

Monika MAGDZIAK¹

TYPOLOGIA OSÓB STARSZYCH POD KĄTEM POTRZEB MIESZKANIOWYCH

1. Wstęp

Zgodnie z założeniami psychologii środowiskowej istnieje ścisły związek między człowiekiem a jego środowiskiem życia na zasadzie wzajemnego oddziaływania. Projektowanie środowiska zbudowanego powinno zatem uwzględniać potrzeby i preferencje użytkowników danej przestrzeni. Wymaga to interdyscyplinarnego podejścia opartego o wiedzę z zakresu architektury i urbanistyki, ale także socjologii i psychologii. Przyjmując zależność, między jakością życia a jakością środowiska mieszkaniowego osób starszych, oczywiste jest, że aby miejsce zamieszkania wpływało na poczucie zadowolenia i dobrostan psychiczny seniorów musi być kształtowane przy uwzględnieniu specyficznych wymagań związanych z wiekiem. Aby zrozumieć, jakie są w tym zakresie potrzeby i oczekiwania osób starszych, konieczne jest poznanie różnych aspektów procesu starzenia się oraz zdefiniowanie typowych problemów seniorów na różnych etapach starości.

Za cel badań obrano pogrupowanie populacji osób starszych oraz w oparciu o analizę ich potrzeb „obiektywnych”, wynikających z kondycji psychofizycznej i stopnia samodzielności, opracowanie charakterystyki poszczególnych grup. Ostatecznym celem jest wyłonienie przesłanek pozwalających sformułować oczekiwania wobec środowiska mieszkaniowego dla poszczególnych grup osób starszych. Uzyskana w ten sposób typologia i charakterystyka seniorów może być podstawą dopasowania adekwatnych modeli mieszkaniowych do użytkowników, na podstawie określonego poziomu zależności funkcjonalnej mieszkańców.

W pracy oparto się na kilku metodach badawczych. Wykorzystano metodę badań literatury z zakresu gerontologii – głównie psychologii, socjologii i biologii starzenia się. Na jej podstawie opracowano charakterystykę kolejnych okresów starości. W odniesieniu do poziomu samodzielności i kondycji psychofizycznej, wyłoniono grupy użytkowników o specyficznych potrzebach i scharakteryzowano ich problemy. Opracowana klasyfikacja i charakterystyka użytkowników została uzupełniona o preferencje względem środowiska mieszkaniowego dla każdego z potencjalnych „profilu użytkowników” form mieszkaniowych.

¹ Wydział Architektury Politechniki Białostockiej, ul. Oskara Sosnowskiego 11, 15-893 Białystok, e-mail: m.magdziak@pb.edu.pl

Zaprezentowano je w formie logicznej konkluzji w zestawieniu tabelarycznym, w oparciu o metodę analizy i konstrukcji logicznej [1].

Na tym etapie wykorzystano osobiste doświadczenia i wiedzę z badań terenowych przeprowadzonych w Domach Pomocy Społecznej dla osób starszych, oraz informacje z przeprowadzonych w nich wywiadach z pracownikami i mieszkańcami. Szczegółów tych badań nie zamieszczono w niniejszym opracowaniu.

2. Starość i starzenie się w ujęciu interdyscyplinarnym

Termin starość jest definiowany przez gerontologów jako okres, w którym zachodzą zmiany pogarszające możliwości adaptacyjne do zmieniających się warunków środowiska wewnętrznego i zewnętrznego, rozpoczynający się umownie w 60 lub 65 roku życia i kończący się śmiercią [2].

Do wyznaczenia umownego progu starości, przyjmuje się powszechnie **wiek kalendarzowy** ustalony na podstawie daty urodzenia. Większość współczesnych gerontologów przyjmuje za początek starości 60 rok życia [3]. Należy jednak wziąć pod uwagę fakt iż osoby w jednakowym wieku metrykalnym, wykazują znaczne różnice między sobą, pod względem ogólnego stanu sprawności biologicznej, psychicznej czy też znajdują się w różnych sytuacjach społecznych. Dlatego też, indywidualny dla każdej osoby stopień zaawansowania starości, trafniej wyznaczają, określane za pomocą testów: **wiek biologiczny**, **wiek psychiczny** i **wiek społeczny**, które często nie pokrywają się z wiekiem kalendarzowym [4]. Dlatego też najczęściej spotykane definicje starości uwzględniają jej **wielopłaszczyznowość** i odnoszą się do naruszenia równowagi psychicznej, pogorszenia się funkcji biologicznych i społecznych, wzrostu upośledzenia sprawności oraz ograniczania kontaktów ze środowiskiem zewnętrznym, co jest często wynikiem oddziaływania szeregu czynników środowiskowych i zdrowotnych [5].

2.1. Starzenie się jako zjawisko biologiczne

Procesy biologicznego starzenia przebiegają indywidualnie u poszczególnych osób. Często ich tempo jest przyspieszone przez różne procesy chorobowe. Dlatego też wyróżniamy starość prawidłową i starość przedwczesną (patologiczną) [6].

Starość prawidłowa w dużej mierze warunkowana jest cechami genetycznymi i określana jest na podstawie porównawczych norm sprawności dla poszczególnych grup wiekowych. Wiek biologiczny jest zasadniczo nieodwracalny.

W dzisiejszych czasach coraz częściej i większym stopniu stan zdrowia osób starszych jest konsekwencją wcześniejszego złego trybu życia, wpływu szkodliwych czynników zewnętrznych i wiąże się z chorobami. Wówczas mamy do czynienia ze **starością patologiczną**. Powszechnie spotykanymi schorzeniami osób starszych są miażdżyca tętnic, zwyrodnienie stawów, przewlekłe zapalenie oskrzeli, rozedma płuc oraz nowotwory.

Większość tych chorób charakteryzuje się długotrwałością, pogorszeniem sprawności, utrata samodzielności oraz różnorodnymi następstwami psychospołecznymi.

Również sytuacja społeczna, czyli np.: nagła zmiana warunków mieszkaniowych, środowiskowych, pogorszenie sytuacji materialnej, izolacja społeczna, monotonia życia codziennego, wpływają na kondycję psychiczną osób starszych, obniżenie samooceny i przyspieszają procesy starzenia się [7].

Charakterystyczne dla okresu starości są również zaburzenia zdrowia psychicznego. Mogą one prowadzić do poważnych zmian chorobowych i konieczności stałej opieki. Wśród rozpoznanych zaburzeń psychicznych, występujących u osób starszych, najpowszechniejszymi są demencja i depresja [8]. **Demencja** (otępienie) jest zespołem zaburzeń procesów poznawczych dotyczących całej osobowości, pamięci i intelektu. Obok problemów z pamięcią, pojawiają się zaburzenia mowy, aktywności ruchowej, zdolności rozpoznawania i identyfikowania przedmiotów, zdolność porozumiewania się, planowania i inicjowania wydarzeń, jak i zaburzenia wykonawcze złożonych zachowań [9]. **Depresja** jest natomiast zespołem zaburzeń psychicznych. Może być wywołana pogorszeniem sytuacji zdrowotnej, zmianą pełnionych ról społecznych. Może być również skutkiem izolacji i osamotnienia. Osoby cierpiące na depresję czując się bezużytecznymi i nie widząc sensu życia, często podejmują próby samobójcze [10].

Starzenie patologiczne sprzyja więc rozchwianiu ogólnej równowagi organizmu, czego skutkiem jest upośledzenie sprawności człowieka, zaburzenia w jego funkcjonowaniu i przystosowaniu. W efekcie działania szeregu czynników przyspieszających starzenie się, wraz z wiekiem rośnie odsetek osób starszych niepełnosprawnych, których sprawność fizyczna, psychiczna czy umysłowa, ogranicza lub uniemożliwia ich niezależne funkcjonowanie w codziennym życiu.

2.2. Starzenie się jako zjawisko psychologiczne

Starzenie się jako zjawisko psychologiczne dotyczy zmian zachodzących wraz z wiekiem w **osobowości** i **inteligencji**. W okresie starości podstawowa struktura osobowości, ukształtowana we wcześniejszych etapach życia, nie ulega radykalnym zmianom. Raczej można zaobserwować nasilenie wcześniej ukształtowanych cech charakteru oraz duże przyzwyczajenie do przedmiotów, pewnych schematów zachowań czy dotychczasowego rytmu dnia [11].

Natomiast **sprawność umysłową** osób starszych analizuje się na podstawie: inteligencji, wyobraźni twórczej oraz zdolności do zapamiętywania i uczenia się. Pełna sprawność umysłowa może zostać utrzymana do najpóźniejszych etapów starości. Dlatego obecnie przyjmuje się, że inteligencja nie zmniejsza się wraz z wiekiem, lecz zmienia [11]. Pedagodzy przyjmują, że człowiek rozwija się przez całe życie. Zwracają szczególną uwagę na konieczność zachowania samodzielności oraz podejmowania przez ludzi starszych różnych form aktywności edukacyjnej, społecznej i kulturalnej [11], [12].

2.3. Starzenie się jako zjawisko społeczne

Starzenie się jako zjawisko socjologiczne rozpatrywane jest przede wszystkim w aspekcie **zmieniających się ról społecznych**. Z reguły dotyczą one wycofywania się osób starszych z aktywnego życia społecznego. Największe zmiany w życiu osób starszych dokonują się wraz ze zmianą roli zawodowej i rodzinnej. **Przejście na emeryturę**, to jeden z najistotniejszych czynników, wpływających na zmianę nawyków i stylu życia osób starszych [11].

Z biegiem lat wzrasta **rola kontaktów rodzinnych**, i często jest to jedyny rodzaj stosunków społecznych, w jakich pozostaje człowiek starszy. W początkowym etapie starości, gdy stan zdrowia i sprawność są zadowalające, ludzie starsi świadczą więcej na rzecz swych dzieci, w miarę upływu lat zaczynają przeważać usługi dzieci na rzecz rodziców. Jest to szczególnie dotkliwy moment odwrócenia ról, gdy z roli opiekuna seniorzy muszą wcielić się w rolę osoby zależnej i potrzebującej pomocy ze strony swoich dzieci [11]. W tym przypadku odległość zamieszkiwania osób starszych od dzieci wpływa na jakość tych kontaktów i zakres pomocy. Im dystans ten jest mniejszy, tym więź rodzinna jest silniejsza, a kontakty są częstsze i bardziej różnorodne.

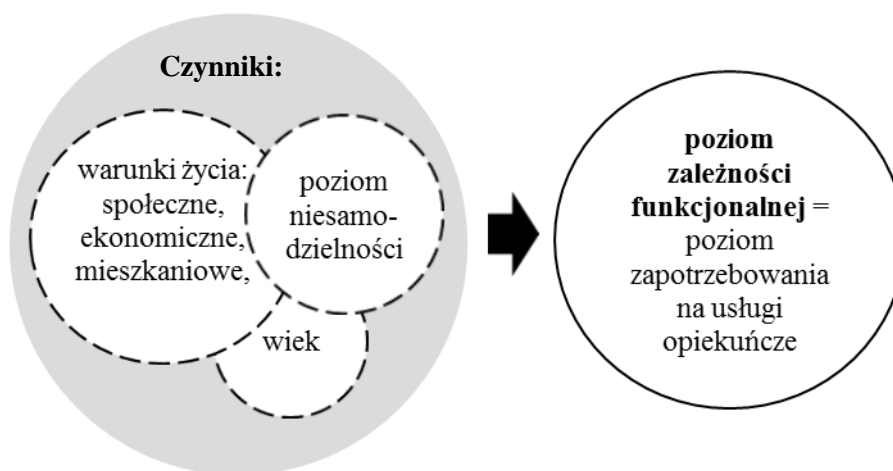
3. Osoby starsze – podział na grupy

Poszukując racjonalnych, obiektywnych przesłanek do kształtowania środowiska mieszkaniowego dla osób starszych powinniśmy zadać pytanie: czym różnią się potrzeby i oczekiwania tej grupy od „standardowych” wymagań, na czym polega ich specyfika? Odnosząc się do modelu hierarchii potrzeb człowieka wg Masłowa, który dotyczy wszystkich grup wiekowych i w którym za prymarne uznaje się w pierwszej kolejności potrzeby fizjologiczne, a następnie potrzebę bezpieczeństwa, możemy stwierdzić, że specyfika grupy ludzi starszych nie polega na zakresie potrzeb życiowych, ale na możliwościach samodzielnego ich zaspakajania i realizowania. Dostosowywanie środowiska mieszkaniowego do potrzeb osób starszych to nic innego jak działania komplementarne, usuwanie barier i kompensowanie braków, których celem jest umożliwienie w miarę normalnego funkcjonowania osobom o różnym stopniu niepełnosprawności i niesamodzielnności.

3.1. Niepełnosprawność a niesamodzielnność funkcjonalna osób starszych

Utrata sprawności życiowej może być mierzona różnymi narzędziami, np. **wskaźnikiem niepełnosprawności** [13], który określa poziom trudności pełnienia dotychczasowych ról społecznych, wynikający z uszkodzenia lub upośledzenia funkcji organizmu. Znaczne ograniczenie sprawności powoduje problemy w wykonywaniu czynności dnia codziennego związanych z samoobsługą lub prowadzeniem gospodarstwa domowego.

Osoby, które nie mogą samodzielnie wykonywać tych czynności i w związku z tym wymagają pomocy lub opieki innych osób, określa się jako **osoby niesamodzielne funkcjonalnie**. Jednak nie każda osoba niepełnosprawna jest osobą niesamodzielną. Nie bez znaczenia są też takie czynniki, jak: wiek, sprawność życiowa, ale także warunki środowiskowe, społeczne i ekonomiczne. **Osoby jednakowo niepełnosprawne mogą być więc w różnym stopniu zależne od wsparcia otoczenia**. Na poziom zależności funkcjonalnej, wpływają również różnego rodzaju bariery (również architektoniczne) utrudniające lub uniemożliwiające samodzielne funkcjonowanie w życiu codziennym, a poziom zależności funkcjonalnej osób starszych odzwierciedla poziom zapotrzebowania na usługi opiekuńcze [14].



Rys. 1. Czynniki wpływające na poziom zapotrzebowania na usługi opiekuńcze

Fig. 1. Factors determining the level of demand for care services

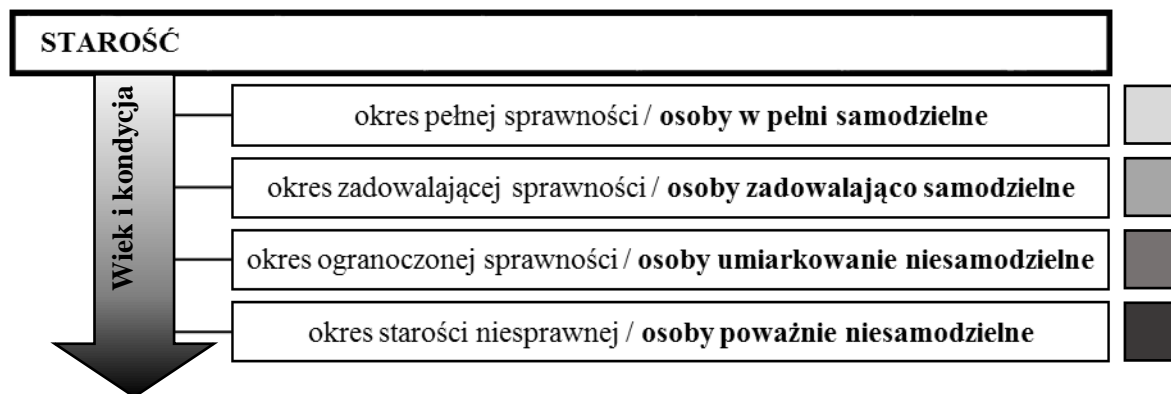
Źródło: Opracowanie własne

Najbardziej pożądanym rozwiązaniem jest zapewnienie różnych usług i opieki nad osobami starszymi na poziomie odpowiadającym zapotrzebowaniu i dostosowanym do poziomu zależności funkcjonalnej. Często zdarza się jednak, że poziom oferowanej pomocy nie jest adekwatny do potrzeb. Niezależnie od tego, czy usługi i pomoc świadczone są na wyższym, czy też na zbyt niskim poziomie, jest to sytuacja niekorzystna i niosąca ze sobą negatywne skutki. Dlatego w wielu krajach wysokorozwiniętych powstają różnorodne specjalne formy mieszkaniowe dla osób starszych niespotykane w Polsce. Są one dostosowane do potrzeb osób starszych o różnym poziomie sprawności i samodzielności funkcjonalnej.

3.2. Etapy starości uzależnione od kondycji psychofizycznej i poziomu samodzielności

Grupa osób starszych jest najbardziej złożoną grupą wiekową i tak jak nie da się precyzyjnie ustalić granicy, w której zaczyna się starość, tak też nie można precyzyjnie określić granic wiekowych między poszczególnymi etapami starości. Periodyzacje chronologiczne są więc umowne i służą głównie celom statystycznym. Z punktu widzenia

celów niniejszej pracy, bardziej przydatny jest podział starości na okresy odpowiadające różnym poziomom kondycji psychofizycznej osób starszych, które mają bezpośredni wpływ na poziom ich samodzielności. W oparciu o podział zaproponowany przez A. Kamińskiego wyróżniono cztery etapy starości: **okres pełnej sprawności, okres zadowalającej sprawności, ograniczonej sprawności, starości niesprawnej**, którym można przyporządkować poziomy niesamodzielności funkcjonalnej (rys.2) [15].



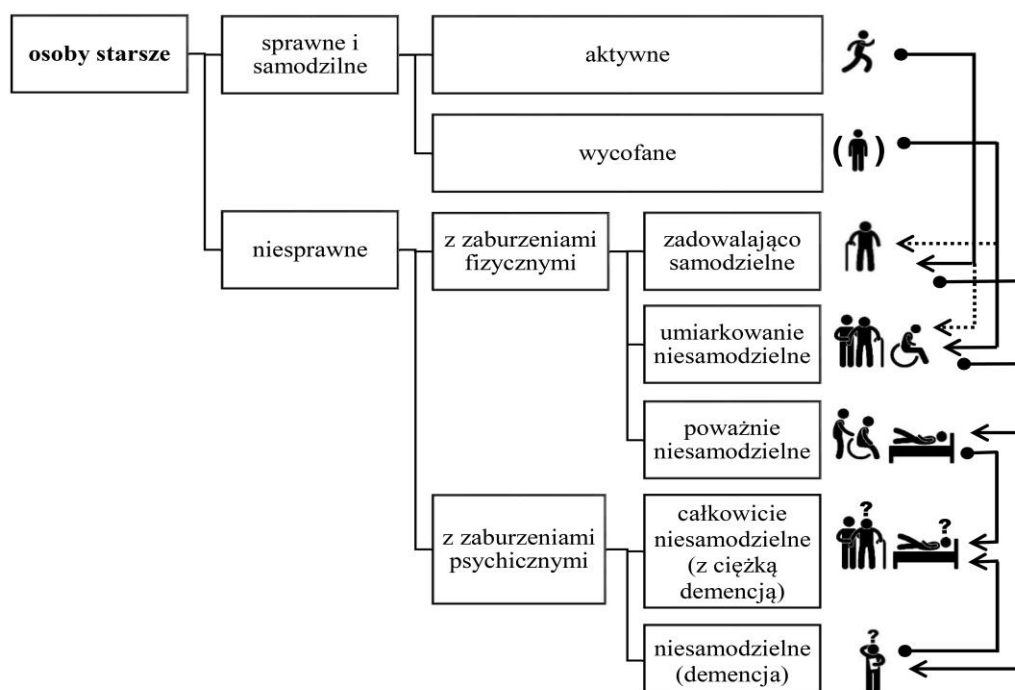
Rys. 2. Etapy starości według kryterium kondycji psychofizycznej i poziomu samodzielności
 Fig. 2. Stages of old age according to psychophysical condition and the level of independence
 Źródło: Opracowanie własne

4. Klasyfikacja seniorów - użytkowników środowiska mieszkaniowego

Dzięki poznaniu procesów starzenia się i etapów starości, jesteśmy w stanie wyróżnić sześć podstawowych grup osób starszych o różnej skali potrzeb (rys.3., tabela 1).

Wśród seniorów są osoby **sprawne** i samodzielne oraz **niesprawne**, które wymagają pomocy i opieki w codziennym funkcjonowaniu. Grupa osób starszych sprawnych i samodzielnych, nie jest jednolita. Są tu seniorzy o różnych preferencjach wynikających z ich osobowości lub sytuacji życiowej. Występują dwa przeciwstawne wzorce: **osoby aktywne** lub **wycofane z życia społecznego** [16]. Wśród młodszych generacji sprawnych seniorów dominuje wzorec aktywny. Często są to osoby ciągle pełniące swoje role zawodowe lub rodzinne. Wraz z postępującymi procesami starzenia się, utratą zdrowia i nasilaniem się trudności w wykonywaniu czynności dnia codziennego, bardziej powszechny staje się model osoby starszej wycofanej, często również samotnej. W grupie osób starszych niesprawnych można wyróżnić dwie podstawowe grupy: osoby **z zaburzeniami fizycznymi** lub **z zaburzeniami psychicznymi**, przy czym obie niesprawności mogą wystąpić jednocześnie. Osoby z zaburzeniami fizycznymi, w zależności do ich stanu zdrowia i poziomu samodzielności funkcjonalnej, można przyporządkować do różnych etapów starości. Wyróżnić można osoby, które pomimo kłopotów zdrowotnych są **zadowalająco samodzielne** i wymagają tylko sporadycznej pomocy, ale także osoby niesamodzielne, wymagające stałej opieki dostosowanej do poziomu ich niesprawności. Procesy starzenia się przebiegają

zazwyczaj płynnie, ale niesamodzielnych seniorów można umownie podzielić na osoby **umiarkowanie niesamodzielne** (które mają trudności z wykonywaniem niektórych czynności dnia codziennego i są uzależnione od stałej pomocy innych osób) i **poważnie niesamodzielne** (zazwyczaj osoby leżące lub poruszające się na wózku inwalidzkim przy pomocy innych osób, wymagające opieki ale często również zabiegów pielęgnacyjnych). Natomiast **osoby niesprawne z zaburzeniami psychicznymi**, są to głównie osoby z różnymi formami otępienia starczego, przede wszystkim z chorobą Alzheimera. Osoby te mają szczególne potrzeby i wymagają stałego nadzoru, a w przypadku zaawansowanego stadium choroby, które prowadzi do stanu wegetatywnego, wymagają intensywnej opieki i pielęgnacji.



Rys. 3. Klasyfikacja osób starszych
Fig. 3. Classification of older people
Źródło: Opracowanie własne

Proponowany podział jest umowny. Przebieg procesów starzenia się jest z reguły płynny, a więc osoba starsza może być na pograniczu wyłonionych grup. Jedna osoba starsza może również przynależeć do więcej niż jednej grupy. Zobrazowano to na rys.3. za pomocą strzałek.

Charakterystyka grup użytkowników, zawierająca cechy ich kondycji psychofizycznej i społecznej przedstawiona jest w tabeli 1. Na podstawie opracowanej charakterystyki sformułowano oczekiwania w stosunku do najbliższego środowiska mieszkaniowego, w tym potrzeby w zakresie serwisu, pomocy, opieki. W poniższej tabeli zamieszczono wyniki badań dotyczących tego zagadnienia, które mogą być podstawą dopasowania adekwatnych modeli mieszkaniowych do użytkowników, na podstawie określonego poziomu zależności funkcjonalnej mieszkańców [17].

Tabela 1

„Profil” użytkownika – charakterystyka, wymagania względem środowiska zamieszkiwania

Cechy	Oczekiwane środowisko mieszkaniowe / zapotrzebowanie na pomoc, opiekę i usługi
OSOBY AKTYWNE	
<ul style="list-style-type: none"> • aktywność zawodowa i rodzinna oraz ciągłość aktywności społecznej, • umiejętne zastępowanie dotychczasowej aktywności i pełnionych ról nowymi działaniami, • zachowanie wypracowanych wcześniej wartości i wzorców, • zachowanie aktywności sportowej i rekreacyjnej. 	<ul style="list-style-type: none"> • środowisko mieszkaniowe umożliwiające podejmowanie różnorodnych aktywności i utrzymanie kontaktów społecznych, • dostęp do terenów sportowych, rekreacyjnych, • przestrzenie wspólne integrujące, <hr/> <ul style="list-style-type: none"> • serwis^e w zależności od preferencji, • dostęp do usług^f.
OSOBY WYCOFANE	
<ul style="list-style-type: none"> • wycofanie się z nadmiernej aktywności, pełnionych dotychczas ról i obowiązków, • wykorzystanie czasu wolnego na indywidualne hobby, • ograniczenie kontaktów społecznych, • izolacja, osamotnienie – depresja, • monotonia życia codziennego, apatia i brak motywacji do działania, • niewiedza i bezradność, ageizm, brak poczucia bezpieczeństwa. 	<ul style="list-style-type: none"> • środowisko mieszkaniowe dające poczucie bezpieczeństwa, sprzyjające kontaktom społecznym, np. zamieszkanie wśród osób o podobnych doświadczeniach życiowych, zainteresowaniach, <hr/> <ul style="list-style-type: none"> • serwis^e w zależności od preferencji.
OSOBY ZADOWALAJĄCO SAMODZIELNE	
<ul style="list-style-type: none"> • wystarczająca sprawność i zadowolająca samodzielność, • utrata lub zmiana pełnionych ról społecznych - podejmowanie nowych celów życiowych i zadań rozwojowych, • stopniowe przechodzenie na emeryturę i przyjęcie roli człowieka starszego, • zachwianie równowagi emocjonalnej - kryzys wieku podeszłego, • drobne problemy zdrowotne i obniżenie sprawności ruchowej, • spadek kondycji i odporności organizmu - umiarkowana aktywność, • wspomaganie czynności ruchowych środkami technicznymi i regularne przyjmowanie leków. 	<ul style="list-style-type: none"> • środowisko mieszkaniowe pozbawione barier architektonicznych, • uzupełnione o przestrzenie wspólne sprzyjające aktywności i zachowaniu kontaktów społecznych, <hr/> <ul style="list-style-type: none"> • okazjonalna pomoc^a w miejscu zamieszkania • serwis^e w zależności od potrzeb, • dostęp do podstawowych usług zdrowotnych^g • dostęp do podstawowych usług komercyjnych – sklep, restauracja, usługi kosmetyczne, fryzjerskie, • system przywoławczo-alarmowy w zależności od potrzeb.
OSOBY UMIARKOWANIE NIESAMODZIELNE	

<ul style="list-style-type: none"> • umiarkowana niesamodzielność i ograniczona sprawność, • zmniejszenie przydatności zawodowej i utrata pełnionych dotychczas ról społecznych, • odwrócenie ról - przyjęcie roli osoby zależnej od pomocy innych, • duże problemy zdrowotne i trudności w wykonywaniu niektórych czynności życia codziennego – niepełnosprawność, • wspomaganie czynności ruchowych środkami technicznymi przy pomocy innych osób - ograniczone możliwości aktywności ruchowej - niebezpieczeństwo urazów, • osłabienie zmysłów – głównie wzroku i słuchu • niechęć do podejmowania różnych działań - formy aktywności biernej • regularne przyjmowanie leków i początkowe zaburzenia zdrowia psychicznego, • utrata poczucia bezpieczeństwa. 	<ul style="list-style-type: none"> • środowisko mieszkaniowe pozbawione barier architektonicznych, • bezpieczne, • sprzyjające aktywności biernej i pobudzające optymistyczne myślenie, • niezbyt skomplikowany układ funkcjonalno-przestrzenny, • obecne elementy charakterystyczne, ułatwiające orientację w przestrzeni, • elementy stymulujące słabnące zmysły - zróżnicowane kolory, faktury, wzory i kontrastujące połączenia, • elastyczne kształtowanie strefy mieszkaniowej, • integracja ze sprawnymi osobami starszymi, kontakty z rodziną i przyjaciółmi, <hr/> <ul style="list-style-type: none"> • pomoc^a, opieka^b i rehabilitacja^h w zależności od potrzeb, • podstawowe usługi zdrowotne^g • zorganizowany transport, • system przywoławczo-alarmowy.
--	--

OSOBY POWAŻNIE NIESAMODZIELNE	
<ul style="list-style-type: none"> • poważna niesamodzielność jednostki, • całkowita zależność od innych osób przy wykonywaniu czynności życia codziennego • duże problemy zdrowotne, znaczny stopień niepełnosprawności, • niemożliwość podejmowania różnych działań i aktywności, • osoby sporadycznie lub w ogóle nie opuszczają swojego łóżka, • wspomaganie czynności ruchowych środkami technicznymi tylko przy pomocy innych osób, • niemożliwość zachowania pełnionych dotychczas ról społecznych i zawodowych. 	<ul style="list-style-type: none"> • pozbawione barier architektonicznych, • sprzyjające aktywności biernej i pobudzające optymistyczne myślenie, • umożliwiające obserwację otoczenia, • zachowanie kontaktów społecznych, kontakty z rodziną i przyjaciółmi, <hr/> <ul style="list-style-type: none"> • opieka^b, pielęgnacja^d, rehabilitacja, • opieka medyczna^c w zależności od potrzeb, • system przywoławczo-alarmowy.
OSOBY Z ZABURZENIAMI PSYCHICZNYMI (DEMENCJA)	

<p>➔ Niesamodzielne (demencja) :</p> <ul style="list-style-type: none"> • procesy myślowe przebiegają wolniej niż u sprawnych psychicznie seniorów, • znaczne wydłużenie czasu reakcji i brak możliwości długotrwałej koncentracji, • zaburzenia pamięci, świadomości i problemy z orientacją, • bezradność, zagubienie, zaniedbanie higieniczne, • problemy ze snem, lęki i urojenia, drażliwość i agresja, • nasilenie wcześniej ukształtowanych cech charakteru, • przyzwyczajenie do schematów zachowań - ukształtowany rytm dnia codziennego, • potrzeba zachowania ciągłości pomiędzy poprzednim okresem życia, <p>➔ całkowicie niesamodzielne (z ciężką demencją):</p> <ul style="list-style-type: none"> • regres rozwoju - stopniowo zanikają wszystkie umiejętności życiowe ➔ stan wegetatywny, • utrata sprawności fizycznej. <hr/>	<ul style="list-style-type: none"> • pozbawione barier architektonicznych, • bezpieczne, • wyizolowane przestrzenie do samodzielnego poruszania się, • przestrzenie umożliwiające podejmowania aktywności i obserwacji, • dostęp do terenów zewnętrznych, kontakt z naturą, • prosty układ funkcjonalno-przestrzenny – stymulujący zmysł pamięci i orientacji, <ul style="list-style-type: none"> • domowy charakter zbliżony do poprzedniego miejsca zamieszkania, • wyposażenie w znajome przedmioty, • kontakt z bliskimi osobami, <hr/> <ul style="list-style-type: none"> • pomoc^a, opieka^b lub pielęgnacja^d w zależności od potrzeb, • system przywoławczo-alarmowy, • system kontroli i nadzoru, • zajęcia pobudzające procesy myślowe – terapia zajęciowa.
<p>^a Pomoc- świadczenia udzielane w ramach samodzielnej egzystencji, pomoc w wykonywaniu prac domowych, przyjmowanie leków, podróżowanie, robienie zakupów, przyrządzanie posiłków.</p> <p>^b Opieka- całodobowa pomoc w wykonywaniu podstawowych czynności samoobsługowych.</p> <p>^c Opieka medyczna- całodobowa opieka pielęgniarstwa, monitoring stanu zdrowia, zabiegi medyczne.</p> <p>^d Pielęgnacja- opieka nad osobami obłożnie chorymi.</p> <p>^e Serwis- okazjonalna pomoc i podstawowe usługi świadczone w miejscu zamieszkania, np. zakupy dostarczane do domu, catering, usługi pralnicze, sprzątanie, naprawy, organizowanie wyjazdów.</p> <p>^f Usługi - usługi kulturalne i oświatowe, publiczne i społeczne, komercyjne.</p> <p>^g Podstawowe usługi zdrowotne – lekarz pierwszego kontaktu, dentysta.</p> <p>^h Rehabilitacja – zabiegi i zajęcia usprawniające, m.in. fizykoterapia, terapia zajęciowa.</p>	

Źródło: opracowanie własne.

4. PODSUMOWANIE

Na podstawie przedstawionych informacji można stwierdzić, że:

- populacja osób starszych jest bardzo zróżnicowana, a procesy starzenia się przebiegają indywidualnie i odbywa się na różnych płaszczyznach: biologicznej, psychologicznej i społecznej,

- starość wiąże się z pogarszaniem się stanu zdrowia, przemianami osobowości, utratą pełnionych ról społecznych, a w konsekwencji z uzależnieniem od pomocy innych osób i instytucji,
- utrata samodzielności i wzrost zależności funkcjonalnej są głównymi czynnikami generującymi zapotrzebowanie na specjalne formy mieszkaniowe połączone ze świadczeniem usług, pomocy i opieki,
- poziom usług, pomocy i opieki oraz stopień dostosowania środowiska zamieszkiwania powinien odpowiadać indywidualnym preferencjom i potrzebom seniorów aby wspierać ich samodzielność i zapewnić odpowiedni komfort życia,
- badania z zakresu gerontologii ujawniają różnorodność problemów i preferencji mieszkaniowych seniorów,
- badania z zakresu psychologii środowiskowej są niezbędną podstawą procesu projektowego,
- badania interdyscyplinarne dotyczące środowiska zamieszkiwania seniorów dają nadzieję na nową jakość życia seniorów w odpowiednim środowisku, budowanym w oparciu o wiedzę.

BIBLIOGRAFIA

1. Niezabitowska E.: Metody i techniki badawcze w architekturze. Wydawnictwo Politechniki Śląskiej, Gliwice 2014, s.185-186.
2. Klonowicz S.: Oblicza starości: wybrane zagadnienia gerontologii społecznej. Tom 347, Biblioteka Wiedzy Współczesnej Omega, Wiedza Powszechna, Warszawa 1979, s. 10-11.
3. Tokaj A.: U progu starości. Eruditius, Poznań 2000, s. 27.
4. Zych A.: Słownik gerontologii społecznej. Wydawnictwo naukowe ŻAK, Warszawa 2001, s. 243.
5. Pecyna M. B.: Psychoprofilaktyka procesu starzenia się. „Zdrowie Psychiczne”, nr 1-4, Warszawa 1990, s. 59.
6. Wiśniewska-Roszkowska K.: Podstawowe pojęcia w zakresie geriatrii i gerontologii. [w:] Wiśniewska-Roszkowska K. (red.): Gerontologia dla pracowników socjalnych, PZWL, Warszawa 1982, s. 10.
7. Wiśniewska-Roszkowska K.: Zdrowie i choroba. Główne procesy patologiczne. Ogólna charakterystyka chorób u ludzi starszych. [w:] Wiśniewska-Roszkowska K. (red.): Gerontologia dla pracowników socjalnych, PZWL, Warszawa 1982, s. 38-39.
8. Kocemba J., Kołomyjska G.: Gerontologia. Wydawnictwo AWF, Kraków 1989, s. 38.
9. Leszek J.: Diagnostyka różnicowania niektórych chorób otępiennych. Leszek J. (red.): Choroba Alzheimer. Wrocław 1998, s. 173
10. Woźnicka A., Pabjan L.: Depresja u ludzi starszych. „Praca Socjalna” nr 2, 1996, s. 32-33.
11. Leszczyńska-Rejchert A.: Człowiek starszy i jego wspomaganie - w stronę pedagogiki starości. Wydawnictwo Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego, Olsztyn 2007, s. 51-64.

12. Kawula S.: Dodawanie życia do lat jako strategia pedagogiki „trzeciego wieku”. [w:] de Tchorzewski A.M., Chrapkowska-Zielińska A. (red.): Trzeci wiek: szanse - możliwości – ograniczenia. Wydawnictwo Uczelniane Akademii Bydgoskiej, Bydgoszcz 2000, s. 38.
13. Błędowski P.: Lokalna polityka społeczna wobec ludzi starych. Oficyna Wydawnicza Szkoły Głównej Handlowej, Warszawa 2002, s. 174.
14. Wilmowska-Pietruszyńska A.: Sprawność i samodzielność - problemy orzecznictwa i konsekwencje dla służby zdrowia i pomocy społecznej. Organizacja opieki długoterminowej, IX Międzynarodowa Konferencja Opieki Długoterminowej, Solidarność międzypokoleniowa, Toruń 17-19.09.2006, s. 9.
15. Kamiński A.: Wychowanie do starości. „Zdrowie Psychiczne” nr 1-2, Warszawa 1971, s. 93-94,101.
16. Atchley R.C.: Continuity and adaptation in aging: creating positive experiences, Johns Hopkins University Press, Minnesota 1999, pp. 103.
17. Magdziak-Grabowska M.: Formy mieszkaniowe dla osób starszych, praca doktorska, Łódź 2014, s. 36-43.

TYOLOGIA OSÓB STARSZYCH POD KĄTEM POTRZEB MIESZKANIOWYCH

Streszczenie

Zgodnie z założeniami psychologii środowiskowej istnieje ścisły związek między człowiekiem a jego środowiskiem życia na zasadzie wzajemnego oddziaływania. Projektowanie środowiska zbudowanego adekwatnego do specyficznych potrzeb osób starszych wymaga więc interdyscyplinarnego podejścia opartego o wiedzę z zakresu architektury i urbanistyki, ale także socjologii, psychologii czy medycyny.

W niniejszej pracy, na podstawie badań literaturowych z zakresu gerontologii, opracowano typologię osób starszych i scharakteryzowano poszczególne grupy seniorów. Wyłonione cechy wynikające z kondycji psychofizycznej i społecznej na poszczególnych etapach starości, stały się podstawą logicznej konkluzji w postaci określenia oczekiwań w stosunku do najbliższego środowiska mieszkaniowego i zakresu niezbędnych świadczeń. Uzyskana w wyniku badań interdyscyplinarna wiedza na temat wzajemnej relacji, poziomu zależności funkcjonalnej seniorów i oczekiwań wobec środowiska mieszkaniowego, może być podstawą opracowania i dopasowania adekwatnych modeli mieszkaniowych do poszczególnych użytkowników.

TYOLOGY OF ELDERS IN TERMS OF HOUSING NEEDS

Summary

According to the environmental psychology there is a close relationship between man and his environment of life on the principle of mutual interaction.

Therefore, the design of the built environment adequate to specific needs of the elderly requires a multidisciplinary approach based on knowledge in the area of architecture and urban planning, but also sociology, psychology and medicine.

In this paper, the author based on studies of literature in the field of gerontology, developed a typology of elderly people and characterized particular groups of seniors. Emerged out characteristics resulting from the psychophysical and social condition at various stages of old age, became the basis of logical conclusion in the form of seniors' expectations to the nearest housing environment and range of required services. As a result of interdisciplinary research, the author got the knowledge about mutual relationship between level of a functional dependency of seniors and their expectations towards the housing environment. This might be the base to develop and adjust adequate housing models to individual users.

Badania zostały zrealizowane w ramach pracy nr S/WA/2/16 i sfinansowane ze środków na naukę MNiSW.