością jest brak wind w budynkach do 5 kondygnacji. Nawet w budynkach wyposażonych w windy zwykle prowadzi do niej kilka stopni, które dla osoby na wózku stanowią barierę niemożliwą do samodzielnego

pokonania. Brak możliwości samodzielnego wyjścia na zewnątrz, skutkujący izolacją i osamotnieniem, jest istotnym czynnikiem przyczyniającym się do zachorowań na depresję wśród osób starszych.

Mankamentem mieszkań w blokach z wielkiej płyty jest zła izolacja akustyczna pomieszczeń, która powoduje, że dźwięki z sąsiednich mieszkań są bardzo łatwo słyszalne. Jest pewnym paradoksem, że pomimo słabnącego wraz z wiekiem zmysłu słuchu stajemy się coraz bardziej wrażliwi na dźwięki. U osób starszych odgłosy dochodzące z innych mieszkań lub z zewnątrz mogą wywoływać irytację i duży dyskomfort. Dlatego ważne jest, by zapewnić komfort akustyczny pomieszczeń, w których przebywają osoby starsze.

Oprócz barier architektonicznych, które zmuszają seniorów do zmiany miejsca zamieszkania, niebagatelną rolę odgrywają również wysokie koszty utrzymania mieszkania. Ich źródłem jest często zbyt duży w stosunku do potrzeb metraż mieszkania, skutkujący koniecznością ponoszenia dodatkowych wydatków związanych np. z ogrzewaniem w zimie.

Samodzielność kluczem do sukcesu

Badania naukowe i współczesne trendy w opiece nad osobami starszymi pokazują, że najskuteczniejszym sposobem utrzymania osób starszych w dobrej kondycji jest podtrzymywanie możliwości samodzielnego, a tym samym pełnego godności i poczucia sprawczości funkcjonowania (Bolz, 2010). Dodatkowo podkreśla się znaczenie niezmienności miejsca zamieszkania w wieku podeszłym. Więź z miejscem, lokalnymi relacjami społecznymi jest niezwykle istotna dla dobrostanu osób starszych (Mestheneos, 2011).

Dłuższa samodzielność oznacza także znaczne ograniczenie kosztów opieki nad osobami starszymi. Koszty te stanowią wyzwanie nie tylko w wymiarze indywidualnym – samych seniorów lub ich najbliższych, ale ogólnospołecznym. Choroby będące następstwem depresji czy też urazów doznanych w mieszkaniach seniorów wydatnie obciążają system opieki zdrowotnej. Skuteczne polityki senioralne państw zachodnich zakładają pomoc w zakresie poprawy warunków mieszkaniowych seniorów. Jest to przykład i dowód na to, że tak rozumiana profilaktyka jest bardziej opłacalna od interwencyjnej opieki zdrowotnej i społecznej.

Obecnie średnia liczba lat przeżytych w zdrowiu (*healthy life years*) (EHLEIS Country Reports, 2013) po ukończeniu 65. roku życia w Polsce wynosi 8 lat (Eurostat, 2017). Np. Norwedzy po ukończeniu 65. roku życia mają przed sobą jeszcze aż 15 lat w zdrowiu, czyli dwukrotnie więcej niż Polacy (Eurostat, 2017). Jest to znacznie krócej niż w krajach zachodnich.

Choć dysproporcje te mogą mieć wiele źródeł (np. lepsza diagnostyka medyczna, inne odżywianie, aktywność fizyczna, klimat etc.) z pewnością istotnym czynnikiem są uznać szeroko rozumiane warunki mieszkaniowe. Należy pamiętać że mieszkania

dostępne lub mieszkania budowane z myślą o seniorach umożliwiające a nawet wspierające aktywny tryb życia zmniejszając wykluczenie (przestrzenne, społeczne) oraz stanowią element profilaktyki zdrowotnej jako bezpieczniejsze środowisko życia dla osób z ograniczeniami. Za jedno z najczęstszych wypadków zagrażających zdrowiu osób starszych uważa się upadki (Nowicki, Rzońca, Rudnicka-Drożak, Młynarska i Chemperek, 2015). Te zaś mają najczęściej miejsce w domu (Edbon-Kolarz i Marcinkowski, 2011).

W Polsce brak jest na rynku mieszkaniowym oferty skierowanej dla seniorów to znaczy mieszkań, których układ przestrzenny i wyposażenie pozwalałyby na samodzielne funkcjonowanie mieszkańców, mimo ograniczeń zdrowotnych wynikających z wieku.

Wzorcowe Mieszkanie Seniora – idea „u siebie mimo wieku”

W odpowiedzi na intensywne starzenie się polskiego społeczeństwa i brak odpowiednich rozwiązań na rynku mieszkaniowym dr inż. arch. Agnieszka Cieśla i dr inż. arch. Jan Cieśla podjęli decyzję o stworzeniu pierwszego w Polsce Wzorcowego Mieszkania Seniora. Inicjatywę określa hasło „u siebie mimo wieku”, które podkreśla cel projektu – umożliwienie seniorom pozostanie jak najdłużej samodzielnym i niezależnym mimo rosnących wraz z wiekiem niedomagań. Jest to całkowicie oddolna, prywatna inicjatywa powstająca przy udziale i zaangażowaniu producentów. Mieszkanie znajduje się na warszawskich Bielanach, w nowej inwestycji deweloperskiej (budynek powstał według warunków nowych technicznych z 2014 roku).

Idea Wzorcowego Mieszkania została zaczerpnięta z Niemiec, kraju gdzie proces starzenia się społeczeństwa jest dużo bardziej zaawansowany i gdzie istnieje szereg rozwiązań ułatwiających samodzielne funkcjonowanie osób starszych. Wzorcowe mieszkania dla seniorów (*Musterwohnungen für Senioren*) są bardzo popularne i występują nawet w niewielkich miejscowościach rzędu 40 tys. mieszkańców. W większych miastach jest ich często nawet kilka. Mają one dwojaki cel. Z jednej strony służą uświadamianiu seniorów na temat dostępnych na rynku rozwiązań, produktów, a także usług i technologii pozwalających na dłuższe pozostanie samodzielnym. Z drugiej strony producenci i usługodawcy mają możliwość w takiej przestrzeni zaprezentowania swojej oferty i skierowania jej do większego grona potencjalnych nabywców, jakim jest rosnąca grupa seniorów (Lihs, 2013).

Wzorcowe Mieszkanie Seniora zostało otwarte 26 września 2016 roku. W ciągu 1,5 roku trwania projektu mieszkanie zostało odwiedzone przez 1,5 tys. osób, z których większość stanowiły osoby starsze i ich opiekunowie. Liczną grupą odwiedzających byli także architekci i projektanci wnętrz, jak również deweloperzy planujący inwestycje tego typu. W mieszkaniu byli również przedstawiciele urzędów (w tym Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej) oraz samorządów.

Mieszkanie wzorcowe seniora – wyposażenie

Dzięki zaangażowaniu 18 firm, producentów mających w swojej ofercie produkty dedykowane seniorom udało się stworzyć obiekt na miarę XXI wieku, pokazujący jak współcześnie może mieszkać senior w Polsce. Wszystkie prezentowane w mieszkaniu produkty są dostępne na polskim rynku.

Etapy realizacji i koszty

Według literatury niemieckiej optymalne mieszkanie dla dwóch osób powinno mieć powierzchnię ok. 60 m² (Bundesministerium für Wirtschaft und Arbeit, 2004). Wzorcowe Mieszkanie ma powierzchnię 52 m². Taka powierzchnia mieszkania nie jest również przeskalowana w przypadku owdowienia i zajmowania go przez jedną osobę.

Rekomendujemy, by przeprowadzka do mieszkania na starość miała miejsce między 50 a 65 rokiem życia. W okolicach 75. roku życia, a więc wraz z pojawieniem się niedomagań zagrażających samodzielności (zgodnie ze wskaźnikiem liczby lat w zdrowiu) wskazane jest doposażenie bądź przemeblowanie mieszkania, umożliwiające dalsze bezpieczne funkcjonowanie w nim. Dlatego podzieliliśmy elementy wyposażenia mieszkania na dwa etapy:

- pierwszy, gdy wprowadzamy się do mieszkania jako 50-, 60-latkowie. Mieszkanie przygotowywane jest do instalacji sprzętów potrzebnych w przyszłości; likwidowane są podstawowe bariery;

- dalsze, będący w istocie serią drobnych kroków to uzupełnianie wyposażenia w zależności od potrzeb gdy pojawiają się pierwsze ograniczenia, najczęściej w okolicach 75 roku życia.

Pierwszy etap

Podstawową cechą mieszkania seniora jest jego dostępność, zarówno odnosząca się do budynku, jak i w obrębie samego mieszkania. Na tym etapie należy zapewnić, by rzut mieszkania zapewniał wygodną komunikację, trakty miały wystarczające wymiary, a odpowiednie strefy mieszkania gotowe były pod zabudowę. Warto też by materiały podłóg i układ instalacji elektrycznej i wodno-kanalizacyjnej dawały możliwości adaptacji.

Poprawnie przeprowadzony pierwszy etap nie jest kosztowny i prowadzi do uniknięcia zawyżonych kosztów instalacji i adaptacji później.

We Wzorcowym Mieszkaniu Seniora, w stosunku do wyjściowego rzutu, przeprojektowano wszystkie ściany (oddzielająca salon od sypialni wymagała wzmocnienia). Zdecydowano o połączeniu salonu z kuchnią i całkowitej zmianie układu łazienki tak, aby mogła z niej korzystać osoba na wózku inwalidzkim. Wejścia do łazienki i sypialni zostały poszerzone do szerokości 90 cm. Ściany w łazience zostały wzmocnione w celu zwiększenia ich wytrzymałości. Bardzo częstym problemem przy wykańczaniu mieszkań dla seniorów są zbyt słabe ściany, które nie wytrzymują obciążenia związanego

np. z zamontowanymi na nich pochwytami i siedziskami prysznicowymi. Zmiany układu pomieszczeń wprowadzono na etapie powstawania budynku i zostały ujęte w cenie zakupu mieszkania.

Zdecydowano o umieszczeniu pralki w kuchni, w celu zwiększenia powierzchni manewrowej dla osoby będącej na wózku inwalidzkim w łazience. W pierwszym okresie zajmowania mieszkania można umieścić pralkę w łazience, ale należy przewidzieć instalacje pod jej montaż również w kuchni.



Rysunek 1. Rzut mieszkania przed (po lewej) i po zmianach lokatorskich (po prawej) przystosowujących je do użytkowania przez osobę na wózku inwalidzkim, opracowanie własne

Zmianom uległa instalacja elektryczna – gniazdka i włączniki światła zostały zlokalizowane w innych niż pierwotnie miejscach oraz na niższej niż standardowa wysokości: 85 cm, która umożliwia obsługę przez osoby z niepełnosprawnościami.

Podłoga jest podstawowym elementem wyposażenia każdego mieszkania. Odpowiednio dobrana zapewni bezpieczne i trwałe użytkowanie na długie lata. Przy wyborze materiałów na podłogę w mieszkaniu seniora należy zwrócić uwagę na jej kilka cech. Po pierwsze podłoga powinna umożliwiać łatwe zmywanie i usuwanie kurzu. Powinna też zapewniać bezpieczeństwo użytkownikom poprzez minimalizację ryzyka poślizgnięcia się dzięki antypoślizgowej powierzchni. Należy unikać wszelkich progów i różnic wysokości, a także dywanów, o które osoba starsza mogłaby się potknąć. Podłogi powinny być też wolne od wszelkich kabli i małych przedmiotów.

W mieszkaniu zastosowane zostały płytki ceramiczne we wszystkich pomieszczeniach. Zdecydowano o użyciu płytek ceramicznych, które mają znacznie wyższą antyścieralność niż inne elementy wykończeniowe podłóg. Jest to istotne, gdyż koła wózków inwalidzkich bądź chodzików po użytkowaniu na zewnątrz niosą do mieszkania dużo piasku i mogłyby zarysować podłogę z mniej odpornych materiałów. Ponadto, funkcja mieszkania pokazowego, odwiedzanego przez bardzo dużą ilość osób przyczyniła się do wyboru tego materiału wykończeniowego. W przypadku zwykłego mieszkania do

wykończenia podłóg rekomendowany jest również parkiet (ze strukturą) jako element naturalny i ciepły. W mieszkaniu seniora nie powinno się stosować wykończeń podłóg o lśniących i gładkich powierzchniach, bardzo miękkich, i z długim włosiem.

W łazience, zgodnie z wytycznymi „bez barier” płytki mają antypoślizgowość R11, zaś w pozostałych pomieszczeniach R10.

PRYSZNIC PODŁOGOWY W ŁAZIENCIE

W łazience zastosowano brodzik z odpływem podłogowym. Na całej powierzchni wykonany został spadek w kierunku odpływu. Zastosowano również ogrzewanie podłogowe, aby podłoga w łazience była przyjemniejsza dla użytkownika, jak również szybciej się osuszała (pomimo zastosowania spadku i zasłonki odpryski wody mogą występować).

Ważnym elementem są też baterie. Bateria pod prysznicem jest izolowana termicznie, dzięki czemu nawet przy oparciu się o nią nie doznamy groźnego oparzenia. Zarówno z baterii prysznicowej, jak i umywalkowej może korzystać osoba z niedowładem ręki.

POKRYCIE ŚCIAN W ŁAZIENCIE

Ściany w łazience zostały wyłożone matowymi płytkami w kolorze białym, posiadającymi odpowiednie certyfikaty. Płytki ściennie powinny być możliwie neutralne w kolorze i gładkie, bez deseni czy faktury. Ważne jest także by nie miały lśnień, które negatywnie wpływają na osoby starsze.

Rekomendujemy, aby łazienkę przystosowano również do montażu toalety susząco-myjącej. Wymaga ona podłączenia do prądu i ciepłej wody, dlatego te instalacje należy doprowadzić do stelaża/ ściany, na której zawiśnie miska ustępowa. Samo urządzenie może być instalowane później. Niepełną alternatywą jest uwzględnienie możliwości tzw. bidetki tj. przewodu natryskowego do higieny intymnej. Rozwiązanie to nie jest jednak tak ergonomiczne jak wspomniane wyżej.

W łazience Wzorcowego Mieszkania Seniora zainstalowana została toaleta susząco-myjąca Aquaclean 8000 firmy Geberit. Korzystająca z niej osoba nie wymaga asysty opiekuna, co pozytywnie wpływa na jej poczucie intymności i obniża koszty związane z opłaceniem opiekuna.

OŚWIETLENIE

Oświetlenie to jeden z kluczowym elementów mieszkania seniora. Z wiekiem tracimy wzrok i potrzebujemy coraz więcej światła. Dlatego ważne jest aby mieszkanie było dobrze nasłonecznione i aby elementy wyposażenia oraz ściany były jasne i nie pochłaniały padającego światła. Na etapie zmiany aranżacji pomieszczeń zmienione zostało usytuowanie i liczba punktów świetlnych.

Niezwykle ważnym elementem mieszkania seniora jest oświetlenie nocne, w listwie podłogowej. Bardzo często do upadków dochodzi w nocy, kiedy seniorzy idą do łazienki. Nie zaświecają górnego światła, bądź zaświecają je i są nim oślepieni, ponieważ akomodacja oka u osób starszych jest dużo wolniejsza niż u młodych. Skutkuje to

wejściem na barierę i upadek. Listwa oświetleniowa przy podłodze stanowi element znacząco zwiększający bezpieczeństwo użytkownika. Ze względu na konieczność doprowadzenia prądu zaleca się, by listwę zamontować w pierwszym etapie wykańczania mieszkania lub przynajmniej umieszczenie stosownej instalacji zasilającej. Dodatkowe oświetlenie zostało zamontowane w zabudowie sypialni i kuchni.

KLIMATYZACJA

Jesteśmy świadkami bezprecedensowych zmian klimatycznych na świecie, które również będą miały miejsce w naszym kraju. Według prognoz klimat w naszym kraju, szczególnie w centralnej jego części, będzie coraz bardziej suchy i gorący. Według obecnych badań w czasie fali upałów śmiertelność osób starszych wzrasta o około 20% (Moshammer i inni, 2009). Można domniemywać, że wraz z dokonującymi się zmianami klimatu ten odsetek będzie coraz wyższy. Dlatego też coraz istotniejszym elementem wyposażenia mieszkania seniora staje się klimatyzacja. Ze względu na konieczność wykonania odpowiedniej instalacji odprowadzenia skroplin zaleca się by montaż tych urządzeń wykonać w pierwszym etapie wykańczania mieszkania. W mieszkaniu zostały zainstalowane dwie jednostki wewnętrzne: w sypialni i w salonie, i jedna jednostka zewnętrzna. Ponadto w mieszkaniu pracuje przenośny nawilżacz i oczyszczacz powietrza.

UMEBLOWANIE

Część mebli i wyposażenia zamontowanych w pierwszym etapie będzie stanowiła nasze docelowe umeblowanie. Takim docelowym umeblowaniem może być zabudowa w przedpokoju. We Wzorcowym Mieszkaniu Seniora została wykonana na wymiar, uwzględniając potrzeby użytkownika wynikające z niepełnosprawności. W szafach zamontowano pantografy, dzięki którym osoba siedząca może sięgnąć po ubrania wiszące wyżej. Pantografy początkowo mogą być zastąpione przez zwykłe drążki. Ważnym elementem wyposażenia przedpokoju jest siedzisko/ ławeczka, na której osoba starsza może przysiąść by założyć buty.

Po obu stronach łóżka, a także nad nim wykonana została zabudowa na wymiar, której koszt jednak nie powinien odbiegać od innych niewyspecjalizowanych rozwiązań. Na oknach zainstalowano zasłony, którymi można sterować za pomocą pilota. W pierwszym etapie zalecamy przynajmniej doprowadzenie stosowanego zasilania. Uzupełnieniem są meble Vox w postaci biurka wraz z krzesłem, stolika kawowego i szafki pod telewizor.

Na ścianach w formie obrazów zamontowane zostały panele akustyczne zmniejszające pogłosy w pomieszczeniu. Komfort akustyczny ma olbrzymie znaczenie dla osób starszych. Im dźwięk jest czystszy tym jest lepiej słyszalny, a osoba starsza może słuchać ciszej audycji radiowych bądź telewizyjnych. Mogą one pojawić się na późniejszym etapie użytkowania mieszkania jako typowy element zagospodarowania ścian zdjęciami pamiątkowymi lub grafikami.

Ściany pomalowane zostały bezpiecznymi dla zdrowia hypoalergicznymi farbami marki Fluegger. Wyposażając mieszkanie warto zwracać uwagę na materiały, które będą wykorzystywane, aby były jak najmniej szkodliwe dla zdrowia.

Dalszy etap

Wraz z pojawiającymi się dolegliwościami i rosnącą niepełnosprawnością (jak wspomniano statystyczny Polak żyje ok. 73 lat w zdrowiu), należy w mieszkaniu wymienić meble bądź je doposażyć tak, abyśmy jak najdłużej mogli w nim samodzielnie funkcjonować. Prezentowane w mieszkaniu wyposażenie jest bardzo wysokiej jakości i służy prezentacji wyjątkowych produktów firm współpracujących. W projekcie skupiliśmy się na potrzebach osób niepełnosprawnych ruchowo. Podkreślamy, że wyposażenie każdego mieszkania należy dobrać do indywidualnych potrzeb i upodobań użytkownika.

W sypialni Wzorcowego Mieszkania Seniora znajduje się podwójne łóżko kontynentalne (wyższe, posiadające podwójny materac) z możliwością elektrycznej regulacji położenia materaca. Takie rozwiązanie jest bardzo komfortowe, zaś niezbędnym staje się w momencie wystąpienia konieczności dłuższego przebywania w łóżku, także w pozycji półsiedzącej.

W salonie znajduje się kanapa o wyższym i krótszym niż standardowe siedzisku (Gala Colezione), co ułatwia wstawanie i siadanie osobom starszym. Ponadto posiada ona też praktyczną funkcję spania, przydatną w razie przyjazdu gości.

ŁAZIENKA

Pod prysznicem zamontowano siedzisko duńskiej firmy Pressalit, które ma możliwość zmiany położenia w poziomie i pionie. Jest to bardzo innowacyjna funkcja, szczególnie przydatna w domach opieki i hotelach, gdzie występuje częsta rotacja użytkowników. W warunkach prywatnych siedzisko może być montowane na stałe do ściany. Umywalka posiada zintegrowane uchwyty, których osoba starsza może się chwycić, a osoba na wózku może trzymając się ich przyciągnąć się do umywalki (nie ma wtedy potrzeby instalowania dodatkowych pochwytów przy umywalkach). Umywalka jest podjezdna, tzn. nie znajdują się pod nią szafki.

Lustro nad umywalką ma możliwość regulacji pochylecia, dzięki temu zobaczy się w nim osoba siedząca, jak i stojąca. Zaletą takiego lustra jest też możliwość zakrycia go ręcznikiem, w przypadku gdy korzystająca z łazienki osoba z demencją, odmówi wykąpania się w „obecności” swojego odbicia, które uzna za obcą osobę.

Na uwagę zasługuje zawiesie prysznicowe i kolucha umożliwiające zasłonięcie zasłony na całej jej szerokości. Kolucha są też wypinalne, tak więc przy obciążeniu ich przez osobę tracącą równowagę stopniowo zaczną się wypinać, co zamortyzuje upadek, ale nie spowoduje wyrwania zawiesia z sufitu i gwałtownego upadku skutkującego dużymi obrażeniami.

Wzdłuż ścian oraz przy toalecie zamontowane zostały pochwytty. Elementami uzupełniającymi jest dyspenser do mydła, szczotka toaletowa o dłuższym kiju, pozwa-

lającym na korzystanie z niej bez nadmiernego schylania się oraz szafka na kółkach, na której można usiąść i przemieścić się w stronę np. umywalki. Producentem tych sprzętów jest niemiecka firma Hewi.

OŚWIETLENIE

Lampy, jakie zastosowano w salonie i kuchni to bardzo nowoczesne rozwiązania firmy Philips pozwalające na zmianę barwy i natężenia światła. Światło wpływa na nasz układ hormonalny w znaczący sposób. Jeśli światło jest zimne i ostre to pod jego wpływem zacznie się w nas wydelać kortyzol, pobudzający i zwiększający naszą koncentrację. Jednak nadmierna ekspozycja na tego typu światło może skutkować problemami z zaśnięciem, a u niektórych osób może wywoływać agresję. Z kolei światło ciepłe i mniej intensywne, podobne do emitowanego przez zachodzące słońce, powoduje wytwarzanie melatoniny, hormonu, którego często osobom starszym brakuje i muszą go suplementować. Wystawienie się na działanie odpowiedniego światła wieczorem może zmniejszyć konieczność podawania leków nasennych. Zastosowano trzy lampy Hue Philipsa. System pozwala na stopniową rozbudowę i daje się instalować w dobrze wykonanej tradycyjnej instalacji elektrycznej.

W sypialni została z kolei zawieszona wielokrotnie nagradzana za swój design lampa Philips Lirio, która pozwala na regulację jasności. Jej zaletą jest również to, że świeci całą swoją powierzchnią i nie oślepia leżącej osoby jednym, jaskrawym punktem.

KUCHNIA

Kuchnia we Wzorcowym Mieszkaniu Seniora jest również przystosowana do obsługi przez osobę niepełnosprawną. Dolne szafki znajdują się na wysokości powyżej 40 cm. Jest to wskazane ponieważ osoby starsze nie powinny się zbytnio schylać. Poniżej 40 cm znajduje się też specjalne podcięcie na stopy dla osoby będącej na wózku umożliwiające jej maksymalne zbliżenie się do szafek. Błat kuchenny jest podjezdny, tzn. nie ma pod nim szafek. Błat posiada regulowaną wysokość, która umożliwia komfortowe korzystanie z niego przez osobę siedzącą jak i stojącą.

Ponieważ przestrzeni odstawczej w kuchni na niższej wysokości jest niewiele, koniecznym było wykorzystanie szafek wiszących. Zastosowano mechanizm firmy Pressalit pozwalający na obniżenie szafki do poziomu, z którego osoba siedząca może sięgnąć po produkty znajdujące się w niej.

Bezpieczeństwo w kuchni zapewnia odpowiednia łatwość obsługi przemysłanego rozwiązania dla drzwi zaproponowane przez wyspecjalizowaną firmę BLUM. Unoszone fronty szafek górnych pozwalają na lepszy dostęp do zawartości mebli i ograniczają ryzyko kontuzji twarzy i głowy. Niezawodność, trwałość, a przy odpowiednich systemach dodatkowe wspomaganie mechaniczne pozwalają przezwyciężyć ograniczenia użytkownika. Warto wspomnieć że te okucia meblowe bywają trwalsze od samego materiału mebli. Można zatem przeprowadzić modernizację estetyczną kuchni polegając na dobrych i niezmiennych mechanizmach.

W mieszkaniu sprzęty AGD prezentuje Amica. Pralko-suszarka jest wskazanym urządzeniem dla osób starszych. Dzięki funkcji suszenia osoby te nie muszą rozwieszać mokrego i ciężkiego prania. Piekarnik (model zdobył nagrodę in-design) ma izolowaną szybę, co minimalizuje ryzyko oparzenia się będącego skutkiem przypadkowego oparcia. Płyta indukcyjna posiada funkcję sterowania okapem, bez konieczności dodatkowych elementów takich jak pilot.

Zastosowano wpuszczane uchwyty meblowe (Hewi), które minimalizują ryzyko zahaczenia. Uchwyty mają kolor ciemnego antracytu (podobnie jak gniazdka i włączniki świateł), co pozwala na łatwiejsze ich dostrzeżenie przez osoby niedowidzące.

Stół, krzesła oraz fotel to produkty czeskiej firmy TON. Krzesła i fotel pochodzą ze specjalnie dedykowanej seniorom serii Santiago. Krzesła są szersze i bardziej masywne, przez co zapewniają większą stabilność. Fotel wyposażony jest w kółka, dzięki czemu można go przestawić w dowolne miejsce, również na balkon. Fotel ma możliwość elektrycznej regulacji pochylenia siedziska i co ważne posiada wbudowany akumulator, co sprawia, że nie ma wystającego kabla, o który moglibyśmy się potknąć.

W przedpokoju bardzo przydatnym urządzeniem jest z kolei elektroniczny wizjer z dużym wyświetlaczem, umożliwiający osobie starszej, siedzącej na wózku bądź mającej problemy ze wzrokiem, wyraźne dostrzeżenie kto stoi na zewnątrz.

Koszty ogółem

W tabelach prezentujemy koszty w wyszczególnieniu na pierwszy i dalszy etap użytkowania mieszkania przez osobę starszą.

Tabela 1. Koszty elementów instalowanych w pierwszym etapie użytkowania

Nazwa elementu wykończenia	Koszt w złotych
Koszt płytek podłogowych i łazienkowych	9000
Koszt prac glazurniczych wraz z instalacją ogrzewania podłogowego w łazience	15000
Odpływ podłogowy Geberit	1400
Stelaż WC Geberit	1300
toaleta susząco-myjąca Aquaclean 8000 firmy Geberit	15 000
Umywalka wraz z osprzętem	3000
Lustro o zmiennym pochyleniu	2000
Baterie umywalkowa i prysznicowa	1500
Zawiesie prysznicowe	2000
koszt farb i malowania ścian	5800
Klimatyzacja – urządzenia wraz z montażem	12000
Gniazdka i włączniki świateł	1500
Wyrównanie powierzchni tarasu wraz pracami wykończeniowymi	12000
Listwy przypodłogowe wraz z oświetleniem LED + montaż	3600

Zabudowa sypialni	7000
Drzwi, futryny + montaż	1000
Zabudowa przedpokoju	6000
Razem I etap	99 100

Tabela 2. Koszty elementów instalowanych w dalszych etapach użytkowania

Nazwa elementu wykończenia	Koszt w złotych
Lampy w salonie i kuchni	7000
Lampy w sypialni, łazience, przedpokoju	3000
Siedzisko prysznicowe Pressalit z regulacją góra/ dół	8000
Kurtyna i akcesoria łazienkowe	2000
Pochwyty i uchwyty w łazience (na ścianie i przy WC)	4000
Poręcze w mieszkaniu	3000
Szafka na kółkach w łazience	2500
Szafka wisząca	1500
Montaż sprzętu w łazience	2000
Łóżko w sypialni Materasso	8000
Zabudowa kuchenna (ze zlewem i baterią, bez okuć)	13 000
Mechanizm obniżający szafki wiszące (szer. 1,8m)	8500
Mechanizm regulujący położenie blatu	5000
Okucia Blum	4500
Fotel, stół i krzesła Santiago Ton	18 000
Sprzęt AGD Amica	8000
Kanapa (rozkładana)	3500
Stolik, szafka pod telewizor, biurko, krzesło	3000
Panele pochłaniające pogłosy wraz z montażem	5000
Zasłony w całym mieszkaniu wraz z systemem sterowania	4000
Wizjer elektroniczny	400
Suszarka naścienna	500
Razem	114 400

Łącznie koszt wyposażenia mieszkania wyniósł 213 500 zł. Połowa to koszty do poniesienia na pierwszym etapie. Zawierają one też zakupy, które zastępują inne konieczne, mniej wyspecjalizowane sprzęty, które są w mieszkaniu niezbędne: toaleta, umywalka czy płytki. Istotne, że zakupy zakwalifikowane do dalszych etapów można czynić stopniowo.

Ogół kosztów warto jednak porównać z kosztami pobytu w domach opieki, które średnio wynoszą 5 tys. złotych miesięcznie (Zarządzenie nr 496/2018 Prezydenta Miasta Stołecznego Warszawy, 2018), (Iwański, 2016). Wzorcowe Mieszkanie Seniora

może istotnie odroczyć konieczność pobytu w domu opieki równoważąc co najmniej wydatki na trzyletni pobyt.

Ważnym aspektem inwestycji w mieszkanie mimo wieku jest jej potencjalnie międzypokoleniowy charakter. Zakup i wyposażenie takiego mieszkania poczyniony przez dziecko, krewnego lub inną bliską seniorowi osobę może stanowić wyraz opieki będący dobrą alternatywą do kontrowersyjnego i wciąż nie cieszącego się popularnością „oddania do domu starców”. Jest to wydatek nie na usługi opiekuńcze, a inwestycja w samodzielność i godność i bezpieczeństwo bliskiej starszej osoby. Jednocześnie stanowi utrzymanie kapitału w zasobie rodzinnym. Po nadejściu nieuniknionego, mieszkanie tak wyposażone może być obiektem na wynajem, zaś jego cechy techniczne, ponadstandardowe rozwiązania wyraźnie opóźniają jego śmierć funkcjonalną sprzyjając wolniejszej deprecjacji.

Bibliografia

- Dziennik Ustaw 2015 poz. 1705, 2015, *Ustawa z dnia 11 września 2015 r. o osobach starszych*. Sejm.
- Iwański, R., 2016, *Opieka długoterminowa nad osobami starszymi*. Warszawa: CeDeWu.
- Lihs, V., 2013, Wohnen im Alter – Bestand und Bedarf altersgerechter Wohnungen. *Informationen zur Raumentwicklung*, 125–131.
- Mestheneos, E., 2011, Ageing in Place in the European Union. *Global Ageing*, Vol. 7 nr 2, s. 17–24.
- Moshhammer, H., Gerersdorfer, T., Hutter, H.-P., Formayer, H., Kromp-Kolb, H., Schwarzl, I., 2009, *Abschätzung der Auswirkungen von Hitze auf die Sterblichkeit in Oberösterreich*. Wien: Institut für Meteorologie (BOKU-Met) .

Netografia

- Bolz, P., 2010, *Bedarfsanalyse Seniorengerechtes Wohnen in Frankfurt am Main*. Pobrano z lokalizacji https://www.frankfurt.de/sixcms/media.php/738/2010%2007%2022_Bedarfsanalyse%20Endfassung.pdf
- Bundesministerium für Wirtschaft und Arbeit, 2004, *Bedarfsermittlung von Wohnflächen nach DIN 18022, DIN 18025-1 und DIN 18025-1*. Pobrano 11 15, 2017 z lokalizacji <https://nullbarriere.de/wohnflaechen.htm>
- dbon-Kolarz, A. i Marcinkowski, J. T., 2011, Upadki osób starszych – przyczyny, następstwa, profilaktyka. *Hygeia Public Health*, strony 313–318. Pobrano luty 15, 2018 z lokalizacji <http://www.h-ph.pl/pdf/hyg-2011/hyg-2011-3-313.pdf>
- Eurostat, 2017, <http://ec.europa.eu/eurostat>
- EHLEIS Country Reports, 2013, *Health Expectancy in Poland*. Pobrano 01 12, 2018 z lokalizacji European Health and Life Expectancy Information System – EHLEIS: http://www.eurohex.eu/hly/pdf/CountryReports_Issue6/Poland_Issue6.pdf
- GUS, 2013, *Nardowy Spis Powszechny 2011 – wyniki*. Pobrano luty 07, 2018 z lokalizacji <http://stat.gov.pl/spisy-powszechnie/nsp-2011/nsp-2011-wyniki/ludnosc-stan-i-struktura-demograficzno-spoeczna-nsp-2011,16,1.html>
- GUS, 2014, *Prognoza ludności na lata 2014–2050 – Polska (excel)*. Pobrano marzec 10, 2018 z lokalizacji <http://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/prognoza-ludnosci/prognoza-ludnosci-na-lata-2014-2050-opracowana-2014-r,1,5.html>

- Nowicki, G., Rzońca, P., Rudnicka-Drożak, E., Młynarska, M. i Chemperek, E., 2015, Ura-
zy wieku geriatrycznego w praktyce Szpitalnego Oddziału Ratunkowego. *Gerontologia
Polska*, 2. Pobrano luty 15, 2018 z lokalizacji [http://gerontologia.org.pl/wp-content/uplo-
ads/2016/07/2015-2_Gerontologia_3.pdf](http://gerontologia.org.pl/wp-content/uploads/2016/07/2015-2_Gerontologia_3.pdf)
- RPO, 2016, *Sytuacja osób chorych na chorobę Alzheimera w Polsce*. Warszawa. Pobrano luty 08,
2018 z lokalizacji [https://www.rpo.gov.pl/sites/default/files/Sytuacja%20os%C3%B3b%20
chorych%20na%20chorob%C4%99%20Alzheimera%20wyd.II_.pdf](https://www.rpo.gov.pl/sites/default/files/Sytuacja%20os%C3%B3b%20chorych%20na%20chorob%C4%99%20Alzheimera%20wyd.II_.pdf)
- Zarządzenie nr 496/2018 Prezydenta Miasta Stołecznego Warszawy, 2018, [http://edziennik.
mazowieckie.pl/WDU_W/2018/2932/oryginal/akt.pdf](http://edziennik.mazowieckie.pl/WDU_W/2018/2932/oryginal/akt.pdf). Pobrano 05 10, 2018 z lokalizacji
http://edziennik.mazowieckie.pl/WDU_W/2018/2932/oryginal/akt.pdf
www.mimowieku.pl



Beáta Balogová
Viera Bilasová

Szanse i ograniczenia godnego starzenia się w warunkach słowackich

DOI 10.24917/24500232.15.4

Słowa kluczowe: kapitał społeczny, jakość życia, senior, etyka, moralność

Keywords: Social capital, Quality of life, Senior, Ethics, Morality

CHANCES AND LIMITS OF DIGNIFIED AGING IN THE CONDITIONS OF SLOVAKIA

Abstract: The paper focuses on searching for relationships and conditions of the seniors' status in Slovakia in the context of transformation processes that had significantly weakened their social securities, their meaning of the life and had them shifted into "surviving". The solution seems to be intergenerational solidarity, using their social capital as a part of own life experiences' capitalisation process. The standard of living in the EU, achieved health and social standards including the rights to a dignified and full-fledged seniors' life, are one of basic human rights and its observance should be a legal and moral duty of every democratic country. The authors offer the results of empirical research on the quality of seniors' life in conditions of Slovak conditions in comparison with the Pan-European area.

Wprowadzenie

W artykule skoncentrowano się na dwóch obszarach problemowych związanych z procesem starzenia się. Pierwszy, tworzą sytuacje związane z nieuchronnymi zmianami zachodzącymi wraz z wiekiem człowieka, do których można się przygotować odpowiednio wykorzystując narzędzia i instrumenty polityki społecznej, jednocześnie dbając o utrzymanie wysokiego poziomu jakości prowadzonych interwencji pracy socjalnej. Do tego obszaru zaliczają się europejskie rozwiązania adresowane do

seniorów w sferze polityki socjalnej, wyznaczające kierunki działań, priorytety i wartości leżące u podstaw opieki nad osobą starszą, wspólne dla wszystkich państw europejskich. Proces europeizacji w odniesieniu do szeroko rozumianej sfery społecznej, w tym kwestii wsparcia osób starszych, wyraża się m.in. w uznaniu globalnej skali problemów socjalnych, z którymi przyszło się obecnie zmierzyć krajom europejskim, bez względu na fakt, jaki typ państwa socjalnego – łącznie z pozycją pracowników socjalnych obowiązuje w danym kraju (Repková, 2008). Zdefiniowane problemy oraz typy zagrożeń socjalnych zostają ujęte, w formie priorytetów, w polityce socjalnej, realizowanej na wielu poziomach (międzynarodowym, krajowym, regionalnym oraz lokalnym) przez różnych partnerów (organy państwa, samorząd, organizacje pozarządowe) oraz na różne sposoby (na przykład: systemy zasiłków, służby doradcze oraz inne, takie jak: samopomoc, wolontariat). Priorytety socjalno-polityczne znajdują swoje odzwierciedlenie w normach prawych, zapewniając tym samym zgodność pomiędzy różnorodnymi formami interwencji zawodów pomocowych a zróżnicowanymi potrzebami społeczeństwa, grup oraz jednostek.

O ile pierwsza grupa zdefiniowanych problemów odnosi się do naturalnych zmian związanych z procesem starzenia się, które mogą stanowić podstawę programowania działań socjalnych, o tyle drugą grupę problemów wyznaczają trudne do przewidzenia sytuacje życiowe osób starszych, rozpatrywane na płaszczyźnie indywidualnej, wymagające profesjonalnej interwencji pracownika socjalnego oraz zaangażowania samego klienta. Interwencja ta wymaga odniesienia do teorii, wyboru metody pracy oraz procedur z zachowaniem indywidualnego podejścia, opartego na szacunku do drugiej osoby. W kontekście rozważanej problematyki istotne jest również zdefiniowanie procedur metodologicznych, w zależności od przyjętego paradygmatu, w zakresie rozumienia znaczenia problemów społecznych, zarówno w wymiarze ogólnym (globalnym, społecznym), jaki i specyficznym (lokalnym) i ich konsekwencji dla funkcjonowania osób starszych.

Demograficzne oraz socjalno- polityczne aspekty starzenia się

Masowe starzenie się społeczeństw rozpoczęło się w niektórych krajach na przełomie XVII i XVIII wieku, ale w takiej skali jak obecnie pojawiło się w historii cywilizacji po raz pierwszy i spowodowało, że w XXI wieku problemy starzenia się i starości wysuwają się na pierwszy plan. Liczna reprezentacja osób starszych w populacji zaliczana jest do najważniejszych charakterystyk demograficznych współczesnych społeczeństw, czego konsekwencje widoczne są w wielu obszarach życia społecznego. Spadek liczby urodzeń oraz wydłużający się okres życia człowieka jest dla ludzkości nowym fenomenem, który implikuje istotne skutki socjalne, psychologiczne i ekonomiczne, ważne z punktu widzenia jednostki, jak i całego społeczeństwa. Vaňo (2004) zwraca uwagę na fakt, że starzenie się społeczeństw to widoczny we wszystkich krajach rozwiniętych trend demograficzny. Jest on konsekwencją spadku liczby urodzeń

i wydłużającego się okresu życia człowieka. Nie bez znaczenia jest tutaj współczesny styl życia oraz związane z nimi zachowania reprodukcyjne. Obniżenie współczynnika dzietności oraz wzrost liczby ludności w wieku poprodukcyjnym prowadzi do zmiany struktury wiekowej społeczeństwa. Można zgodzić się z poglądem, że „na Słowacji jesteśmy już od dłuższego czasu świadkami zasadniczej zmiany, która wywołuje jednocześnie radość i obawy: starzejemy się. Nie tylko jako osoby indywidualne, ale również jako kraj” (Bútorová, 2013, s. 7).

Według prognozy demograficznej, krzywa starości demograficznej osiągnie swój szczyt około roku 2055. O ile w roku 2002 na jednego mieszkańca w wieku poprodukcyjnym przypadało sześć osób pracujących, do roku 2055 proporcja ta zostanie zmniejszona do dwóch osób w wieku produkcyjnym (Rievajová, Sika i Husáková, 2012). Zmiany w strukturze wieku ludności przedstawia wskaźnik obciążenia demograficznego, który odzwierciedla stopień obciążenia ludności pod względem stosunku osób w wieku produkcyjnym i nieprodukcyjnym. O ile w roku 2009 w Republice Słowackiej na 100 mieszkańców w wieku produkcyjnym przypadało 38 osób zależnych ekonomicznie, to w roku 2025 nastąpi wzrost wartości tego wskaźnika do poziomu 51,9. Na podstawie analiz prognostycznych specjaliści oczekują, że starzenie się populacji na Słowacji będzie jednym z najbardziej intensywnych w całej Unii Europejskiej. Mówiąc słowami Bútorovej (2013, s.7), Słowacja „zmieni się z najmłodszego na najstarszy w Unii Europejskiej. Demografowie stwierdzają, że proces ten w najbliższych dekadach jest procesem nieodwracalnym”. W tym kontekście można prognozować, że proces starzenia się nie zatrzyma się wcześniej niż w roku 2050 (Vaňo, 2014). Jednocześnie należy dodać, że państwo nie dysponuje aktualnie instrumentami pozwalającymi odwrócić czy wręcz spowolnić ten trend. Społeczeństwo powinno dołożyć maksymalnych starań i wykorzystać wszystkie możliwości podnoszenia dzietności. Działania w tym obszarze muszą mieć charakter kompleksowy, gwarantujący stabilność w dłuższej perspektywie. Powinny one wpływać na ogólny klimat społeczny, łącznie z podniesieniem społecznego statutu dziecka i rodzicielstwa, jak również wzmocnieniem pozycji osoby starszej w rodzinie.

Starzenie się jako perspektywa biegu życia

Powszechność procesu starzenia się oraz nieuchronność końca egzystencji ludzkiej wiążą się z wyzwaniami w różnych sferach życia społecznego, którym muszą sprostać społeczeństwa, grupy społeczne i jednostki. Z myślą o zdefiniowaniu oraz wyjaśnieniu dynamiki zdarzeń życiowych, podobieństw oraz różnic, konieczne było przyjęcie określonych założeń teoretycznych. Jako wystarczająco akceptowalna – jakkolwiek nie jedyna w warunkach słowackich – wydaje się koncepcja biegu życia, autorstwo której przypisuje się L. D. Cainovi (1987, za: Piscová i in., 2014). Kluczowy dla tej koncepcji jest holistyczny model podejścia do procesu starzenia się populacji. W ramach koncepcji, indywidualne historie życia pojmowane są jako dynamiczne elementy

struktury społecznej. Przynależność do kohorty urodzeniowej ma wpływ zarówno na bieg życia, jak i na samo doświadczenie związane ze starzeniem się. Główne założenia tego podejścia opierają się na trzech przesłankach (Piscová i in., 2014):

- 1) zmiana rozwojowa oraz starzenie się stanowią proces ciągły;
- 2) zmiany współwystępują w sferze społecznej, psychicznej i biologicznej;
- 3) bieg życia jest uwarunkowany wieloczynnikowo.

Indywidualny bieg życia oraz jego perspektywy – jak podkreśla autorka – postrzegany jest jako wektor interakcji zachodzących jednostką a społeczeństwem.

Jak dodaje wielu autorów, kompleksowość oraz usystematyzowanie takiego podejścia wymaga w kategoriach badanego fenomenu biegu życia również analizy potencjału rozwojowego, który wspiera osoby starsze w zachowaniu własnej tożsamości, co jest ściśle związane z integralnością *ego*, rozumianą jako przyjmowanie zmian, przynoszonych przez starość i dążenie do zachowania poczucia bycia sobą. W tym rozumieniu starzenie się jest procesem wzrostu, który wspomagany jest siłą wewnętrzną. Gruss (2009) nazywa tę siłę wewnętrzną *potencjałem rozwojowym* i formułuje założenie, że dzięki społecznemu postępowi oraz osobistemu zaangażowania jednostki, można dzisiaj lepiej kształtować proces starzenia się oraz starość. Elastyczność staje się w tej sytuacji kluczowa dla motywacji oraz aktywizacji osób starszych. Ta elastyczność przejawia się historycznie nie tylko w wydłużającej się długości życia, ale również w lepszej kondycji osób starszych, w porównaniu do ich rówieśników minionych generacji. Dzisiejsi siedemdziesięciolatekowie są na przykład pod względem fizycznym oraz umysłowym tak samo sprawni jak sześćdziesięciopięciolatekowie albo nawet sześćdziesięciolatekowie. Dalszym ważnym stwierdzeniem jest to, że krzywa zdolności umysłowych człowieka, inteligencji oraz pamięci nie ma wyłącznie tendencji malejącej. W przypadku niektórych rodzajów inteligencji obserwujemy wzrost, przykładowo w odniesieniu do inteligencji skryzalizowanej, stanowiącej wypadkową całozyciowego uczenia się człowieka i jego doświadczenia.

Przy stosowaniu koncepcji biegu życia należy jednocześnie wskazać na *wymiar normatywny* (Kohli, 1986, za: Piscová i in., 2014, s. 48). Dyskusji wymagają zdefiniowane przez autora cztery główne przejścia w biegu życia, do których doszło w okresie ostatnich 300 lat w społeczeństwach zachodnich. Pierwsza zmiana – określana jako *temporalizacja* – oznaczająca wzrost znaczenia temporalnego wymiaru życia. Drugim przejściem jest *chronologizacja* rozumiana jako standaryzacja normatywnego wzorca przebiegu na bazie jego kolejnych etapów. Proces *indywidualizacji* natomiast, symbolizuje trzecie przesunięcie, w ramach którego jednostka uwalnia się z różnorodnych więzi statusu, takich jak rodzina, środowisko lokalne. Staje się w ten sposób częścią nowych programów socjalnych, ukierunkowanych na osobę indywidualną, jako na podstawową jednostkę życia społecznego. Czwarte przesunięcie dotyczy biegu życia w systemie pracy, który dominuje w społeczeństwie i który w istotny sposób wpływa na kształt biegu życia. Najbardziej powszechną zasadą organizacyjną jest pracowniczy system pracy, który z punktu widzenia układu czasowego przebiegu w ramach *syste-*

mu trójstronnego: przygotowanie – aktywność – odpoczynek. Autor wyróżnia jeszcze piąte przejście, które dotyczy zespołu reguł organizujących bieg życia. Znajduje je na dwóch poziomach rzeczywistości społecznej - określonej sekwencji ruchów pomiędzy pozycjami oraz biograficznymi perspektywami i działaniami. Oznacza to, że bieg życia przy przejściu z nowoczesnego społeczeństwa stał się znacznie bardziej podzielony na segmenty; jednocześnie zmniejszyło się podobieństwo faz życia. Poszczególne fazy stały się bardziej zróżnicowane a przejście z jednego etapu do drugiego uległo wyraźnemu skróceniu. Istotnym stwierdzeniem jest fakt, że autor nie traktował normatywnej drogi życia jako model uniwersalny ale podkreślał znaczenie warunków ekonomicznych oraz społecznych.

Godne oraz pełnowartościowe życie seniorów

Dynamika rozwoju społecznego wpłynęła na pozycję oraz sposób życia seniorów. Pomimo znacznych różnic w materialnym oraz socjalnym zabezpieczeniu tej grupy mieszkańców w porównaniu z rozwiniętymi krajami zachodnimi, w warunkach słowackich wydaje się aktualny fenomen humanitarnego podejścia oraz respektowania godności ludzkiej. Niejasna rola starych ludzi, w połączeniu z przełomem cywilizacyjnym związanym ze zmianą wartości oraz wzorców zachowania w relacjach międzyludzkich stawia ten problem w nowym świetle również w odniesieniu do praktyki pracy socjalnej. Chodzi o etyczny wymiar problematyki, który odzwierciedla moralny wymiar życia i wzywa do poszukiwania nowych form solidarności międzygeneracyjnej. Można jedynie zgodzić się z poglądem, że nawet kiedy na różne sposoby staramy się uniwersalne rozwiązania, pozostaje otwarty problem jak rozwiązywać konkretne problemy jednostek (Smitka, 2009). Respekt oraz szacunek są podstawowym przejawem godności ludzkiej, do której dążymy przez całe życie a która w okresie starości pojawia się jako troska o siebie oraz troska o innych.

Proces starzenia się oraz starość posiada swoją specyfikę i ograniczenia. Współczesne społeczeństwa – szczególnie z etycznego punktu widzenia – nie są przygotowane na fenomen starzenia się i starości, zarówno w sensie jakościowym, jak i ilościowym. Pozostaje tylko przychylić się do poglądu, że być może dobrobyt gospodarczy, przychylne nastawienie oraz zaangażowanie profesji pomocowych przyczynia się do pozytywnego rozwoju stosunków międzyludzkich (Smitka, 2009, s. 139). Seniorzy zmagają się z wieloma problemami (o charakterze zdrowotnym, socjalnym, psychicznym, komunikacyjnym). W walce o akceptację siebie samego można dopatrywać się przejawu mądrości oraz odwagi osób starszych. Samopoznanie i samoocena, akceptacja zachodzących zmian, uświadomienie sobie własnych możliwości i granic pomaga w poszukiwaniu sensu istnienia. Motywowanie osób starszych do autorefleksji, partycypacji w życiu społecznym, adaptacji do nowych warunków życia należy do zadań pracownika socjalnego również w warunkach słowackich.

Cel badań

Celem badań było określenie jakości życia seniorów przed oraz po przejściu na emeryturę. Jakość życia postrzegamy jako kategorię subiektywną, na którą wpływa szereg warunków obiektywnych. Zamiarem badania było określenie satysfakcji osobistej seniorów oraz satysfakcji z życia na Słowacji. Jednocześnie celem badań było rozpoznanie czynników socjodemograficznych, istotnych dla satysfakcji osobistej oraz satysfakcji z życia na Słowacji. W hipotezach przyjęto założenie, że seniorzy przygotowujący do emerytury wykazywać będą większą satysfakcję osobistą z życia oraz większą satysfakcję z życia na Słowacji w sytuacji przejścia na emeryturę w porównaniu z seniorami, którzy nie przeszli etapu przygotowania. Jednocześnie założono, że jakość życia seniorów przygotowujących i nieprzygotowujących związana będzie z ich charakterystykami demograficznymi, konkretnie będzie inna w przypadku seniorów – mężczyzn aniżeli w przypadku seniorów – kobiet; związana będzie z miejscem zamieszkania, będzie odmienna w przypadku seniorów zdrowych i chorych oraz związana będzie z sytuacją finansową seniorów.

Metoda

W badaniach zastosowana została metoda ilościowa z wykorzystaniem kwestionariusza ankiety o nazwie „Słowacki indeks jakości życia” (SIQZ) autorów R.A. Cummins i in. (2001); przetłumaczony przez Džuka (2002); który opracowany został w ramach współpracy międzynarodowej pomiędzy Słowacją, Meksykiem i Australią. Przy opracowywaniu ankiety autorzy przyjęli za podstawę przesłankę badawczą E. Dienera, który zaleca określanie jakości życia na podstawie pomiaru subiektywnego zadowolenia przy jednoczesnym ustalaniu zadowolenia z życia. W przypadku badania satysfakcji osobistej, ankieta składa się ze zbioru siedmiu pytań, przy pomocy których pytano respondentów o, to na ile są zadowoleni ze swojego poziomu życia, ze swojego zdrowia, z tego co im się udaje w życiu osiągać, ze stosunków osobistych, z bezpieczeństwa osobistego, z życia w społeczeństwie oraz z pewnością na przyszłość. W przypadku ankiety „Satysfakcja życia na Słowacji”, ankieta składa się z sześciu pytań, przy pomocy których ustalamy satysfakcję z sytuacji ekonomicznej, ze stanu środowiska naturalnego, z zarządzania, z działalności biznesowej oraz bezpieczeństwa narodowego na Słowacji. Dla potrzeb oceny zastosowana została jednastopunktowa skala od 0 do 10, gdzie 0 oznacza całkowite niezadowolenie, 10 wyraża pełne zadowolenie, 5 punktów reprezentuje wartość neutralną. Zastosowano analizę czynnikową. Z myślą o interpretacji uzyskanych wyników utworzono skalę satysfakcji osobistej w sposób następujący: 0–24 wyrażnie poniżej przeciętnej, 25–31 łagodnie poniżej przeciętnej, 32–47 przeciętna, 48–56 łagodnie nadprzeciętna, 57–80 wyrażnie nadprzeciętna. Do interpretacji uzyskanych wyników w przypadku zadowolenia z życia na Słowacji stworzyliśmy następującą skalę: 0–13 wyrażnie poniżej przeciętnej, 14–28 łagodnie poniżej przeciętnej, 29–42 przeciętna, 43–57 łagodnie nadprzeciętna i 58–70 wyrażnie nadprzeciętna.

Próba badawcza

Badanie przeprowadzone zostało na próbie obejmującej 123 osoby, z której uzyskano 118 kompletnie wypełnionych ankiet. Z punktu widzenia płci próbę tworzyło 69 kobiet oraz 44 mężczyzn. W ramach badania utworzyliśmy dwie grupy. Pierwszą grupę tworzyło 60 uczestników Klubu Seniora w Prešove, w przypadku tej grupy pracodawca nie prowadził systematycznego przygotowania do przejścia na emeryturę; drugą grupę tworzyło 58 respondentów byłych pracowników firmy U.S. Steel w Košicach. Firma ta – w ramach polityki zarządzania zasobami ludzkimi – prowadzi systematyczne, profesjonalne przygotowanie do przejścia na emeryturę dla swoich pracowników. Z całkowitej liczby osób, które poprosiliśmy o wypełnienie ankiety, odmowę otrzymano od 2 respondentów. Próbę do badania wyłoniono na podstawie wyboru celowego, pierwszą grupę tworzyły osoby – w przypadku których pracodawca nie prowadził przygotowania do przejścia na emeryturę, a w skład drugiej grupy wchodziły osoby, w przypadku których przygotowanie takie było prowadzone.

Wybrane wyniki badań

Do pomiaru osobistej satysfakcji wybraliśmy pierwszą część ankiety SIQZ. Część ta ukierunkowana była na osobistą satysfakcję z życia w przypadku grupy seniorów nieprzygotowanych do przejścia na emeryturę (NS, grupa nr 1) oraz seniorów przygotowywanych do przejścia na emeryturę (PS, grupa nr 2) w zakresie od 0 do 10; stopień 10 na skali wskazuje na najwyższą wartość satysfakcji osobistej seniora. Seniorzy nieprzygotowani (NS, grupa nr 1) wykazują wartość całkowitej satysfakcji osobistej 1948 ze średnią wartością 32,47 oraz odchyleniem standardowym na poziomie 13,07. Seniorzy przygotowani (PS, grupa nr 2) podają wartość całkowitej satysfakcji osobistej 2368 ze średnią wartością 40,83 oraz odchyleniem standardowym 10,64.

W tabeli 1 przedstawiono satysfakcję osobistą, liczbę respondentów, wartość średnią oraz odchylenie standardowe.

Tabela 1 Satysfakcja osobista

Całkowita satysfakcja osobista				
Grupa	Suma rang	Liczba ludzi (N)	Wartość średnia (X)	Odchylenie standardowe (S)
Nr 1	1948	60	32,47	13,07
Nr 2	2368	58	40,83	10,64
Razem	4316	118	36,58	12,31

Źródło: badania własne

Satysfakcja z życia na Słowacji mierzona była za pośrednictwem drugiej części ankiety SIQZ; część ta służyła do pomiarów satysfakcji z życia na Słowacji w odniesieniu do przygotowywanych oraz nieprzygotowywanych seniorów w zakresie od 0 do 10. Wartość 10 reprezentuje najwyższy stopień zadowolenia seniora. Seniorzy nieprzygotowywani (NS, grupa 1) wykazują wartość całkowitej satysfakcji z życia na Słowacji 1095 z wartością średnią 18,25 oraz odchyleniem standardowym 10,86. Seniorzy przygotowywani (PS, grupa nr 2) wykazują całkowitą satysfakcję z życia na Słowacji 1207 z wartością średnią 20,81 oraz odchyleniem standardowym 11,85.

W tabeli 2 ukazana została satysfakcja z życia na Słowacji, liczba respondentów, wartość średnią oraz odchylenie standardowe.

Tabela 2. Satysfakcja z życia na Słowacji

Satysfakcja z życia na Słowacji				
Grupa	Suma rang	Liczba ludzi (N)	Wartość średnia (X)	Odchylenie standardowe (S)
Nr 1	1095	60	18,25	10,86
Nr 2	1207	58	20,81	11,85
Razem	2302	118	19,51	11,79

Źródło: badania własne

Satysfakcja życia na Słowacji w przypadku grupy seniorów nieprzygotowywanych (NS, grupa nr 1) wykazuje niewielką wartość poniżej średniej ($x=18,25$).

Satysfakcja osobista w przypadku seniorów przygotowywanych (PS, grupa nr 2) osiąga średnią satysfakcję osobistą ($x=40,82$). Satysfakcja z życia na Słowacji zawiera się w przypadku seniorów przygotowywanych (PS, grupa nr 2) lekko poniżej średniej ($x=20,81$).

Tabela 3 Porównanie seniorów przygotowywanych (PS) oraz nieprzygotowywanych (NS) w odniesieniu satysfakcji osobistej i satysfakcji życia na Słowacji

Zmienne	Satysfakcja osobista	Satysfakcja z życia na Słowacji
Suma rang	2930,5	3368,5
Suma rang	4090,5	3652,5
Z upraw.	-3,444	-1,0855
Poziom p	0,00057	0,27769
N ważnych 1	60	60
N ważnych 2	58	58

Test U Manna-Whitneya

Na podstawie przeprowadzonych T – testów istotności porównaliśmy wyniki dwóch grup, a mianowicie grupy seniorów nieprzygotowywanych oraz seniorów przygotowywanych. Wyniki tego porównania wykazały, że grupa seniorów przygo-

towywanych wykazywała wyższy stopień satysfakcji osobistej w porównaniu z grupą seniorów nieprzygotowywanych. Wyniki badania wskazują na istotność statystyczną pomiędzy podanymi grupami. W odniesieniu do ocenianej subiektywnej satysfakcji osobistej, wyższą satysfakcję osobistą jednoznacznie przejawia grupa seniorów przygotowywanych ($p = 0,005777$). Potwierdza to sformułowane przez nas założenie, że program przygotowania do przejścia na emeryturę jest jednym z ważnych czynników podnoszenia satysfakcji osobistej seniorów. W odniesieniu do czynnika satysfakcja z życia na Słowacji nie stwierdzono żadnych statystycznie istotnych różnic pomiędzy porównywanymi grupami.

Wychodzimy z założenia, że ten mierzony fakt jest zbyt ogólnie mierzoną kategorią satysfakcji subiektywnej z życia na Słowacji, to znaczy jest raczej charakterystyką socjologiczną, rozumianą szerzej w porównaniu z innymi czynnikami, które traktujemy jako czynniki psychologiczne, wynikające z osobowości oraz czynniki wewnętrzne. Inna interpretacja tego faktu wskazuje, że systematyczne przygotowanie badanych seniorów nie było na tyle skuteczne, aby wpłynęło na ten czynnik. Oznacza to, że systematyczne przygotowanie do przejścia na emeryturę znajduje swój wyraz głównie na poziomie subiektywno-emocjonalnym, podnosząc tak znaczący czynnik osobisty. Reasumując można sformułować przekonanie, że prowadzone systematycznie przygotowanie nie może obiektywnie zmienić sytuacji emerytów, ale subiektywnie podnosi jakość życia osób w wieku emerytalnym.

Patrząc na jakość życia seniorów przygotowywanych i nieprzygotowywanych w zależności od charakterystyk demograficznych, skoncentrowano się na czynnikach demograficznych: płeć, mieszkanie, stan zdrowia oraz sytuacja finansowa. Kobiety, które przygotowywały się do przejścia na emeryturę (PS, grupa nr 2), przejawiały statystycznie istotną satysfakcję osobistą ($p = 0,004$) w porównaniu z kobietami nieprzygotowywanymi (NS, grupa nr 1). W znaczeniu tradycyjnych ról w rodzinie można stwierdzić, że przygotowanie systematyczne w większym stopniu wpływa na satysfakcję osobistą w przypadku kobiet (głównie przygotowywanych) aniżeli w przypadku mężczyzn, gdzie nie stwierdzono istotności statystycznej. Jest to tylko jedna z możliwych interpretacji wymagająca dalszych badań. Statystycznie istotne różnice stwierdzono w przypadku seniorów przygotowywanych (PS, grupa nr 2) mieszkających w większych miastach (Košice, Prešov). Seniorzy przygotowywani (PS, grupa nr 2) wykazywali większą satysfakcję osobistą, istotność ($p = 0,00175$) w porównaniu z seniorami nieprzygotowywanymi. Pomiędzy grupami seniorów przygotowywanych (PS, grupa nr 2) i nieprzygotowywanych (NS, grupa nr 1) mieszkających w małych miastach oraz na wsi nie stwierdzono żadnych, istotnych statystycznie różnic. Pojawia się tutaj możliwa interpretacja danego wyniku, że przygotowanie do starości jest bardziej efektywne dla osób mieszkających w większym mieście aniżeli dla osób mieszkających w małych miastach i na wsi. Przy porównaniu niezależnej zmiennej stanu zdrowia utworzyliśmy dwie grupy - grupę seniorów przygotowywanych (PS, grupa nr 2) i seniorów nieprzygotowywanych (NS, grupa 1) z zadawalającym stanem zdrowia

w porównaniu z niezadawalającym stanem zdrowia. Istotnie statystycznie różnice stwierdziliśmy tylko w przypadku seniorów, których stan zdrowia był niezadawalający ($p = 0,0303$). W dalszej części ocenialiśmy czynniki jakości życia w zależności od sytuacji finansowej seniorów. Seniorzy przygotowywani (PS, grupa nr 2) oraz seniorzy nieprzygotowywani (NS, grupa nr 1) określają swoją sytuację finansową jako mniej zadawalającą i niezadawalającą. Stwierdzono istotne statystyczne różnice satysfakcji osobistej ($p = 0,0077$).

Podsumowanie

Wyniki uzyskane w drodze postępowania badawczego potwierdziły hipotezę, że odpowiednie przygotowanie osób starszych do wieku senioralnego ma pozytywny wpływ na ich proces starzenia się. Seniorzy, którzy przechodzili etap przygotowania wykazywali wyższą satysfakcję osobistą z życia oraz wyższą satysfakcję z życia na Słowacji. Uzyskane informacje wzmocniły nasz pogląd, że czynniki satysfakcji osobistej w dużym stopniu wpływają na jakość życia seniora. Konieczne zatem jest poświęcenie im systematycznej uwagi przez samego seniora, ale również ze strony społeczeństwa. Trzeba jednak na podstawie uzyskanych informacji stwierdzić, że społeczeństwo słowackie nie jest przygotowane na wzrost populacji ludzi starszych. Nie jest również przygotowane na możliwość zaangażowania ich w życie społeczne. Dziedzina zarządzania rozwojem zasobów ludzkich nabiera dzisiaj na Słowacji znaczenia. Konieczne jest większe skoncentrowanie sił również na populacji seniorów a nie tylko na populacji pracowników w młodszym i średnim wieku. Sprostanie wyzwaniom związanym ze starzeniem się człowieka oraz populacji, nie jest tylko kwestią społeczną, ekonomiczną i socjalną, ale problem ten jest w głównej mierze sprawą indywidualną. Niedostateczna motywacja etyczna w podejściu do seniorów zalicza się do tych czynników, które tą problematykę przesuwają do płaszczyzny „technicznych” rozwiązań i środków, w przypadku których ginie podstawowa humanitarna idea zachowania podmiotowości osób starszych. Jest to wyzwanie dla całego obszaru pracy socjalnej oraz polityki socjalnej w warunkach słowackich.

Bibliografia

- Barker R.L., 2003, *Słownik pracy socjalnej*. Washington, DC: NASW.
- Beck U., Beck-Gernsheim E., 2014. *Dálková laska*, Praha Slon.
- Diener E., Biswas-Diener R., 2000. *New Directions in Subjective Well-Being*. [online]. [10.11.2017]. <http://s.pszch.uiuc.edu/-ediener/hottopic/NEWdirections.html>
- Džuka, J., Dalbert C., 2002. Vývoj a overenie validity škál emocionálnej habituálnej subjektívnej pohody, *Československá psychológia*, XLVI(5), 385-398.
- Bútorová Z., et al., 2013. *Štvrtý rozmer tretieho veku*, Bratislava: IVO.
- Gruss P., 2009. *Perspektívy star nut*, Praha: Portál.
- Piscová, M., Vaňo B., Klobucký R., Zeman M., Bahna M., Straussová M., Guráň P., 2014. *Starnutie a starší ľudia: podmienky a súvislosti*, BRATYSŁAWA: Słowacka Akademia Nauk.

- Repková K., 2008. *Sociálne programovanie a projektovanie (nielen) v sociálnej práci*, Bratislava: EPOS.
- Rievajová E., Sika, P., Husáková M., 2012. Dôchodkový systém v zmenených sociálno-ekonomických podmienkach vo väzbe na príjmovú situáciu dôchodcov. *Sociológia*, 44(4), 456-477.
- Smitka V., 2009. *Eseje o člověku. Archeologie lidských životů II*, Praha: Ježek.

Anna Sznajder

Care space as home, community and workplace. Reflecting upon examples from the British elderly care homes

DOI 10.24917/24500232.15.5

Słowa kluczowe: dom, miejsce gromadne, granica, miejsce pracy, RORO

Keywords: home, community, border, workplace, FROC

DOM OPIEKI JAKO MIESZKANIE, WSPÓLNOTA I MIEJSCE PRACY.
WYBRANE PRZYKŁADY Z TERENU WIELKIEJ BRYTANII

Streszczenie:

Przestrzeń opieki to ważny element godnego starzenia się. W przypadku osób znajdujących się w domach spokojnej starości umiejętność stworzenia właściwego środowiska do aktywnego przeżywania każdego dnia staje się elementem, który sprzyja podniesieniu jakości życia jednostki w grupie innych seniorów. To środowisko tworzy zarówno przestrzeń fizyczna pomieszczeń wspólnych i indywidualnych, jak i kreowana kultura organizacji, w której opiekunowie tworzą zespół działający wedle określonych zasad i reguł. W artykule ujęte zostaną doświadczenia z praktyk w dwóch niezależnych prywatnych domach opieki, które pozwolą wskazać na możliwości i ograniczenia wspomagania rozwoju człowieka starszego w analizowanych środowiskach.

To start with, community is a 'warm' place, a cosy and comfortable place. It is like a roof under which we shelter in heavy rain, like a fireplace at which we warm our hands on a frosty day. Out there, in the street, all sorts of dangers lie in ambush; we have to be alert when we go out, watch whom we are talking to and who talks to us, be on the look-out every minute. In here, in the community, we can relax – we are safe, there are no dangers looming in the dark corners (...). In a community, we all understand each

other well, we may trust what we hear, we are safe all the time and hardly ever puzzled or taken aback. We are never strangers to each other (Bauman 2001, p. 1–2).

Care spaces are an important factor in healthy aging. Space for active and purposeful being, that increase the life quality of the individual in a group of other seniors is constructed from both the physical environment – personal and communal rooms – and from an organisational culture in which carers act as a team according to rules established by a particular care home and a person-centred philosophy of care. This article reflects upon the results of participant observation in two independent private care homes, and this has allowed for the identification of the advantages and limitations constructed by organisations and care spaces. As such it should be seen as an ethnographic commentary and an in-depth view into care settings based on a one-year engagement. Viewing the space from a feminist perspective organisational culture and architecture should be seen as a masculine contribution to space arrangement, one that creates financial and emotional dependence, whilst female work within it centres on the character and personality of those who carry out the work and the relationships between them. Their work is both emotional and physical.

Culture attempts to control and transcend nature, to use it for its own purposes (Moore, 1988, p. 14). Explaining the care setting in this way supports the understanding of it in this article, particularly the words *home*, *community* and *workplace*, as a workplace where women work in a space designed by men. A masculine theory of the care setting and feminine practices within it requires a third factor – the presence of residents' families supporting the jobs of carers, and often acting as a regulating factor in the resident's well-being. The article has three parts: firstly, it reflects on care spaces in two organisations, exploring it through the concepts of home and community. The second part is a brief commentary on cultures constructed by organisations. In the last part of the article the FROC model is presented as a response to needs related to generativity, which can be briefly defined as the interconnections between residents, family members, carers and organisation in order to achieve the best standards of care.

The residential and assisted living spaces in the formation of care quality

The quality of care associated with care spaces created for individuals and groups enhances healthy aging processes. Reinforcing the positive image of the care space as a product of organisational discourses is linked with the policy on senior care in a particular country. In fact, institutional and state practices tend to construct an ideal concept, whereas entering a care space as an ethnographer participating in the daily routine allows one to explore the reality and demonstrate the complex character of care. Located in the attractive outskirts of South-East London, on the border

with Kent, the two types of residential health care facilities presented in the article represent two models of care based on British (residential care) and American (assisted living) experiences [tab. 1]. The care space is defined here as any formal setting where people live and are looked after by paid staff (Pulsford, Thompson, 2013, p. 75), and is associated with real and symbolic meanings that construct and develop the attachment of everyone involved in care homes through the architecture, organisational culture, marketing, staff selection and team training. Outcomes experienced by individuals as a result of processes happening in this space inform about the particular life quality domains of healthy aging. The role of women workers in building a home-like service is often simply forgotten and undervalued, since paid physical and emotional labour of this sort is seen as a natural predisposition if women.

Table 1. Care home I and care home II – differences between basic elderly care facilities and planning

Indicators	Care home I Network of ca. 300 homes in UK	Care home II Network of ca. 300 homes in UK, USA, Canada
Location	3-level building near busy street with easy access to shop and high street	Former mansion house located next to hospital and park
Number of residents	120	100
Number of floors	1 residential 2 nursing	3 floors with mostly independent residents, a few nursing residents dispersed among them
Facilities outside home	Garden with trees and plants	Park with fountain, walking paths, playing field
Private rooms	Room with personal toilet	Room with personal toilet and shower or shared showers (with neighbour)
Spaces of communal use	Bathroom/Shower room	Bathroom/Sauna
Community spaces	Dining room, lounge rooms	Dining space, bistro space, lounge spaces, corridors
Quality (Care Quality Commission)	Good	Good

Source:

The residential or assisted living space is designed for independent residents, those who need support in everyday routine activities (mainly related to personal care, e.g. getting up/going to bed, washing, dressing/undressing, shaving), including residents using a Zimmer frame, or in a wheelchair or assisted by a hoist. Considering the five criteria of human activity in old age proposed by Zofia Szarota (2012, p. 20) – biological, social, mental, intellectual and economic needs – by fulfilling the most of them the elderly care setting – if well organised and managed – has the potential to significantly

improve life quality in the last years of life. Studies demonstrate that deeply embedded in the Anglo-American cultural context of work are values defined in the literature as: residents' life satisfaction, longevity, freedom from disability, mastery/growth, active engagement in life, high/independent functioning and positive adaptation (Phelan, Larson 2002, 20), along with a sense of safety, security and order, physical comfort, enjoyment, meaningful activity, relationships, dignity, privacy, individuality, well-being, autonomy/choice and spiritual well-being (Kane 2001, p. 298). In the Canadian model proposed by the Centre of Health Promotion in Toronto there are three main elements of seniors' quality of life – Being, Belonging, Becoming – under which sub qualities are grouped (Baumann 2006, p. 166). All of these have influenced Anglo-American care spaces and their person-centred philosophy of care, where women's labour responds to the idea expressed by the slogan 'Our Residents do not live in our Workplace – we work in their Home'.

Among the many advantages of care spaces in co-constructing the quality of life for seniors, are also missing elements which cannot be provided even by the best care. Transmission of culturally valuable knowledge is minimalised and generativity, which Kotre argues 'creates a point of connection between or among individuals through values, knowledge, beliefs, moral values, or other cultural constructs that are partible, moving from one person to another' (Rubinstein et al. 2015, p. 550) is rarely experienced by seniors in institutional care spaces. The missing element is often regular family involvement in the care setting, the presence of which acts as a factor stimulating generational shift, knowledge exchange and the well-being of residents.

Home, community and border in the understanding of care spaces

Healthy aging is related to the role of the home in supporting or constraining the processes of getting old (Sixsmith et al. 2014, p. 4). Home can be understood as a structure arranged and organised in the form of a space, which becomes a place safe from a chaotic and unpredictable world. This private, isolated and intimate space serves as a shelter, which guarantees stability and security. It is a place where one can express oneself, a place where family relationships are established and developed over the years. This concept of home in the elderly care space is represented by the private rooms of residents and it can be extended by the engagement of individual seniors with some parts of the larger community space.

The decoration strategies of rooms highlight the inner meaning of private spaces, which serve as a connection with one's past, biography, relationships and family, interests and hobbies. A room as a private space is often represented by things that are personally significant including photos, art, collections, memorabilia, souvenirs, journals and diaries, antiques, family heirlooms, and everyday functional objects to which individuals may feel attached, e.g. armchairs, dressers, chests of drawers. Or-

ganisation of the past in relation to the present allows for preserving memories, which are part of an individual's history and unique biography. However, a room is a part of a care setting's life, thus it is organised around a series of dualisms that question its exclusively private character. The room is like an indigenous space into which enter carers or nurses, it is a gateway to understanding one's personality, beliefs and attitude to life, to start a conversation in relation to the specific object or overall atmosphere. From the perspective of residents, the room is a space where he or she can dream, rest, and suffer (if in pain) in privacy. Nevertheless, even if doors are closed residents still participate in the routine of the care space: the serving of meals or tea, the daily change of water jugs, bed making by carers, room cleaning by housekeepers and the distribution of letters and news articles by activity coordinators. Care home workers break the isolation and loneliness of seniors by engaging them in the routine, as well as providing immediate intervention in the case of falls or other accidents. Meanwhile private space remains under the control of workers and their routine, and in broader terms the corporate system of organisation. A room's private space with all its sacred memorabilia, which gives it its unique and individual character, is controlled and at risk of sudden change and intervention – all its areas are available to staff members, who might search in the wardrobe for clothes, change the order of porcelain figurines whilst cleaning, enter the room at any time, for example for a night check or medication. The last one, similarly to hospital routine, reminds residents about their dependency and disabilities.

In contrast to community spaces understood as social and with the potential to create new friendships, but also grouping together multiple numbers of people some of whom are strangers with different disabilities or illnesses, a room remains an owned space for an individual's life and becomes more than a hotel room, but less than the house or flat they possessed in the past. It is limited to four corners filled with objects and memories and is also a space for visits by relatives and friends. In the private space of the room – home creative residents sometimes write letters or postcards, involve themselves in knitting or crocheting, occasionally play instruments (mouth organs, an electric organ, flute) or eventually draw or paint (they also make caricatures of the care home staff in response to daily incidents). All of these activities attempt to break the schematic and routine life in the elderly care home. Thus, private space becomes a specific mode of the reproduction of ideas and expressions. Individual attempts at remaining mentally active include making media choices in the room, such as listening to favourite radio programmes, watching selected tv channels or using the internet – the last one practiced by a generation in their seventies or younger. These practices can be coping strategies and are rarely possible in common spaces and should be understood as alternatives to the schema offered by community life in the care home, whilst remaining under personal care and receiving assistance. The processes continuing in the care space change and empower seniors' lives through daily routine.

Community space means collective support, engagement and control over residents' lives so they can satisfy their interests as a group participating in multiple activities such as games (e.g. crosswords, bingo, quiz), exercises (e.g. valley ball, basketball, balls, wheelchair exercises), sensory involvement with music (e.g. live concerts, karaoke, dancing), arts and crafts (e.g. postcard making, drawing, painting, sculpture), plants and animals (e.g. gardening, bouquet making, pet therapy, observations of birds, or fish in an aquarium), events (visits of invited guests, occasional festivals, seasonal celebrations such as Halloween or Christmas), therapeutic workshops and classes, relaxation activities and new skills acquisition. In this context the term 'community' refers to people who are engaged in specific shared practices leading to greater participation in community life. Thus, empowerment means access to community space, which not only empowers the individual, but also motivates him or her and makes them able to empower other people.

Social well-being is linked with space as a site for social interaction and just spending time together. Community spaces might be used for conversations and information exchange. This depends upon individual resident's intellectual capacities, personal needs and interests. Space design may also support social networking, e.g. coffee tables for two or three creates a different context to the more anonymous large lounge with armchairs and sofas. Armchairs, stools and sofas in gentle and soft colours are attractive for individual and group relaxation. Other elements such as clusters, cabinets, pictures and paintings, figurines, fireplace like designs introduce to the space the flavour of the past years, as does a mini-library or a book shelf with albums representing past life. Optimising life expectancy by staying in a group of people from a similar background and communicating in the same language is an important factor in building and enhancing confidence for spending time in community spaces. Residents needing help with daily activities are known by trained staff members who offer confidential personal care without excluding residents from community enjoyment and care.

Among the community spaces gardens and parks play a distinctive role in the well-being of seniors and the carers who look after them. They inspire the observation of nature during the various seasons and the life of animals such birds or squirrels. During the warm months natural spaces and fresh air enhance rest, increase well-being and attract family members for meetings and social life within the elderly care space. As spaces imbued with meaning, symbolism and significance, gardens and parks should be designed to address the needs of seniors. They are the site of resonant objects such as a Memory Tree, or Obituary Plants commemorating residents who have passed away, as well as social activities.

The less beneficial aspect of community spaces is that they put residents at risk of conflict with each other; temperamental behaviours, disabilities and illnesses (e.g. dementia) become unavoidable elements that remind residents of the darker reality of life in a care space. The likes and dislikes of residents and occasional arguments mean that a newcomer to the care space is required to learn about the other residents

and faces a similar situation to a new pupil in the classroom. In a communal space everything is common and shared: a favourite armchair might be occupied or have been soiled by someone, a tv channel is suddenly changed by the person who has the remote control, a personal cushion is stolen, or unwelcome noises are heard. These situations are likely to generate conflicts in behaviour and interests. Sudden accidents, falls, and the deaths of neighbours reminds residents of the nature of the place, which aims to support and comfort people in their last stage of life. The rhythm of community spaces is disturbed by emergency ambulance arrivals or funeral home workers. In certain cases, poor adaptation to new circumstances can cause deterioration and the acceleration of illness: a resident with Alzheimer's will require more attention and might feel lost among others and neglected in the intensive daily routine of a residential care home. Meeting new situations, ambiguity and change may be dramatic experiences for a new resident, but for some it is the only way to improve their life quality, as at home they had remained at risk of self-neglect due to loneliness and illnesses. To meet the changing needs of individuals, care home staff must take into account the specific requirements and interrelated issues unique to each resident.

Social practices in individual and community spaces are related to time. When entering the community care space, residents start to live in the time of a particular group. Here time is measured by routine tasks, meals, and activities planned in daily, weekly and monthly calendars. A structure provided to calculate time aims to situate individual and group in the structure of past-present-future ("Think Past, Live Now, Dream Future"), so there are memories to have, the present time to enjoy, and purposeful being, such as planning for the next day's events. Time is socially constructed, and its meaning may change according to the society the individual is currently in (Bowlby 1999, p. 275), so its experience will change when family members visit. Time schedules provided by the organisation arrange one's being in private and public spaces, both restricting and stimulating it.

To eliminate barriers to adaptation to space and support identification ("This is now my home, I don't have any other") and integration (being *among* the others and *with* them) meanwhile ensuring that privacy and confidentiality is respected, *home* and *community* concepts require a *border*. The boundary between the public and private supports better spatial arrangement, respects residents' right to privacy and relates it to well-being. Borders construct places with an emphasis on difference but can also lead to conflict if the rules governing them are not respected. Physical boundaries such as doors are often symbolic and limited to a threshold when the door must remain open all day for safety reasons. Individual boundaries are created by vision and hearing impairments, by the position residents take whilst sitting in room, e.g. with backs to the doors. Boundaries are also established by residents who welcome or refuse to see neighbours or carers, ignore unwanted visitors or report them to members of staff. Room numbers and the resident's name on the door inform about the (temporary) space owner. If residents leave or pass away only staff members know what has hap-

pened within the four walls of the room: how many falls and injuries, incontinence incidents, moments of pain and agony were experienced there. This means that the border controlling a resident's privacy acted well. Real and symbolic borders, which differentiate private from public, personal from collective, and construct a distinction between home and what is outside (Bauman 2011, p. 266), are part of the three elements system. *Home*, *community* and *border* are necessary to create a care space which respects the dignity and privacy of residents while responding to their social needs and are related to security, comfort, autonomy and relationships, which makes them *spaces of empowerment* as well as *sustainable spaces* of life enhanced by the presence of women workers.

Residents breaking boundaries, such as those with Alzheimer's disease or advanced dementia are particularly 'dangerous' to a *sustainable space* that must be safe for all and is organised to that end by rules that establish acceptable boundaries. Disturbing behaviours affect not only the harmonious and peaceful existence of other residents, they also impact on staff who are required to make more interventions and give more attention to particular residents instead of spending equal time with all of them. To continue to deliver quality services organisations usually seriously consider a resident's future and takes decisions on moving him or her to a space better adjusted to the individual needs of dementia patients, which often means more care staff and less residents. In the literature there is a strong emphasis on the fact that design features assist in the long-term residential care of people with dementia: e.g. good visual access to the most important sections of the home, proper lighting for day and night, the importance of cultural, linguistic and religious aspects of space design, the necessity of single, comfortable and personalised rooms for everyone as well as recreational space outdoors (Draper 2013, p. 186), keeping noise down, avoiding mirrors, providing aromatherapy (Andrews, House 2009, p. 13), décor and furniture that is homely and in good condition, evidence of occupational tools and objects supporting everyday activity (Pulsford, Thompson 2013, p. 187) or special spaces such as multisensory stimulation rooms (Jakob, Collier, 2015), and overall highly individualised, person-centred care. Spatially adjusted care spaces provide the context for supporting dementia residents by aiming to maintain their independence and dignity.

As living in the care home supports the overcoming of physical limitations in private and public spaces, the residents may actively engage in everyday activities. Both private and community spaces are a kind of shelter from many sorts of dangers waiting outside for vulnerable adults. Empowerment in care spaces also means freedom of decision making about participation in private and public activities undertaken with the support of care workers.

Organisations, their culture and employees in workplace construction

Organisations, carers and visiting relatives' aims are to create a domestic space for residents through place arrangement, workers culture, words, behaviours and everyday gestures. As discussed above, domestication of public and private spaces happens through the residents' presence, items brought by them and their personal contribution to the overall atmosphere of the care space. Another factor is the presence of carers employed by organisations. They co-construct the safe space residents are accustomed to by their continuous presence and assistance in everyday tasks. If properly trained and motivated to work (e.g. by frequent breaks, free meals, seasonal awards, mottos on the walls and in the cosy staff room), carers better understand their role and contribute more efficiently to the space. The three dimensions of care as presented in the literature [tab. 2]: *care-as-service*, *care-as-relating*, *care-as-comfort* are linked with a resident's level of dependency, e.g. complaining residents occupy the dimension of care-as-service, those known by staff as 'more reasonable' residents, the dimension of care-as-relating, whilst care-as-comfort applies to the most dependent residents (Bowers, Fibich, Jacobson 2001, p. 541). Carers are constantly trained and reminded about residents as clients and customers of the care service and develop psychological characteristics that support them in responding quickly and effectively to the needs of seniors. Organisations provide uniforms and name badges, and a uniform dress code makes workers visible and creates a team spirit, whilst at the same time promoting equality regardless of years in service, vocational qualifications, ethnic origin and fluency in English. Women who are equalised by wearing the same uniforms (identified for example as 'ladies in pink' or 'nursies'), are easily recognised by often visually impaired residents as those who provide information, help and care. Organisations encourage workers to support each other and exchange skills and experience. Without the good will of staff and a collaborative culture dealing with disabilities and illnesses as well as the challenges of end of life care would be an exhausting and frustrating experience. Maddock argues that a supportive staff environment 'requires positive interactions with others during the course of which teambuilding, partnership and collaboration develop' (1999, p. 29). Besides carers, activity coordinators who plan activities and apply engagement techniques play an important role in the construction of a space for active and purposeful everyday life. Women in the organisation support the construction of a model of home understood traditionally as a place providing shelter, stability, rest and subsistence, relations with and between residents and a reciprocal and caring ethic.

Tab.2. Definitions of care by residents of care homes identified by Bowers, Fibich, Jacobson (2001)

Indicators	Care-as-service	Care-as-relating	Care-as-comfort
Definitions by residents	Passing food trays, making beds, assisting with bathing and personal care	Relationships with staff; their motivation to work; friendships	Physical comfort, safety, routine tasks
Interpretation in research	Technical/instrumental aspects of care; effectiveness of work; competency	The signs of individualised affection and friendship residents found in the care they received	Good relationships are necessary to receive long-term good quality care
Residents as described by staff	Complainers	More reasonable	More dependent
Typology of residents in research	Purchasers of the services	Strengthening interpersonal relationships	Maintainers of their physical comfort

Source:

The organisation and its structure, underpinned by standards and definitions, aims to design a foundation for work culture, and this determines a sustainable space for ageing as well as a successful business environment. A creative organisational culture encourages people to work effectively and engage in care provision that is best for elders. Social conversation, deep trust and rapport, and a non-judgmental attitude are specified in care home rules, as are the same Christmas presents for all, access to a relaxing staff room space, extra financial rewards for those with five, ten and fifteen years of service. The key to successful space making is to create a good team of people who support each other in achieving daily goals in care, driven by an organisational routine and residents' needs. A positive attitude and the psychological motivation to enhance team spirit is key to the smooth progress of the daily routine, particularly during difficult times: residents' illnesses, shortage of staff for rotas, and accidents. As a carer's job is low-paid and undervalued by society motivational factors minimise risk to resident's needs through negligence. The continuous rotation of workers and the regular employment of new care staff is a challenge for an organisation burdened by the mandatory requirement to train new starters within the context of ongoing recruitment. Flexibility of employment is one of the motivational elements of work in a care setting: full time, part time, or flexi-time staff, the ability to select between four, six, or twelve hour day or night shifts according to individual needs and possibilities attracts different groups of employees, such as school graduates, students, young mothers, middle-aged job seekers and those close to their retirement age. A variety of age groups brings to a care space different experiences and approaches to seniors and is one of the most valuable factors in residents' care. Strategies of instructing senior carers include purposeful guidance rather than reprimand, overall engagement and the example of their own hard work. A perception of employees as human beings with

good intentions (instead of selfish and money-oriented workers) is the first step to building trust and achieving everyday goals as a team.

From the other side organisations often place the responsibility and emotional burden of good quality care on the carers only, seeing the age-friendly arrangement of the space as their main contribution. By being involved in the organisational culture workers are complicit in its mythology, as conveyed in motivational slogans: 'Place, where people love to work', 'The best quality for all seniors', 'Longer, healthier, happier lives', 'Believe in the sacred value of human life', or newsletters and magazines for employees filled with photographs of joyful workers and residents, latest achievements, the organisation's ideas for employees in the future, such as doctor or physiotherapist telephone consultations, discounts in selected shops, vouchers for children or even loans for paying the bills or everyday items needed for work, such as shoes. This pro-workers approach aims to create a story which carers should believe, a story about the care space realm which enhances solidarity among people, equal treatment, support for the needy, and rewarding those who have decided for a career in caring which, according to the mythology, elevates them above the 'Customers, people, performance' organisational idea. In these symbolically constructed care spaces the life of residents has the highest value and is respected; as persons rather than clients they are the centre of the workers' attention. As a consequence of the myth the organisational structure has a ruthlessness to it: its rules might use the emotional engagement of workers with residents as encouragement to take low-paid overtime or work whilst short staffed (e.g. three instead of eight workers for forty residents on a nursing floor). Passion, responsibility, respect and enjoyment from performed tasks might be abused by an organisation's mythology of 'effective work', and employees' rights disrespected by the system and those managing it.

The family role in care-spaces – towards FROC model

From field observation of residents' actions and behaviours as well as their words in relation to the organisation and to family and carers, this section identifies four elements of the FROC model with the aim of suggesting a strategy for making better quality care spaces. The model is constructed around the four agents involved in a care space: Family, Resident, Organisation and Carer. The first and most important point of the FROC model is ensuring that residents' needs are fulfilled through the presence and involvement of all agents, cooperation between them and mutual trust and understanding. As one factor of sustainable elderly care the FROC model was designed to provide stability and trusting relationships between a resident's family, the resident, the organisation and carers. Its principles are safety and trust in home, community and at the borders. The role of the family is the most important factor in the organisational system and carers' work: regular visits in the care setting maintain relationships and establish a timetable in the resident's routine. Taking a resident

away from the care home for a walk, coffee or shopping in a nearby supermarket, or for Sunday lunch together improve seniors' self-esteem and everyday functioning. Additionally, regular family visits allow control over the care setting and a successful response in case of any problem on the part of the organisation or employees. The importance of family presence in softening the rule-based culture of the institution cannot be overlooked in any care model. The experience of the space through family participation includes achieving generativity – family member's involvement in the care setting allows the transmission of knowledge between generations and empowers residents. In other words, care space should be seen as an effect of the FROC discourse which aims to improve overall life satisfaction. *Home, community, border* and *workplace* help to identify the value of the care space for residents as a home-like setting with professional medical and care support, guided by frequent family presence. This makes existence in the care system purposeful and wholistic.

Conclusion

The purpose of this article was to reflect upon the residents' experience of living in selected elderly care homes in the South East suburbs of London. The accounts in this article demonstrate how identification and integration with the care setting through constructed private and public spaces improve residents' well-being and overall life satisfaction. As demonstrated, the care space includes *home, community* and *workplace* concepts, which support residents' empowerment in last stage of life. This space is functional, safe and made familiar by objects, people and their actions, preserving intimacy and dignity as well as promoting active engagement in social life. Organisational culture contributes to the life style of residents and the work of carers, highlighting the role that women play in space construction. The care spaces of two care homes organised according to the British or American models presented in this article may serve as a ground to reinterpret the care concept. Using ethnography to examine the experience of life in elderly care homes the material collected led to the proposal of the FROC idea discussed in the last part of the article, which explained how strengthening relations between family, resident, organisation and carers helps to construct a better care space and overcome the challenges of aging. This may lead to a better understanding of seniors' experiences in care spaces and the ways their empowerment and sustainable living can be constructed and supported.

References

- Andrews J., House A., 2009, *10 Helpful Hints for Carers. Practical solutions for carers living with people with dementia*, Dementia Services Development Centre, Stirling.
- Bauman Z., 2001, *Community. Seeking safety in insecure world*, Polity Press, Cambridge.
- Bauman Z., 2011, *44 listy ze świata płynnej nowoczesności*, transl. Kunz T., Wydawnictwo Literackie, Kraków.

- Bowers B., Fibich B., Jacobson N., 2001, *Care-as-Service, Care-as-Relating, Care-as-Comfort: Understanding Nursing Home Residents' Definitions of Quality*, [in:] "The Gerontologist", no. 41 (4), pp. 539-545.
- Bowlby S., 1999, *Time* [in:] *A Feminist Glossary of Human Geography*, L. McDowell, J. Sharp (eds.), Arnold Publishers, London, p. 275.
- Draper B., 2013, *Understanding Alzheimer's Disease and Other Dementias*, Jessica Kingsley Publishers, London-Philadelphia.
- Kane R., 2001, *Long-Term Care and a Good Quality of Life: Bringing Them Closer Together*, [in:] "The Gerontologist", no. 41 (3), pp. 293-304.
- Maddock S., 1999, *Challenging Women. Gender, Culture and Organization*, Sage Publications Ltd, London.
- Moore H., 1988, *Feminism and Anthropology*, Polity Press and Basil Blackwell Ltd., Oxford.
- Pulsford D., Thompson R., 2013, *Dementia. Support for Family and Friends*, Jessica Kingsley Publishers, London-Philadelphia.
- Rubinstein R., Girling L., de Medeiros K., Brazda M., Hannum S., 2015, *Extending the Framework of Generativity Theory Through Research: A Qualitative Study*, [in:] "The Gerontologist", no. 55 (4), pp. 548-559.
- Sixsmith J., Sixsmith A., Malmgren Fänge A., Naumann D., Kucsera C., Tomsone S., Haak M., Dahlin-Ivanoff S., Woolrych R., 2014, *Healthy aging and home: The perspectives of very old people in five European countries*, [in:] "Social Science and Medicine", no. 106, pp. 1-9.

Internet sources

- Baumann K., 2006, *Jakość życia w okresie późnej dorosłości — dyskurs teoretyczny*, [in:] „Gerontologia Polska”, no. 14 (4), pp. 165-171, <http://gerontologia.org.pl/wp-content/uploads/2016/05/2006-04-6.pdf>, [8.05.2017].
- Jakob A., Collier L., 2015, *How to make a Sensory Room for people living with dementia. A Guidebook*, http://fada.kingston.ac.uk/de/MSE_design_in_dementia_care/doc/How%20to%20make%20a%20Sensory%20Room%20for%20people%20with%20dementia.pdf, [8.05.2017].
- Szarota Z., 2012, *Recz o udanej starości: wokół wartości służących pomyślnemu starzeniu się*, [in:] (Nie) czekając na starość: wyzwania dla polityki społecznej w obliczu demograficznych przemian, Wilimska W. (ed.), Małopolski Kongres Polityki Społecznej, 15-16 listopada 2012, ROPS, Kraków, pp. 15-22. http://www.szkoleniapokl.rops.krakow.pl/pliki_ed/file/publikacje/nie_czekajac_na_starosc.pdf, [18.01.2019].



Magdalena Leszko
Beata Bugajska

Impact of environmental design on psychological and physical well-being among people with Alzheimer's Disease

DOI 10.24917/24500232.15.6

Słowa kluczowe: choroba Alzheimera, dom opieki, dobrostan, projektowanie środowiskowe, osoby starsze

Keywords: Alzheimer's disease, environmental design, nursing home, older adults, well-being

WPLYW PROJEKTOWANIA ŚRODOWISKOWEGO NA DOBROSTAN PSYCHICZNY I FIZYCZNY OSÓB Z CHOROBAŁ ALZHEIMERA

Abstract:

Rosnąca liczba badaczy oraz profesjonalistów pracujących z osobami starszymi dostrzega znaczenie fizycznych i społecznych aspektów środowiska, które przyczyniają się do dobrego samopoczucia oraz poprawy jakości życia mieszkańców domu opieki. Celem artykułu jest przegląd literatury dotyczącej wpływu projektowania środowiskowego na dobrostan psychiczny i fizyczny osób cierpiących na chorobę Alzheimera. W artykule dokonano opisu najważniejszych objawów choroby Alzheimera, a także przeglądu badań nad demencją i projektowaniem środowiskowym, zwracając szczególną uwagę na związek pomiędzy rozwiązaniami architektonicznymi a zmniejszeniem negatywnych objawów choroby Alzheimera. Wskazano na kierunki przyszłych badań mających na celu doskonalenie projektowania środowiskowego z myślą o podnoszeniu jakości opieki nad osobami starszymi w warunkach instytucjonalnych.

Introduction

It is common for people to become attached to their homes. Research has shown that the majority of older adults prefer to remain in their current home and community as long as possible (Frank, 2002; Nishita, Wilber, Matsumoto & Schnelle, 2008). Remaining at home as people age has also become a goal of policy makers, service providers, caregiving staff, and family members as it can substantially reduce

the financial burden of long-term services. However, during the last few decades we witnessed significant demographic changes. With increasing number of older adults the prevalence of Alzheimer's Disease (AD) has been also observed to increase significantly in the recent years. Some individuals suffering from AD are taken care of by the family members, but for some, due to the severity of symptoms present during the course of illness, nursing home is unavoidable. The move to a new and unfamiliar place may be difficult and can cause a lot of stress for elderly. The patients with Alzheimer's disease frequently report difficulty with adjusting to the new location, and getting themselves familiar with the new surroundings. Therefore, it is important to consider a proper long-term care for aging population and a need to design places, which facilitate older adults diagnosed with AD.

This importance of environmental design is recognized by researchers from different disciplines as a factor influencing physical and psychological well-being of residents with cognitive decline. Combination of the unique knowledge and expertise of psychologists and architects provides new and exciting opportunities for multidisciplinary teams to design living space that would offer tranquility and an improved quality of life.

The major goal of this article is to review the literature relevant to the influence of environmental design on psychological and physical well-being among people with Alzheimer's disease. We focus primarily on studies, which examined how the environmental design correlates with the behavioral health outcomes. Prior to discussing research relevant to the design of nursing homes, we attempted to describe the most important characteristics of the Alzheimer's disease, including symptoms of the disease. The subsequent part reviews research on dementia and environmental design. The article includes a brief summary of recommendations to decrease the negative symptoms or improve the well-being of nursing homes' residents. The final part includes conclusions and discusses the directions for future research.

What is Alzheimer's Disease?

One of the most important health concerns in Poland is the growing burden of dementia. A report undertaken by Alzheimer Europe (2012) estimated that there are approximately 500,000 Polish people diagnosed with dementia. That represents 1.31% of the total population and is slightly below the EU average of 1.55%. Most individuals with dementia live at home, cared for by family members. Given the increasing number of individuals with dementia in the years to come, reforms will be needed to ensure that older adults have access to high quality care and treatment appropriate for their needs.

Alzheimer's disease (AD) is the most common cause of dementia among older people and it is not a part of normal aging. AD is degenerative and incurable disease which worsens over time. It is estimated that 5.7 million people in the United States may suffer from the Alzheimer's disease (Alzheimer's Association, 2018). AD is usu-

ally diagnosed in individuals after the age of 60. However, it varies depending on the type of the disease. The late-onset AD (also called sporadic AD) is the most common form of Alzheimer's disease. It usually occurs after the age of 65 and accounts for about 90% of AD cases.

Symptoms of Alzheimer's Disease

The majority of older adults, as they age, experience cognitive decline, especially memory problems, which are a normal part of aging. However, individuals diagnosed with AD experience more severe problems with their memory and these problems are irreversible. The most common early symptom of Alzheimer's is diminished short-memory. Patients have difficulty remembering newly learned information and things that happened recently. As the disease advances, the individuals experience more symptoms, including disorientation, mood and behavior changes; deepening confusion about events, time and place. They develop unfounded suspicions about family, friends and caregivers; more serious memory loss and behavior changes. Finally, they experience difficulty speaking, swallowing and walking (Neugroschl & Wang, 2011).

The Alzheimer's disease symptoms vary depending on a stage. Moreover, not every individual will experience the same symptoms or rates of the disease. In stage 1, no impairment, a person does not experience any memory problems; an interview with a medical professional does not show any evidence of symptoms of dementia. In stage 2, very mild cognitive decline, a person may be forgetting familiar words or the location of everyday objects, but no symptoms of dementia can be detected during a medical examination or by friends, family or co-workers. In stage 3, mild cognitive decline, friends, family or co-workers begin to notice difficulties. During a detailed medical interview, doctors may be able to detect problems in memory or concentration. Common stage 3 difficulties include: noticeable problems coming up with the right word or name, trouble remembering names when introduced to new people, forgetting material that one has just read, losing or misplacing a valuable object and increasing trouble with planning or organizing. In stage 4, moderate cognitive decline, an individual may experience forgetfulness of recent events, greater difficulty performing complex tasks, such as planning dinner for guests, paying bills or managing finances and may become moody or withdrawn, especially in socially or mentally challenging situations. Stage 5, moderately severe cognitive decline, includes gaps in memory and thinking. At this stage, individuals are unable to recall their own address or telephone number or the high school or college from which they graduated. They also become confused about where they are or what day it is and need help choosing proper clothing for the season or the occasion. In stage 6, severe cognitive decline, memory continues to worsen, personality changes may take place and individuals need extensive help with daily activities. In addition, individuals may lose awareness of recent experiences as

well as of their surroundings, experience major changes in sleep patterns (sleeping during the day and becoming restless at night) and have increasingly frequent trouble controlling their bladder or bowels. They also experience major personality and behavioral changes, including suspiciousness and delusions (such as believing that their caregiver is an impostor) or compulsive. The stage 7, very severe cognitive decline, is the final stage of AD. In this stage, individuals lose the ability to respond to their environment, to carry on a conversation and, eventually, to control movement. They may still say words or phrases (Alzheimer's Association, 2018).

Environmental design and its interests in improving residents' behavior

One of the first researchers to examine the role of the environment on the behavior and emotions of people with dementia was M. Powell Lawton (1983), who conducted a study at the Philadelphia Geriatric Center in the 1970s. The architectural mainstream was focused on increasing staff's efficiency, rather than promoting the design of nursing homes that would improve the psychological well-being of patients with AD. The pioneering work by Lawton revealed that environment plays a significant role in treatment of individuals with dementia. The results of Lawton's study initiated other important research investigating the role of the environment. Calkins (2009) noted that the current research not only focuses on disruptive behaviors but also looks into well-being. This has been a significant shift in research.

Researchers and health-care professionals recognize the importance of both physical and social factors of the environment as contributing to well-being and improve the residents' quality of life (Kahana, Lovegreen, Kahana, & Kahana, 2003; Phillips, Ajrouch, Hillcoat-Nalletamby, 2010). However, while focusing on trying to find a cure for Alzheimer's disease, a great number of health care professionals tended to overlook the role of the physical environment and did not regard it as a component of treatment. Fortunately, this trend has changed and currently more emphasis is put on environmental techniques. Therefore, the treatment guidelines encourage health care professional to use environmental techniques as a first line of defense against the progression of illness (Tilly & Reed, 2008).

Designers are trying to apply a different approach, referred to as the person-environment fit model. In this model, the person is defined in terms of a set of competencies, whereas the environment is defined in terms of demands. Researchers realize that the behavior is the result of the interaction between the competence of the individual and the environmental press of the situation. Therefore, in this model, the sense of well-being is promoted when individuals are located in a setting that fits their needs (Iwarsson, 2005).

As mentioned earlier, most elders and their families are more comfortable with home care than with the more impersonal care received by the institution such as a

nursing home (Wilson, 2000). However, during the course of Alzheimer's disease the symptoms are sometimes so severe that the family members are not able to provide a proper and constant care. Moving from a family home to the nursing home should be a positive experience for both the family members and the affected older adult. Nursing homes offer constant care and manage problems, which their residents may experience. Moreover, the residents have a chance to socialize with other people. However, majority of older people see the fact of moving to a nursing home as a personal failure and a traumatic experience (Regnier, 1994; Davies, 2005). Taking into account the fact that this transition is difficult for the elderly and their families, the nursing homes should facilitate such a transition, be safe, more attractive, intuitive, designed to promote social relationships and have a homelike atmosphere.

Influence of physical environment on decreasing negative symptoms among people with Alzheimer's Disease

The environment that we live in has an influence on our quality of life. However, the impact depends on a number of factors, such as individual's background, culture, experience and age (Brawely, 1997). Since individuals with AD are more likely to be disabled and need care, the impact of the environment on their lives is even greater than for healthy individuals. Taking into account that the health care facilities' mission is to protect patients, promote health and do no harm, the impact of environment received some considerable attention. A growing body of research indicates that there are specific environmental factors, which influence the expression of behavior of patients with AD. In this section we discuss the most common, negative symptoms associated with Alzheimer's disease such as aggressive and disruptive behavior, problems with orientation, wandering and experiencing depressive symptoms, aggressive and disruptive behavior and report research finding on the association between the symptoms and nursing home settings.

Aggressive behavior

In case of Alzheimer's disease, aggression is rarely lead by personality trait, but rather caused by confusion. The existing literature on disruptive behavior suggests that aggression can be also triggered by the environment such as unit size, lack of privacy or inadequate lighting.

There is evidence that insufficient lighting plays an important role in the long-term care setting and may increase aggressiveness. For example, Elmstahl and colleagues (1997) found that low-light levels are associated with higher levels of agitation. Residents often are having problems with walking because the hallways are too dark and being unable to find the way and losing their independence often make them angry.

In the course of the disease, due memory and judgment impairment, the individuals may become frustrated or aggressive if they do not comprehend their surroundings. Brawely (1997) claimed that sensory overload is responsible for anger and agitation.

Such overload may happen if there is too much stimulation, caused by an excessive number of surrounding people, excessive noise, or too much activity. Though the reaction of the demented people can vary substantially, Brawely recommended designing smaller settings with gathering activities rather than having big rooms with numerous distractions. Smaller rooms also help to reduce the noise and number of people present in the common space.

The sense of privacy also decreases aggressive behavior. Zeisel and colleagues (2003) found that higher percentage of private rooms was associated with lower anxiety and aggression in residents with dementia. His other study indicates that the perception of the place also influences the disruptive behavior. Residents living in nursing homes, which were less institutional, expressed lower level of verbal aggression than residents living in more institutional settings (Zeisel et al., 2003).

Disorientation

Brain changes associated with Alzheimer's disease lead to growing trouble with orientation, which is a common problem experienced by older adults with AD (Cohen & Weisman, 1991; Marquardt et al., 2011). People with Alzheimer's disease may lose their sense of what day it is or where they are. Due to memory impairment, the patients often look for a person or place and become frustrated when they are unable to find what they are looking for. Research on disorientation and wayfinding suggests that using name plaques, personal photographs and other door decorations, which can help to locate the rooms, may decrease the occurrence of losing orientation (Brawely, 1997).

Some design guidelines suggest that individuals should be provided with a view to accessible outdoor areas. This could help them to assess time of the day or the current season. Namazi and colleagues (1991) found that personally significant memorabilia, which are displayed in cases outside of the resident rooms, are helpful in increasing the residents' ability to find their rooms. However, their study also suggests that personally significant memorabilia are most useful only for individuals with moderate dementia and have little effect for those with advanced disease.

Most researchers pointed out that orientation is impacted by the configuration of the building (Passini, Rainville, Marchand, & Joanne, 1998). Not surprisingly, a simple dwelling arrangement is associated with better residents' orientation. Elmstahl and colleagues (1997) also indicated that individuals with dementia have better spatial orientation in facilities, which are designed around L-, H-, or square-shaped corridors. Similarly, the cluster units were found to be associated with easier acclimatization.

The size of the units also matters not only in decreasing levels of aggression but also when helping individuals to feel better oriented. In a survey research among 104 residents in several homes, higher levels of orientation were identified in "cluster" facilities (comprised of small units of resident rooms and associated common spaces), compared with larger scale "communal" facilities (common spaces separated from

resident rooms and shared by larger groups of residents). In cluster facilities, higher levels of orientation were correlated with complex decision points and longer corridors, which allowed meaningful choices between places residents used (Netten, 1989). In communal facilities, heightened orientation was associated with short corridors and simple decision points, which allowed residents to travel only short distances without prompts and did not force residents to choose between spaces they did not use.

Problems with orientation are directly related to wandering, which is one of the problems frequently experienced by people with Alzheimer's disease. According to Alzheimer's Association (2018) as many as 60% of the 5.7 million Americans with AD will display wandering behaviors at some point in the disease process. Since Alzheimer's disease mainly affects cognitive function, the short and long term memory to identify familiar landmarks may be impaired. Older adults may also experience problems with sense of time and speed to judge distance. In addition, their visual-spatial sense to recognize the direction angles and expected arrival times between landmarks is often compromised as well.

The nursing home staff frequently complains about their residents who wander around the room, or even out of the facility. Although this behavior can be attributed to trying to go home or searching for the restroom, wandering may be very unsafe, especially when a person wanders away from a supervised care or from a controlled environment and cannot be located by the staff. In addition, patients with AD are often confused and unable to ask for help once they realize that they failed to find their way back. Therefore, it is important to take precautions and prevent the individual from wandering away from the facility.

One of the most important things emphasized in the literature is that the design of the nursing home should enable older people to read their surroundings and determine their current location. Brawely (1997), for example, argues that long sequences of undifferentiated, repetitive elements are the worst features of interior design in health care facilities. In addition, the lack of windows to the outside contributes to the problems of disorientation (Rule, Milke, & Dobbs, 1992). Therefore, varying the colors and patterns of the corridors and doors is recommended for easier identification. The units should feature visible and unique landmarks and distinctive cues.

Lighting conditions are also a major environmental design feature affecting well-being of patients. Wayfinding among residents was judged as more difficult in facilities with low lighting.

Depression

Depression is a serious condition and it has a significant impact on health. A large number of older adults may suffer from depression due to the age-related changes. They realize that they are more frail, have problems with health and that their social network decreases. It has been estimated that approximately 15% of community-dwelling older adults are victims of depression, but the rates are significantly

higher among residents of long term care facilities (14 to 42%; Fiske, Wetherell, & Gatz, 2009). However, the highest rate has been observed among individuals who are institutionalized. Almost 52% of the nursing home residents were diagnosed with depression (Gaboda, Lucas, Siegel, Kalay, & Crystal, 2011). It is very important to treat depressive symptoms among the nursing home residents because depression is associated with increased rates of cognitive decline, falls, malnutrition and mortality (Cesari et al., 2002).

Moving to the nursing home may be a stressful experience for many older adults. Therefore, some residents experience symptoms of depression. Research demonstrates how the design of the nursing homes may increase the depressive symptoms. For example, making the surrounding warmer and supportive can minimize the risk for depression. Home-like design can improve the well-being among residents because the transition from their home to the institution is easier and adjustment is faster. One of the solutions suggested by Calkins (2009) is to use furniture made of wood rather than metal or plastic. It is also important to note that color and pattern of wallpaper which are often monotonous and dull in institutions can decrease individuals' mood (Calkins, 2009).

Privacy can also help to reduce the depressive symptoms. Privacy represents an important consideration that is often poorly understood and addressed in nursing homes. Usually residents have to share a small room with another unrelated person. Study shows that patients in shared rooms are less likely to reveal to the clinicians everything about their health problems and are more likely to acquire infections from roommates and staff, and tend to experience sleep disturbances (Ulrich et al. 2008). Having a private room may reduce the symptoms of depression. Van Haitsma et al. (2004) found that smaller size units were associated with lower level of sadness. Light may further help to reduce the symptoms of depression. Older people need three times the amount of light as younger people to see as clearly (Calkins, 2009). As mentioned before, in addition to reducing the symptoms or even preventing the depression, the light plays an important role in decreasing the aggression and improving orientation. Therefore, the sufficient amount of light is a crucial element in the design of environment for patients with dementia.

Zeisel and colleagues (2003) found another interesting design feature may also reduce depression that residents of nursing homes. They found that if the exits were camouflaged and had silent electronic locks in oppose to alarms, the residents tended to be less depressed. This phenomenon could be accounted for by the fact that caregivers seen such environment as safer and allow residents greater independence.

Falls

Due to illness and aging processes older adults are more prone to fall than younger adults because they experience problems with vision, balance, and gait. Falls can be detrimental for them and cause a lot of pain or even result in hospitalization. Gruneir

and Mor (2008) stated that even though there were numerous patient safety issues in nursing homes, falls were among the most common events. According to Center for Disease Control for Prevention, in 2014 approximately 27,000 older Americans died as a result of an unintentional fall (Bergen, Stevens, Burns, 2016). Therefore, it is important to identify the environmental factors which can lead to unintentional falls and to create a supportive, well-designed environment which can increase resident safety.

Connell and Wolf (1997) identified three main categories of causal factors for falls among the elderly, these are: personal factors (e.g., chronic disorders and neurological deficits), environmental factors (e.g., obstacles), and behavioral factors (activities and choices that can destabilize balance such as improper shoes). The falls usually happen because there is no sufficient light when a resident walks to and from bedrooms at the night, or when he or she tries to avoid temporarily hazardous conditions. Falls can also happen when the environmental demands exceed physiological abilities (e.g., a doorway threshold is higher than a regular step). The type of floor may also influence the incidence of falls. Donald and colleagues (2000) found that elderly residents in rehabilitation ward in a community hospital incurred fewer falls on vinyl surfaces as compared to carpet. Tinetti (2003) found that providing nightlights and stair rails may also reduce falls.

Some studies indicate that falls are associated with the use of bedrails and physical restraints (Hofmann, Hahn, 2014). Although nursing home staff may use bedrails and restraints to prevent residents, especially those with cognitive impairments, from getting out of bed independently and potentially harming themselves, studies show that rails may contribute to serious injury and even death by falls over, under, between, and around bedrails (Capezuti, Maislin, Strumpf, & Evans, 2002). However, in their review of studies, Healey and colleagues (2008) found that bed rails did not appear to increase the risk of falls or injury but they found that serious direct injury from bed rails were usually related to incorrect assembly. Nevertheless, it is important to emphasize that the use of physical restraints is questionable from an ethical perspective, since the devices constrict residents' dignity and autonomy and thereby harm personal integrity (Hofmann, Schorro, Haastert, & Meyer, 2015).

Influence of physical environment on improving functioning of people with Alzheimer's Disease

The previous part discussed the influence of the environmental features on decreasing the negative symptoms of AD. There are also certain features of the physical environment which are associated with improving the well-being of individuals suffering from AD. Research demonstrates that by changing the design and construction, it is possible to increase social interaction, physical activity and improve the quality of sleep among older adults.

Social interaction

An individual suffering from Alzheimer's disease may unintentionally withdraw from social interaction. Research demonstrates that social participation is related to the degree of privacy and control (ability to control who you interact with and when you choose to interact), (Ittelson, Proshansky, & Rivlin, 1970; Pinet, 1999). Residents in shared rooms lack privacy and tend to feel less at home in their own bedrooms. They are also more likely to spend more time in social spaces and to leave their roommate alone. These findings suggest the private rooms would allow the residents to control the degree of privacy and social interaction.

Another environmental factor, which plays an important role in encouraging residents to social interaction is the size of the facility (Nordin, Mckee, Wijk, Elf, 2017). Lemke and Moos (1989) found that smaller size nursing homes support activity for moderate- to low-functioning residents, while younger independent residents are more active in a larger facility with a more challenging programs. Research also indicates that social interaction can be supported by placing the furniture in small flexible groupings in public spaces such as lounges and waiting areas (Melin & Gotestam, 1981; Peterson, Knapp, & Rosen, 1977). In addition, finding from research on day rooms and waiting areas also showed the arranging seating side by side along room walls inhibits social interaction (Holahan, 1972; Sommer & Ross, 1958).

Immune system

Living in a nursing home may increase the number of infections. Ernst and Ernst (1999) found that nursing-home residents contract more than 1.5 million infections per year and each resident faces a 5% to 10% risk per year of acquiring infections. A significant body of research demonstrates that some environmental factors are related to infection rates. For example, high rates of hospitalization among nursing-home residents were associated with poor rating of environmental quality (cleanliness, odors, noises, homelikeness, cues, and environmental quality) (Zimmerman, Gruber-Baldini, Hebel, Sloane, Magaziner, 2002). Other research revealed that the rates of cross infection were higher when residents with indwelling urinary catheters (IUC) were nursed in the same room (Fryklund, Haeggman, & Burman, 1997). This study supported the recommendation that residents should have separate rooms. Access to natural light also plays a significant role, for example, Guzowski (2000) found that patients in intensive care units recovered faster if they were in rooms with windows.

Sleep

Studies show that 70% of individuals living in a long-term care setting are affected by insomnia or disturbed sleep (Johnston, 1994; Skottheim, Lövheim, Isaksson, Sandman, & Gustafsson, 2018). Problems with sleep may be dangerous for older adults because these symptoms are associated with increased mortality (Dale, Burns, &

Panter, 2001). There are some environmental factors which contribute to disturbed sleep among nursing homes' residents. Alessi and colleagues (2005) found that limited sunlight exposure, nighttime noise and lack of physical activity may cause problems with sleep. Fortunately, Rahman and Schnelle (2002) claim that some simple interventions can eliminate factors which disturb sleep in the nursing home. These interventions include individualizing nighttime incontinence-care routines, implementing a noise-abatement program, and sensitizing and educating staff about the importance of uninterrupted sleep for residents.

Physical activity

Physical activity is very important for individuals with AD. It can help in prevention and treatment of chronic illnesses, a longer disability-free life expectancy, and better physiological and psychological health (Chen, Zhang, & Huang, 2016; Leveille et al., 1999). Exercising outside during the winter may be problematic, therefore; the design of the building should encourage the residents to take up physical activity even if they are indoors. Walking is very beneficial, however; the residents have to be provided with a place to walk. Regnier (1994) encourage architects to design places with gardens, which would allow the residents to walk for exercise in an environment, which resembles the outdoor garden. In addition, to promote physical activity among residents, the buildings should make the stairs more attractive. Using stairs is a natural and simple way to exercise (Regnier, 1994). Also, having automatic doors to a garden and a walking loop around the building can facilitate residents' activities (Nordin et al., 2017).

Research shows that perceived aesthetics of the neighborhood, perceived safety of walking paths in the neighborhood, convenient location and access to recreational facilities and shops play an important role in increasing the physical activity among older adults (Brownson et al., 2000; Carnegie et al., 2002). Therefore, making the surroundings of the nursing home more attractive can help in increasing the physical activity.

Improved sleep and increased physical activity can also be achieved by designing a place with a garden. Until recently, designers did not recognize the importance of the outdoor activities. However, current knowledge supports the role of the outdoor space as improving physical and psychological well-being of the nursing homes' residents. For many people contact with nature is relaxing. Moreover, gardens play an important role in stimulating the senses and encouraging social interaction. For older adults, who spend most of the day in a nursing home, walking in the garden can be a great substitute for contact with larger places. Therefore, it is important to design gardens that provide residents with a place to walk for exercise and seating areas to rest and admire the nature. According to the *Biophilia hypothesis*, people have an inherent tendency to affiliate with nature (Kellert & Willson, 1993). There are a number of mechanisms through which a contact with nature may be helpful for people with AD. Firstly, through attention restoration, contact with nature help to renew atten-

tion. Some research support the funding that contact with nature improve cognitive functioning (e.g., Berman, Jonides & Kaplan, 2008). Secondly, contact with nature can also reduce stress. People who were exposed to nature scenes were more resilient to stressors. Rodiek (2002) found that individuals who spent time on activities outdoor had a lower level of stress in comparison to these who spent time indoor. Moreover, they are able to recover more quickly than individuals without such contact (Frumkni and Fox, 2011). Interestingly, even pictures of nature can benefit patients if the real views of nature are not available (Heerwagen, 1990).

One therapeutic aspect of the garden is that it can provide sensory stimulation. They can offer a place for private conversations with family members or other residents, or just to watch nature. Furthermore, plans can trigger memories of the salient places and events. They can also be used to attract birds, butterflies and other wildlife (Regnier, 1994). In addition, the seasonal nature of the landscape allows the residents to mark time. Although the design of the outdoor varies depending on location, microclimate and availability of space, architects recognize the importance of nature and its role in improving quality of life of individuals with dementia.

Conclusion

Progressive cognitive decline is a pervasive health problem. There is a growing interest in designing places which can improve the quality of life. Designing home care units takes more importance due to the fact worldwide phenomenon of aging populations. With aging population, the need for well-designed nursing homes will also increase. Because this disease is related to memory loss, impaired judgment and display of a number of behavioral problems, the design of a place which helps to reduce the symptoms of the disease is very important.

From the research reviewed, it can be concluded that the nursing home physical environment has a profound impact on psychological and physical well-being of individuals with Alzheimer's disease. The abovementioned studies reveal the relationship between the environmental design of special care units' and occurrence of disruptive behavior among their residents. The results of this research work led to formulation of certain design recommendations that were found to decreasing the disruptive behaviors among residents with AD. Though some of the more detailed factors still await further validation, most researchers agree that sufficient amount of light; decreased noise and smaller units can be highly effective in reducing disruptive behavior. Given the positive role of light and calming effects of access to the view to the outside, it seems to be crucial for the nursing homes to facilitate a large number of windows. Natural daylight promotes health and well-being and therefore its amount accessing the interior should be maximized. Also, some environmental modifications have to be applied in order to reduce the incidence of falls among residents. Studies suggest that repositioning furniture, adding floor mats to cushion falls and antislip mats to improve footing and traction may be helpful (Hofmann, Powell-Cope, MacClellan, & Bero, 2003).

The presented studies showed that with changing some environmental features of the nursing homes such as providing residents with private rooms, access to the nature or sufficient amount of the daylight, the overall functioning of older adults can be improved. Calkins (2009), however, emphasizes that the results of the research should be considered with caution. The limitations of the environmental research concern the study design, replicability and generalizability. Another drawback of majority of research is that the sample size is small; in case of some study the number of participant is less than 10. Further research with a larger sample size should be conducted to confirm the findings from the existing research.

Whereas there is no simple formula on how to design places for individuals with Alzheimer's disease, research offers us solutions on how to increase the likelihood of positive outcomes. With growing understanding of the relationship between health and environment, architects can create more supportive places.

References

- Alessi C.A., Martin J.L., Webber A.P., & Kim E.C., 2005, *Randomized, controlled trial of a nonpharmacological intervention to improve abnormal sleep/wake patterns in nursing home residents*, "Journal of the American Geriatrics Society", no. 53(5), pp. 803–810.
- Berman M.G., Jonides J., Kaplan S., 2008, *The cognitive benefits of interacting with nature*, "Psychological Science", no. 19(12), 1207–1212. doi: 10.1111/j.14679280.2008.02225.x.
- Brawely E., 1997, *Designing for Alzheimer's Disease*. John Wiley & Sons, Inc.
- Brownson R.C., Eyler A.A., King A.C., Brown D.R., Shyu Y.L., & Sallis J. F., 2000, *Patterns and correlates of physical activity among US women 40 years and older*, "American Journal of Public Health", no. 90(2), pp. 264–270.
- Calkins M., 2009, *Evidence-based long term care design*, "NeuroRehabilitation", no. 25, pp. 145–154.
- Capezuti E., Maislin G., Strumpf G. & Evans L., 2002, *Side rail use and bed-related fall outcomes among nursing home residents*, "Journal of the American Geriatrics Society", 41, pp. 90–96.
- Carnegie M.A., Bauman A., Marshall A. L., Mohsin M., Westley-Wise V., Booth M.L., 2002, *Perceptions of the physical environment, stage of change for physical activity, and walking among Australian adults*, "Research Quarterly for Exercise and Sport", no. 73, pp. 146–155.
- Cesari M., Landi F., Torre S., Onder G., Lattanzio F., Bernabei R., 2002, *Prevalence and risk factors for falls in an older community-dwelling population*, "The Journal of Gerontology. Series A, Biological sciences and medical sciences", no. 57(11), pp. 722–726.
- Chen W.W., Zhang X., & Huang W.J., 2016, *Role of physical exercise in Alzheimer's disease*, "Biomedical reports", no. 4(4), pp. 403–407.
- Cohen U., Weisman J., 1991, *Holding on to Home*, Johns Hopkins University Press, Baltimore, M.D.
- Connell B.R., Wolf S.L., 1997, *Environmental and behavioral circumstances associated with falls at home among healthy elderly individuals*, "Archives of physical medicine and rehabilitation", no. 78, pp. 179–186.
- Dale M.C., Burns A., Panter L., Morris J., 2001, *Factors affecting survival of elderly nursing home residents*, "International Journal of Geriatric Psychiatry", no. 16, pp. 70–76.

- Davies S., 2005, *Meleis's theory of nursing transitions and relatives' experiences of nursing home entry*, "Journal of Advanced Nursing", no. 52(6), pp. 658–671.
- Donald I.P., Pitt K., Armstrong E., Shuttleworth H., 2000, *Preventing falls on an elderly care rehabilitation ward*, "Clinical Rehabilitation", no. 14(2), pp. 178–185.
- Elmståhl S., Annerstedt L., Åhlund O., 1997, *How should a group living unit for demented elderly be designed to decrease psychiatric symptoms?* "Alzheimer Disease and Associated Disorders", no. 11, pp. 47–52.
- Ernst M., Ernst E., 1999, *Effectively treating common infections in residents of long term care facilities*, "Pharmacotherapy", no. 19, pp. 1026–1035.
- Fiske A., Wetherell J. L., & Gatz M., 2009, *Depression in older adults*, "Annual review of clinical psychology", no. 5, pp. 363–389.
- Frank J.B., 2002, *The paradox of aging in place in assisted living*, Bergin & Garvey: London
- Frumkin H., Fox J., 2011, *Contact with nature*. In: A. L. Dannenberg, H. Frumkin, R.J. Jackson, (Eds.). *Making Healthy Places* (pp. 229–243). Island Press: Washington, DC
- Fryklund B., Haeggman S., Burman L.G., 1997, *Transmission of urinary bacterial strains between patients with indwelling catheters-nursing in the same room and in separate rooms compared*, "Journal of Hospital Infection", no. 36, pp. 147–153.
- Gaboda D., Lucas J., Siegel M., Kalay E., Crystal S., 2011, *No longer undertreated? Depression diagnosis and antidepressant therapy in elderly long-stay nursing home residents, 1999 to 2007*, "Journal of the American Geriatrics Society", no. 59(4), pp. 673–680.
- Gruneir A. & Mor V., 2008, *Nursing home safety: current issues and barriers to improvement*, "Annual Review of Public Health", no. 29, pp. 369–382.
- Guzowski M., 2000, *Daylight for sustainable design*. McGraw-Hill: New York
- Healey F., Oliver D., Milne A., Connolly J. B., 2008, *The effect of bedrails on falls and injury: a systematic review of clinical studies*, "Age and Ageing", no. 37(4), pp. 368–378.
- Heerwagen J. H., 1990, *The psychological aspects of windows and window design*. In: K.H. Anthony, J. Choi, B. Orland (Eds.), *Proceedings of the 21st Annual Conference of the Environmental Design Research Association* (269–280), EDRA: Oklahoma City
- Hoffman S. B., Powell-Cope G., MacClellan L., Bero K., 2003, *BedSAFE. A bed safety project for frail older adults*, "Journal of Gerontological Nursing", no. 29(11), pp. 34–42.
- Hofmann H., Hahn S., 2014, *Characteristics of nursing home residents and physical restraint: a systematic literature review*, "Journal of Clinical Nursing", no. 23, pp. 3012–3024. doi:10.1111/jocn.12384.
- Holahan C. J., 1972, *Seating patterns and patient behavior in an experimental dayroom*, "Journal of Abnormal Psychology", no. 80, pp. 115–124.
- Ittelson W.H., Proshansky H.M., Rivlin L.G., 1970, *Bedroom size and social interaction of the psychiatric ward*, "Environment & Behavior", no. 2, pp. 225–270.
- Iwarsson S., 2005, *A long-term perspective on person-environment fit and ADL dependence among older Swedish adults*, "The Gerontologist", no. 45, 327–336.
- Johnston J. E., 1994, *Sleep problems in the elderly*, "Journal of the American Academy of Nurse Practitioners", no. 6, pp. 161–166.
- Kahana E., Lovegreen L., Kahana B., Kahana M., 2003, *Person, Environment, and Person Environment Fit as Influences on Residential Satisfaction*, "Environment and Behavior", no. 35, pp. 434–453.
- Kellert S.R. & E.O. Wilson, 1993, (Eds.), *The Biophilia Hypothesis*. Island Press: Washington DC

- Lawton M.P., 1983, *Environment and other determinants of well-being in older people*, "The Gerontologist", no. 23, pp. 349–357. doi:10.1093/geront/23.4.349
- Lemke S., Moos R. H., 1989, *Ownership and quality of care in residential facilities for the elderly*, "The Gerontologist", no. 29, pp. 209–215.
- Leveille S.G., Guralnik J.M., Ferrucci L., Langlois J.A., 1999, *Aging successfully until death in old age: opportunities for increasing active life expectancy*, "American Journal of Epidemiology", no. 149, pp. 654–664.
- Marquardt G., Johnston D., Black B. S., Morrison A., Rosenblatt A., Lyketsos C.G., Samus, Q. M., 2011, *Association of the spatial layout of the home and ADL abilities among older adults with dementia*, "American Journal of Alzheimer's Disease and other Dementias", no. 26(1), pp. 51–57. doi: 10.1177/15333175110387584
- Melin L., Gotestam K.G., 1981, *The effects of rearranging ward routines communication and eating behaviors of psychogeriatric patients*, "Journal of Applied Behavioral Analysis", no. 14, pp. 47–51.
- Namazi K.H., Rosner T.T., Rechlin L., 1991, *Long-term memory cuing to reduce visuo-spatial disorientation in Alzheimer's disease patients in a special care unit*, "American Journal of Alzheimer's Care and Related Disorders and Research", no. 6, pp. 10–15.
- Netten A., 1989, *The effect of design of residential homes in creating dependency among confused elderly residents: a study of elderly demented residents and their ability to find their way around homes for the elderly*, "International Journal of Geriatric Psychiatry", no. 4(3), pp. 143–153.
- Nishita C.M., Wilber K.H., Matsumoto S., Schnelle J.F., 2008, *Transitioning residents from nursing facilities to community living: Who wants to leave?* "Journal of the American Geriatrics Society", no. 56(1), pp. 1–7.
- Nordin S., McKee K., Wijk H., Elf M., 2017, *The association between the physical environment and the well-being of older people in residential care facilities: a multilevel analysis*, "Journal of Advanced Nursing", no. 73(12), pp. 2942–2952. doi: 10.1111/jan.13358
- Passini R., Rainville C., Marchand N., Joannette Y., 1998, *Wayfinding and dementia: Some research findings and a new look at design*, "Journal of Architectural and Planning Research", no. 15, pp. 133–151.
- Peterson R., Knapp T., & Rosen J., 1977, *The effects of furniture arrangement on the behavior of geriatric patients*, "Behavior Therapy", no. 8, pp. 464–467.
- Phillips J., Ajrouch K. J. & Hillcoat-Nalletamby S., 2010, *Key concepts in social gerontology*. SAGE key concepts, SAGE, London.
- Pinet C., 1999, *Distance and the Use of Social Space by Nursing Home Residents*, "Journal of Interior Design", no. 25, pp. 1–15.
- Rahman A.N., Schnelle J.F., 2002, *Strategies for improving residents' nighttime sleep*, "Nursing Homes: Long Term Care Management", no. 51(6), p. 63.
- Regnier V., 2002, *Design for assisted living: Guidelines for housing the physically and mentally frail*, John Wiley & Sons, New York.
- Regnier V., 1994, *Assisted living housing for the elderly: Design innovations from the United States and Europe*, Van Nostrand Reinhold, New York.
- Rodiek S., 2002, *Influence of an Outdoor Garden on Mood and Stress in Older Persons*, "Journal of Therapeutic Horticulture", no. 13, pp. 13–21.
- Rule, B.G., 1992, *Design of institutions: Cognitive functioning and social interactions of the aged resident*, "Journal of Applied Gerontology", no. 11(4), pp. 475–488.

- Skottheim A., Lövheim H., Isaksson U., Sandman P. O., Gustafsson M., 2018, *Insomnia symptoms among old people in nursing homes*, "International Psychogeriatrics", no. 30(1), pp. 77–85. doi:10.1017/S1041610217001703.
- Sommer R., Ross H., 1958, *Social interaction on a geriatrics ward*, "International Journal of Social Psychiatry", no. 4, pp. 128–133.
- Tilly J., Reed P., 2008, *Falls, wandering, and physical restraints: Interventions for residents with dementia in assisted living and nursing homes*, "Alzheimer's Care Today", no. 9(1), pp. 45–50. doi: 10.1097/01.ALCAT.0000309015.85457.f5
- Tinetti M., 2003, *Preventing falls in elderly persons*, "New England Journal of Medicine", no. 348(1), pp. 42–49.
- Ulrich R.S., Zimring C., Zhu X., DuBose J., Seo H.B., Choi Y. S., Joseph A., 2008, *A review of the research literature on evidence-based healthcare design*, "Heath Environments Research and Design", no. 1, pp. 101–165.
- Van Haitsma, K., Curyto, K.; Calkins, M., Saperstein, A., 2004, *The Environmental Design Lexicon for Dementia Care*, Final Report of grant IIRG-00-2058, funded by the Alzheimer's Association, Polisher Research Institute: North Wales, PA
- Wilson D.M., 2000, *End-of-life care preferences of Canadian senior citizens with caregiving experience*, "Journal of Advanced Nursing", no. 31, pp. 1416–1421. doi: 10.1046/j.1365-2648.2000.01456.x.
- Zeisel J., Silverstein N.M., Hyde J., Levkoff S., Lawton M.P., Holmes W., 2003, *Environmental Correlates to Behavioral Health Outcomes in Alzheimer's Special Care Units*, "The Gerontologist", no. 43(5), pp. 697–711.
- Zimmerman S., Gruber-Baldini A.L., Hebel J.R., Sloane P.D., Magaziner J., 2002, *Nursing home facility risk factors for infection and hospitalization: importance of registered nurse turnover, administration, and social factors*, "Journal of the American Geriatrics Society", no. 50(12), pp. 1987–1995.

Internet sources

- Alzheimer's Association, 2018, *Alzheimer's Disease Facts and Figures*. www.alz.org [02.02.2018]
- Alzheimer Europe, 2012, *Poland. The prevalence of dementia in Europe*. [http://www.alzheimer-europe.org/Policy-in-Practice2/Country-comparisons/The_prevalence-of-dementia-in-Europe/Poland/\(language\)/eng-GB](http://www.alzheimer-europe.org/Policy-in-Practice2/Country-comparisons/The_prevalence-of-dementia-in-Europe/Poland/(language)/eng-GB) [03.04.2018]
- Bergen G., Stevens M. R., Burns E. R., 2016, *Falls and fall injuries among adults aged ≥65 years — United States, 2014*, "MMWR and Morbidity and Mortality Weekly Report", no. 65, pp. 993–998. DOI: 10.15585/mmwr.mm6537a2
- Hofmann H., Schorro E., Haastert B., & Meyer G., 2015, *Use of physical restraints in nursing homes: A multicentre cross-sectional study*, "BMC Geriatrics", no. 15, pp. 129. <http://doi.org/10.1186/s12877-015-0125-x>
- Neugroschl J., & Wang S., 2011, *Alzheimer's Disease: Diagnosis and Treatment Across the Spectrum of Disease Severity*, "The Mount Sinai Journal of Medicine", no. 78(4), pp. 596–612. <http://doi.org/10.1002/msj.20279>

RECENZJE

Recenzja książki: Rafał Iwański, Edyta Sielicka, Aneta Jarzębińska, *Opieka paliatywna i hospicyjna w ujęciu społecznym i ekonomicznym*. Wydawnictwo Cedewu, Warszawa 2018.

W ostatnich latach przybywa publikacji z zakresu polityki społecznej, ochrony zdrowia, profilaktyki i edukacji społecznej. Nadal jednak istnieją zjawiska, przed którymi człowiek obnaża swoją bezradność i niewiedzę. Do nich niewątpliwie należy sytuacja umierania i śmierci. Diagnoza nieuleczalnej choroby własnej lub bliskiej osoby, perspektywa śmierci własnej, bądź osób znaczących nieustająco zaskakuje, napawa lękiem i bezradnością. Bezradność wobec śmierci dotyczy także braku wiedzy o przestrzeni, w której można szukać wsparcia, kiedy pojawia się konieczność radzenia sobie z bólem i cierpieniem. Brak wiedzy o przestrzeni, którą w sieci wsparcia tworzą hospicja, i która stała się naczelną kategorią w monografii autorstwa Rafał Iwańskiego, Edyty Sielickiej i Anety Jarzębińskiej pt. *Opieka paliatywna i hospicyjna w ujęciu społecznym i ekonomicznym* wydanej w 2018 przez wydawnictwo CeDeWu. W monografii ukazano szerokie spektrum zagadnień opieki nad pacjentem umierającym i członkami jego najbliższej rodziny, w szczególności jednak autorzy zogniskowali uwagę na problematyce organizacji i finansowania świadczeń opiekuńczych i medycznych udzielanych przez placówki opieki paliatywnej i hospicyjnej.

Monografia składa się z wprowadzenia, siedmiu rozdziałów oraz podsumowania wraz z rekomendacjami. Całość liczy 168 stron. Już we wprowadzeniu autorzy podkreślili, że *Mądra opieka nad pacjentem umierającym to taka, w której dba się o jakość i pełnię jego życia aż po kres. To opieka, której formę dobiera się w sposób świadomy i planowy, uwzględniając postęp choroby, zmiany w środowisku opiekuńczym oraz potrzeby medyczne i pozamedyczne chorego*. Po lekturze monografii powyższą myśl śmiało można uznać za oś, do której odnosili się autorzy w pracy badawczej a zarazem

najważniejszą spośród sformułowanych przez nich rekomendacji dla organizatorów opieki paliatywnej i hospicyjnej.

Rozdział pierwszy, teoretyczny stanowi tło dla prezentowanych wyników badań własnych. Autorzy skupili się na uwarunkowaniach opieki paliatywnej i hospicyjnej w Polsce, szczególną uwagę zwracając na aspekty prawne, kontekst historyczny oraz potrzeby osób śmiertelnie chorych i ich rodzin będące swoistym układem odniesienia dla pracy placówek opieki paliatywnej i hospicyjnej. W kolejnym rozdziale zawarte zostały informacje o systemowych mechanizmach finansowania świadczeń. W oparciu o aktualne unormowania prawne scharakteryzowano zakres usług gwarantowanych i finansowanych w ramach powszechnego systemu ubezpieczeń zdrowotnych. W tej części autorzy podjęli również problematykę pogłębiającą się nierównowagi pomiędzy rosnącą stroną popytową na usługi z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej a stroną podażową. Choć jak piszą, „nie jest możliwe aby wszyscy chorzy umierali w hospicjach stacjonarnych czy domowych i nie ma takiej potrzeby” (s. 59), dodają, iż przy obecnym strumieniu finansowania przez państwo świadczeń z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej a także z uwagi na dysproporcje w zasobach placówek, które organizują ten rodzaj opieki, nie jest możliwe utrzymanie odpowiednich standardów jej sprawowania. Rozdział trzeci poświęcono zagadnieniom związanym z edukacją tanatologiczną oraz znaczeniem wolontariatu w opiece paliatywnej i hospicyjnej. Przedstawione zostały różne trajektorie pomocne podczas edukacji tanatologicznej na poziomie makrostruktury, w tym w edukacji szkolnej a także kwestie związane ze specyfiką pracy wolontariuszy w jednostkach hospicyjnych, szczególnie dotyczące szkolenia tej formacji i organizacji jej pracy.

W kolejnych czterech rozdziałach autorzy zaprezentowali wyniki badań własnych, które przeprowadzili w 2017 roku na terenie województwa zachodniopomorskiego wśród podmiotów świadczących usługi z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej a także w formie wywiadów z przedstawicielami instytucji odpowiedzialnymi za redystrybucję środków zebranych w ramach obowiązkowego ubezpieczenia zdrowotnego. Jak stwierdzają autorzy, prowadzone badania miały na celu ustalenie, w jakich formach i w jakim zakresie w województwie zachodniopomorskim świadczona jest opieka paliatywna i hospicyjna oraz określenie poziomu niedofinansowania świadczeń w zależności od modelu organizacyjnego i dominującej grupy świadczeniobiorców.

Przeprowadzone badania dały podstawę, by stwierdzić, że finansowanie analizowanej opieki uzyskane w ramach kontraktu z NFZ pozwala niekiedy na pokrycie około 40% kosztów realizacji świadczeń oraz, że pochodzące stąd środki wydatkowane są głównie na działalność opiekuńczą i nie pozwalają na rozszerzenie zakresu usług poza minimum przewidziane w prawie. Z eksploracji autorów wynika również, że środki na realizację dodatkowych usług, które czynią opiekę paliatywną i hospicyjną pełną, adekwatną do potrzeb chorego i jego rodziny, podmioty uzyskują dzięki własnej aktywności: podczas zbiórek publicznych, wpłat od osób fizycznych i firm oraz w ramach odpisu 1% od podatku. Rozdział piąty traktuje o stosunkowo nowej, wciąż rozwijającej

się formie – perinatalnej opiece hospicyjnej. Autorzy określili zapotrzebowanie na świadczenia tego typu, jak i również dokonali analizy świadczeń wspomagających. W kolejnym rozdziale autorzy pochylili się nad opieką hospicyjną i paliatywną nad pacjentami małoletnimi. Przedstawili zakres świadczeń gwarantowanych dla pacjentów dziecięcych oraz formy wsparcia ich rodzin, w tym w okresie po śmierci dziecka. Ostatni, siódmy rozdział publikacji dotyczy opieki nad pacjentami dorosłymi, w szczególności nad osobami starszymi. W tej części opisano rodzaje wsparcia, na jakie może liczyć pacjent dorosły w województwie zachodniopomorskim. Szczególny akcent autorzy położyli na środowiskowe formy wsparcia.

Cenne są rekomendacje autorów monografii sformułowane w konsekwencji powiązanej analizy wszystkich badanych aspektów opieki paliatywnej i hospicyjnej. Dotyczą one wsparcia i rozbudowy polskiego systemu opieki nad pacjentem terminalnie chorym z uwzględnieniem jego regulacji prawnych i finansowych, ulokowania tejże opieki w sieci wzajemnie powiązanych organizacji pozarządowych oraz, co wydaje się szczególnie ważnym i mało dotychczas wyeksponowanym zagadnieniem – wsparcia jej poprzez edukację społeczną. Autorzy podkreślili rolę w tym zakresie pedagogów, psychologów i wolontariuszy- zarówno akcyjnych, jak i opiekuńczych oraz medycznych, którzy z jednej strony wspólnie budują etos opieki paliatywnej i hospicyjnej, z drugiej mają znaczący wpływ na przełamywanie społecznego tabu związanego z poruszaniem tematyki cierpienia, śmierci, umierania i wsparcia w chorobie. Jednakże, jak zaznaczyli autorzy, aby wymiar tych działań mógł być w pełni skuteczny, należy w sposób szczególny zwrócić uwagę na rzetelne i profesjonalne przekazywanie społeczeństwu wiedzy i umiejętności związanych z obszarem tanatologicznym.

Ze względu na podjętą problematykę i wartość poznawczą monografii jest ona kierowana przede wszystkim do wykładowców akademickich oraz do studentów pedagogiki, pracy socjalnej, polityki społecznej, nauk o zdrowiu. Z pewnością jej odbiorcami mogą być pedagodzy, lekarze, psychologowie kliniczni, pracownicy hospicjów, wolontariusze hospicyjni oraz członkowie organizacji pozarządowych. Monografia jest również dedykowana osobom, które znalazły się w trudnej sytuacji opieki nad chorym w fazie terminalnej. Jej lektura może być ważnym przyczynkiem, by powszechne fakty umierania i śmierci traktować jako sposobność uczestniczenia w sytuacji o szczególnym znaczeniu wychowawczym.

Paweł Jaskuła

Book review: Adam A. Zych (ed.), *The Encyclopedia of Old Age, Ageing, and Disability*, Association Thesaurus Silesiae, Katowice 2017

Human life has unprecedentedly quickly extended over the last hundred years. This great and magnificent triumph of human, constantly dreaming of longevity, “was completely unexpected. Demographers have not predicted a progressive increase in survival in these oldest age groups” (Friedman, 2015). A man transcends new, unexplored horizons of longevity. We have a significant role to fulfill ahead of us, which will have profound and far-reaching effects for future generations. *The Encyclopedia of Old Age, Ageing and Disability* was written in response to the challenges of today’s world.

The Encyclopedia is a comprehensive work including entries written by nearly 250 authors, experts in the field of gerontology and related areas. It was prepared under the Adam A. Zych’s stewardship. Professor Zych is a distinguished scholar, a full professor at the Institute of Pedagogy of the University of Lower Silesian in Wrocław.

This five-volume compendium contains over 1,400 entries, including 300 biographies, written in a clear and accessible style. The encyclopedia covers a wide range of topics including but not limited to: adaptation to disability, „Age-Friendly Cities”, ageism and discrimination, alcoholism and aging, Apallic Syndrome and „The Eyegaze Communication System”, the art of good dying, communicating with individuals with dementia, „dementagogics”, „Dementia Friend”, „digital immigrants”, elderspeak, end-of-life care, gerotranscendence quality of life, glottogeragogics, homelessness of the elderly, human life cycle, human life span, Laboratory of Architecture 60+” (LAB 60+), language and interpersonal communications in old age, loneliness and solitude, media culture of seniors, non-pharmacological treatment for Alzheimer’s disease, „The Lift Metaphor”, the old man in the Church, „The Time Travel”, robotisation and

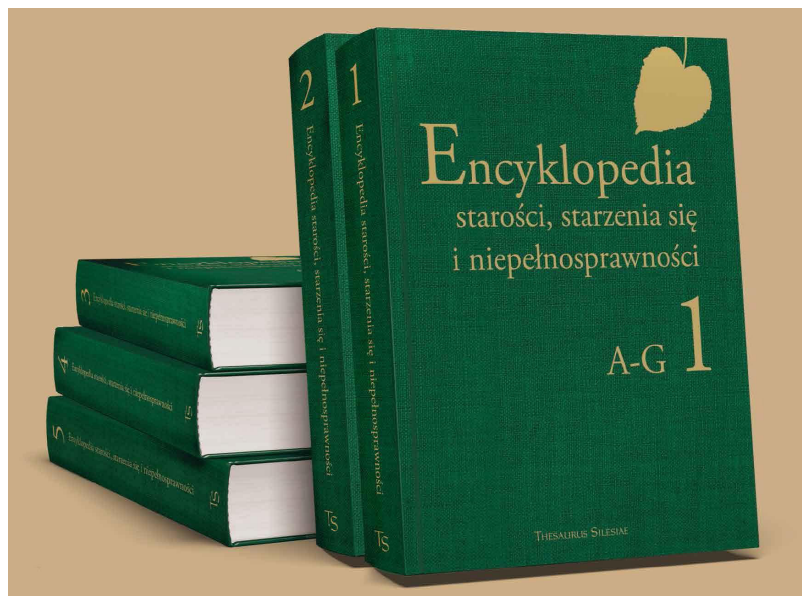
ageing, senior centre, silence in the life of elderly person, special andragogy, speech therapy for seniors, total pain.

The encyclopedia is a very informative resource addressed to health and social care workers, members of associations, societies and charitable foundations, acting for the elderly and the disabled. It will also benefit employees of employment agencies, academic teachers, students, libraries, care institutions, researchers, activists in governmental and non-governmental organizations, family caregivers who in their daily lives, lean with love, kindness and care over the care recipients. This unique work opens the reader's door to a world of comprehensive knowledge from which a holistic view of individuals in late adulthood and their needs emerges. It discovers a new way of reflection, perception, and action to improve the quality of older adults' lives. This publication is a remarkable foundation for the further development of gerontology and related sciences.

Netografia

Friedman L. F., *'One of society's greatest achievements' – in a simple chart of the past 175 years*, 2015 – Internet: <http://www.businessinsider.com/how-has-life-expectancy-changed-throughout-history-2015-6?IR=T>

Agnieszka Sikora-Balicka



Source: press materials. Publishers: Association Thesaurus Silesiae

NOTY O AUTORACH

Beáta Balogová, Prof. PhDr., PhD

Inštitút Edukológie a Sociálnej Práce, Filozofická Fakulta Prešovskej Univerzity
v Prešove; adres do korespondencji: beata.balogova@unipo.sk

Viera Bilasová, Prof. PhDr., CSc.,

Inštitút Etiky a Bioetiky, Filozofická Fakulta Prešovskej Univerzity v Prešove;
adres do korespondencji: viera.bilasova@unipo.sk

Beata Bugajska, doktor habilitowany profesor US

Katedra Pedagogiki Społecznej, Instytut Pedagogiki, Uniwersytet Szczeciński;
adres do korespondencji: beata.bugajska@usz.edu.pl

Agnieszka Cieśla, doktor inż. arch.

Katedra Gospodarki Przestrzennej i Nauk o Środowisku Przyrodniczym, Wydział Geo-
dezji i Kartografii, Politechnika Warszawska; Fundacja „Mimo wieku”;
adres do korespondencji: agnieszka.ciesla@pw.edu.pl

Jan P. Cieśla, doktor inż. arch.

Fundacja „Mimo wieku”;
adres do korespondencji: Jan.ciesla@mimowieku.pl

Rafał Iwański, doktor nauk ekonomicznych

Katedra Pedagogiki Społecznej, Instytut Pedagogiki, Uniwersytet Szczeciński;
adres do korespondencji: rafal.iwanski@usz.edu.pl

Paweł Jaskuła, doktorant

Katedra Międzynarodowych Stosunków Gospodarczych, Wydział Gospodarki
Międzynarodowej, Uniwersytet Ekonomiczny w Poznaniu;
adres do korespondencji: pawel.jaskula@ue.poznan.pl

Magdalena Leszko, doktor

Instytut Psychologii, Uniwersytet Szczeciński;
adres do korespondencji: magdalena.leszko@usz.edu.pl

Marek Niezabitowski, doktor habilitowany,

Katedra Stosowanych Nauk Społecznych, Wydział Organizacji i Zarządzania,
Politechnika Śląska;
adres do korespondencji: marek-niez@wp.pl; marek.niezabitowski@polsl.pl

Agnieszka Sikora-Balicka, doktorantka

Wydział Nauk Pedagogicznych, Dolnośląska Szkoła Wyższa TWP we Wrocławiu;
adres do korespondencji: asikorabalicka@gmail.com

Anna Sznajder, doktor

Polskie Towarzystwo Ludoznawcze/ o. Kraków;
adres do korespondencji: annabarbarasznajder@gmail.com

