

Agata GAWLAK*
Agnieszka PTAK**

NOWE POTRZEBY PROZDROWOTNE SPOŁECZEŃSTW

Od końca XX w. prowadzi się zintensyfikowane badania dotyczące starzenia się społeczeństw, prognozując zarówno nieodwracalne skutki zjawiska, jak i duże tempo samego procesu. Jest to proces, który nie przebiega równomiernie we wszystkich krajach, co więcej, ocena procesu jest różna w zależności od kraju, grupy społecznej czy płci. Starzenie się społeczeństw i zmiana struktury społecznej, generując nowe potrzeby, stawiają architektom i projektantom nowe wyzwania. Osoby starsze to grupa, która nie tylko żyje dłużej, ale także pracuje dłużej, podróżuje więcej, uczy się więcej, ale i wymaga rozszerzonej opieki medycznej. Potwierdza to konieczność zrewidowania myślenia o systemie opieki długoterminowej. Przy czym nie chodzi tu stricte o zwiększanie liczby miejsc w istniejących ośrodkach, ich rozbudowę czy zwiększenie liczby personelu w sektorze opieki domowej. Potrzebna jest pewna nowa koncepcja wsparcia osób starszych, najpewniej z wykorzystaniem najnowszych technologii, by wsparcie, które otrzymają w zakresie opieki medycznej, było stałe i kompleksowe.

Słowa kluczowe: starzejące się społeczeństwa, projektowanie uniwersalne, niepełnosprawność

1. PERCEPCJA STARZENIA SIĘ

Zdrowie człowieka jako istoty biopsychospołecznej określa się na trzech uzupełniających się płaszczyznach: fizycznej, psychicznej oraz społeczno-duchowej (Gaweł, Urlińska 2016). Według definicji WHO „zdrowie jest stanem pełnego, dobrego samopoczucia/dobrostanu (*wellbeing*) fizycznego, psychicznego i społecznego,

* Politechnika Poznańska, Wydział Architektury, Instytut Architektury, Urbanistyki i Ochrony Dziedzictwa.

** Absolwentka Politechniki Poznańskiej Wydziału Architektury.

a jednostki lub grupy muszą mieć możliwość określania i realizowania swoich dążeń, zaspokajania potrzeb, a także zmiany środowiska bądź radzenia sobie z nim. Dlatego zdrowie jest postrzegane jako zasób życiowy, a nie cel życia. Zdrowie jest pojęciem pozytywnym, obejmującym zasoby osobiste i społeczne oraz możliwości fizyczne, a nie tylko brakiem obiektywnie istniejącej choroby czy niepełnosprawności¹.

Nie jest więc w żadnej mierze odkrywcze twierdzenie, że jako suma społeczeństw znaleźliśmy się w momencie intensyfikacji zjawiska wydłużania życia. Z jednej strony wpływa na to postęp w medycynie, przekładający się na efektywność diagnozowania pacjentów oraz skuteczność terapii, jak również jej dostępność i powszechność, w tym zarówno farmakologii, jak i inwazyjnych metod leczenia. Z drugiej strony zmniejsza się liczba urodzeń, co wpływa na zmiany struktury społecznej ze względu na wiek (maleje liczba urodzeń, a jednocześnie wzrasta liczba osób, które ukończyły 85 rok życia). Również dotychczasowe obserwacje ostatnich lat wskazują na tendencję starzenia się społeczeństw i przyrost osób powyżej 65 roku życia. Ta tendencja utrzymywana jest również w prognozach mówiących o tym, że starzenie się społeczeństw jest procesem, który będzie trudno odwrócić.

Na wykresie (rys. 1) pokazano, jak znacząco wzrosła długość życia na przestrzeni ostatnich niemal 30 lat. Dla mężczyzn średnia wydłużyła się o 5 lat, a dla kobiet aż o 6. Występuje tu jednocześnie zasada „podwójnego starzenia się ludności”, która jest związana ze zjawiskiem występowania w grupie osób starszych trzech podgrup:

- „młodych starych” (w wieku 65-74 lata),
- „starych starych” (75-84 lata),
- „najstarszych starych” (85 lat i więcej).

Wzrost procentowy ludności nie przebiega równolegle we wszystkich trzech grupach. Przyrost osób starszych w grupie „młodych starych” jest najniższy, a najwyższy występuje w grupie „najstarszych starych”.

Starzenie się społeczeństw, tak silnie już uświadomione, nie jest jednak na świecie zjawiskiem liniowym, proces nie przebiega równomiernie we wszystkich krajach, przeciwnie – jest zależny od regionu i kontynentu. Wynika on wszędzie ze wspomnianej niskiej liczby urodzeń oraz wydłużonej długości życia. Zjawisko najbardziej widoczne jest na kontynencie europejskim, natomiast sama prędkość tego procesu w Europie w ostatnich latach osłabła, nabrała za to tempa w obu Amerykach oraz Azji.

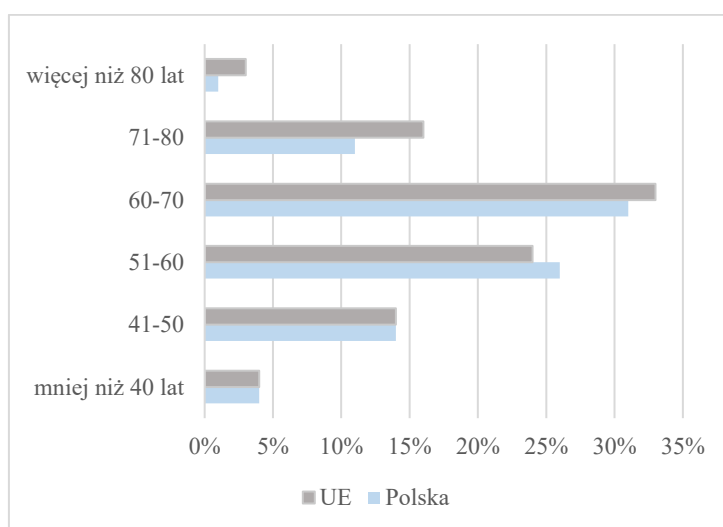
Porównywalność tego procesu określa się wskaźnikiem starzenia się demograficznego (WSD). Obecnie kraje o najwyższym wskaźniku starzenia (20-25%) to: Japonia, Włochy, Niemcy oraz Grecja. Po przeciwnej stronie tego bieguna są Zjednoczone Emiraty Arabskie ze wskaźnikiem 1%, dalej Afganistan, Angola, Bahrajn, Burkina Faso, Benin, Burundi, Czad, Gambia, Katar, Kuwejt. Polska znajduje się w połowie rankingu ze wskaźnikiem wynoszącym 15%. Problemem, który wynika

¹ WHO, <https://www.who.int/en/>.

z globalnego starzenia się, są nie tylko konsekwencje ekonomiczne, ale i nowe wyzwania społeczne, szczególnie w przypadku krajów średnio i mało rozwiniętych.

Starzenie jest procesem złożonym, wieloaspektowym, przebiegającym równoległe na płaszczyźnie biologicznej (fizjologicznej), psychologicznej (psychofizjologicznej) i społeczno-socjalnej. Zmienia się również percepcja wieku osoby starszej vs osoby młodej. Dane statystyczne pokazują, że w Polsce społeczeństwo postrzega jako osoby starsze te, które ukończyły 63 rok życia (dla mieszkańców krajów UE ten wiek jest zbliżony i wynosi 64 lata)². O ile jeszcze w połowie ubiegłego wieku za osoby starsze uważano te przekraczające 50 rok życia, o tyle obecnie granica ta przesunęła się o prawie dekadę. Wpływ na to ma przede wszystkim lepsza kondycja zdrowotna osób po 50 roku życia. W badaniu Eurostatu, któremu poddano respondentów z 27 państw Unii Europejskiej, w tym Polski, określono, jaki wiek uważany jest za początek starości (rys. 1)³.

Zacytowane badania Eurostatu tylko w części pokrywają się z innymi badaniami tego typu. W badaniu przeprowadzonym wśród 55 tys. mieszkańców Europy w wieku powyżej 15 lat określono subiektywną percepcję starzenia – przez wskazanie wieku, w którym kończy się młodość i zaczyna starość. Respondenci udzielali odpowiedzi na pytanie „W jakim wieku Pana / Pani zdaniem zaczyna się starość?” (rys. 1).



Rys. 1. Percepcja starzenia się wśród populacji Polski i krajów UE (oprac. A. Gawlak na podstawie Raportu Active Aging, Eurobarometer 378)

² Pobrano z: http://ec.europa.eu/commfrontoffice/publicopinion/archives/ebs/ebs_378_fact_pl_pl.pdf.

³ Tamże.

Aż 30% respondentów wskazywało, że starość rozpoczyna się w wieku 60 lat, ok. 25%, że o dekadę wcześniej. Wśród mieszkańców, którzy wskazywali, że młodość kończy się ok. 35 roku życia, były takie kraje, jak: Turcja, Wielka Brytania, Rumunia, Belgia oraz Portugalia. Po przeciwnej stronie znalazły się kraje takie jak Cypr oraz Grecja, których mieszkańcy koniec młodości utożsamiali z wiekiem powyżej 50 roku życia.

Natomiast w przypadku starzenia się znów mieszkańcy Turcji i Wielkiej Brytanii wskazali najniższe progi wiekowe, na poziomie 55 i 59 roku życia. Z kolei mieszkańcy Izraela, Grecji oraz Cypru za granicę starzenia się uznali wiek powyżej 67 roku życia.

Starość jest również przyczyną dyskryminacji. Za kraje, w których osoby starsze są najbardziej dyskryminowane, uważa się Francję, Wielką Brytanię, Rumunię, Portugalię, Norwegię oraz Węgry (powyżej 60%, przy średnim poziomie dla wszystkich krajów wynoszącym 40%). Polska plasuje się stosunkowo wysoko w rankingu, na poziomie 52%.

2. PROJEKTOWANIE UNIWERSALNE A ZMIANY SOCJODEMOGRAFICZNE

Największe zapotrzebowanie na wyroby i usługi dla osób w wieku 60+ dotyczy świadczeń zdrowotnych i usług opiekuńczych. Stacjonarną opiekę zdrowotną w Polsce na koniec 2016 r. zapewniało 957 szpitali ogólnych z liczbą łóżek 186 607. W szpitalach tych działało 48 oddziałów geriatrycznych z łączną liczbą 1122 łóżek. W 2010 r. było ich jedynie 21 z 569 łózkami.

Na koniec 2016 r. funkcjonowały jedynie 134 poradnie geriatryczne, w których udzielono łącznie 99,6 tys. porad lekarskich. W 2016 r. na jednego lekarza geriatrę w Polsce przypadało 54,9 tys. osób w wieku 60+. Najgorsza sytuacja wystąpiła w województwach warmińsko-mazurskim i wielkopolskim, gdzie na jednego lekarza ze specjalizacją w dziedzinie geriatrii przypadało odpowiednio 313,3 tys. i 191,7 tys. osób, najlepsza zaś w województwie małopolskim – 29,9 tys. osób [z raportu GUS].

Biorąc pod uwagę cechy psychofizjologiczne oraz tendencję starzenia się społeczeństw, poszukuje się nowych i systemowych rozwiązań dla form mieszkalnictwa w przyszłości. Można uznać, że pożądane formy zamieszkania powinny stanowić agregację przyszłych potrzeb społecznych na płaszczyźnie fizycznej, psychicznej i psychologicznej. Dążenie do spędzenia starości w wybranym miejscu zamieszkania stanowi zjawisko tzw. *aging in place* – opisane m.in. przez zespół badaczy z Nowej Zelandii i Kanady. Potwierdzają to polskie badania. Zgodnie z badaniami przedstawionymi przez S. Dudek-Mańkowską: „Dla wielu osób możli-

wość starzenia się w zaciszu własnego mieszkania jest jednym z najwyższych priorytetów, toteż działania władz publicznych powinny koncentrować się na modyfikacji ich fizycznego otoczenia tak, aby było ono bardziej przyjazne procesowi starzenia się, równoległe pracując nad dostępem starszych mieszkańców do alternatywnego transportu, możliwości uzyskania opieki lekarskiej we własnym domu, dostępności dostaw zakupów, leków do mieszkań” (Mańkowska-Dudek 2017). Koncepcja mieszkalnictwa chronionego lub wspomagane dla osób starszych stanowi alternatywę dla oferty zamieszkania w domach pomocy społecznej, jak również w części dla świadczeń opiekuńczych (pomoc środowiskowa) w miejscu zamieszkania seniora.

Z dużym prawdopodobieństwem jest to powiązane ze zjawiskiem *autobiographical insideness*⁴, polegającym na przywiązaniu do miejsca z uwagi na utożsamianie go ze zdarzeniami z przeszłości, zazwyczaj pozytywnymi lub subiektywnie pozytywnie postrzeganymi.

Marek Niezabitowski stworzył typologię uwarunkowań związanych z niechęcią osób starszych do zmiany miejsca zamieszkania i szczegółowo je opisał.

Zgodnie z przyjętą typologią za bariery uznaje się:

- przywiązanie do miejsca (*place attachment*),
- przyzwyczajenie do miejsca zamieszkania,
- przekonanie o walorach społecznych środowiska zamieszkania,
- funkcjonalną zależność od miejsca zamieszkania,
- kompetencję środowiskową – poczucie kontroli nad środowiskiem,
- obawę przed zmianą środowiska na inne,
- chęć zachowania niezależności, prywatności i intymności – utożsamianych z od lat zajmowanym mieszkaniem (Niezabitowski 2018).

Biorąc pod uwagę zarówno powyższe ograniczenia, jak i cechy fizjologiczne oraz psychospołeczne, opierając się na studiach literaturowych, autorki wyodrębniły czynniki, które determinują preferencje osób starszych dotyczące miejsca i sposobu zamieszkania. Są to: płeć, wiek, wykształcenie, status materialny, pochodzenie czy w końcu indywidualne doświadczenia.

Rozważając możliwe formy zamieszkania dla osób starszych, należy zawsze na końcu zachować indywidualne podejście i wrażliwość na ich zróżnicowane potrzeby.

⁴ *Autobiographical insideness* – zgodnie z teorią Grahama Rowlesa ma znaczenie dla osób starszych i nadawania miejscu zamieszkania cech tożsamych z życiowymi doświadczeniami.



Rys 2. Czynniki determinujące preferencje dotyczące warunków zamieszkania wśród osób starszych (oprac. A. Gawlak)

3. MIESZKALNICTWO WSPOMAGANE⁵

Każdy ma prawo do niezależnej egzystencji w wybranym przez siebie środowisku. Jedną z form pomocy społecznej, która umożliwia osobom starszym z niepełnosprawnościami niemal samodzielny byt oraz aktywność w społeczności lokalnej, jest mieszkalnictwo wspomagane. Polega ono na dostosowaniu środowiska zewnętrznego do potrzeb jednostki, która wymaga wsparcia w zakresie usług asystenckich lub opiekuńczych. Uwzględniając kryteria usytuowania mieszkania, częstotliwości świadczonej pomocy oraz liczby mieszkańców, można wyróżnić dwa typy docelowych mieszkań. Typ 1 – funkcjonujący jako samodzielny, prywatny lokal mieszkalny w zabudowie wielorodzinnej, zamieszkały indywidualnie, ze wsparciem świadczonym przez określony czas, z przestrzenią wspólną w postaci stref rekreacyjnych. Typ 2 to zespół pokoi prywatnych w jednym obiekcie mieszkalnym zamieszkały przez grupę rezydentów wymagających całodobowej opieki. W tej formie większość przestrzeni jest współdzielona. Przy doborze odpowiedniej formy zamieszkania szczególnie istotne są indywidualne potrzeby i charakterystyka mieszkańca. W przypadku osób starszych część będzie mierzyć się z postępującą demencją, która wiąże się z utratą pamięci, trudnością w nawiązaniu kontaktu, zmianami

⁵ Mieszkalnictwo wspomagane (*assisted living*) – idea formy zamieszkania wywodząca się z lat 70. z USA, która zakłada wsparcie funkcji mieszkaniowej przez wiele usług dla seniorów (lekarz, pielęgniarka, psychoterapeuta etc.), zapewniając im możliwie samodzielną egzystencję.

nastroju czy zanikiem umiejętności mówienia, czytania i pisania. Demencja postępuje wraz z czasem, ubezwłasnowolniając na nią cierpiących. Uniemożliwia samodzielne wykonywanie codziennych obowiązków i uzależnia od stałej pomocy ze strony innych. Odpowiednio zaprojektowane środowisko, tj. budynek mieszkalny, pomoże wykorzystać pozostałe jeszcze umiejętności i pozwoli zmaksymalizować samodzielność przez wprowadzenie udogodnień czy odpowiedniej formy komunikacji wizualnej. Typ 2 mieszkalnictwa wspomaganego przedstawiono w magisterskim projekcie dyplomowym *Dom Seniora w Poznaniu*⁶. Schemat budynku oparto na prostym podziale na strefę wspólną „ulicy” biegnącą środkiem budynku i doświetloną świetlikami (wzdłuż której usytuowano funkcje rozrywki, rehabilitacji, spotkań z rodziną), strefę półprywatną „mieszkania” (wydzielone strefy przeznaczone dla 6-12 osób, mieszczące pokój dzienny, jadalnię z kuchnią pomocniczą, pokój kąpielowy) oraz strefę prywatną, na którą składają się pokoje pensjonariuszy z własnymi łazienkami i ogródkami.



Rys. 3. Widok na szeroki korytarz, liczne siedziska i dyskretne poręcze schowane w cokole (oprac. A. Ptak)

Aranżacja wnętrza w *Domu Seniora* to przykład projektowania uniwersalnego, skierowanego do osób cierpiących na demencję. Zastosowana identyfikacja wizualna umożliwia pensjonariuszom odnalezienie własnego pokoju. Strefy mieszkalne usytuowano przy punktach pielęgniarstwa wyróżnionych kolorem, oświetleniem i oznaczeniem graficznym w postaci symbolu domu. W miejscu przecięcia głów-

⁶ Magisterski projekt dyplomowy *Dom Seniora w Poznaniu*, autor: mgr inż. arch. Agnieszka Ptak, promotor: dr inż. arch. Agata Gawlak.

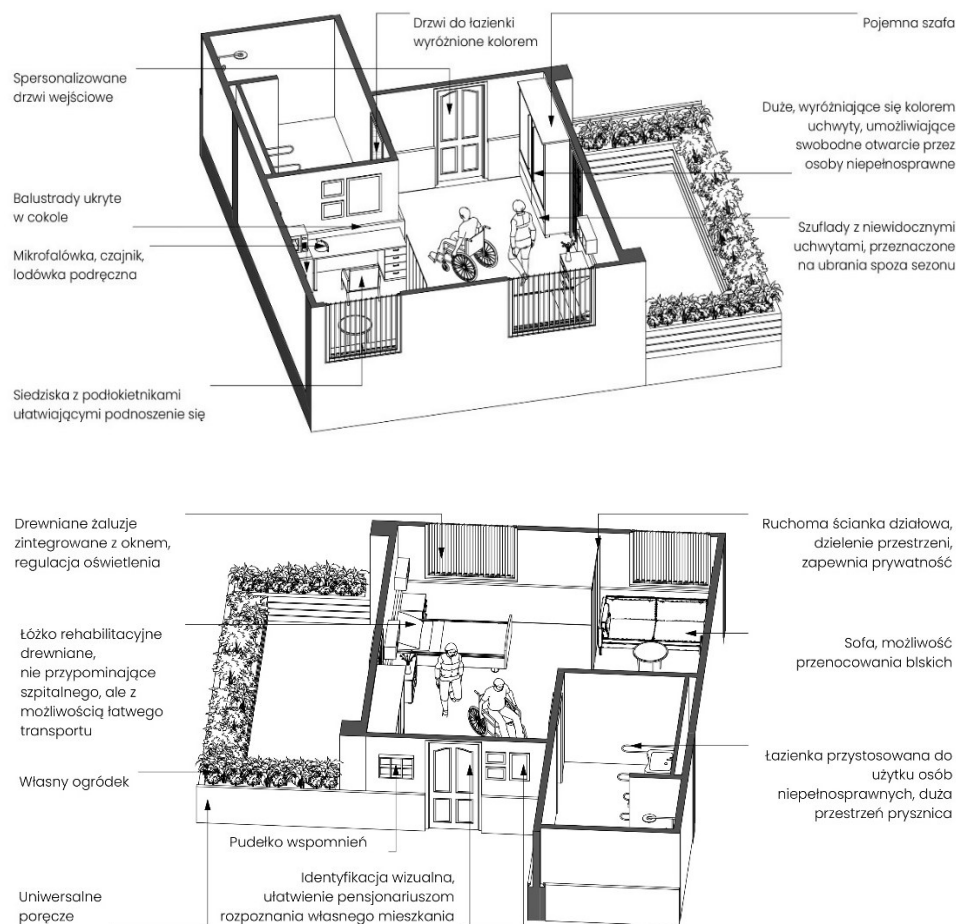
nego traktu z poprzecznym, prowadzącym do stref mieszkalnych, zastosowano wyróżniający się kolor posadzki. W projekcie założono, że drzwi do pokoi prywatnych zostaną wybrane indywidualnie przez mieszkańców. Przy wejściu zawieszono będą ramki na fotografie oraz *memory box* (ramki przestrzenne na pamiątki), które przez bezpośredni związek z właścicielem będą dla niego rozpoznawalne.



Rys. 4. Strefowanie przestrzeni w Domu Seniora (oprac. A. Ptak)

Dotarcie do odpowiednich drzwi będzie ponadto ułatwione osobom, które mają problemy z poruszaniem, np. z zachowaniem równowagi, dzięki zastosowaniu wzdłuż ścian poręczy połączonych z cokołem oraz wyróżnieniu wszystkich płaszczyzn (tj. ścian, posadzek i sufitów) innym materiałem wykończeniowym. Pokoje pensjonariuszy zaprojektowano tak, aby umożliwić im jak największą samodzielność. Drzwi prowadzące do pomieszczeń o różnych funkcjach spersonalizowano przez zastosowanie odrębnych wzorów. W ramach wyposażenia dobrano dużą pojemną szafę, łóżko z szafkami po bokach, sofę oraz biurko z siedziskiem. Użycie ruchomej ścianki działowej pozwala oddzielić strefę sypialną od strefy pracy czy wypoczynku. Dodatkową kontrolę pensjonariusza nad własnym życiem i podejmowanymi decy-

zjami zapewniają regulowana wentylacja i klimatyzacja, sterowane żaluzje zewnętrzne oraz oświetlenie, a także sprzęty, takie jak podręczna lodówka, mikrofalówka i czajnik. Meble oraz armatura sanitarna są przystosowane do użytku przez osoby niepełnosprawne, ale wzornictwo nie przychodzi na myśl niesprawności.



Rys. 5. Projektowanie uniwersalne we wnętrzu mieszkania (oprac. A. Ptak)

Przestrzeń komunikacyjna w pokoju oraz łazience zapewnia nieskrępowany ruch asystentowi i osobie na wózku, dzięki czemu mieszkaniec, który zamieszkał w pokoju, będąc zdrowym, może pozostać w nim po utracie sprawności. Przestrzenie wspólne zaplanowano jako strefę otwartą, z wygodnymi siedziskami i roślinnością. Prywatne ogródki otwierają się na strefę zieleni oraz pokoje dzieńne, co kreuje moż-

liwość naturalnej, spontanicznej rozmowy sąsiadów, np. podczas pielęgnacji kwiatów, dzięki czemu zostaje zachowana więź z lokalną społecznością. Zastosowanie wszystkich wymienionych elementów w projekcie wnętrza umożliwi użytkownikom maksymalną samodzielność oraz integrację społeczną.



Rys. 6. Widok na pokój dzienny w Domu Seniora (oprac. A. Ptak)

Projektowanie instytucjonalnych miejsc pobytu osób starszych powinno się odbywać w taki sposób, by minimalizować wykluczenie i stygmatyzację. Zaprojektowana przestrzeń powinna nie tylko wspierać codzienne czynności, ale również stwarzać nowe możliwości osobom starszym w taki sposób, że ich codzienność będzie nadal ciekawa, inspirująca oraz motywująca.

4. CO-HOUSING DLA OSÓB STARSZYCH

Jednym z problemów dotyczących osoby starsze jest poczucie samotności. Przez wzgląd na zmieniający się model rodziny, pragnienie niezależności lub niechęć do obciążenia bliskich swoją osobą seniorzy decydują się na samodzielne życie. Zdarza się, że nie są w stanie przewidzieć wszystkich konsekwencji takiej decyzji. Poczucie osamotnienia staje się dotkliwym doświadczeniem, które w konsekwencji może prowadzić nawet do depresji. Aby zapobiec poczuciu osamotnienia, przy zachowaniu

poczucia niezależności, część osób starszych decyduje się zamieszkać z innymi samotnymi osobami, zgodnie z ideą *co-housingu*⁷, rozumianą jako forma zamierzonego wspólnego zamieszkania zainicjowana przez daną społeczność.

Forma *co-housingu* nie jest nowatorska, natomiast nowatorskie jest jej dostosowanie do aktualnych trendów i potrzeb prozdrowotnych społeczeństw. W społeczeństwie zmniejsza się liczba rodzin wielopokoleniowych, które wspólnie zamieszkują, wzrasta liczba rozwodów, znaczenie ma również wdowieństwo i feminizacja starości (kobiety żyją dłużej). To wszystko sprawia, że wzrasta liczba osób starszych zamieszkujących samotnie.

Należy wyróżnić następujące cechy charakteryzujące tę formę:

1. Grupa ludzi decyduje się na zamieszkanie razem nie przez wzgląd na więzy rodzinne czy tradycje, ale wspólny cel, intencje. Dla wielu osób starszych oznacza to starzenie się z godnością i maksymalną niezależnością, przy jednoczesnym wsparciu sąsiadów.

2. Układ funkcjonalny oferujący zarówno prywatność, jak i integrację społeczną. Mieszkańcy potrzebują własnych, zamkniętych przestrzeni oraz stref otwartych, w których mogą się socjalizować, spędzać czas wspólnie, w grupie ludzi. Istotna w tym przypadku jest możliwość wyboru momentu samotności i przebywania we wspólnocie.

3. Udział przyszłych mieszkańców w procesie projektowym lub zapewnienie możliwości reorganizacji wewnątrz w przyszłości, zgodnie z potrzebami użytkowników.

4. Działalność mieszkańców na rzecz społeczności oraz oczekiwania odnośnie do dzielenia się dobrami materialnymi, przysługami oraz przestrzenią.

Ta ostatnia jest ściśle powiązana z codziennymi czynnościami. Każdy definiuje „prywatność” indywidualnie, jednak na podstawie opinii powszechnej można wskazać takie sfery życia, jak sen, gotowanie, opieka nad dziećmi jako bardziej intymne niż praca, spotkania towarzyskie czy sport i rekreacja. Na podstawie różnic w definiowaniu prywatności, uwzględnianych w programach funkcjonalnych oraz przestrzennych obiektów mieszkalnych, można wskazać wiele różnych rozwiązań projektowych zgodnych z ideą *co-housing*, o zupełnie innych zasadach, celach czy oczekiwaniach mieszkańców.

Jednym z bardziej interesujących przykładów jest Older Women's Co-Housing Group w Londynie, zrealizowana w 2016 r. forma zamieszkania składająca się z 25 jednostek mieszkaniowych zamieszkałych przez kobiety w wieku 50+. Połączyła je wizja życia niezależnego i samodzielnego, ale z możliwością wparcia uzyskanego od rówieśniczek. Założenie składa się z 25 mieszkań, 1-2 osobowych, z współdzielonego ogrodu i domu z kuchnią. Istotny nacisk kładziony jest przez re-

⁷ *Co-housing* (*community* – wspólnota i *housing* – zamieszkanie) – zjawisko to narodziło się w latach 60. XX w. w Skandynawii; za twórców pojęcia uważa się amerykańskich architektów C. Durretta i K. McCamant.

zydentki na bycie członkinią społeczności. To społeczność decyduje o przyjęciu kolejnej rezydentki. Proces trwa co najmniej pół roku, w trakcie którego kandydatka ma szansę otrzymywać zaproszenia na wspólne posiłki i wydarzenia, a następnie bierze udział w rozmowie kwalifikacyjnej. Należy coś dać od siebie, brać czynny udział w życiu wspólnoty, a nie tylko dostawać. Mieszkańcy wymieniają się przysługami, takimi jak przygotowanie posiłku, opieka nad zwierzętami, organizacja spotkań. Taka postawa aktywizuje starsze panie, które mają poczucie kontroli, wpływu, niezależności i godności, co ma bardzo pozytywny wpływ psychologiczny. Efektem zastosowanego rozwiązania są: wzajemne wsparcie, lepsza akceptacja starzenia się czy względy finansowe. To wszystko sprawia, że *co-housing* jest postrzegany jako szansa w kontekście zastąpienia domów spokojnej starości. Ma znaczenie również z punktu widzenia polityki i budżetu państw.

5. PODSUMOWANIE

W literaturze polskiej aspekt starzenia się nie jest specjalnie eksponowany w kontekście architektury i urbanistyki. Globalne starzenie się społeczeństw wymusza nowe rozwiązania w zakresie gospodarki mieszkaniowej. Cechy psychofizyczne osób starszych generują nowe potrzeby i wyzwania. Podkreślenia wymaga fakt, że osoby starsze są mało uprzywilejowaną grupą społeczną, mającą najmniej równoprawny dostęp do zasobów mieszkaniowych i przestrzennych (przestrzenie publiczne) miast, zazwyczaj z uwagi na przyczyny ekonomiczne oraz stopień sprawności. Pierwsze alternatywne formy zamieszkania dla osób starszych projektowane w Polsce (np. osiedle Nowe Żerniki pod Wrocławiem), nawet jeśli są bardziej eksperymentalne w porównaniu z innymi krajami Europy Zachodniej czy Stanów Zjednoczonych, potwierdzają słuszność idei wspólnotowego zamieszkania oraz *aging in place*.

LITERATURA

- Ahn J., Tusinski O., Treger C. (2018). *Living Closer. The many faces of co-housing*, Studio Weave, Royal Institute of British Architects.
- Gaweł A., Urlińska M.M. (2016). *Zdrowie a jakość życia w starości. Konteksty socjopedagogiczne*, w: *Starość w kontekście społecznym i zdrowotnym*, red. M. Muszyński, Wydział Pedagogiczny.
- Mańkowska-Dudek S. (2017). *Mieszkanie dla seniora – formy budownictwa senioralnego oraz stan ich rozwoju w Polsce*. *Konwersatorium Wiedzy o Mieście*, 2 (30).

- Marciniak-Madejska N., Cofta Ł. (2016). *Mieszkanie wspomagane, czyli jakie? Próba uporządkowania chaosu definicyjnego związanego z mieszkalnictwem wspomaganym*, Stowarzyszenie Na Tak, Poznań.
- Niezabitowska E. (2006). *Badania jakościowe środowiska zbudowanego*. *Zachowanie, Środowisko, Architektura – Behavior, Architecture*, (4), Stowarzyszenie Psychologia i Architektura, Poznań.
- Niezabitowski M. (2018). *Kilka uwag o problemach środowiska zamieszkania na tle potrzeb osób starszych dotyczących tej sfery*, w: *Gdzie mieszka starość. Przestrzeń – architektura – mieszkanie*, red. B. Bugajska, R. Iwański, Z. Szarota, Instytut Nauk o Wychowaniu, Uniwersytet Pedagogiczny im. Komisji Edukacji Narodowej w Krakowie, Kraków.
- Olszewski M. (2019). *Mieszkania wspomagane dla osób z niepełnosprawnością – przykłady dobrych praktyk*. *Studia Oeconomica Posnaniensia*, vol. 7, no. 1.
- Poplatek J., red. (2018). *Architektura ochrony zdrowia. Teoria i praktyka*, Wydawnictwo Politechniki Gdańskiej, Gdańsk.
- Ptak A. (2019). *Dom Seniora w Poznaniu* (praca magisterska), Wydział Architektury, Politechnika Poznańska.
- Wilson L.S., Gill R.W., Sharp I.F., Joseph J., Heitmann B., Chen C.F., Dadd M.J., Kajan A., Collings A.F., Gunaratnam M.B. (2000). *Building the Hospital Without Walls-a CSIRO Home Telecare Initiative*. *Telemedicine Journal*, vol. 6, no. 2, Mary Ann Liebert.

NEW, HEALTH-ORIENTED SOCIAL NEEDS IN VIEW OF RESIDENTIAL DEVELOPMENT

Summary

Since the end of the 20th century intensive research has been carried out in view of the quickly ageing society and certain irreversible phenomena related therewith. The rate of ageing varies from country to country, moreover, the perception of the process differs depending on the country, social group or sex. The ageing society and changes in the social structure generate new social needs and pose new challenges for the architects. Seniors not only live longer but they also work longer, travel more and learn more than previous generations of the elderly but also need a more extended package of medical care. This only confirms the fact that we are faced with the necessity to reorganise the system of long-term care facilities. This does not mean that we only need to increase the number of beds in the existing facilities or make relevant extensions in their buildings or employ more staff in the home care services sector. The aforementioned reorganisation shall involve a new conception of supporting the elderly with the use of the latest technologies to ensure medical care is provided to them on regular and comprehensive basis.

Keywords: ageing society, universal designing, disability