

Iwona BENEK<sup>1</sup>  
Małgorzata KAMPKA<sup>2</sup>

## **POPRAWA JAKOŚCI OPIEKI NAD PACJENTAMI GERIATRYCZNYMI POPRAZ TERAPIE W ADEKWATNIE KREOWANYM ŚRODOWISKU ZAJĘCIOWYM**

### **1. Koncepcje terapii zajęciowych**

Terapia zajęciowa jest powszechnie stosowaną metodą usprawniania osób dotkniętych różnymi ograniczeniami sprawności, między innymi osób starszych. Zalicza się do niej przede wszystkim arteterapię (różnego typu działania związane ze sztukami plastycznymi, teatrem, muzyką, tańcem), elementy ergoterapii (przede wszystkim rękodzieło), kinezyterapii i socjoterapii oraz zajęcia rekreacyjne. Podstawowym celem terapii zajęciowej jest wzbogacenie sprawności i motywacji do prowadzenia życia codziennego [14].

Terapeuci zajęciowi pracują w instytucjach związanych z opieką zdrowotną, edukacją i opieką społeczną (szpitale, więzienia, szkoły), w środowisku lokalnym oraz w prywatnych domach [5].

W Polsce definicja terapii zajęciowej zawarta jest pośrednio w ustawie o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych z dnia 27 sierpnia 1997 r. [12], opisującej działalność warsztatów terapii zajęciowej.

W wypadku osób w okresie późnej dorosłości terapii zajęciowej nie można traktować jako formy przygotowania zawodowego, ponieważ osoby te są z definicji w wieku emerytalnym. Może ona jednak stanowić formę ogólnego usprawniania ich kondycji psychofizycznej.

### **2. Zastosowanie terapii zajęciowej w usprawnianiu osób starszych**

W książce poświęconej zastosowaniu terapii zajęciowej w opiece nad osobami starszymi S. Lewis [4] traktuje ją jako osobną dziedzinę i nazywa gerontologiczną terapią zajęciową (*gerontic occupational therapy*). Samą terapię zajęciową definiuje jako naukę i sztukę pomagania ludziom w wykonywaniu codziennych czynności, które są dla nich ważne,

---

<sup>1</sup> Katedra Teorii Projektowania i Historii Architektury, Wydział Architektury Politechniki Śląskiej, ul. Akademicka 7, 44-100 Gliwice, e-mail: iwona.benek@polsl.pl

<sup>2</sup> Absolwentka Wydziału Architektury Politechniki Śląskiej w Gliwicach, e-mail: makashari@gmail.com

pomimo inwalidztwa, osłabienia lub upośledzenia. Zajęcia włączane do terapii zajęciowej można podzielić na trzy podstawowe obszary: czynności dnia codziennego, praca i czynności produktywnie oraz gry i rekreacja [4]. Można mówić także o osobnej dziedzinie badań naukowych dotyczących zajęć, nazywanej *occupational science*. Powołując się na badania przeprowadzone przez innych autorów [1], [3], [4], [7], [10], [13] wyróżniono szereg podejść terapeutycznych w ramach gerontologicznej terapii zajęciowej oraz role i metody działania terapeutów zajęciowych. Terapeuta może funkcjonować jako:

- koordynator usług, wykorzystujący zasoby wspólnoty (najczęściej pracownik socjalny lub pielęgniarka środowiskowa, która pomaga odkryć źródła istniejących we wspólnocie zasobów mogących pomóc osobie starszej),
- ergonomista i specjalista środowiskowy (nadzoruje relacje między wymogami, jakie stawia zadanie, a możliwościami pracującego na stanowisku pracy),
- konsultant bezpieczeństwa w domu,
- współpracujący z architektami w sprawie potrzeb domowych i instytucjonalnych (ulepszenie wzornictwa w miejscach <sup>[11]</sup>pracy i domach).

Stała terapia zajęciowa dla osób starszych prowadzona jest w Polsce przede wszystkim w DPS i DDPS. Terapia w tych placówkach w niewielkim stopniu jest nastawiona na czynności codzienne lub usamodzielniające, dominuje w niej bowiem arteterapia, muzykoterapia, choreoterapia, dramaterapia i ergoterapia [8]. W poradniku poświęconym terapii zajęciowej, oprócz wspomnianych powyżej, wymieniono też biblioterapię, chromoterapię, poezjoterapię, estetyterapię, kinezyterapię, ludoterapię i zajęcia relaksacyjne [9], które nie są swoiście związane z usprawnianiem osób starszych. Cele terapii zajęciowej definiowane są bardzo szeroko jako „usprawnianie psychiczne, fizyczne i preorientacja zawodowa” [9]. Cele terapii zajęciowej mogą być osiągnięte dzięki: „przygotowaniu do życia w środowisku społecznym”, „ogólnemu usprawnianiu”, „rozwojowi umiejętności wykonywania czynności życia codziennego”, „opanowaniu czynności przysposabiających do pracy”, „rozwijaniu podstawowych oraz specjalistycznych umiejętności zawodowych, umożliwiających podjęcie pracy zarobkowej bądź szkolenia zawodowego” [9].

Na oddziałach rehabilitacyjnych terapia zajęciowa częściej jest związana z usprawnianiem i przywracaniem zdolności samoobsługowych, co jest zgodne z wytycznymi światowymi. Badania jakości życia osób starszych rehabilitowanych po udarze mózgu [2], podkreślają, że „w ramach terapii zajęciowej zwracano szczególną uwagę na naukę samoobsługi i ćwiczeń manipulacyjnych” [2]. Stwierdzono, że niezależnie od wieku pacjentów rehabilitacja szpitalna poprawia jakość ich życia przede wszystkim wskutek poprawy sprawności fizycznej. Wpływ na to ma niewątpliwie także nauka samoobsługi prowadzona w ramach terapii zajęciowej.

### 3. Symulacja sensoryczna osób starszych

Ludzie starsi, szczególnie ci, z ograniczonymi fizycznymi lub poznawczymi zdolnościami, powinni mieć zapewnioną pomoc w zaangażowaniu się w aktywności

dostarczające wielosensorycznej stymulacji, ponieważ istnieje ryzyko, że nie będą potrafili zaangażować się w nie samodzielnie. Odpowiedni poziom stymulacji pomaga złagodzić stres i zmęczenie, zaangażować się w dane czynności, zachęca do wzajemnej komunikacji i poprawia samopoczucie [6].

Stymulacja zmysłów zawiera: zmysł wzroku, dotyku, smaku, węchu, słuchu, a także ruch (obieranie bodźców wewnętrznych ciała – położenie naszego ciała, prędkość z jaką się poruszamy oraz w którym kierunku idziemy).

Zestaw narzędzi sensorycznych [6]:

- wzrok: światło, obrazy, kolor, materiał, wrażenia optyczne (świecenie, refleksyjność, transparentność),
- dotyk: materiały i przedmioty o różnych fakturach i powierzchniach, ich temperatura, wibracje,
- smak: napoje (ciepłe, zimne), jedzenie stymulujące, przekąski (cytrusy, sorbety, mięta), jedzenie o określonej teksturze (popcorn, galaretki),
- zapach: aromaterapia, torebki z lawendą, przedmioty codziennego użytku, różne materiały, jedzenie, kwiaty, zwierzęta, skóra, futro,
- dźwięki: muzyka, dźwięki otoczenia (śpiew ptaków, szum morza), instrumenty muzyczne, przedmioty codziennego użytku (sztućce, materiały),
- ruch: różne pozycje siedzące, fotel bujany, worki do siedzenia, leżenie, stymulowanie ruchów kończyn.

Pokój sensoryczny zapewnia delikatną stymulację zmysłów w sposób kontrolowany. Jej poziom może być regulowany w odniesieniu do preferencji lub znaczenia terapeutycznego. Oferowane czynności mogą mieć charakter pobudzający lub wyciszający.

Pomysł pokoju sensorycznego (*Multi Sensory Environment MSE*) pojawił się w Holandii we wczesnych latach 80. XX wieku [6], początkowo służył jako miejsce wypoczynku dla osób dorosłych mających trudności w uczeniu się. Obecnie może być stosowany dla każdej grupy wiekowej, o różnych dysfunkcjach (autyzm, urazy mózgu, wylewy, trudności z poruszaniem się, widzeniem lub słuchem). Pokój powinien być odpowiednio wyposażony – mogą to być: podświetlane kolumny z bąbelkami, projektory wyświetlające tematyczne obrazy, podświetlane włókna, odtwarzane dźwięki, dystrybutor zapachów, łóżka wodne, wibrujące fotele.

Działanie powyższego sprzętu jest uważane przez ludzi starszych za relaksujące i przyjemne. Spędzanie czasu w pokoju sensorycznym przekłada się na pozytywne zmiany w nastroju, zachowaniu oraz podnosi poziom uwagi skierowanej na otoczenie. Personel medyczny zwraca uwagę na poprawę relacji z pacjentami oraz pomoc w ich pracy.

Aby pokój sensoryczny spełniał swoje zadanie musi być odpowiednio zaprojektowany. Istniejące pokoje sensoryczne nie zawsze dobrze spełniają swoją rolę:

- sprzęt nie jest dostosowywany do wymagań wiekowych – wygląda zbyt obco (jak wnętrze statku kosmicznego lub jak pomieszczenie z pokazem światła), starsi ludzie mają problem poczuć się swobodnie w takiej przestrzeni,
- zastosowane obrazy i przedmioty wyglądają zbyt dziecinnie,

- przestrzeń jest wyposażona w dekoncentrujące oraz niepotrzebne akcesoria i meble, wizualna przejrzystość jest zachwiana,
- nieskuteczna stymulacja wielosensoryczna – zbyt mało zróżnicowanych bodźców, zbyt duży nacisk na stymulację jedynie wizualną.

Podczas projektowania pokoju sensorycznego należy rozważyć następujące czynniki [6]:

- poczucie wygody i bezpieczeństwa – wykreowana przestrzeń powinna wpływać na poczucie komfortu użytkowników, ich bezpieczeństwo i wygodę. Powinna mieć charakter intymnej, wydzielonej, spokojnej przestrzeni z minimalnym ryzykiem zakłóceń lub dystrykcji zarówno wizualnych, jak i dźwiękowych. Zapewnienie ciepłej, przytulnej atmosfery jest konieczne.
- wieloznaczeniowość i znane wyposażenie – oprócz stymulacji zmysłów, pokój sensoryczny powinien być odpowiednio wyposażony i zaprojektowany w taki sposób, by zapewnić uczucie wygody i zniwelować uczucie strachu. Wyposażenie w postaci osobistych, dobrze znanych przedmiotów życia codziennego użytkowników jest konieczne. Obiekty codziennego użytku wywołują wspomnienia, mogą pomóc nawiązać rozmowę.
- wnętrze pokoju powinno zachęcać użytkowników do wzięcia udziału w aktywnościach i dawać poczucie celu, osoby przebywające w pokoju sensorycznym będą odczuwały motywację i z większą chęcią zaangażują się w oferowane zadania.
- doświadczenie sensoryczności w kilku wymiarach - stymulacja wszystkich zmysłów powinna być brana pod uwagę – często zdarza się, że dominuje jedynie stymulacja wizualna, a pominięta stymulacja zmysłu dotyku lub węchu, poprzez źle dobrane materiały, które nie są zróżnicowane. Poczucie orientacji ruchu również nie powinno być ominięte. Dobrym rozwiązaniem jest użycie sprzętu, przedmiotów i materiałów, które są wielosensoryczne w projektowaniu. Przykładem mogą być instrumenty muzyczne, poduszki zapachowe wykonane z różnych materiałów, które będą oddziaływały na kilka zmysłów jednocześnie. Jedzenie również może działać stymulująco – owoce, kolorowe ciasta, sorbety działają nie tylko smakiem, ale również teksturą i kolorem.
- wieloznaczeniowość i wspomnienia z przeszłości mogą zostać wywołane przez bodźce mające wpływ na różne zmysły (np. spacer po wybrzeżu wywołany poprzez szum morza i odgłosy mew, piasek i muszle, które można dotknąć), w ten sposób wirtualnie można przenieść wspomnienia związane z plażą do wnętrza zwykłego pokoju.
- stymulacja i wyciszenie - pokój sensoryczny powinien być postrzegany jako przestrzeń z narzędziami sensorycznymi i różnymi przedmiotami stymulującymi na różnych poziomach – np. zróżnicowane rodzaje światła. Należy dostosować odpowiedni poziom stymulacji do preferencji danej osoby. Dobór przedmiotów powinien być oparty na zainteresowaniach i potrzebach użytkownika, aby jak najlepiej dopasować terapię. Dobrze zaprojektowany pokój sensoryczny zapewnia odpowiednią elastyczność przestrzeni, która w prosty sposób może zostać dopasowana do indywidualnych potrzeb, poprzez użycie relaksującego lub stymulującego wystroju.

- kontrola i interakcja – interakcja i zaangażowanie na odpowiednim poziomie dostosowanym do indywidualnej potrzeby wzmacnia aktywność mózgu i pozwala rozwinąć umiejętności interakcji takie jak uczenie się, czy komunikacja. Samodzielne wykonywanie czynności wzmacnia pewność siebie i poczucie własnej wartości. Użytkownicy pokoju sensorycznego powinni mieć prawo wyboru oświetlenia, koloru, muzyki, wyświetlanych filmów lub obrazów.
- dostosowane do wieku, użyteczność – wyposażenie powinno być dostosowane do potrzeb użytkowników, czyli szczególną uwagę należy zwrócić na dobór umeblowania (wygodne krzesła z podłokietnikami, podnóżki), kolorystykę pomieszczenia, oświetlenie.

#### **4. Pomieszczenia terapeutyczne w Szpitalu Geriatrycznym w Katowicach**

Szpital Geriatryczny im. Jana Pawła II w Katowicach oprócz świadczenia usług medycznych w ramach kontraktu z NFZ realizuje misję przeciwdziałania efektom procesu starzenia się społeczeństwa. Działania te polegają na promocji szeroko rozumianej aktywności seniorów.

Dyrektor placówki – dr Jarosław Derejczyk – jest świadomy zróżnicowanych potrzeb seniorów. W celu prawidłowego zaprojektowania środowiska fizycznego dla pacjentów szpitala w 2013 roku podjął współpracę z pracownikami Wydziału Architektury Politechniki Śląskiej w Gliwicach: dr inż. arch. Anną Szewczenko oraz dr inż. arch. Iwoną Benek. Problemy projektowe, ogólny zakres opracowania uzgadniane były w ramach rozbudowy i remontu szpitala.

Na ostatnim etapie remontu okazało się, że możliwa jest realizacja pomieszczeń potrzebnych do terapii pacjentów starszych. Zespół powołany przez dyrektora, w skład którego wchodził: dr inż. arch. Iwona Benek oraz specjaliści z zakresu psychologii – mgr Urszula Kmieć i mgr Adam Bednorz – ustalili umiejscowienie oraz zakres funkcjonalny poszczególnych pomieszczeń terapeutycznych. Dodatkową pomoc stanowiła wspólna analiza znanych badań literaturowych na temat terapii dla osób starszych.

W trakcie spotkań z zespołem konsultacyjnym skonkretyzował się i poszerzył katalog zadań i zakres opracowania. W odniesieniu do kolorów postulowano, aby były one maksymalnie kontrastujące ze sobą i opisane stosunkowo dużymi plamami, co jest oczywiste z uwagi na charakter dysfunkcji widzenia u seniorów – pacjentów szpitala. Podobne i oczywiste uwagi dotyczyły czytelności poszczególnych elementów występujących w projektowanych wnętrzach, na stymulowaniu koncepcji w kierunku poszukiwania czytelnego przekazu kompozycyjnego i estetycznego. W założeniach tych znalazły się następujące postulaty: uniwersalność w odniesieniu do wszystkich odbiorców – niestygmatyzowanie osób starszych, spójność wizualna, strukturalna, kompozycyjna poszczególnych wnętrz.

Z założeń autorskich powstały wnętrza zróżnicowane przede wszystkim pod względem

przekazu kompozycyjnego: wykorzystano odmienne kody kolorystyczne i formalne, zastosowano niespotykane dotychczas w polskiej geriatricznej metody terapii światłem, barwą, w końcu z zastosowaniem tak zwanych *memorabiliów*.

Na zespół pomieszczeń terapeutycznych składały się trzy wnętrza: *pomieszczenie aktywnej rehabilitacji*, czyli pokój komputerowy, *sala sensoryczna* oraz *gabinet terapii indywidualnej*. Wszystkie miały niewielkie powierzchnie i nie było możliwości wprowadzania w nich zmian przestrzennych.

*Pokój aktywnej rehabilitacji* miał być wyposażony w dwa miejsca do pracy przy komputerze, duży ekran z możliwością ruchu przed nim pacjenta oraz z możliwością ustawienia kilku miejsc siedzących, szafkę na dokumenty. Dodatkowe elementy wyposażenia przeznaczone były dla starszych pacjentów, szczególnie tych z zaburzeniami poznawczymi (zegar, kalendarz, odpowiednia kolorystyka i oświetlenie o silniejszym natężeniu).

Zastosowano mocną kolorystykę, akcentując miejsca do pracy przy komputerze, miejsca do siedzenia oraz miejsca przechowywania. Charakterystycznym elementem wnętrza są wiszące panele akustyczne tworzące dynamiczny układ. Przekaz znaczeniowy miał być jednoznaczny: wnętrze miało aktywizować, pobudzać do działania.

*Sala sensoryczna* ma podobny rzut jak *pokój aktywnej rehabilitacji* – pomieszczenia umieszczone są w tym samym miejscu na różnych kondygnacjach. We wnętrzu zaprojektowano stanowisko do muzykoterapii, medytacji z dwoma wygodnymi miejscami do siedzenia dla osób starszych (krzesło z podłokietnikami + podnózek). Przestrzeń oddzielono od pozostałej części pomieszczenia zasłoną i wyposażono w oprawę oświetleniową o zmiennej barwie temperaturowej.

Poza tym we wnętrzu zaprojektowano kącik wypoczynkowy dla dwóch osób (dwa fotele firmy TON) o charakterze domowym, ze „znakami pamięci” (elementy takie jak zegar, kalendarz, obrazy oraz bibeloty z lat sześćdziesiątych XX wieku, lampa stojąca itp.) Dodatkowe wyposażenie stanowiła szafka na dokumenty dla personelu.

W pomieszczeniu tym, w odróżnieniu do pokoju komputerowego, zastosowano inne zabiegi znaczeniowe. Wnętrze miało służyć relaksacji, wypoczynkowi, skupieniu, wyciszeniu – w związku z tym głównym elementem stała się barwna powierzchnia ściany i zasłony na końcu pomieszczenia – dla zaakcentowania strefy ze „znakami pamięci”. „Kokon”, który tworzy się przez wydzielenie części pomieszczenia do terapii sensorycznej zasłoną, ma izolować od świata zewnętrznego, otulać, uspokajać. Zmienna barwa światła służy do odpowiedniej stymulacji pacjenta, w zależności od stosowanej terapii. Nad „kokonem” zawieszono panele akustyczne o miękkim, obłym kształcie (Ecophone Solo Circle).

*Gabinet terapii indywidualnej* jest wnętrzem z pozoru nieatrakcyjnym i ograniczającym działania stylistyczne. Miał być wyposażony w biurko do pracy dla psychologa, stolik i dwa miejsca do rozmów z pacjentem. To miejsce ważne dla działań terapeutycznych w szpitalu, gdzie objawiają się często negatywne, silne emocje. Ograniczono do minimum paletę barw i skierowano uwagę pacjenta na miejsce rozmowy. Rozwiązanie może i oczywiste – powierzchnia barwna na ścianie – kluczowy był wybór odpowiedniego koloru – tym razem głębokiej butelkowej zieleni z fakturą zamszu.

Elementy wyposażenia oraz wykończenia wszystkich wnętrz dostosowane są do potrzeb

osób starszych. Dodatkową wartością było zastosowanie prostych kodów znaczeniowych, kolorystycznych i formalnych sugerujących mające się odbywać we wnętrzach aktywności.

W roku 2017 wnętrza mają być realizowane.



Rys. 1. Pokój sensoryczny w Szpitalu Geriatrycznym w Katowicach

Fig. 1. Sensory room in Geriatric Hospital in Katowice

Źródło: Opracowanie własne

## 5. Podsumowanie

Potencjał terapii zajęciowej dla osób starszych w aspekcie usprawniania jest ogromny. Terapia zajęciowa nie tylko poprawia sprawność fizyczną, ale także funkcjonowanie społeczne, poznawcze i emocjonalne osób starszych. Właściwie prowadzona terapia zajęciowa, uwzględniająca założenia skoncentrowania na kliencie, jak również usprawniająca działania w najbliższym otoczeniu osób starszych i wspierająca ich opiekunów zwiększa przede wszystkim samostanowienie osób starszych. Powinna być prowadzona w sposób uwzględniający potrzeby osoby jej poddawanej. Terapeuci powinni więc traktować osoby starsze jako partnera interakcji terapeutycznej. Istotna jest również rola środowiska fizycznego, w którym przeprowadza się terapie – odpowiednie jego ukształtowanie i wykorzystanie prawidłowych rozwiązań formalnych, które pozwoli pełniej wykorzystać potencjał usprawniający danej terapii.

## BIBLIOGRAFIA

1. Bach D., Bach M., Bochmer F., Fruhwald T. i in.: Reactivating occupational therapy: a method to improve cognitive performance in geriatric patients. *Age and Ageing*, nr 24(3), 1995, s. 222-226.
2. Bajer A., Kwolek A.: Ocena jakości życia osób starszych po udarze mózgu – doniesienie wstępne. *Fizjoterapia*, nr 16(1), 2008, s. 52-63.
3. Campbell A., Robertson M. C., La Grow S. J., Kerse N. M. i in.: Randomised controlled trial of prevention of falls in people aged  $\geq 75$  with severe visual impairment: the VIP trial. *British Medical Journal*, nr 331 (7520), 2005, s. 817-834.
4. Clark F., Azen S.P., Carlson M., Mandel D. i in.: Embedding health-promoting changes into the daily lives of independent-living older adults: long-term follow-up occupational therapy intervention. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, nr 56B (1), 2001, s. 60-63.
5. Council of Occupational Therapists for the European Countries, [www.cotec-europe.org](http://www.cotec-europe.org)
6. Jakob A., Collier L.: How to make a Sensory Room for people living with dementia. Kingston University, London, 2013.
7. Jianu A., Macovei S.: The occupational therapy impact on the recovery of convalescent elderly people after an acute myocardial infarction. *Palestrica of the third millennium – Civilization and Sport*, nr 13(1), 2012, s. 23-26.
8. Kozarczuk L.: Terapia zajęciowa w domach pomocy społecznej. Przewodnik metodyczny. Biblioteka Pracownika Socjalnego, Katowice, 1999.
9. Kuc M.: Stosowanie terapii zajęciowej w procesie aktywizacji podopiecznego. Instytut Technologii Eksploatacji – Państwowy Instytut Badawczy, Radom, 2007.
10. Law M., Cooper B., Strong S., Stewart D. i in.: The Person-Environment-Occupation Model: a transactive approach to occupational performance. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, nr 63(1), 1996, s. 9-23.
11. Lewis S.C.: Elder care in occupational therapy. Thorofare: SLACK Incorporated, 2003.
12. Ustawa o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych z dnia 27 sierpnia 1997. Dz. U. 1997 nr 123 poz. 776.
13. Willis E., Reynolds L. E., Keleher H.: Understanding the Australian health care system. Australia: Elsevier, 2009.
14. World Federation of Occupational Therapists, [www.wfot.org](http://www.wfot.org).



## **POPRAWA JAKOŚCI OPIEKI NAD PACJENTAMI GERIATRYCZNYMI POPRAZ TERAPIE W ADEKWATNIE KREOWANYM ŚRODOWISKU ZAJĘCIOWYM**

### **Streszczenie**

Współczesna psychologia stawia tezę, iż proces starzenia nie wyklucza rozwoju, pod warunkiem zapewnienia odpowiednich warunków.

Osoby starsze przebywające na oddziałach geriatrycznych wymagać będą opieki holistycznej, obejmującej nie tylko problemy zdrowotne, ale i prozdrowotne. Jedną z płaszczyzn holistycznej opieki jest wprowadzanie terapii zajęciowej usprawniającej osoby starsze.

W artykule omówiono koncepcje teoretyczne terapii zajęciowych stosowanych w usprawnianiu osób starszych. Niezwykle istotne jest upowszechnianie dobrych praktyk terapii zajęciowej i dostępności jej jako „usługi” na rzecz osób starszych w domach pomocy społecznej, klubach seniora, ale także w szpitalach, co bezpośrednio przekłada się na możliwości właściwego wsparcia, edukacji, rehabilitacji oraz promowania uczestnictwa w różnych wymiarach życia osób starszych.

W artykule omówione zostaną cechy i wymagania środowiska fizycznego składającego się na pomieszczenia terapeutyczne na przykładzie pomieszczeń zaprojektowanych w Szpitalu Geriatrycznym w Katowicach. Celem jest wskazanie czynników środowiskowych oraz sposobów oddziaływania na pacjentów geriatrycznych poprzez odpowiednie projektowanie i różnicowanie otoczenia wspierającego

## **THE IMPROVEMENT OF THE QUALITY OF GERIATRIC PATIENTS’ CARE THANKS TO THERAPIES IN THE WELL-CONDUCTED OCCUPATIONAL ENVIRONMENT**

### **Summary**

Modern psychology makes the statement that the development is not excluded by the ageing process in appropriate conditions.

Elderly people, who dwell in geriatric wards, require holistic care, including not only health problems but also health benefits. One of the aspects of the holistic care is the implementation of the occupational therapy to help the elderly.

The article discusses the theoretical concepts of occupational therapy applied to help the elderly. It is crucial to develop the best practices of the occupational therapy and its availability as "services" for the elderly in nursing homes, senior clubs, but also in hospitals. It directly affects the possibilities of proper assistance, education, rehabilitation and participation in various dimensions of older people’s living.

The features and requirements of the physical environment mentioned in this article are connected with the therapeutic rooms designed in the Geriatric Hospital in Katowice. The goal is to identify environmental factors and the ways of influencing geriatric patients through appropriate design and differentiation of the supportive environment.