

Maria BIELAK-ZASADZKA¹
Marika DĄBROWSKA²

KSZTAŁTOWANIE PRZESTRZENI OBIEKTU HOSPICJUM W ODPOWIEDZI NA POTRZEBY BEHAWIORALNE JEGO UŻYTKOWNIKÓW

1. Historia kształtowania opieki paliatywnej

Pojęcie hospicjum zostało ukształtowane w historycznej Europie, jako nazwa miejsca przyjmującego i otaczającego chrześcijańską opieką podróżnych. Wywodzi się od łacińskiego słowa *hospes* oznaczającego gościa. W 325 roku podczas obrad Soboru Nicejskiego sformułowano pierwsze regulacje dotyczące przytułków dla ubogich. Stanowiły one, że każde miasto powinno stworzyć miejsce, pozostające pod nadzorem diakona, położone poza granicami miasta, w którym znajdowałoby schronienie wszyscy ludzie znajdujący się w potrzebie. To przyczyniło się do wzrostu liczby nowych przytułków, które były zakładane przez instytucje świeckie i duchowne. Dużą rolę odgrywały zwłaszcza te tworzone przez zgromadzenia zakonne, których charyzmat obejmował służbę ludziom chorym i potrzebującym. Zjawisko to rozwinęło się szczególnie w XI i XII wieku, w związku z silną migracją ludzi ze wsi do miast oraz z rozkwitem ruchu pielgrzymkowego. Słynna sieć hospicjów powstała wzdłuż tras, którymi pielgrzymowali chrześcijanie do Ziemi Świętej [1].

Opieka hospicyjna, określana jest mianem paliatywnej (od łacińskiego słowa *paliūm* oznaczającego płaszcz), oznacza aktywną i wszechstronną opiekę nad osobami cierpiącymi na postępujące, przewlekłe choroby o niekorzystnym rokowaniu. Pojęcie nowoczesnej opieki paliatywnej i jej rozwój mają stosunkowo krótką historię. Według powstałego w 1990 roku raportu Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) opieka hospicyjna jest to aktywna, dotycząca wszystkich sfer życia, opieka nad pacjentem cierpiącym na schorzenie niepoddające się leczeniu przyczynowemu. Definicja ta wskazywać może również na pomoc chorym nieznajującym się w stanie terminalnym, z potencjalną możliwością wyleczenia. W późniejszym czasie opieka paliatywna została przez WHO określona, jako podejście poprawiające jakość życia pacjentów w obliczu śmiertelnych chorób oraz ich rodzin poprzez zwalczanie wszechogarniającego bólu, odpowiedniej pielęgnacji czy łagodzenia dolegliwości

¹ Politechnika Śląska w Gliwicach, Wydział Architektury. Katedra Teorii, Projektowania i Historii Architektury. maria.bielak@polsl.pl

² Politechnika Śląska w Gliwicach, Wydział Architektury. Dyplomantka, dabrowska0m@gmail.com

psychicznych i duchowych. Dodatkowym ważnym aspektem poprawiającym jakość opieki paliatywnej jest odpowiednia edukacja zdrowotna osób objętych opieką, ich rodzin oraz personelu pielęgnacyjnego [2]. Współczesna idea opieki hospicyjnej nie wyrasta z niedostatków medycyny czy systemu opieki zdrowotnej, ale współpracuje z nimi i korzysta z ich osiągnięć. Jej zadaniem nie jest przyspieszenie czy opóźnienie śmierci chorego, ale nakierowanie na utrzymanie najwyższej możliwej jakości życia pacjenta aż do końca. W naszej kulturze 60-70% ludzi umiera w szpitalu, który jest miejscem śmierci samotnej, niejako izoluje się tu umierających, aż do chwili, kiedy wydadzą z siebie ostatnie tchnienie i tylko niewielki procent rodzin jest przy śmierci swoich bliskich. Współczesne szpitale zafascynowane technologią medyczną są skoncentrowane wyłącznie na przywracaniu pacjentów do zdrowia. Wydaje się, że potrzeby człowieka umierającego, dla którego nie ma szans na wyleczenie z zastosowaniem środków konwencjonalnej medycyny, są minimalizowane. Perspektywa śmierci w osamotnieniu w surowych szpitalnych warunkach przeraża chorych, działa to destrukcyjnie na ich psychikę. Rozwój medycyny doprowadził do pewnych zmian: zniósł wyraźną granicę między życiem a śmiercią, stworzył możliwości sztucznego podtrzymywania życia i nadzieję na oszukanie śmierci. Medycyna nastawiona na wyleczenie chorego zaniedbała i zminimalizowała funkcję opieki nad umierającym. Założenia opieki paliatywnej pozwoliły na godne warunki śmierci dla osób chorych przewlekle.

2. Współczesny model opieki paliatywnej

Współczesny model opieki hospicyjnej stworzyła Cicely Saunders – angielska lekarka, która w 1967 roku otworzyła w Londynie - Hospicjum Świętego Krzysztofa – specjalistyczny ośrodek opieki nad chorymi umierającymi. Urodzona w 1918 roku Cicely pragnęła zostać pielęgniarką, jednak sprzeciw rodziców sprawił, że udało się jej zrealizować to marzenie dopiero w 1944 roku. Pracując, jako pielęgniarka w londyńskim szpitalu Świętego Łazarza, opiekowała się nieuleczalnie chorym polskim lotnikiem – Dawidem Taśmą. Z rozmów, jakie z nim przeprowadziła, zrodziła się idea miejsca przeznaczonego dla ludzi umierających. Miejsca, w którym będą mogli, otoczeni opieką, wolni od bólu, uporządkować swoje sprawy oraz przygotować się do odejścia. Realizacja tej idei trwała 19 lat, w trakcie których Cicely Saunders ukończyła studia medyczne oraz odbyła praktykę lekarską w szpitalu Świętego Józefa, specjalizującego się w opiece nad chorymi umierającymi. Hospicjum Świętego Krzysztofa stało się modelem tego typu instytucji, znanym na całym świecie, obecnie prowadzącym także szeroką działalność edukacyjną. Dr. Cicely Saunders odwiedziła kilka razy Polskę. Jej wizyta w 1978 roku przyczyniła się do powstania 3 lata później pierwszego w Polsce Hospicjum Świętego Łazarza w Krakowie, prowadzonego przez stowarzyszenie pod nazwą Towarzystwo Przyjaciół Chorych[1].

Opieką nad pacjentem w myśl zasad wypracowanych przez Cicely Saunders powinien zajmować się interdyscyplinarny zespół, składający się z lekarza, pielęgniarki, fizykoterapeuty, psychologa, duchownego oraz wolontariuszy bez wykształcenia medycznego. Elementami opieki hospicyjnej mogą też być terapia zajęciowa, akupunktura,

muzykoterapia, masaże i inne. Najważniejszymi aspektami, które pomogą zapewnić komfort użytkownika podopiecznym hospicjum są niezależność, bezpieczeństwo, godność i wygoda. Agonalna udręka wymyka się spod kompetencji medycyny leczącej, a opiekuńcza obecność hospicjanta pozwala złagodzić ból. Dla wolontariusza jest to niewątpliwie bardzo trudna sytuacja i wymagająca rola. Hospicjant-ochotnik lub profesjonalista przyjmuje na siebie rolę uczestnika sytuacji, która jest mu nieznaną.

Ze względu na różne potrzeby i stadium zaawansowania choroby, pacjent wymaga zróżnicowanej pomocy. Wyróżnia się kilka typów opieki hospicyjnej m.in. zespoły domowe, które złożone są z lekarzy, pielęgniarek, wolontariuszy i duchownych bez wykształcenia medycznego. Opieka nad chorym polega na wizytach personelu medycznego w domu pacjenta. Na co dzień dba o niego rodzina lub bliscy. Zapewniany jest także dostęp do sprzętu rehabilitacyjnego lub specjalistycznego. Jest to bardzo popularna forma opieki ze względu na brak konieczności angażowania specjalistycznego ośrodka. Drugi typ to hospicja stacjonarne, które są przeznaczone dla osób zupełnie samotnych, znajdujących się pod nadzorem opieki społecznej, bezdomnych bądź wymagających całodobowej, specjalistycznej opieki ze względu na przebieg choroby. Trzeci typ to ośrodki opieki dziennej – są one organizowane głównie w dużych aglomeracjach miejskich i uzupełniają działania ośrodków stacjonarnych oraz zespołów opieki domowej. Obejmują opieką głównie mieszkających w pobliżu chorych w pierwszej fazie choroby terminalnej. Taka klasyfikacja ośrodków wydaje się być odpowiedzią na zapotrzebowania najważniejszych użytkowników, czyli chorych [3].

Funkcjonowanie każdego ośrodka zależy od wielu czynników, które wiążą się bezpośrednio z komfortem i wpływem przestrzeni na osoby. Stworzenie profilu użytkowników i zdiagnozowanie ich potrzeb jest istotnym aspektem w projektowaniu obiektu hospicjum. Pozwala to na klasyfikację potrzeb, opracowanie cyklu dnia w budynku, określenie szczegółowych wymogów dotyczących np. usług medycznych dla chorych. W czasie choroby pacjent ma poczucie utraty kontroli, bezpieczeństwa i samodzielności. Odpowiednio powiązane ze sobą funkcje i podzielenie przestrzeni na strefy ogólnodostępne, półprywatne i prywatne może zminimalizować takie wrażenia. Poczucie domowej atmosfery można uzyskać poprzez zastosowanie odpowiedniej kolorystyki i materiałów przyjaznych dla użytkownika. W budynku powinny się znaleźć wspólne przestrzenie, w których mogłyby następować interakcja między pacjentami, możliwość przyjęcia gości, ale również zapewnienie miejsca odosobnienia, w którym chory mógłby uspokoić nerwy, pomedytować lub przeprowadzić poufną rozmowę. Powiązanie przestrzeni wewnętrznych z zewnętrznymi zapewni kontakt z przyrodą, która bardzo dobrze wpływa na samopoczucie człowieka [4].

Aspekty behawioralne są jednym z ważniejszych punktów, które powinny wpływać na szereg decyzji projektowych. Zagadnienie to wpisuje się w aktualne tendencje związane z pojęciem projektowania obiektów zdrowia (ang. *health design*), które zmieniają oblicze współczesnej medycyny i środowiska, w jakiej jest ona realizowana. W tym interdyscyplinarnym przedsięwzięciu biorą udział architekci, socjologowie, pracownicy służby zdrowia, szpitalni administratorzy, projektanci wnętrz, architekci krajobrazu czy naukowcy środowiskowi. Podejmowane przez nich zadania mają na celu zamknięcie okresu sterylnych, utylitarnych przestrzeni medycznych, zwracając się bardziej w stronę

zaspokajania materialnych i duchowych potrzeb użytkowników. Bardzo ważne są informacje o potrzebach pacjentów i ich bliskich, zrozumienie psychologii środowiskowej i jej oddziaływania we współczesnych obiektach służby zdrowia. Opracowanie modelu międzynarodowych wytycznych pozwoliłoby na określenie podstawowych wymagań funkcjonalnych i organizacji obiektu hospicjum. Do najważniejszych aspektów możemy zaliczyć zdefiniowanie skali problemu, ustalenie zakresu usług, możliwość kooperacji między ośrodkami [5]. Za bardzo dobry przykład współpracy i oddziaływania ośrodka leczniczego na psychikę pacjenta mogą posłużyć doświadczenia angielskiej fundacji wsparcia dla osób chorych na raka Maggie's Centres.

3. Maggie's Centres jako model projektowania ośrodków opiekuńczych

Maggie's Cancer Caring Centres (Maggie's Centres) jest to fundacja, która powstała i działa na terenie Wielkiej Brytanii. Obiekty tworzą sieć specyficznych miejsc spotkań dla osób z chorobą nowotworową oraz ich bliskich. Placówki oferują interdyscyplinarną pomoc medyczną i psychologiczną, jak również wsparcie duchowe i społeczne. Inicjatorami i założycielami Maggie's Centres było małżeństwo Maggie Keswick Jencks - pisarka, malarka i projektantka krajobrazu i Charles Jencks – wybitny historyk i krytyk architektury. Impulsem do powstania ośrodka była wiadomość o chorobie nowotworowej Maggie. Bezosobowe i chłodne traktowanie pacjentów oraz warunki, w jakich odbywały się rozmowy dotyczące choroby i rokowań były dla Maggie szokujące. Ostatnie dwa lata życia poświęciła na rozwijanie idei miejsca, w którym osoby chore na nowotwór będą mogły otrzymać niezbędną pomoc. W 1994 r. powstała pierwsza koncepcja miejsca, które pierwotnie nazywało się „Nową jednostką ds. raka piersi” (ang. *A New Breast Cancer Care Unit*). Maggie w tym czasie współpracowała ze swoją pielęgniarką Laurą Lee. Wierzyła, że dla osób chorych ważne jest, aby nie być ofiarą choroby, a mieć swój czynny udział w tym, co się z chorym dzieje. Dlatego dostęp do informacji, wsparcie psychologa, pomoc przy radzeniu sobie ze stresem lub rozmowa z innym chorym powinny odbywać się w miłej domowej atmosferze. Pierwsze Maggie's Centre zostało zlokalizowane w budynku starej stajni przy Western General Hospital. Za projekt przebudowy obiektu i dostosowania go do wymagań Maggie był odpowiedzialny architekt Richard Murphy. Centrum zostało ukończone w listopadzie 1996r. Niestety pomysłodawczyni nie doczekała otwarcia, przegrała walkę z rakiem w 1995r. Po jej śmierci mąż Charles kontynuował rozwój całego przedsięwzięcia i pozyskiwanie funduszy na cele charytatywne, które miały pomóc w otwieraniu następnych placówek.

Obiekty Maggie's Centre są lokalizowane przy szpitalach onkologicznych. Funkcjonują one, jako samodzielne i niezależne finansowo i administracyjnie jednostki. Można je zaliczyć do grupy ośrodków opiekuńczych niezwiązanych bezpośrednio z opieką hospicyjną, chociaż przyświeca im ten sam cel - przywrócenia życia do odhumanizowanej medycyny. Placówki nie zastępują konwencjonalnej kuracji medycznej, ale mają charakter uzupełniający i stanowią w pewnym sensie odskocznie dla pacjentów. Głównymi założeniami ośrodków jest

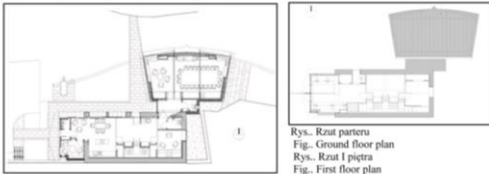



stworzenie miejsca, w którym funkcjonują grupy wsparcia i prowadzi się szkolenia. Panuje tam przyjazna, ciepła i domowa atmosfera. Dzięki temu pacjent jest zachęcany do aktywnego udziału w swojej terapii, co może wpłynąć korzystnie na zmianę jego myślenia, z poczucia przygnębienia, zagubienia i smutku na pełną nadziei aktywność.

Forma budynków, jak i wewnętrzne przestrzenie mają na celu przeciwstawianie się jałowemu biurokratycznym korytarzom oraz wnętrzom o zimnym szpitalnym charakterze. Bardzo ważnym aspektem, jest otoczenie obiektów. Ma ono duży wpływ na samopoczucie i psychikę człowieka, a w szczególności na osobę chorą. Zielen jest również wykorzystywana, jako bufor pomiędzy centrum a ośrodkiem szpitalnym. Dzięki temu uzyskuje się poczucie bezpieczeństwa i odosobnienia. A chory ma ułatwiony kontakt z przyrodą. Ogrody otaczające bryłę są projektowane z taką samą uwagą jak forma budynku. Sławni architekci chętnie współpracują z fundacją, ich obecność przy projektach przynosi rozgłos całemu przedsięwzięciu i pomaga zdobywać nowych darczyńców. Każde centrum projektowane jest nieodpłatnie przez znaną pracownię architektoniczną. Wśród autorów dotychczasowych realizacji znaleźli się m.in. Frank Gehry, Zaha Hadid, Richard Rogers, Norman Foster. Idea Maggie Keswick Jencks rozwija się nadal. Do chwili obecnej otwartych zostało już 19 ośrodków, a kolejne 10 czeka na realizację m.in. w Barcelonie [6].

Obiekty te stanowią świetny przykład wykorzystania architektury, jako łącznika pomiędzy człowiekiem a medycyną, której nadaje się pierwiastek człowieczeństwa. W projektach można zauważyć osiągniętą równowagę pomiędzy świadczeniem usług, a nie wywieraniem negatywnego efektu na pacjentach. Stworzenie kart obiektów pozwoliło na opracowanie wytycznych architektonicznych, programu funkcjonalnego oraz określenia zakresu usług nowo powstałych budowli (rys.1).

Sporządzone karty zawierają najważniejsze informacje o danych obiektach, takich jak: opis obiektu, określają jego położenie na świecie oraz lokalizację w tkance miejskiej lub relację z otoczeniem, przedstawiają dokumentację fotograficzną wewnątrz oraz bryły. Takie działanie pozwala na usystematyzowanie wiedzy i wyciągnięcie wniosków projektowych, które obok nowoczesnych standardów, norm projektowych z uwzględnieniem zasad projektowania uniwersalnego staną się wytycznymi pomocnymi w fazie programowania nowoczesnego obiektu hospicjum oraz w wykonaniu samego jego projektu.

		Numer			
		Nazwa			
		Lokalizacja			
		Architekt			
		Rok realizacji			
		Opis obiektu			
		Zdjęcia wnętrza			
		Rzut			
		Przekrój			
		Zdjęcia budynku			
		Wnioski			
		Źródło			

		1.		OBJEKT		MAGGIE'S CANCER CARING CENTRE EDINBURGH, SZKOCJA	
						Przy szpitalu: Western General Hospital	
		ARCHITEKT				Richard Murphy	
		ROK REALIZACJI				1997r Rozbudowa: 2001r	
						<ul style="list-style-type: none"> • Był to pierwszy ośrodek Maggie's Centre stworzony w Szkocji. Powstał on w zaadaptowanym budynku należącym do zabudowań gospodarczych szpitala Western General Hospital (przebudowana stajnia). O tym, jak miejsce o tym charakterze było potrzebne, świadczy konieczność jego rozbudowy. • Twórcy obiektu przyświecały dwa cele; pierwszy, by wykreować atmosferę jak najbliższą domowej; drugi, by zaprojektować jak najwięcej miejsca w bardzo ograniczonej przestrzeni i sprawić, aby była ona elastyczna, możliwa do przekształcenia. 	
							
							
		<p>Rys. - Rzut parteru Fig. - Ground floor plan Rys. - Rzut I piętra Fig. - First floor plan</p>				<p>Rys. Widok wnętrza Fig. View of interior Rys. Wspólna przestrzeń Fig. Living area</p>	
		<p>Rys. - Przekrój przez obiekt Fig. - Cut in two through object</p>				<p>Rys. Widok obiektu Fig. View of the object</p> <p>Rys. Strefa wejściowa Fig. Entrance zone</p>	
		<ul style="list-style-type: none"> • Współcześnie jest to jednokondygnacyjny budynek w głównej części z użytkowym poddaszem. Na parterze znajduje się miejsce do indywidualnych i grupowych rozmów, konsultacji, kuchnia z jadalnią, miejsce do terapii, wyżej pomieszczenia socjalne oraz pokój biurowy. • W centralnej części obiektu została zachowana pierwotna bryła kamiennego domu z dwuspadowym dachem. Do zachodniej ściany szczytowej dobudowana została część, która wygląda jakby została wysunięta z wnętrza budynku. Został zachowany pierwotny kształt, przekrój poprzeczny; zastosowano nowe materiały: stal, szkło i drewno. • Od północnego-wschodu dobudowano oddzielny pawilon połączony z resztą budynku łącznikiem. Ta część posiada podniesiony falujący dach, który został tak uformowany, aby zapewnić maksymalne doświetlenie od góry pomieszczeniom, które są zasilane przez główny budynek. • Przestrzeń została „uwolniona”, stała się na tyle elastyczna, że można ją dzielić, kształtując wewnątrz zgodnie z potrzebą, można uzyskać formę tarasów. 				<p>WNIOSKI</p> <ul style="list-style-type: none"> • Użytkownikami centrum są pacjenci chorujący na raka, ich bliscy, pracownicy, terapeuci oraz wolontariusze. • Projektowany obiekt – dobre wpisanie w teren; dobre zidentyfikowanie i podkreślenie centrum założenia jakim jest kuchnia. • Ośrodek o przyjaznym, domowym charakterze; jest przeciwieństwem sterylnych, przynębiających środowisk szpitalnych. • Wewnątrz obiektu – czysta, przejrzysta struktura przestrzenna budynku, dobra informacja wizualna. • Jasne i przestronne wnętrza, w których ludzie mogą zebrać, porozmawiać, otrzymać poradę lub wziąć udział w ćwiczeniach grupowych, takich jak joga czy zabiegi kosmetyczne. • Projektowany obiekt oraz jego otoczenie całkowicie pozbawione są barier architektonicznych – zapewnienie użytkownikom swobodnego dostępu, poruszania się. • Richard Murphy za projekt Centrum Maggie w Edynburgu został nagrodzony nagrodami Best Conservation Award in Edinburgh oraz RIBA award. <p>Źródło: http://www.richardmurphyarchitects.com/projects/222/ [dostęp 01.03.2017]; http://www.maggiacentres.org/centres/edinburgh/building.html [dostęp 01.03.2017]</p>	

Rys. 1. Przykład karty zbiorczej badanego zagadnienia.

Fig. 1. Example of card collecting examined issues.

Źródło: Opracowanie własne.

4. Wykorzystanie założeń teoretycznych w praktyce projektowania hospicjów

Kluczowe i konieczne dla postępów w dalszej pracy projektowej jest ustalenie roli architektury w tworzeniu miejsca terapii i wsparcia oraz decyzje, które musi podjąć projektant w celu polepszenia jakości życia i poziomu komfortu użytkowników. Cele te mogą być realizowane za pomocą studiów przypadków, zarówno krajowych, jak i międzynarodowych, przy wsparciu literatury, która pokazuje historyczne i aktualne trendy w architekturze medycznej. Najlepszym sposobem określenia wytycznych jest przeanalizowanie już istniejących hospicjów. Kryterium doboru obiektów do badania jest rzeczą indywidualną. Usystematyzowane informacje pozwalają na stworzenie bazy założeń, które będą miały bezpośredni wpływ na kształtowanie dobrego środowiska zbudowanego, jakim w naszym przypadku jest obiekt hospicjum.

Biorąc pod uwagę powyższe rozważania można wyróżnić kilka charakterystycznych cech, którymi powinny odznaczać się wszystkie ośrodki hospicjów. Przede wszystkim należy wskazać na lokalizację budynku. Sąsiadujące jednostki wyższego rzędu tj. szpitale specjalistyczne czy kliniki, mogą mieć zróżnicowany wpływ na użytkowników hospicjum. Z jednej strony bliskość specjalistów i odpowiedniego sprzętu pozwala na szybką reakcję w przypadku zagrożenia, natomiast z drugiej strony placówka specjalistyczna wywołuje wśród pacjentów uczucie niepokoju i dyskomfort. Kolejnym ważnym aspektem jest

zapewnienie odpowiedniej komunikacji, łatwego dostępu do dworca kolejowego, czy przystanku autobusowego. W celu poprawy komfortu użytkownika, obiekt powinien znajdować się z dala od głównych dróg i uciążliwych czynników w sąsiedztwie. Wymaga się, aby zagospodarowanie terenu charakteryzował wysoki walor estetyczny, dobrze zakomponowaną i utrzymaną zieleń towarzyszącą. Co więcej, całkowita dostępność obiektu wraz z jego otoczeniem, brak jakichkolwiek barier architektonicznych, wybudowanie podjazdów dla wózków inwalidzkich, czy umieszczenie wyjścia na poziomie 0,00 wpłyną pozytywnie na poczucie niezależności i samodzielności pacjentów. Forma budynku powinna nawiązywać do lokalnych trendów mieszkaniowych w okolicy, charakteryzować się wysoką estetyką przy zastosowaniu naturalnych materiałów tj. drewno czy kamień. Otoczenie, w którym pacjent przebywa codziennie wskazana jest możliwość indywidualnej personalizacji przestrzeni, dodatkowym atutem będzie sposobność wyjścia z pokoi bezpośrednio na zewnątrz. Sam budynek hospicjum powinien być czytelny i łatwy w obsłudze, a przestrzenie wewnętrzne winny mieć dobre proporcje, koncentrujące się na pacjentach i na ich potrzebach. Odpowiednio kształtując środowisko można wykorzystać architekturę jako instrument wspomagający proces leczenia i psychofizyczne udźwignięcie choroby, bólu, śmierci, poprzez stworzenie kojącego miejsca, zachowującego ludzką godność, środowiska niezwiększającego poziomu stresu.

Próbę kreowania nowoczesnych obiektów hospicjów, których założenia oparte zostały na powyższych wytycznych, podejmują w ostatnich latach w Katedrze Teorii, Projektowania i Historii Architektury Dyplomanci w swoich projektach koncepcyjnych. Prace Dyplomowe powstają na bazie nowoczesnych standardów, rozporządzeń, wytycznych i norm projektowych z uwzględnieniem zasad projektowania uniwersalnego oraz w oparciu o założenia i wskazówki wynikające z własnych badań literaturowych i jakościowych [7].

Pierwszym przykładem wskazywania dróg rozwiązań dla obiektów architektonicznych przewidzianych dla osób chorych terminalnie jest „Projekt koncepcyjny hospicjum stacjonarnego *AEDES OTIUM*” [8]. „Aedes Otium” (łac. *spokojny dom*) jest to obiekt hospicjum stacjonarnego, którego podstawową funkcją jest sprawowanie całodobowej, specjalistycznej opieki paliatywnej nad osobami chorymi terminalnie. Obok funkcji samego hospicjum swoje miejsce znalazła również przychodnia dziennej opieki paliatywnej. Podstawowym założeniem projektowym jest tutaj zapewnienie użytkownikom jak najlepiej zakomponowanej przestrzeni dającej poczucie bezpieczeństwa i komfortu użytkownika, w której będzie możliwość zapewniania im opieki na jak najwyższym poziomie.



Rys. 2. Wizualizacja hospicjum Aedes Otium.
Fig. 2. Visualization of the hospice Aedes Otium.
Źródło: Wg [8]

Dobrym przykładem poszukiwania nowych rozwiązań jest „Projekt koncepcyjny stacjonarnego hospicjum wraz z obiektem Maggie’s Centres w Mysłowicach [9]. Zasadniczym założeniem projektu jest ukazanie jak powinna zostać ukształtowana przestrzeń przeznaczona do sprawowania opieki paliatywnej w odejściu od często niewystarczających kanonów obiektów hospicyjnych.



Rys. 3. Wizualizacja obiektu Maggie’s Centres.
Fig. 3. Visualization of the object Maggie’s Centres.
Źródło: Wg [9]

Głównym założeniem projektu jest zagwarantowanie dobrze zorganizowanej przestrzeni (tak w obiekcie hospicjum, jak i w Maggie's Centres), która zapewni jego użytkownikom poczucie bezpieczeństwa i spokoju. Miejsca, w którym opieka nad pacjentem przez interdyscyplinarny zespół będzie na najwyższym poziomie. W tym celu przestrzeń została podzielona na harmonijnie współgrające ze sobą strefy: ogólnodostępną, półprywatną i prywatną. W strefie mieszkalnej (prywatnej) znajdują się jednoosobowe i dwuosobowe pokoje z wyjściami na taras oraz otwarta strefa dzienna umożliwiająca interakcję i relaks pacjentom. Całość kompleksu została połączona wygodną komunikacją i zielenią stwarzającą przyjazną atmosferę.

5. Podsumowanie

Powyższe opracowanie stanowi próbę zmierzenia się z przyjętymi i funkcjonującymi kanonami obiektów hospicyjnych, odejścia od przyjętych projektowych tendencji w celu poprawy jakości behawioralnych w ich środowisku. Wprowadzenie pojęcia jakości życia, oznaczanego angielskim skrótem QL (ang. *quality of life*), jako nadrzędnego zadania opieki paliatywnej, jest zmianą myślenia i nastawienia w odnoszeniu się do ludzi chorych. Inną, nie mniej ważną zasadą, na której opiera się filozofia postępowania medycznego wobec chorych terminalnych, jest akceptacja nieuchronności cierpienia. Może się to wydawać trudne do przyjęcia, ale podejmując wszelkie możliwe starania, które złagodzą dolegliwości chorego i zaspokoją wszystkie ważne dla niego potrzeby, dochodzimy do bariery własnych ograniczeń. Okazuje się, że po prostu nie jesteśmy w stanie sprawić, by człowiek nie odczuwał żadnych przykrości. Co więcej, musimy uznać, że cierpienie, żal, lęk są głęboko ludzkie, naturalne i mogą odegrać pozytywną rolę w życiu. Odważne i konsekwentne przyjęcie tej zasady sprawi, że nasza pomoc i opieka staną się bardziej realne.

Projektowanie specjalistycznych obiektów służby zdrowia, w których ludzie szukają pomocy i wsparcia, wymaga szczególnie wrażliwego podejścia. Znamienne jest zminimalizowanie poczucia lęku, które mogą takie obiekty wywoływać u jego użytkowników, w zamian powinny oferować przestrzenie przyjazne i bezproblemowe.

Ważne jest, aby architektura o wysokiej, nowoczesnej jakości tworzyła przyjazne środowisko, które spełnia wiele zadań. Po pierwsze zabezpiecza potrzeby behawioralne osób walczących z nieuleczalną chorobą, po drugie jest *praktyczna* w użyciu – cechy te są bardzo ważne w celu zapewnienia leczenia i wsparcia pacjentom. Jako architekci musimy dbać o należyte kształtowanie przestrzeni dającej im poczucie bezpieczeństwa, godności, prywatności, spokoju i komfortu użytkownika, w której będzie istniała możliwość zapewniania opieki na jak najwyższym poziomie, aż do ostatniego dnia. Tak więc widzimy tu ścisły związek pomiędzy potrzebami pacjentów, a jakością behawioralną przestrzeni hospicjum.

BIBLIOGRAFIA

1. Verderber S., Ben J. Refuerzo B.J.: *Innovations in Hospice Architecture*. Taylor&Francis, London 2006.
2. www.who.int/cancer/palliative/definition/en/ (dostęp z dn. 01.03.2017).
3. Szot L.: Powstanie i rozwój ruchu hospicyjnego. [w:] *Studia Warmińskie* 2009, t.46 s.235 <http://www.studiawarmińskie.uwm.edu.pl/> (dostęp z dn. 01.03.2017).
4. Bell, P.A., Greene T.C., Fisher J.D., Baum A.: *Psychologia środowiskowa*. wyd. Psychologiczne, Gdańsk 2004.
5. Lang J.: *Creating architectural theory: The role of the behavioral science in environmental design*. Van Nostrand Reinhold, New York 1997.
6. Jencks Ch., Heathcote E.: *The Architecture of Hope: Maggie's Cancer Caring Centres*. Frances Lincoln 2010.
7. Bielak-Zasadzka M.: *Metodologia pracy badawczej. Zastosowanie metod badawczych w pracach magisterskich*. Wydawnictwo Politechniki Śląskiej, Gliwice 2015.
8. Wielgus M.: *Projekt koncepcyjny hospicjum stacjonarnego AEDES OTIUM*. Praca dyplomowa-magisterska, Promotor: dr inż. arch. Bielak-Zasadzka M., Politechnika Śląska, Gliwice 2014.
9. Dąbrowska M.: *Projekt koncepcyjny hospicjum stacjonarnego wraz z obiektem Maggie's Centres w Mysłowicach*. Praca dyplomowa-magisterska, Promotor: dr inż. arch. Bielak-Zasadzka M., Politechnika Śląska, Gliwice 2017.

KSZTAŁTOWANIE PRZESTRZENI OBIEKTU HOSPICJUM W ODPOWIEDZI NA POTRZEBY BEHAVIORALNE JEGO UŻYTKOWNIKÓW

Streszczenie

Przedstawione opracowanie wpisuje się w aktualny nurt tematyczny związany z projektowaniem obiektów zdrowia - „health design”. Porusza ono problem należytego kształtowania środowiska zbudowanego, jakim jest obiekt hospicjum stacjonarnego, którego podstawową funkcją jest sprawowanie całodobowej, specjalistycznej opieki paliatywnej nad osobami chorymi terminalnie. Opracowanie jest przyczynkiem do poszerzenia wiedzy o działalności różnych form hospicjów oraz o zasadach ich funkcjonowania. Zostały przeanalizowane tu przykłady obiektów hospicjów funkcjonujących w Polsce i na świecie, wskazane różnice w ich funkcjonowaniu i kształtowaniu ich przestrzeni. Artykuł ukazuje problem należytego ukształtowania przestrzeni przeznaczonej do sprawowania opieki paliatywnej w odejściu od często niewystarczających kanonów obiektów hospicyjnych.

W opracowaniu przedstawiono także oddziaływanie przestrzeni na emocje i odczucia użytkowników, które to mają bezpośredni wpływ na ich fizyczny i psychiczny stan. Zależności te ukazane zostały na przykładzie funkcjonowania obiektów Maggie’s Centres, którym podobnie jak hospicjom przyświeca cel przywrócenia życia do odhumanizowanej medycyny, szczególnie tej związanej z ciężkimi i śmiertelnymi chorobami.

Podstawowym założeniem przy kreowaniu środowiska zbudowanego hospicjum jest zapewnienie jego użytkownikom jak najlepiej zakomponowanej przestrzeni dającej im poczucie bezpieczeństwa, godności, prywatności, spokoju i komfortu użytkowania, w której będzie możliwość zapewniania im opieki na jak najwyższym poziomie.

SPACE ARRANGEMENT OF THE HOSPICE WITH REFERENCE TO BEHAVIORAL NEEDS OF ITS PATIENTS

Summary

The presented description corresponds with a current trend connected health design. It arises the problem of the proper environmental management of the hospice building which basic function is to take care of the terminally ill patients all year round. The presentation should be the starting point to broadening the knowledge concerning various types of hospice and the ways they function. In the piece of work different types of hospice that function in Poland and all over the world some differences in their space arrangement were indicated. The article shows the problem of the improper space arrangement used for treating terminally ill patients. Furthermore, the piece of work presents the impact of the surrounding space on people’s emotions and feelings that have direct influence on their mental and physical condition. The dependences that were presented show how the buildings of Maggie’s Centres function. Their main goal is to receive life to dehumanized medicine, particularly the one connected with difficult terminal diseases.

Basic assumption while creating the environment of a newly built hospice is to provide its users the atmosphere of the interior that gives them security, privacy, dignity and comfort. Moreover, the possibility of giving them the highest level health care is of the vital importance.