

KOMPONENTY PRZESTRZENI OBIEKTÓW OPIEKI INSTYTUCJONALNEJ WSPOMAGAJĄCE OPIEKĘ NAD OSOBAMI STARSZYMI Z DEMENCJĄ

1. Wprowadzenie

Przyczyną podjęcia tematyki kształtowania środowiska dla osób z zespołami otępiennymi jest narastająca liczba osób chorych wśród populacji osób starszych. Częstość występowania otępienia wzrasta znacząco wraz z zaawansowaniem starości. Według danych z piśmiennictwa światowego otępienie dotyka ok. 3-11% osób po 65 r.ż. [4]. Na podstawie analizy wielu badań epidemiologicznych stwierdzono, że wskaźnik rozpowszechnienia otępienia podwaja się co ok. 5 lat aż do 94 r.ż. [5]. Wg danych na 2013 rok w Europie około 9,2 mln choruje na otępienie [9]. Zjawisko to stwarza wiele wyzwań, zwłaszcza wobec systemów opieki społecznej oraz opieki zdrowotnej. Natomiast z punktu widzenia współczesnych tendencji do utrzymania jak najdłuższej niezależności i samodzielności osób starszych - jest to także wyzwanie dla poszukiwań optymalnych rozwiązań przestrzennych, wspomagających codzienne funkcjonowanie chorych. Ma to także znaczenie dla wsparcia i poprawy warunków pracy opiekunów oraz dla efektywności działań sektora usług opiekuńczych – przede wszystkim w obiektach opieki instytucjonalnej, ale także w warunkach domowych.

Wieloletnie badania w zakresie psychologii środowiskowej ujawniły zależności pomiędzy rozwiązaniami przestrzennymi a wymiarem ich oddziaływania na chorego (Zeisel 1994, 2003, Calkins 1994, 2001, Day & Carreon, 2000; Fleming & Purandare, 2010; Tilly & Reed, 2008) [7]. Wskazały one na terapeutyczną rolę przestrzeni i najistotniejsze reguły w projektowaniu środowiska, wspomagającego chorych w zachowaniu dobrego samopoczucia, niezależności i zdolności funkcjonalnych. Otępienie, czyli demencja, jest zespołem chorobowym, charakteryzującym się rozwijającą się i postępującą niepełnosprawnością umysłową, obejmującą zaburzenia czynności poznawczych oraz z czasem zaburzenia zachowań społecznych i emocjonalnych (w późniejszej fazie także niepełnosprawnością fizyczną). Objawy wspólne dla wszystkich typów demencji dotyczą [3]:

- zanikającej zdolności do racjonalnego myślenia, wydawania osądów i rozwiązywania problemów,

* Wydział Architektury, Politechnika Śląska, ul. Akademicka 7, 44-100 Gliwice, e-mail: anna.szewczenko@polsl.pl

- trudności w zapamiętywaniu (początkowo w odniesieniu do zdarzeń bieżących, z czasem pojawiają się długotrwałe trudności z pamięcią)
- problemy z poznawaniem nowych rzeczy,
- zwiększająca się wrażliwość sensoryczna, głównie poprzez bodźce wzrokowe, skutkująca niepokojem,
- zwiększona wrażliwość na elementy środowiska fizycznego i psychospołecznego, powodująca poczucie zagubienia.

Otępienie może mieć wiele przyczyn. Do najczęstszych przyczyn należy choroba Alzheimera. Duża wrażliwość osób chorych na bodźce środowiskowe, zwłaszcza w przypadku zmiany miejsca pobytu (np. poza znane warunki przestrzenne w miejscu zamieszkania) jest często czynnikiem presji środowiska wywołującym stres, agresję, nasilenie niekontrolowanego wędrowania oraz utratę niezależności [15]. Tego typu zachowania zwiększają koszty społeczne opieki, stanowią jednocześnie zwiększone obciążenie dla personelu, co może obniżać efektywność opieki instytucjonalnej. Stąd wynika główna przesłanka do poszukiwania rozwiązań optymalnych w różnych typach obiektów: na oddziałach geriatrycznych, w zakładach opiekuńczo-leczniczych, w domach pomocy społecznej dziennych i stacjonarnych. W części krajów europejskich, takich jak Wielka Brytania, Dania, Holandia, Irlandia wpieranie osób z demencją jest istotnym elementem polityki zdrowotnej, w której poza diagnostyką i określeniem jakości opieki nad chorymi wskazywana jest rola warunków przestrzennych pobytu chorych. W Niemczech wśród około 2/3 osób starszych będących mieszkańcami domów opieki choruje na demencję [9]. W warunkach polskich opiekę nad chorym z demencją pełnią bardzo nieliczne placówki specjalistyczne, natomiast część chorych trafia do domów opieki dla osób starszych. Brak systemowych rozwiązań i narastający problem społeczny powoduje, że na chwilę obecną rekomendacje projektowe jako kierunki kształtowania przestrzeni dla osób z zespołem otępiennym powinny dotyczyć większości placówek opieki zdrowotnej lub ośrodków opiekuńczych. Ich obecny wyraz reprezentuje zdecydowanie instytucjonalny charakter przestrzeni – jej negatywny wpływ na podopiecznych może stać się czynnikiem ryzyka dla pogorszenia funkcjonowania chorych.

Rekomendacje projektowe uwzględniające potrzeby osób z demencją dotyczą: poszczególnych skal w projektowaniu: zasad planowania i programowania funkcjonalnego obiektów pozwalających na kontynuację opieki, ogólnych cech obiektu (np. nieinstytucjonalnego charakteru obiektu), układu przestrzennego budynku wzmacniającego poczucie orientacji oraz uwzględnienia funkcji wspierających, szczególnie istotnych z punktu widzenia aktywności podopiecznych i specyfiki ich funkcjonowania (np. gradacja dostępności przestrzeni, pomieszczenia służące aktywnościom chorych). Jednak zakres dostępnej wiedzy w tym zakresie dotyczy przeważnie domów opieki, natomiast brakuje nadal całościowej koncepcji kształtowania obiektów opieki zdrowotnej w omawianym aspekcie.

2. Metody badawcze służące wypracowaniu rekomendacji projektowych dla środowiska przyjaznego osobom starszym z zespołem otępiennym

Rozwijające się w ciągu ostatnich dwóch dekad badania weryfikujące charakter relacji pomiędzy środowiskiem fizycznym a możliwościami funkcjonowania osób chorych wskazały na zasadnicze komponenty środowiska fizycznego, które wspomagają funkcjonowanie osób chorych (m.in. (Zeisel 1994, 2003, Calkins 1994, 2001, Day & Carreon, 2000; Fleming & Purandare, 2010; Tilly & Reed, 2008, E. Niezabitowska 2014). Omawiane zagadnienia są przykładem problematyki, w której wypracowanie wymiernych rezultatów wymaga wyjścia poza klasyczne dla danej dziedziny metody naukowe: powiązanie metod badawczych psychologii środowiskowej z regułami opisu środowiska przestrzennego typowymi dla badań w architekturze umożliwiło uzyskanie wyników stanowiących rekomendacje projektowe. Najczęstszymi metodami badawczymi stosowanymi w zakresie tych zagadnień są metody eksperymentalne i quasi-eksperymentalne, głównie dla specjalnych oddziałów dla chorych z zespołem otępiennym, (*special care units* – SCU), wprowadzające do środowiska fizycznego określone zmiany, przy czym wyniki tych badań bywają czasem niejednoznaczne z uwagi na konieczność interpretacji zachowań chorych z punktu widzenia medycznego [1], [7]. Źródła literaturowe przytaczają także stosowane w badaniach techniki obserwacyjne, jednak nie zawsze dają szansę na porównanie wyników z uwagi na małą skalę badań lub na unikalność rozwiązań przestrzennych.

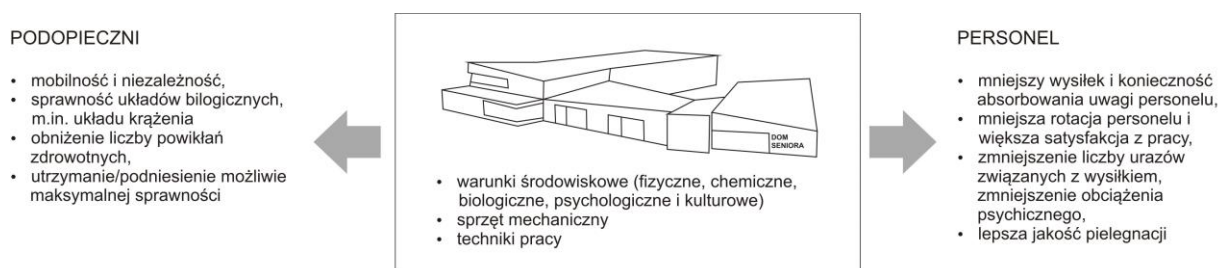
Najnowsza generacja badań przenosi rozważania na płaszczyznę holistycznego określania celów terapeutycznych realizowanych przez przestrzeń (por. Calkins 1988, Zeisel 1994, 2003). Bezpieczeństwo, orientacja w przestrzeni oraz pozytywna stymulacja stały się głównymi komponentami modelu przestrzennego długoterminowych ośrodków opieki dla chorych. Jedną z wykorzystywanych metod badań, łączących ocenę efektywności rozwiązań projektowych z preferencjami użytkowników, jest metoda Evidence-Based Design, która wypełnia lukę pomiędzy dążeniem do wysokiej jakości projektowanych obiektów a wykorzystaniem wiedzy o potencjalnych korzyściach wskazanych w wynikach badań obiektów istniejących [6], [7], [8], [11]. Metoda ta wywodzi się z podejścia medycznego do procesu leczenia opartego na dowodach, zatem w procesie projektowania uwzględnia się dostępną wiedzę i wnioski z dotychczasowych doświadczeń projektowych, aby wprowadzać rozwiązania najbardziej optymalne dla użytkowników i realizowanych w obiekcie funkcji. Przeprowadzone tą metodą syntezy wyników badań pozwalają na chwilę obecną na określenie kierunków działań przestrzennych, natomiast nie stanowią podstawy do wskazania najbardziej skutecznych rozwiązań, zgodnie z podejściem deterministycznym.

Badania te mogą stanowić m.in. podstawę do określenia korzystnego wpływu poszczególnych rozwiązań na osoby z zaburzeniami poznawczymi, w zakresie ich samopoczucia, niezależności i zdolności funkcjonalnych, orientacji w przestrzeni i kompetencji społecznych [7]. Kluczową decyzją jest określenie układu przestrzennego placówki, natomiast badania z wykorzystaniem techniki obserwacyjnej wskazują także rolę oświetlenia, poziomu hałasu, temperatury, kolorystyki pomieszczeń oraz zastosowanych wzorów dekoracyjnych.

W badaniach własnych Autorki, przeprowadzonych na oddziałach geriatrycznych w latach 2013-2015 przyjętą metodą badań było wielokrotne studium przypadku. Badania przeprowadzone były w zakresie jakości funkcjonalnej, behawioralnej i technicznej dla pięciu śląskich oddziałów geriatrycznych. Zastosowano triangulację badań, zatem dla każdego przypadku wykorzystano następujące techniki badawcze: analiza dokumentacji budowlanej, wywiady ustrukturyzowane (eksperckie) z personelem lekarskim i pielęgniarskim, obserwacje sposobu użytkowania oddziałów, śledzenie drogi pacjenta, wywiady nieustrukturyzowane z wybranymi pacjentami. Badania te wykazały także zależności pomiędzy układem przestrzennym i skalą oddziału a liczbą zachowań nienormatywnych u pacjentów [12]. Badania wykazały związek pomiędzy wielkością oddziału, lokalizacją punktu pielęgniarskiego a liczbą zachowań agresywnych czy przypadków majaczenia u pacjentów. Były one nasilone w przypadku dużego zagęszczenia pacjentów w salach i ich lokalizacji poza zasięgiem słyszalności

3. Specyfika kształtowania środowiska obiektów opieki dla osób z demencją

W warunkach placówki opieki strefa pracy obejmuje miejsca pobytu podopiecznych, dlatego zarówno ergonomia przestrzeni pobytu, jak i miejsc działań pielęgnacyjnych oraz wszelkie elementy wspomagające funkcjonowanie osób starszych mają wpływ na efektywność pracy i zmniejszenie rotacji pracowników, ograniczenie liczby dni spędzonych na zwolnieniu lekarskim i większe zadowolenie opiekunów. Można wyróżnić kilka pozytywnych efektów kształtowania optymalnej przestrzeni obiektów z funkcją opieki, z wykorzystaniem m.in. właściwych pomocy mechanicznych i prawidłowych technik pracy (rys.1).



Rys. 1. Schemat uwarunkowań środowiskowych w obiekcie opieki dla osób starszych, decydujących o jakości opieki

Fig. 1. Scheme of environmental circumstances in institutional care facilities for the elderly

Źródło: opracowanie własne

Wskazanie możliwości poprawy jakości procesu opieki, a tym samym warunków pracy personelu w obiektach opieki dla zależnych osób starszych, wymaga zdefiniowania specyfiki tego środowiska. Jego cechą charakterystyczną jest współzależność grup czynników środowiska pracy (fizycznych, chemicznych i biologicznych) oraz komponentu ludzkiego,

wynikającego z uwagi na pracę z ludźmi niepełnosprawnymi. Uwarunkowania środowiska pracy w obiektach tego typu przekładają się zasadniczo na dwa aspekty:

- zapewnienie sprawności procesów opiekuńczych i pielęgnacyjnych przebiegających w przestrzeni obiektu, ich efektywność i wydajność (także w przełożeniu na warunki ekonomiczne),
- optymalizacja ergonomii środowiska pracy personelu, uzyskana między innymi poprzez komfort i możliwie maksymalną samodzielność pacjentów.

Dla usprawnienia opieki nad osobami starszymi z zaburzeniami poznawczymi oraz dla kształtowania właściwych warunków pracy personelu - przestrzeń obiektu powinna stwarzać warunki do ich aktywizacji w celu zachowania ich niezależności, zmniejszenia liczby incydentów trudnych zachowań oraz utrzymywania obciążenia opiekunów i innych pacjentów na jak najniższym poziomie. Dodatkowo zapewnienie warunków dla bezpiecznej mobilności (niekontrolowane wędrowanie) i samodzielności podopiecznych jest zasadniczym wyznacznikiem jakości opieki oraz czynnikiem podnoszącym komfort pracy personelu.

Współcześnie przeważa tendencja, aby w stosunku do osób z zaburzeniami poznawczymi ograniczać środki farmakologiczne łagodzące ich zachowania, a jednocześnie stwarzać im warunki przestrzenne do bezpiecznego funkcjonowania. Zasadniczymi aspektami w projektowaniu przestrzeni obiektów opieki dla osób z zespołem otępiennym jest kształtowanie optymalnych warunków pod kątem:

- orientacji przestrzennej wobec utraty zdolności poznawczych,
- wspomagania niezależności podopiecznych przez udogodnienia przy przemieszczaniu się, wykonywaniu codziennych czynności,
- poziomu stymulacji przez bodźce środowiskowe i przestrzenne (m.in. hałas, oświetlenie) aby ograniczyć ilość nadmiernie pobudzających bodźców środowiskowych,
- poczucia bezpieczeństwa w zakresie obniżenia lęku, stresu i zapewnienia uczucia swojskości – między innymi przez utrzymanie domowego charakteru wewnątrz i uzupełniających rozwiązań technicznych,
- relacji pomiędzy przestrzenią prywatną a publiczną, zachowania ich rozdziału.

Szerokie ujęcie powyższych zagadnień zostało odzwierciedlone między innymi w środowiskowo-behawioralnym modelu projektowania Zeisel'a (*Environment-Behaviour Design Model* - tabela 1) [15]. Został on uznany jako kompletny zakres kryteriów projektowych istotnych z punktu widzenia jakości obiektów opieki instytucjonalnej dla osób z zespołem otępiennym. Komponenty modelu są ze sobą powiązane, zatem jako zespół czynników stanowią punkt wyjścia do dalszych decyzji projektowych. Natomiast relacja pomiędzy poszczególnymi komponentami modelu a zachowaniem użytkowników nie zachodzi jednoznacznie w każdych warunkach oraz nie może być interpretowana zwrótnie (np. brak dostępu do ogrodu nie wywołuje natychmiastowego pogorszenia samopoczucia).

Układ funkcjonalno-przestrzenny obiektu jest jednym z kluczowych zagadnień w kształtowaniu przestrzeni przyjaznej osobom z zespołem otępiennym, zwłaszcza w warunkach specjalnych ośrodków opieki. Wpływa on na orientację przestrzenną, stwarza warunki widoczności poszczególnych stref funkcjonalnych oraz umożliwia kontakt z otoczeniem. Przykład kształtowania specjalnego ośrodka opieki przedstawia rysunek 2.

Prezentuje on układ przyziemia, który zapewnia dostępność oraz widoczność otaczającej zieleni rekreacyjnej, przede wszystkim do wewnętrznego patio (3). Strefa wejściowa na oddział (1) stanowiący rodzaj grupy sąsiedzkiej dla ok. 15 podopiecznych jest zlokalizowana w miejscu, skąd możliwa jest penetracja wzrokowa ważniejszych funkcji np. punktu dozoru pielęgniarskiego, stref społecznych jak jadalnia lub pokój pobytu dziennego. Strefa wejścia w miarę możliwości powinna być maskowana dla utrudnienia ucieczki z oddziału. Istotnym aspektem w projektowaniu ciągów komunikacyjnych jest zamknięcie układu korytarza strefą społeczną z miejscami do siedzenia i biernej obserwacji aktywności innych (2), co daje podopiecznym poczucie widocznego i rozpoznawalnego celu przemieszczania się. Ponadto komunikacja powinna mieć układ zamkniętej pętli, umożliwiającej swobodne wędrowanie przy nadzorze nieformalnym personelu (4). W programie funkcjonalnym powinno się przewidzieć różne formy przestrzeni społecznych – umożliwiające zarówno bierną obserwację życia ośrodka, jak i pomieszczenia (np. z przezroczystymi przegrodami) pozwalające na uczestniczenie w zajęciach terapeutycznych (5).

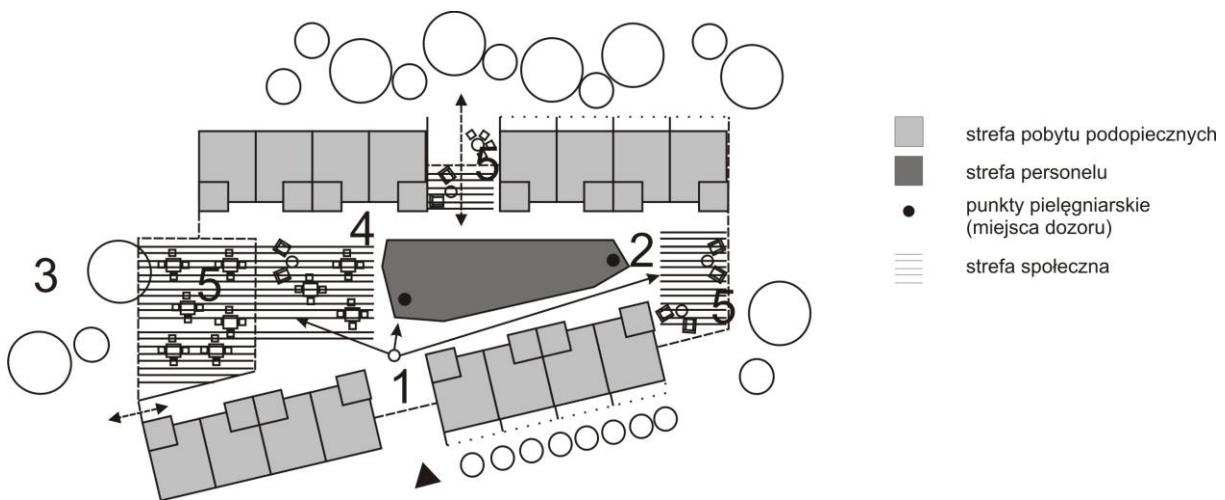
Tabela 1

Komponenty środowiska w modelu Environment-Behaviour Design Model dla środowiska instytucjonalnego (np. *special care units*) oraz ich wpływ na zachowania chorych z zaburzeniami otępiennymi

Główne komponenty modelu	Wymiar oddziaływania środowiska na chorego	Kryteria optymalnych rozwiązań przestrzennych
Kontrola granic przestrzeni		
uformowanie strefy wyjścia z oddziału, ze szpitala	poczucie przymusowego zamknięcia, ograniczenia swobody przemieszczania się	<ul style="list-style-type: none"> kontrola bezpośrednia, w tym systemy zamykające drzwi oraz punkty dozoru personelu np. otwarte konsole pielęgniarskie rozwiązania pozwalające na dyskretne umieszczenie wejścia (maskowanie drzwi) np. przez jednolitą kolorystykę drzwi i ściany
Istotne cechy układu funkcjonalnego		
układ komunikacyjny budynku lub oddziału	wspieranie niezależności, kontrolowane warunki dla wędrowania	<ul style="list-style-type: none"> zapewnienie orientacji w przestrzeni, rola kolorów i kontrastów barwnych w zapewnieniu informacji o środowisku (np. kody kolorystyczne), wprowadzanie zasad odnajdywania drogi (<i>wayfinding</i>), zamknięty układ komunikacji w formie pętli, ścieżki do wędrowania (ang. <i>walking paths</i>)
gradacja przestrzeni (relacje pomiędzy przestrzenią prywatną a publiczną)	potrzeba regulacji intensywności kontaktów społecznych, potrzeba prywatności,	<ul style="list-style-type: none"> wyodrębnienie przestrzeni prywatnych, zapewnienie pokoi 1-osobowych, możliwość personalizacji przestrzeni np. przez możliwość umieszczenia przedmiotów osobistych, pamiętek
przestrzenie społeczne – jakość przestrzeni służących kontaktom	swoboda wyboru miejsca i formy relacji interpersonalnych	<ul style="list-style-type: none"> wielkość powierzchni, skala pomieszczeń, indywidualny, wyrazisty charakter poszczególnych pomieszczeń (np. jadalnia,

społecznym		pokój dzienny)
dostępność przestrzeni zewnętrznych	wspomaganie kondycji psychofizycznej, wspieranie aktywności na świeżym powietrzu	<ul style="list-style-type: none"> dostępność terenów zieleni rekreacyjnej (patio, ogród zimowy), powiązanie zieleni z wnętrzem obiektu, tworzenie rozwiązań aktywizujących, w tym zapewniających bezpieczeństwo (np. zamknięta pętla ścieżki ogrodowej)
Estetyka i wyposażenie wnętrz		
odejście od instytucjonalnego charakteru pomieszczeń na rzecz rozwiązań wprowadzających intymny, domowy klimat	wspieranie poczucia intymności i bezpieczeństwa	<ul style="list-style-type: none"> skala placówki – 7 do 15 miejsc, (maksimum 20) swojskość, stopień możliwości regulacji elementów środowiska fizycznego (np. regulacja temperatury, nasłonecznienia)
elementy wspomagające codzienne funkcjonowanie chorych,	wspomaganie niezależności i samodzielności w codziennych czynnościach	<ul style="list-style-type: none"> bezpieczeństwo w zakresie poruszania się i przemieszczania, np. jakość posadzek, odpowiednie wyposażenie pomieszczeń np. pochwyty, poręcze, odpowiednie oświetlenie,
troska o optymalny poziom stymulacji	poczucie bezpieczeństwa i swojskości, niwelacja nienormalnych zachowań	<ul style="list-style-type: none"> poziom stymulacji przez czynniki fizyczne: światło, kontrast, kolorystyka, zapachy, (np. przez ograniczenie efektu olśnienia) pozytywne destryktory w przestrzeni np. elementy sztuki, zieleni

Źródło: opracowanie A. Szewczenko na podst. [15]



Rys. 2. Przykład układu rzutu specjalnego ośrodka opieki dla osób starszych z zespołem otępiennym (opis w tekście). Opis w tekście.

Fig. 2. Example of spatial layout of special care facility for the elderly with dementia (description in the text). Description in the text.

Źródło: opracowanie własne

Badania własne Autorki prowadzone dla przestrzeni oddziałów geriatrycznych wykazały, że lokalizacja punktu dozoru, jakim jest punkt pielęgniarski wpływa na zależność pomiędzy jego lokalizacją a liczbą nienormalnych zachowań ze strony pacjentów. Wskazywana liczba tego typu incydentów była wysoka na oddziale o dużym zagęszczeniu pacjentów i braku kontaktu wzrokowego lub słuchowego z pielęgniarkami, natomiast na oddziale, gdzie punkt pielęgniarski umieszczony był pomiędzy salami chorych (rys. 3) – tego typu zachowania zdarzały się niezwykle rzadko [12].



Rys. 3. Analiza funkcjonalna oddziału geriatrycznego (przypadek A).

Fig. 3. Functional analysis of geriatric ward (case A).

Źródło: opracowanie własne.

4. Przykłady dobrych praktyk w zakresie projektowania oddziałów

Wśród krajów europejskich, w których doświadczenia w zakresie projektowania dla osób z demencją ma już swoje wieloletnie tradycje znajdują się Holandia, Dania i Wielka Brytania, w których wdrożono szereg innowacyjnych rozwiązań w placówkach opieki zdrowotnej. Znakomitym przykładem wieloletnich działań w tym zakresie jest projekt realizowany przez fundację King's Fund, dofinansowany przez brytyjskie Ministerstwo Zdrowia „Developing Supportive Design for People with Dementia” zrealizowany w latach 2009-2012 [14]. Jego celem było przekształcenie istniejących oddziałów dla chorych na demencję w celu stworzenia środowiska terapeutycznego (ang. *healing environment*) wspierającego pacjentów i poprawiającego ich komfort. Projekty obejmowały przede wszystkim działania na rzecz tworzenia przestrzeni społecznych, takich jak pomieszczenia do terapii zajęciowej, strefy

wejściowe, ogrody szpitalne, jadalnie. W realizacjach wprowadzono wiele rozwiązań, które wprowadzają nowe wartości odnoszące się do sfery behawioralnej. Dotyczą one między innymi kształtowania przestrzeni społecznych w sposób pozwalający różnicować poziom uczestniczenia w życiu oddziału – od biernego uczestnictwa i obserwacji (rys. 4) do możliwości aktywnego uczestniczenia w zajęciach. Wprowadzone elementy sztuki i fotografii odnoszą się między innymi do wartości lokalnych – prezentują lokalne zabytki lub wydarzenia kulturalne, bliskie tematycznie seniorom, odwołujące się do trwałej pamięci. Ponadto elementy te są wykorzystywane jako elementy orientacji w przestrzeni (rys. 5).



Rys. 4. Miejsca wypoczynku w przestrzeni korytarza na oddziale dla chorych na demencję. Belvedere Ward, Devon, W. Brytania.

Fig. 4. Sitting places in circulation area in the special care units for dementia Belvedere Ward, Devon, Great Britain.

Źródło: New Vision Signs and Graphics.



Rys. 5. Elementy wspomagające orientację w przestrzeni oddziału dla chorych na demencję. Poole Hospital, Poole, Dorset, W. Brytania.

Fig. 5. Elements supporting the spatial orientation in the special care units for dementia. Poole Hospital, Poole, Dorset, Great Britain. Źródło: Sue Hunter, Hunter Design Associates

Innym interesującym elementem było wprowadzenie w przestrzeni wypoczynkowej jednego z oddziałów stolików z możliwością umieszczenia rzeczy osobistych (ang. *reminiscence table*) oraz gablot na tzw. memorabilia czyli przedmioty codziennego użytku kojarzące się osobom chorym z okresem wczesnej młodości lub dojrzałości (rys. 6).



Rys. 6. Widok gabloty na memorabilia. Szpital św. Marka, oddział dla osób starszych, Berkshire, Wielka Brytania.

Fig. 6. View of glass-case with memorabilia. St. Mark's hospital, Berkshire, Great Britain.

Źródło: Sue Hunter, Hunter Design Associates

5. Podsumowanie

Osoby z zaburzeniami poznawczymi, takimi jak demencja, są szczególnie narażone na bodźce środowiskowe, dlatego ich otoczenie powinno zawierać elementy wspierające zdolności funkcjonalne. W środowisku opieki instytucjonalnej ma to dodatkowy wymiar poprawy komfortu i warunków pracy dzięki obniżeniu poziomu stymulacji przez bodźce środowiskowe. Są to równocześnie zagadnienia wykraczające poza tradycyjną praktykę projektową, wymagają bowiem wykorzystania wiedzy naukowej z pogranicza dziedzin takich jak psychologia środowiskowa czy gerontologia. Tworząca się baza danych w ramach rozwoju EBD, wykorzystująca najnowsze wyniki badań, pozwala na wypracowanie optymalnych i najbardziej efektywnych rozwiązań, możliwych wykorzystania przy projektowaniu nowej jakości środowiska pracy.

BIBLIOGRAFIA

1. Calkins M.P.: The physical and social environment of the person with Alzheimer's disease. [in:] *Ageing & Metal Health*, 2001, 5, pp. 74-78.

2. Charras K., Zeisel J., Belmin J., Drunat O., Sebbagh M., Gridel G., Bahon F.: Effect of Personalization of Private Spaces in Special Care Units on Institutionalized Elderly with Dementia of the Alzheimer Type. „Non-pharmacological Therapies in Dementia”, 1 (2), 2010, pp. 121-137.
3. Day K., Carreon D.: The therapeutic design of environments for people with dementia: A review of the empirical research. *The Gerontologist*, 40(4), 2000, p. 397.
4. Fleming R., Purandare N.: Long-term care for people with dementia: Environmental design guidelines. *International Psychogeriatrics*, 22(7), 2010, pp. 1084–1096.
5. Gabryelewicz T.: Rozpowszechnienie zespołów otępiennych. *Neur. Neurochir. Pol.* 1999, Supl. 1: 11-17.
6. Hamilton K. D., Watkins D.H.: *Evidence-Based Design for Multiple Building Types*. John Wiley & Sons, Hoboken, New Jersey 2009.
7. Marquardt G., Bueter K., Motzek T.: Impact of the design of the built-environment on people with dementia: an evidence-based review. “*Health Environments Research & Design Journal*”, No. 8(1), 2014, pp. 127-157.s
8. Mc Cullough C. (ed.): *Evidence-Based Design for Healthcare facilities*. Sigma Theta Tau International, Indianapolis 2009. Motzek T., Bueter K., Marquardt G.: Environmental Cues in Double Occupancy Rooms to Support Patients With Dementia. [in:] „*Health Environments Research & Design Journal*” 2016, Vol. 9(3), pp. 106-115.
9. Motzek T.: People with Dementia in Ageing Society. [in:] Marquardt G., Viehweger (eds.): *Architecture for People with Dementia. Planning Principles, Practices and Future Challenges*. Dresden 2014, pp. 6 - 9.
10. Niezabitowska E.D.: *Metody i techniki badawcze w architekturze*. Wydawnictwo Politechniki Śl., Gliwice 2014.
11. Phiri M.: *Design Tools for Evidence-Based Healthcare Design*. Routledge Taylor&Francis Group, London, New York 2015.
12. Szewczenko A.: Functional requirements of the geriatric ward in respect of older patient’s needs, [in:] IFKAD 2016, 11st International Forum on Knowledge Asset Dynamics, Dresden, Germany, 15-17 June 2016. Proceedings. Ed. by JC Spender, Giovanni Schiuma, Joerg Rainer Noennig. Matera : IKAM - Institute of Knowledge Asset Management, pp. 1188-1201, 2016.
13. Tilly J., Reed P.: Literature review: Intervention research on caring for people with dementia in assisted living and nursing homes. *Alzheimer’s Care Today*, 9(1), 2008, pp. 24–32.
14. Waller S., Masterson A., Finn H.: *Improving the patient experience. Developing the Supportive Design for People with Dementia*. The King’s Fund’s Enhancing the Healing Environment Programme 2009 – 2012, King’s Fund, London 2013.
15. Zeisel, J., Silverstein N., Hyde J., Levkov S., Powell Lawton M., Holmes W.: Environmental Correlates to Behavioural Health Outcomes in Alzheimer’s Special Care Units. [in:] “*Gerontologist*”, 2003, Vol. 43, No. 5, pp. 697-711.

KOMPONENTY PRZESTRZENI OBIEKTÓW OPIEKI INSTYTUCJONALNEJ WSPOMAGAJĄCE OPIEKĘ NAD OSOBAMI STARSZYMI Z DEMENCJĄ

Streszczenie

Celem artykułu jest wskazanie roli rozwiązań przestrzennych, wspomagających pracę personelu w placówkach opieki instytucjonalnej dla osób starszych z zaburzeniami poznawczymi (np. z demencją). Zmiana środowiska pobytu na skutek konieczności ich hospitalizacji lub przeniesienia do placówki stałego pobytu może powodować u nich nasilenie objawów chorobowych i zachowania nienormatywne. Stanowi to jednocześnie zwiększone obciążenie dla personelu, jak również obniża efektywność opieki instytucjonalnej. Powszechnie stosowaną metodą dla określenia optymalnych rozwiązań projektowych jest obecnie narzędzie badawcze Evidence-Based Design. Ponadto w artykule wykorzystano wyniki własnych badań ewaluacyjnych na oddziałach geriatrycznych, które wskazywały na wybrane aspekty funkcjonowania tego typu osób.

Zasadnicze wnioski z przeprowadzonych analiz dotyczą kilku zasadniczych aspektów projektowych: dostępności przestrzeni, poczucia niezależności podopiecznego i jego aktywizacji, poziomu stymulacji sensorycznej i interakcji społecznych oraz swojskość przestrzeni. Przedstawione wnioski mogą zostać wykorzystane jako kierunki działań projektowych stwarzające bardziej swojski charakter ośrodków opieki instytucjonalnej.

SPATIAL COMPONENTS OF INSTITUTIONAL CARE FACILITIES FOR ELDERLY PEOPLE WITH DEMENTIA

Summary

The purpose of this article is to indicate the role of spatial solutions, supporting the work of staff in institutional care facilities for the elderly with cognitive impairment (eg. dementia). Changing the environment of stay as a result of having to be hospitalized or moving to a permanent residence can result in increased symptoms and non-normative behaviors. It results also in an increased burden on staff and in reduction of the effectiveness of institutional care as well. A common method for determining the optimal design solutions is currently a research tool Evidence-Based Design. In addition, the article uses the results of the evaluation studies on geriatric wards, which pointed to some aspects of functional abilities of the elderly with dementia.

The conclusions of the analyzes are related to several fundamental aspects of the project: the availability of space, a sense of independence and its activation, level of sensory stimulation, social interaction and familiarity space. The results can be used as directions for designers towards more domestic care facilities.