Katarzyna Ziemiańska[1]
Politechnika Poznańska
ORCID: 0000-0002-0237-1783

Architektura przemijania – wpływ architektury na życie pacjentów w stanie terminalnym w projekcie hospicjum w Świeradowie Zdrój[2]

„[...] wychodząc od śmierci i od stosunku ludzkości do śmierci, odnaleźć człowieka, uchwycić jego reakcję na owo przejście, które nie toleruje żadnej próby oszukania go. [...] piętno śmierci odbija się w naszym pojmowaniu życia [...] wszystko się tutaj ze sobą wiąże”[3].

Streszczenie

Niniejsze opracowanie porusza tematykę wpływu architektury ośrodków medycyny paliatywnej na samopoczucie i komfort pacjentów terminalnych. Artykuł ma podkreślić ogromne znaczenie hospicjów we współczesnym społeczeństwie oraz ma być odpowiedzią na problem starzenia się społeczeństwa, jak również wzrostu liczby osób chorych przewlekle np. na nowotwory złośliwe. Podjęty temat jest bardzo trudny pod względem emocjonalnym ze względu na powiązanie z tematyką śmierci. Pacjenci hospicyjni nie są poddawani leczeniu przyczynowemu. Ich schorzenia zazwyczaj postępują, uniemożliwiając im normalne życie. Ograniczają często umiejętności motoryczne, komunikacyjne, poznawcze oraz powodują mocny ból. Autorka pokazuje istotę pomocy osobom cierpiącym oraz szansę na ułatwienie ich codziennego

[1] Autorka, absolwentka Wydziału Architektury Politechniki Poznańskiej, obecnie magister inżynier architekt, jest Laureatką XVIII Edycji organizowanego przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych Ogólnopolskiego Konkursu „Otwarte Drzwi” na najlepsze prace magisterskie i doktorskie, których tematem badawczym jest zagadnienie niepełnosprawności w wymiarze zdrowotnym, zawodowym lub społecznym oraz Konkursu na projekty kół naukowych w obszarze zagadnienia niepełnosprawności. Jej praca magisterska zatytułowana „Architektura przemijania. Projekt ośrodka opieki paliatywnej w Świeradowie Zdrój”, napisana pod kierunkiem dr inż. arch. Agaty Gawlak z Wydziału Architektury Politechniki Poznańskiej, zajęła I miejsce w kategorii prac magisterskich w kategorii dostępność dla osób ze szczególnymi potrzebami. Aktualnie Autorka prowadzi ZANA.studio, czyli autorskie biuro zajmujące się architekturą, projektowaniem wnętrz oraz designem [przyp. red.].

[2] Autorski artykuł naukowy napisany na podstawie pracy magisterskiej nagrodzonej w XVIII edycji organizowanego przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych Ogólnopolskiego Konkursu „Otwarte Drzwi” na najlepsze prace magisterskie i doktorskie, których tematem badawczym jest zagadnienie niepełnosprawności w wymiarze zdrowotnym, zawodowym lub społecznym oraz Konkursu na projekty kół naukowych w obszarze zagadnienia niepełnosprawności. Praca magisterska, I miejsce w kategorii prac magisterskich w kategorii dostępność dla osób ze szczególnymi potrzebami; tytuł pracy: „Architektura przemijania. Projekt ośrodka opieki paliatywnej w Świeradowie Zdrój”; autor pracy: Katarzyna Ziemiańska, Wydział Architektury Politechniki Poznańskiej; promotor pracy: dr inż. arch. Agata Gawlak, Politechnika Poznańska, Wydział Architektury [przyp. red.].

[3] M. Vovelle, *Śmierć w cywilizacji Zachodu. Od roku 1300 po współczesność*, przekład M. Ochab, M. Sawiczewska-Lorkowska, D. Senczyszyn, T. Swoboda, Gdańsk, 2004

funkcjonowania poprzez przemyślane projektowanie architektoniczne. Problem opisano na przykładzie autorskiego projektu Centrum Opieki Paliatywnej w Świeradowie Zdrój, który ma stanowić odpowiedź na wszelkie potrzeby osób chorych przewlekle. Koncepcja została opracowana na podstawie zaprezentowanych badań. Przedstawiono w nich profil pacjenta, opisano, jak funkcjonują ośrodki stacjonarne oraz zaprezentowano spostrzeżenia na temat wpływu czynników zewnętrznych na samopoczucie użytkowników. Sformułowano najważniejsze cele opieki paliatywnej oraz potrzeby pacjentów terminalnych. W oparciu o te dane zaprezentowano założenia projektowe. Schemat funkcjonalny budynku dopasowano do potrzeb użytkowników, natomiast bryła została wkomponowana w kontekst przestrzenny lokalizacji. Praca udowadnia, że dzięki odpowiednio zaprojektowanej architekturze można zdecydowanie poprawić samopoczucie osób w stanie terminalnym oraz ich rodzin. Projekt hospicjum nastawiony jest na człowieka, jego potrzeby oraz zmartwienia. W powyższej pracy zrealizowano założenia projektowe, tworząc obiekt przyjazny użytkownikom i jednocześnie efektowny wizualnie.

Słowa kluczowe:

hospicjum, opieka paliatywna, obiekt ochrony zdrowia, śmierć, przemijanie, projektowanie bez barier

The Architecture of Transience – the Impact of Architecture on the Lives of Terminally Ill Patients in the Hospice Project in Świeradów Zdrój

Summary

This study addresses the subject of the impact of the architecture of palliative medicine centres on the well-being and comfort of terminal patients. The article is to emphasize the great importance of hospices in modern society and is to be a response to the problem of aging society, as well as the increase in the number of chronically ill people, e.g. with malignant tumors. The topic taken up is very difficult in emotional terms due to the connection with the theme of death. Hospice patients do not undergo causal treatment. Their conditions usually progress, preventing them from living a normal life. They often limit motor, communication and cognitive skills and cause severe pain. The author shows the essence of helping the suffering people and the chance to facilitate their daily functioning through thoughtful architectural design. The problem is described on the example of the original project of the Palliative Care Centre in Świeradów Zdrój, which is to be a response to all the needs of chronically ill people. The concept was developed on the basis of the presented research. They present the patient's profile, describe how residential centres function and present observations on the impact of external factors on the well-being of users. The most important goals of palliative care and the needs of terminal patients were formulated. Based on these data, design assumptions were presented. The functional scheme of the building was adapted to the needs of users, while the body was integrated into the spatial context of the location. The work proves that thanks to properly designed architecture it is possible to significantly improve the well-being of terminally ill people and their families. Design hospice is focused on people, their needs and worries. In the above work, the design assumptions were implemented, creating a user-friendly facility and visually impressive at the same time.

Keywords:

hospice, palliative care, healthcare facility, death, transience, barrier-free design

Architektura a pojęcie przemijania

Projektowanie architektoniczne jest niezwykle złożonym procesem. Walter Gropius uważał, że: „Celem tworzenia architektury jest nadanie znaczącego poetyckiego kształtu psychologicznym i praktycznym potrzebom ludzkiej przestrzeni życiowej”[4]. Wartość architektury określa nie tylko jej piękno wizualne, ale również użyteczność zastosowanych rozwiązań. Na pierwszym miejscu zawsze znajdują się potrzeby przyszłych użytkowników, które należy dokładnie poznać i określić. Ośrodki opieki paliatywnej są pod tym względem szczególnie trudnym zagadnieniem.

Tematyka końca życia jest postrzegana we współczesnym społeczeństwie jako pewnego rodzaju tabu. Bliskość śmierci wzbudza w ludziach strach, którego podświadomie unikają. Obecność cierpienia przypomina o naszej bezsilności, o tym, że wszyscy jesteśmy śmiertelni. Przemijanie jest jednak nieodłączną częścią egzystencji. Jest procesem naturalnym. Życie i śmierć zawsze idą w parze i chociaż możemy to wypierać, nie zmienimy procesu, którego jesteśmy częścią. Myśląc o umieraniu jak o jednym z etapów istnienia, powinniśmy zadać sobie pytanie: czy godne życie jest równoznaczne z godną śmiercią? Medycyna paliatywna staje się w tym przypadku odpowiedzią.

Temat śmierci wprawia człowieka w stan zadumy. Myśli o ulotności chwili sprawiają, że zaczynamy bardziej doceniać obecny stan rzeczy i starać się wykorzystywać czas, który pozostał. Im bardziej boimy się śmierci, tym bardziej boimy się życia[5]. Przemijanie ściśle oddziałuje na postrzeganie rzeczywistości. Najważniejszym wnioskiem z rozważań nad śmiercią jest dostrzeżenie wielkiego znaczenia życia[6], które jest podstawą opieki paliatywnej.

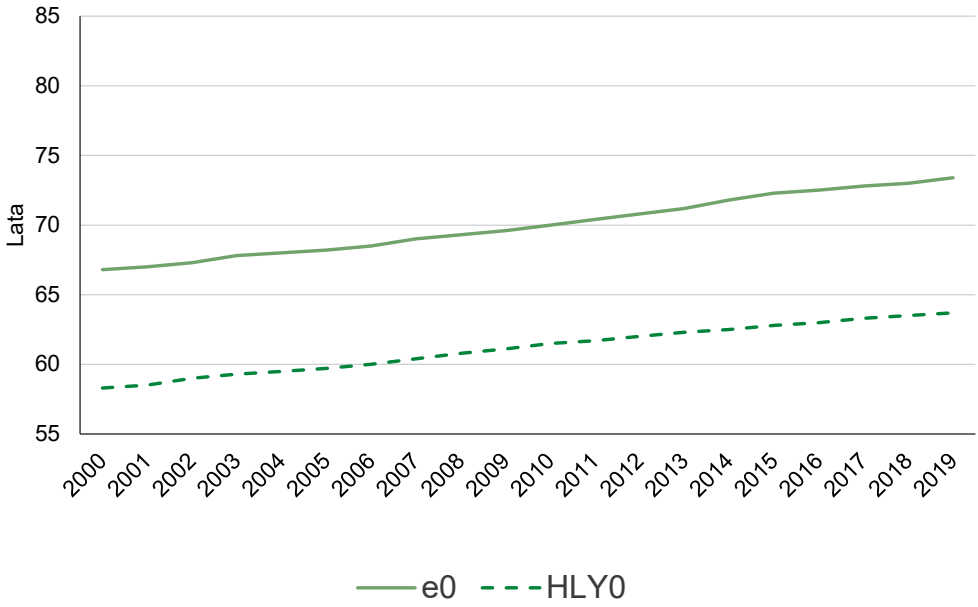
Pacjenci terminalni, chociaż często wykluczani ze społeczeństwa, posiadają specjalne potrzeby. Chorzy kwalifikujący się do pomocy hospicyjnej nie są poddawani leczeniu przyczynowemu. Ich życie staje się utrudnione przez postępujące schorzenia, które uniemożliwiają normalne funkcjonowanie. Choroba ogranicza pacjentom umiejętności motoryczne, komunikacyjne, poznawcze oraz powoduje duży dyskomfort spowodowany bólem. Pomoc stanowi podniesienie jakości życia osób cierpiących oraz zapewnienie im poczucia bezpieczeństwa. Satysfakcja osób na końcowym etapie życia jest istotną częścią procesu dobrego umierania.

Pojęcie architektury przemijania rozpatrywane jest jako tworzenie miejsca godnego ostatniej drogi umierających pacjentów. Kształtując architekturę dopasowaną do psychologii cierpiących możemy pomóc im osiągnąć szczęście w obliczu zbliżającej się śmierci. Architektura może stać się odpowiedzią na potrzeby pacjentów terminalnych oraz całego społeczeństwa, mierząc się z naturą procesu przemijania.

[4] T. Barucki, *Architekci świata o architekturze*, Kanon, Warszawa, 2005
[5] K. Wilber, *Śmiertelni Nieśmiertelni*, Czarna Owca, 2021
[6] E. Kübler-Ross, *Rozmowy o śmierci i umieraniu*, Media Rodzina, 2021

Opieka paliatywna odpowiedzią na problemy współczesności

Według danych Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) w ciągu ostatnich 20 lat średnia długość życia na świecie zdecydowanie wzrosła[7]. To wszystko jest zasługą rozwoju medycyny i nauki propagującej zdrowy tryb życia oraz profilaktykę zdrowotną. Jednocześnie wskaźniki demograficzne na świecie wskazują na starzenie się społeczeństw. Wraz ze wskaźnikiem długości życia rośnie wskaźnik HALE (*Healthy Life Expectency*) opisujący średnią liczbę lat, którą człowiek żyje w pełnym zdrowiu. Parametr ten nie dorównuje jednak wzrostowi długości życia, przez co dłużej trwamy w stanie choroby, a czas umierania wydłuża się.

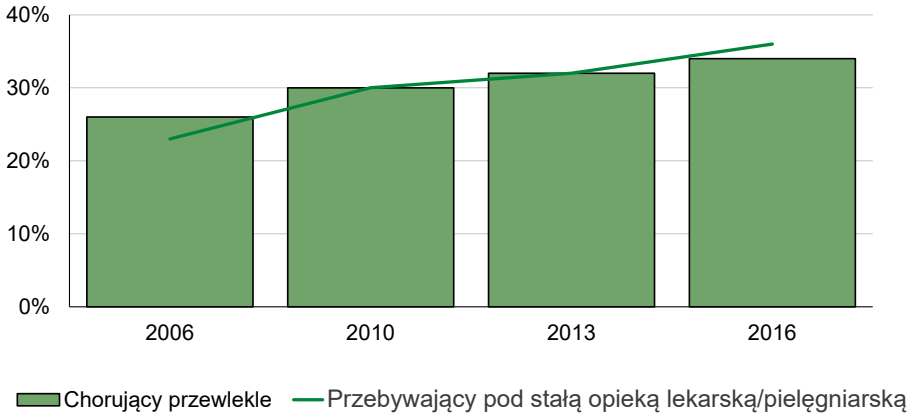


Wykres 1. Przeciętna długość życia (e_0) i oczekiwana długość życia w zdrowiu (HLY_0) na świecie w latach 2000–2019, wg danych WHO

W Polsce sytuacja ta wygląda podobnie. Według danych GUS, w ostatnich latach okres życia Polaków w niepełnym zdrowiu oscyluje pomiędzy 14 a 17 lat[8]. Statystycznie liczba osób chorych przewlekle wzrasta. Część Polaków cierpi na ciężkie nowotwory oraz inne schorzenia niepoddające się leczeniu przyczynowemu. Nowotwory złośliwe są obecnie drugą najczęstszą przyczyną zgonów w Polsce, zaraz po chorobach układu krążenia.

[7] World Health Organization, Global Health Observatory, *Life expectancy and healthy life expectancy*, who.int

[8] Główny Urząd Statystyczny, Statistical Yearbook of the Republic of Poland, *Trwanie życia w zdrowiu w Polsce w latach 2009–2019*, Warszawa, 2020, dostępne na: www.stat.gov.pl



Wykres 2. Chorujący przewlekle oraz Przebywający pod stałą opieką pielęgniarską (2006–2016), wg danych GUS

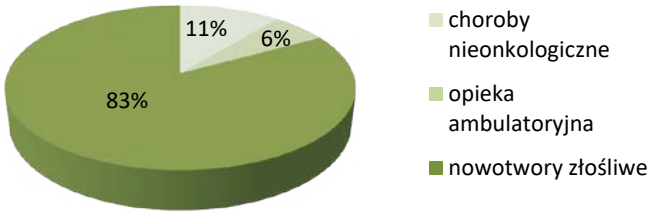
Biorąc pod uwagę zmiany demograficzne liczba potrzebujących opieki paliatywnej będzie wzrastać z roku na rok. Determinuje to konieczność rozwoju tej dziedziny medycyny. Obecnie ośrodki hospicyjne w Polsce posiadają pełne obłożenie przez cały rok[9], nawet gdy większość chorych korzysta z opieki w warunkach domowych. Po przeprowadzeniu kontroli NIK z 2018 r. wykazano, że większość województw w Polsce nie spełnia minimalnej liczby łóżek hospicyjnych wymaganych przez Europejskie Towarzystwo Opieki Paliatywnej, czyli 80–100 na milion mieszkańców. Stan obiektów medycyny paliatywnej w kraju również nie jest zadowalający. Często są to obiekty przyszpitalne, utrzymane w sterylnej stylistyce ośrodków zdrowia. Wiele z nich wymaga remontu. Przebywanie w placówkach szpitalnych powoduje w ludziach stres oraz niepokój. Wygląd hospicjum jest bardzo istotnym czynnikiem zadowolenia pacjentów, zwłaszcza gdy tematyka placówki dotyczy tak wrażliwej rzeczy, jaką jest zbliżająca się śmierć. Hospicja powinny stanowić drugi dom dla potrzebujących opieki, a nie odstraszać wizerunkiem „umieralni". Hospicja są ważnym elementem przyszłości naszego społeczeństwa, co udowadniają przedstawione powyżej dane. Rozwój medycyny paliatywnej jest szansą dla wielu na przeżycie ostatnich chwil godnie, w środowisku pełnym empatii i zrozumienia.

Pacjenci ośrodków hospicyjnych w Polsce

Po przeprowadzeniu rozmów z osobami w różnym wieku oraz różnej sytuacji życiowej, wielu z nich kojarzy medycynę paliatywną wyłącznie z osobami starszymi. Jest to jednak błędne przeświadczenie powiązane z łączeniem tematyki śmierci z profilem osoby w podeszłym wieku. Nieuleczalne choroby mogą dotknąć każdego. Determinuje to podział ośrodków. Rozróżniamy placówki przeznaczone dla dorosłych, dzieci oraz hospicja perinatalne dla rodziców spodziewających się dzieci z wadami wrodzonymi.

[9] Główny Urząd Statystyczny, Statistical Yearbook of the Republic of Poland, Warsaw, Główny Urząd Statystyczny, 2019, dostępne na: www.stat.gov.pl

Pacjenci borykają się najczęściej z chorobami nowotworowymi (około 90%). Pozostałe choroby to m.in.: choroby wywołane przez wirus ludzki HIV, następstwa chorób zapalnych ośrodkowego układu nerwowego, układowe zaniki zajmujące ośrodkowy układ nerwowy, kardiomiopatia, niewydolność oddechowa i owrzodzenie odleżynowe[10].



Wykres 3. Struktura pacjentów wg jednostek zakresów udzielania świadczeń w latach 2015–2017, na podstawie danych z NFZ

Wiele równie poważnych schorzeń nie znajduje się na krótkiej liście chorób kwalifikujących. Oznacza to, że sporo cierpiących umiera nie otrzymawszy pomocy hospicyjnej. Powodem jest ograniczenie finansowania tej kategorii świadczeń przez NFZ.

Do hospicjów stacjonarnych kierowanych jest tylko ⅓ pacjentów. Najwięcej osób (50%) korzysta z opieki domowej, natomiast najmniej z opieki ambulatoryjnej. Istnieją jeszcze ośrodki opieki dziennej, które nie są wliczane w strukturę jednostek. Stanowią one dużą pomoc dla osób w początkowej fazie choroby.

Pacjenci hospicyjni nie są leczeni przyczynowo. Medycyna paliatywna zajmuje się wyłącznie łagodzeniem bólu objawowo. Chorzy otrzymują wsparcie psychologiczne oraz świadczenia, które mają poprawić komfort życia. W hospicjach stacjonarnych pacjenci mogą skorzystać z różnej formy terapii zajęciowej oraz zabiegów rehabilitacyjnych. Rehabilitacja paliatywna ma za zadanie zwiększyć niezależność i poprawić kontrolę nad ciałem, tym samym poprawiając samopoczucie. Wyróżniamy:

- fizjoterapię
- hydroterapię
- masaż
- akupunkturę

Inną formą terapii są zajęcia kreatywne, czyli m.in.:

- muzykoterapia
- terapia sztuką
- dogoterapia
- czytanie prozy lub poezji
- terapia zajęciowa w grupie

Dzięki terapii kreatywnej stres związany z chorobą maleje. Wpływ sztuki, muzyki czy kontakt ze zwierzętami zmniejsza lęk, redukuje poczucie samotności, przez co przynosi ukojenie. Dzięki małym sukcesom, które pojawiają się na zajęciach kreatywnych, pacjenci są w stanie osiągnąć stan akceptacji. Spędzanie czasu w przestrzeni pełnej zrozumienia wpływa pozytywnie na stan chorych. Istotną częścią opieki jest również wsparcie duchowe. Wielu pacjentów szuka oparcia w sferze duchowej. Pacjenci wierzący oraz ich rodziny często lepiej radzą sobie z akceptacją zbliżającej się śmierci.

[10] NFZ, Narodowy Fundusz Zdrowia, *Struktura pacjentów wg jednostek chorobowych w latach 2015–2017*

Na czym polega godne umieranie? – cel opieki paliatywnej

„Jesteś ważny, bo Ty, to Ty. Jesteś ważny do ostatniej chwili
swojego życia i zrobimy wszystko, co w naszej mocy, nie tylko, aby
Ci pomóc spokojnie odejść, ale także byś żył w pełni, aż do końca”[11].

W tych słowach, twórczyni nowoczesnego modelu medycyny paliatywnej dr Cicely Saunders wskazuje najważniejszy cel opieki, jakim jest poprawa jakości życia pacjentów w ich ostatnich dniach. Godne umieranie jest więc równoznaczne z godnym życiem w nieuleczalnej chorobie, która zawsze przychodzi w nieodpowiednim momencie. Dzięki specjalistycznej pomocy pacjent nie musi cierpieć fizycznie, egzystencjalnie oraz duchowo. Opiekunowie medyczni oraz mentalni, tacy jak: lekarze, pielęgniarki, psycholodzy, fizjoterapeuci, farmaceuci czy nawet duchowni, wskazują, jak docenić życie i najlepiej przeżyć ostatnie chwile. Pacjenci nie powinni pogrążać się w smutku odczuwając strach przed śmiercią. Opieka hospicyjna ma być oparciem dla każdej osoby znajdującej się w obliczu nieuleczalnej choroby. Program ośrodków opieki paliatywnej nie ma na celu ani przedłużania życia, ani przyspieszenia śmierci. Pozwala on na naturalny przebieg choroby z zastosowaniem trzech głównych form pomocy:

niesienie ulgi **wsparcie psychologiczne** **poprawa komfortu**

Ryc. 1. Cele opieki paliatywnej. Ikony ze strony: careexperts.pl/opieka-paliatywna, dostęp: 15.01.2023

Opieka paliatywna ma wiele wspólnego z nurtem humanizmu. To człowiek i jego uczucia są najważniejsze. Program hospicjów pokazuje, że życie jest wielką wartością, dlatego należy troszczyć się o nie nawet u jego kresu. Ośrodki otwarte są na każdego potrzebującego człowieka bez względu na jego osobiste przekonania. Zapewniona opieka dotyczy całokształtu człowieka – jego ciała, umysłu oraz duchowości. Działania mają zapobiec odczuwaniu tzw. „bólu totalnego”[12]. Jest to wszechogarniające uczucie bólu fizycznego, ale również psychicznego, związanego z negatywnymi myślami, emocjami. Proces umierania jest bardzo indywidualną kwestią, dlatego walka z cierpieniem jest dużym wyzwaniem dla specjalistów z dziedziny medycyny paliatywnej. Jednocześnie łagodzenie bólu totalnego jest fundamentalnym zadaniem opieki holistycznej.

[11] C. Saunders, M. Vovelle, *Śmierć w cywilizacji Zachodu. Od roku 1300 po współczesność*, przekład M. Ochab, M. Sawiczewska-Lorkowska, D. Senczyszyn, T. Swoboda, Gdańsk, 2004

[12] Pojęcie „bólu totalnego” stworzone przez dr Cicely Saunders.

Tabela 1. *Czym jest ból totalny*, opracowanie własne na podstawie koncepcji bólu totalnego stworzonego przez dr Cicely Saunders

BÓL TOTALNY			
FIZYCZNY	SOCJALNY	PSYCHOLOGICZNY	DUCHOWY
ból spowodowany chorobą, przez uboczne skutki leczenia np. radioterapii, bezsenność, wyczerpanie, utrata sprawności	lęk o rodzinę, finanse, utratę przyjaciół, zwolnienie z pracy, poczucie osamotnienia, wykluczenie społeczne	lęk przed bólem i śmiercią, złość przez późne rozpoznanie choroby czy nieskuteczne leczenie, depresja, frustracja przez bariery fizyczne	kryzys wiary, poczucie niesprawiedliwości, rozważania nad sensem egzystencji

Poczucie godności to jedno z fundamentalnych praw człowieka. Oznacza ono stan doceniania własnej wartości, akceptację samego siebie, a także oczekiwania wsparcia ze strony drugiego człowieka. Przy poczuciu zbliżającej się śmierci człowiek mierzy się ze swoją kruchością, niedołężnością czy oszpeceniem. W przypadku chorych terminalnie godne umieranie powinno być pozbawione uporczywego leczenia. Zapewnienie spokoju ostatnich chwil oraz zmniejszenie cierpienia jest podstawą. Miejsce takie jak hospicjum powinno być pełne ciepła i empatii. Nie może być to typowa placówka medyczna. Staje się ono domem dla swoich podopiecznych. Dom kojarzy nam się z miejscem bezpiecznym, pewnego rodzaju schronieniem. Jest to przestrzeń, w której czujemy się komfortowo i swobodnie. Spędzamy tam czas w otoczeniu najbliższych. Pojęcie godnego umierania łączy się z wizją wolności, pomimo ograniczeń fizycznych. Pacjent powinien móc decydować o swoim życiu nawet w ostatnich jego momentach. Chory musi czuć się potrzebny i doceniony. Dzięki specjalistycznym ośrodkom pacjent nie ma poczucia stawania się ciężarem dla swojej rodziny wraz z postępem choroby. Hospicja przez stworzenie komfortowych warunków pełnych akceptacji i zapewniając ulgę w bólu, dają okazję, aby w tak trudnym okresie, jakim jest bliskość śmierci, żyć szczęśliwie.

Wpływ czynników zewnętrznych na samopoczucie pacjenta

Istnieje wiele czynników determinujących poprawę jakości życia w ośrodkach hospicyjnych. Poza aspektami zależnymi od wsparcia i profesjonalnej pomocy drugiego człowieka, bardzo istotne jest otoczenie, w którym przebywa pacjent. Poprawa komfortu ostatnich chwil życia jest możliwa przez zapewnienie choremu dostępu do czynników zewnętrznych, które podświadomie wpływają na poprawę samopoczucia. Są to takie aspekty jak: bliskość zieleni, piękny krajobraz oraz architektura wykorzystująca kolor i światło.

Wpływ krajobrazu

Otoczenie, w którym przebywamy, ma ogromny wpływ na nasze zdrowie i samopoczucie. Bliskość środowiska miejskiego, mocno zurbanizowanego powoduje zwiększenie aktywności, chęci integracji społecznej. Krajobraz naturalny daje ukojenie i zmniejsza odczucie stresu. Środowisko naturalne ma właściwości terapeutyczne poprzez takie czynniki, jak:

- promieniowanie słoneczne

- wpływ pogody i klimatu
- jakość powietrza
- pokrycie terenu – góry, równiny, pola, lasy, wody itp.

Krajobraz różnorodny, który zmienia się w czasie, jak np. drzewa o różnych porach roku, oddziałuje korzystnie na stan psychiczny pacjentów. Specyficzny klimat, pełen tajemniczości wytwarzają góry. Górzysty krajobraz wprowadza nas w atmosferę relaksu. Jest on kwintesencją wartości zdrowotnych przez ilość świeżego powietrza, rozmaitość kształtów skał oraz różnorodność kolorów poszczególnych pięter roślinności. Cisza lasu, szum drzew czy śpiew ptaków jest naturalną muzykoterapią dla chorego. Odczuwanie przyrody wszystkimi zmysłami zmniejsza stres oraz poprawia samopoczucie.

Wpływ zieleni – *green therapy*

Termin *green therapy*, czyli terapia w zieleni, określa leczenie poprzez kontakt pacjenta z przyrodą. Człowiek ma wrodzone zamiłowanie do natury. Zjawisko to określane jest terminem biofilii. Flora ma korzystny wpływ na nasze zdrowie psychiczne i fizyczne. Dzięki dostępowi do terenów zielonych i możliwości wykonywania różnych czynności na świeżym powietrzu obniża się poziom stresu. Każdy człowiek odczuwa potrzebę przebywania w zieleni. Udowodnił to znakomicie czas pandemii Covid-19, gdy zakazy opuszczania miejsca zamieszkania bardzo mocno doskwierały osobom nie posiadającym prywatnego ogrodu. Ludzie zaczęli szukać sposobów na zwiększenie kontaktu z naturą poprzez organizowanie spacerów po terenach leśnych czy parkach. W ośrodkach zdrowia wykorzystuje się dobroczynny wpływ zieleni poprzez projektowanie ogrodów leczniczych. Specjalistycznie zorganizowane przestrzenie zielone są odskocznią od problemów codzienności, tym samym zmniejszając poziom stresu. Liczne badania wykazują, że sama obserwacja roślin przez ciężko chorych pacjentów, nawet przez kilka minut dziennie, poprawia znacznie ich samopoczucie.

Widok na zieleń z łóżka w sali hospicjum jest dodatkową korzyścią, dzięki której stan pacjentów ulega poprawie i lepiej znoszą pobyt w takiej placówce. Ogrody przy ośrodkach hospicyjnych mogą zapewniać również czynną formę terapii. Zajęcia z pielęgnacji ogrodu, chociaż wymagają pracy mięśni, zmniejszają uczucie zmęczenia, zwłaszcza u chorych na nowotwory. Zieleń wykorzystana w odpowiedni sposób może pomagać w procesie rehabilitacji pacjentów.

Wpływ architektury

Architektura jest częścią otaczającego nas krajobrazu. Celem projektowania jest dopasowanie nowych obiektów do charakteru otoczenia oraz do aspektów kulturalnych lokalizacji. Pierwszą rzeczą, która znacząco wpływa na komfort użytkowników, jest skala obiektów. W przypadku hospicjum, które ma być drugim domem dla swoich podopiecznych, cenne jest zachowanie bardziej kameralnego charakteru. Duże obiekty przywodzą na myśl głównie obiekty szpitalne, które mogą negatywnie kojarzyć się pacjentom terminalnym. Mniejsza skala założenia pozwala zachować większą intymność oraz uniknąć poczucia anonimowości. Podkreśla to wartość życia każdego człowieka. Kolejnym czynnikiem wpływającym na samopoczucie użytkowników są zastosowane w projekcie

materiały. W nawiązaniu do opisanego wyżej dobroczynnego kontaktu z zielenią, pozytywny wpływ na niwelowanie stresu związanego z trudną sytuacją zbliżającej się śmierci ma zastosowanie naturalnych materiałów na elewacji budynku. Użycie np. drewna dodaje ciepła wnętrzom, sprawiając, że stają się one bardziej przytulne. Pozytywny wpływ na samopoczucie pacjentów ma również duża ilość światła słonecznego. Naturalne oświetlenie zwiększa ilość serotoniny, czyli hormonu szczęścia, jednocześnie zmniejszając odczuwanie bólu[13]. Zmieniające się w ciągu dnia światło, jego rozproszenie i gra światłocienia we wnętrzach pobudza zmysły pacjentów. Upodobanie naturalnego oświetlenia związane jest z poruszanym we wcześniejszym punkcie pojęciem biofilii.

Ciekawym tematem jest również obecność kolorów. Według psychologii kolorów barwa wpływa na emocje i zachowanie człowieka. Terapeutyczne wykorzystanie barw nazywane jest chromoterapią. Niektóre kolory, takie jak: zieleń, biel czy błękit uspokajają i wyciszają, natomiast róże, czerwienie oraz żółcie dodają energii i pobudzają do działania. Dzięki zastosowaniu odpowiednich barw w architekturze obiektów opieki paliatywnej możemy poprawić kondycję fizyczną oraz psychiczną pacjentów, tak jak np. zastosowanie koloru czerwonego w sali do rehabilitacji wzmaga aktywność i pobudza. Kolory mogą również posłużyć do identyfikacji wizualnej pomieszczeń dla osób z zaburzoną orientacją przestrzenną.

Potrzeby użytkowników

Opieka paliatywna ma za zadanie zapewnić wszystkim pacjentom godne warunki życia w jego końcowej fazie. Pomimo różnic, które wynikają ze stopnia zaawansowania choroby oraz indywidualnych upodobań każdego człowieka, najważniejsze potrzeby osób chorujących terminalnie zostały zawarte w piramidzie dobrego umierania:

Ryc. 2. *Piramida dobrego umierania*, źródło: www.zwrotnikraka.pl/kazdy-ma-prawo-do-dobrego-umierania, dostęp: 17.01.2023

[13] Badania Ashley Katz, *Healthy And Green With LEED For Healthcare*, Building Operating Management

Jako najważniejsze wymienione zostały potrzeby podstawowe, takie jak oddychanie, sen oraz brak bólu, który jest zapewniony dzięki środkom farmaceutycznym. Do następnej grupy zakwalifikowano poczucie bezpieczeństwa, komfort i dostęp do specjalistycznej opieki. Odejście od zimnego wizerunku placówki medycznej, poprzez wprowadzenie atmosfery domu, zachowując przy tym jej profesjonalizm, sprawia, że pacjenci czują się swobodnie i pewnie. Projektując przestrzenie zróżnicowane, pełne rozmaitych funkcji można ułatwić każdemu użytkownikowi codzienne funkcjonowanie. Człowiek czuje się komfortowo w warunkach przypominających te, które już zna. Następnym punktem piramidy są potrzeby społeczne, czyli miłość, bliscy i akceptacja. Nikt nie powinien czuć się samotny w ostatnich dniach życia. Kontakt z bliskimi i ich wsparcie jest niezwykle istotne w procesie akceptacji trudnej sytuacji życiowej. Szacunek i autonomia są kolejnymi wymienianymi potrzebami. Umożliwione jest to przez likwidację barier architektonicznych oraz otwarcie ośrodka na świat zewnętrzny. Hospicja powinny dawać możliwość decydowania o własnym życiu, dając wiele możliwości terapeutycznych. Ostatnią wymienioną potrzebą jest zapewnienie chwili szczęścia. Każdy człowiek osiąga to w inny sposób, co jest zależne od indywidualnych preferencji. Na podstawie przeprowadzonych badań w osiągnięciu stanu akceptacji może pomóc:

- dostęp do zieleni
- dostęp do rekreacji – zajęcia kreatywne, rehabilitacja, kontakt z kulturą
- integracja z innymi pacjentami oraz kontakt z bliskimi
- zadbanie o wygląd fizyczny – korzystanie z usług fryzjera i kosmetyczki
- dostęp do miejsca kultu religijnego

Należy pamiętać, że pacjenci nie są jednak jedynymi użytkownikami ośrodków hospicyjnych. Równie istotne są potrzeby rodzin i bliskich, którzy uczestniczą w opiece nad chorym. Ból, który odczuwa pacjent, dotyka również w znacznym stopniu jego najbliższych. Ich cierpienie nie kończy się w momencie pożegnania. Ośrodki medycyny paliatywnej powinny wspierać rodziny w czasie żałoby, zapewniając im przestrzeń do wyciszenia i zadumy po stracie. W hospicjum muszą znaleźć się również miejsca umożliwiające kontakt z pacjentem, które dają poczucie intymności oraz swobody.

Zaspokajając najważniejsze potrzeby pacjentów i ich rodzin można stworzyć przestrzeń przyjazną, która jest czymś więcej niż budynek opieki zdrowotnej.

Cechy modelowego hospicjum

Projektując hospicjum idealne, przeanalizowano przykłady ośrodków na świecie. Największe wrażenie robią projekty duńskiego biura architektonicznego NORD Architects, które udowadniają, że obiekty medycyny paliatywnej mogą być piękne i funkcjonalne. Pierwszym przykładem jest hospicjum zlokalizowane w samym centrum Kopenhagi, czyli *Urban Hospice*.

Bryła doskonale wpisuje się w ścisłe, miejskie otoczenie. Budynek składa się z dwóch nachodzących na siebie prostych form z wyciętymi dziedzińcami. Dzięki temu zabiegowi powstały przestrzenie półotwarte, tworzące poczucie prywatności, przy jednoczesnym otwarciu na świat zewnętrzny. Układ funkcjonalny zakłada rozłożenie strefy wspólnej wokół zakrzywionej części bryły, która otula wewnętrzny dziedziniec. Dzięki dużej ilości

Fot. 1. Urban Hospice, widok zewnętrzny, źródło: https://www.archdaily.com/867628/urban-hospice--nord-architects, dostęp: 16.01.2023

otwartych halli pacjenci mają możliwość integracji. Podział kondygnacji na fragmenty z korytarzami oddziela części wspólne od tych prywatnych z segmentami mieszkalnymi. Główną ideą projektantów było stworzenie bezpiecznej przestrzeni, która jednocześnie zapewnia wgląd na świat zewnętrzny.

Ryc. 3. Układ funkcjonalny parteru Urban Hospice, opracowanie własne na podstawie rysunków dostępnych na stronie https://www.archdaily.com/867628/urban-hospice-nord-architects, dostęp: 17.01.2023

Kolejnym znakomitym przykładem ośrodka medycznego autorstwa biura NORD Architects, specjalizującego się w projektowaniu obiektów służby zdrowia, jest *Centre For Cancer And Health*. Jest to ośrodek opieki dziennej dla pacjentów chorych na nowotwory. Nowoczesna bryła została wpisana w miejską tkankę.

Fot. 2-3. Centre of Cancer and Health, widoki zewnętrzne, źródło: www.archdaily.com/430800/centre--for-cancer-and-health-nord-architects, dostęp: 26.08.2021

Projekt opiera się na połączeniu mniejszych segmentów, tworzących kameralny ośrodek. Skala budynku nie przytłacza jego użytkowników. Wewnątrz założenia zaprojektowano dziedziniec, który ma być miejscem ciszy i relaksu. Wewnątrz prowadzone są zajęcia ruchowe, rehabilitacyjne, medytacja, sesje wsparcia oraz zajęcia zdrowego gotowania. Różnorodne funkcje ośrodka podkreśla obecność ścianki wspinaczkowej. Celem architektów było stworzenie domowej atmosfery bez stygmatyzacji chorych na raka.

Wymienione przykłady udowadniają, że budynki opieki mogą być częścią naszej codzienności. Zaprezentowana architektura została zaakceptowana w krajobrazie i zachęca osoby z zewnątrz do integracji. Bardzo ważną częścią obu obiektów są przestrzenie wspólne funkcjonujące jako salony przy ciągach komunikacyjnych oraz sale wielofunkcyjne. Są to strefy rekreacyjne dostępne dla każdego. Projektowane są miejsca do różnego rodzaju aktywności i wypoczynku, dzięki czemu pokazane obiekty są ośrodkami multifunkcyjnymi. Biorąc pod uwagę gabaryty obiektu, można stwierdzić, że najkorzystniejsze są ośrodki małe i średnie ze względu na większy komfort pacjentów. Tworzy to większe poczucie bycia w domu i pokazuje, że każdy człowiek jest bardzo ważny.

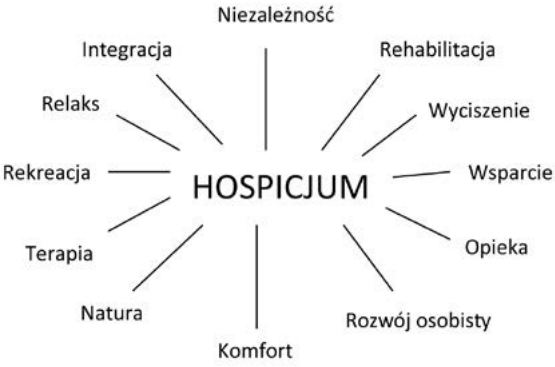
Założenia i cele projektowe

Do projektu modelowego ośrodka opieki paliatywnej w Polsce wybrana została działka w miejscowości Świeradów Zdrój. Lokalizacja hospicjum znajduje się blisko centrum miasteczka, czyli ulicy Zdrojowej, a zarazem jest to cicha i spokojna okolica. Dzięki temu

ośrodek nie staje się odizolowaną „enklawą umarłych”[14], która kojarzy się z napiętnowaniem osób umierających. Pacjenci mają stały kontakt z życiem zewnętrznym, co może mieć również pozytywny wpływ na społeczność miasta. Dzięki temu zabiegowi ludzie mogą lepiej zrozumieć funkcjonowanie ośrodków medycyny paliatywnej i zaakceptować ich obecność w codziennym krajobrazie. Największym atutem lokalizacji jest położenie na lekkim wzniesieniu, z którego roztacza się piękny widok na Góry Izerskie. Tak jak zostało to opisane wyżej, malowniczy krajobraz oraz bliskość natury ma za zadanie poprawiać samopoczucie pacjentów.

Fot. 4. Widok na góry z działki, źródło: www.google.com/maps

Hospicjum stacjonarne powinno być miejscem przyjaznym dla osób w trudnej sytuacji życiowej, a jednocześnie otwartym na świat zewnętrzny. Projekt musi przede wszystkim uwzględniać potrzeby przyszłych użytkowników. Ze względu na ich różnorodność, wynikającą ze stopnia sprawności pacjentów, planowany ośrodek musi być wielofunkcyjny. Założenia projektowe opierają się na sformułowanych hasłach, które stanowią istotę obiektów medycyny paliatywnej.



Ryc. 4. Mapa myśli – założenia projektowe, opracowanie własne

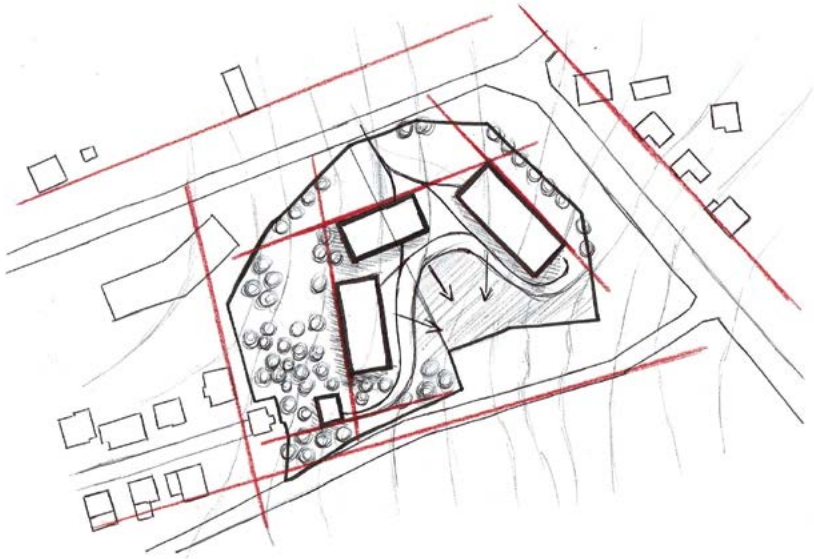
Modelowe hospicjum musi zawierać takie przestrzenie jak: strefę terapii i rehabilitacji, gabinety

[14] P. Springer, *Architektura obiektów opieki paliatywnej*, Zeszyty Naukowe Politechniki Poznańskiej 2020, nr 2

pomocy medycznej, strefy wspólne, strefy relaksu, pokoje indywidualne z możliwością personalizacji, punkt usługowy (fryzjer i kosmetyczka), miejsce wyciszenia oraz kultu religijnego. Ośrodek powinien znajdować się w otoczeniu zieleni, a dodatkową zaletą byłoby zaprojektowanie ogrodów terapeutycznych na jego terenie. Bardzo istotnym aspektem jest usunięcie barier architektonicznych, umożliwiając każdemu niezależne użytkowanie placówki. Hospicjum ma być miejscem życia, nie śmierci, dlatego trzeba wykreować tam domową atmosferę poprzez zastosowanie materiałów dodających ciepła. Przestrzenie powinny być kameralne, zapewniające komfort i bezpieczeństwo, przy zachowaniu intymności, o którą trudno w tego typu placówkach. Projektowana bryła nie powinna przytłaczać użytkownika swoją skalą. Wpisanie obiektu w krajobraz i nawiązanie do charakteru zabudowy towarzyszącej, wprowadzi harmonię do jej otoczenia. Celem pracy jest stworzenie architektury przyjaznej i interesującej, z jednoczesnym uwzględnieniem funkcjonalności rozwiązań.

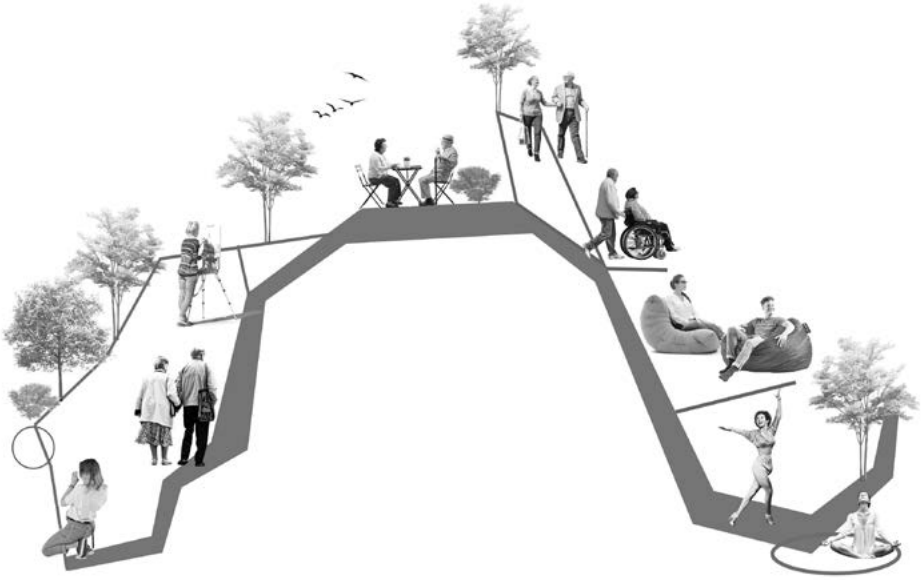
Idea

Główną ideą projektu było wykorzystanie potencjału lokalizacji, jednocześnie tworząc miejsce bezpieczne, wolne od barier, w którym każdy człowiek znajdzie swoją ostoję. Forma obiektu ma spajać okoliczną zabudowę. Układ założenia nawiązuje do różnorodnych kierunków wyznaczonych przez sąsiednie obiekty. Rozbicie budynku na 4 skrzydła oraz wykorzystanie spadku terenu do ukrycia najobszerniejszej części budynku sprawia, że zachowana została skala zabudowy towarzyszącej. Powstały plan otwiera się na wyjątkowy krajobraz Gór Izerskich. Zatopienie kondygnacji -1 w skarpie oraz odkrycie jej od strony południowej powoduje utworzenie dwukondygnacyjnego ogrodu z tarasami podzielonego na strefę publiczną i prywatną. Założenie ma wykorzystać w jak największym stopniu niezadrzewioną część działki.



Ryc. 5. Szkic koncepcji, opracowanie własne

Hospicjum ma funkcjonować w nawiązaniu do struktury małego miasteczka lub dzielnicy, będącej integralną częścią Świeradowa. Utworzono współczesną interpretację ośrodka medycznego w idei co-housingu opartego na schemacie ścieżki. Na wyznaczonej trasie znajduje się wiele ciekawych punktów, dających różnorodne możliwości spędzania czasu. Pacjenci terminalni mają szansę poczuć się jak w domu, dzięki symulacji ich codziennego życia. Układ otwiera się na świat zewnętrzny, wprowadzając ruch przybyłych na ścieżkę w formie tarasu pomiędzy budynkami. Wzdłuż założenia znajdują się takie punkty jak: przestrzenie wspólne, pokoje pacjentów, punkt usługowy, restauracja oraz sale zajęciowe. Ostatnim przystankiem jest kapliczka, symbolizująca miejsce wyciszenia. Motyw ścieżki ma symbolizować drogę do kościoła, która jest ważnym rytuałem tysięcy Polaków.



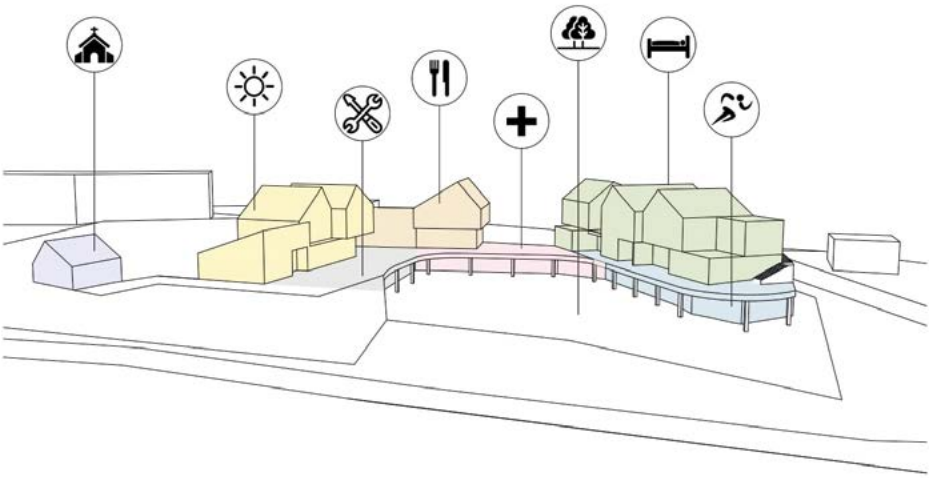
Ryc. 6. Schemat zaprojektowanej ścieżki, opracowanie własne

Funkcjonowanie modelowego ośrodka

Program funkcjonalny hospicjum został podzielony na 8 głównych części (wymieniając od prawej): strefę rehabilitacji, strefę pobytu stałego, ogród terapeutyczny, strefę medyczną, gastronomiczną, strefę techniczną, strefę zajęć dziennych oraz sakralną.

Ciekawym rozwiązaniem jest umieszczenie przestrzeni medycznej, złożonej z gabinetów lekarskich oraz oddziału rehabilitacji w kondygnacji -1. Ukrycie strefy kojarzonej bezpośrednio ze służbą zdrowia ma wpływać pozytywnie na codzienne samopoczucie pacjentów. Obiekt nie ma straszyć pomieszczeniami przypominającymi te w ośrodkach szpitalnych, dlatego zdecydowano się na oddzielenie tych przestrzeni. Kondygnacja -1 dzieli się na części: rehabilitacyjną, medyczną oraz techniczną z garażem podziemnym przeznaczonym również dla karetek pogotowia. Strefy dotyczące życia codziennego mieszkańców znajdują się na kondygnacjach nadziemnych. Znajdują się tam pokoje

pacjentów, przestrzenie wspólne, stacje pielęgniarskie, sale zajęciowe oraz punkt usługowy. Budynek podzielono na części tworzące kameralne zespoły, zapewniające komfort i bezpieczeństwo, przy zachowaniu zwiększonej intymności. Centralne skrzydło zawiera część gastronomiczną oraz administrację. Jest ono łącznikiem pomiędzy skrzydłem opieki stałej oraz dziennej. Na końcu działki zlokalizowano kaplicę, funkcjonującą jako miejsce zadumy i wyciszenia. Miejsce pożegnania z bliskimi *pro morte* zaplanowano jako kameralną przestrzeń na kondygnacji -1. Projektowany obiekt został w pełni dostosowany do potrzeb osób niepełnosprawnych. Z większości pokoi chorych można wyjść na tarasy, dostępne z poziomu podłogi.

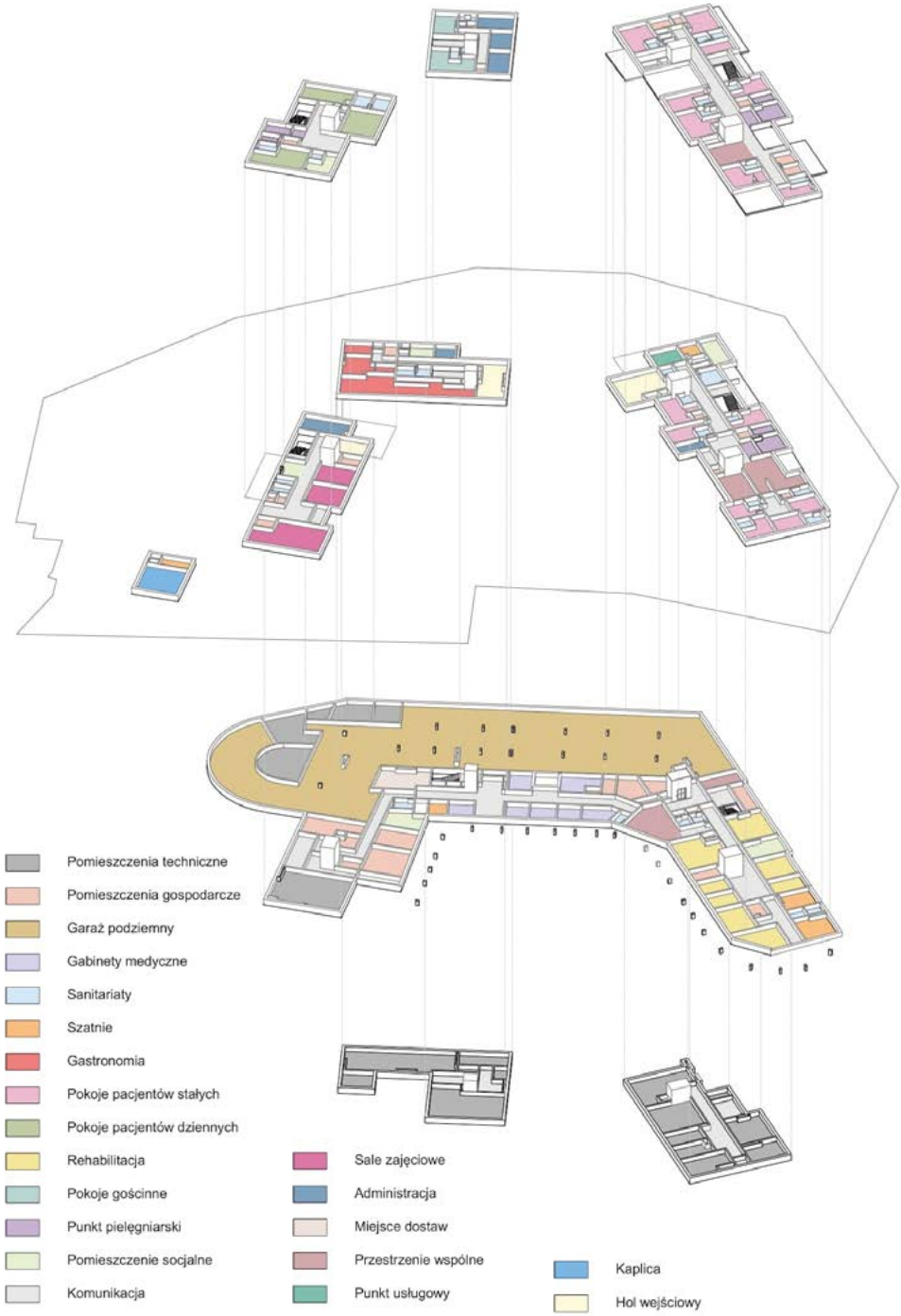


Ryc. 7. Podział funkcjonalny budynku, opracowanie własne

W projektowanym hospicjum znajduje się 15 pokoi pacjentów stałych, w tym 5 dwuosobowych. Dodatkowo w strefie pobytu dziennego zaprojektowano dodatkowo trzy pokoje wieloosobowe. Pokoje pobytu stałego posiadają prywatne łazienki dostosowane do potrzeb osób niepełnosprawnych. Z każdego z nich roztacza się widok na zieleń lub górski krajobraz, a duża ilość światła słonecznego, wpadającego do pokoju, dodaje energii i zachęca do aktywności.

Każdy pokój jest inny i daje możliwość dowolnej aranżacji. Projekt przewiduje użycie mebli przesuwnych, dzięki czemu pacjenci mogą w łatwy sposób kreować własną przestrzeń dokładając przedmioty prywatne, takie jak zdjęcia, rośliny czy np. ulubiony fotel. Taki zabieg wspiera niezależność chorych. Zaprojektowane powierzchnie zapewniają dostęp do łóżka pacjenta z 3 stron, co ułatwia pracę personelowi medycznemu.

Bardzo ważnym elementem hospicjum są przestrzenie wspólne, które zaprojektowano w formie otwartych salonów będących częścią komunikacji ogólnej. Strefa ta składa się z miejsca wypoczynku z wyjściem na taras, biblioteki z otwartym księgozbiorem oraz wydzielonej salki. Przestrzeń zagospodarowano również z myślą o najbliższych pacjentach. Można tu spotkać się na rozmowę, zrelaksować się przy książce, a nawet zorganizować małe przyjęcie rodzinne.

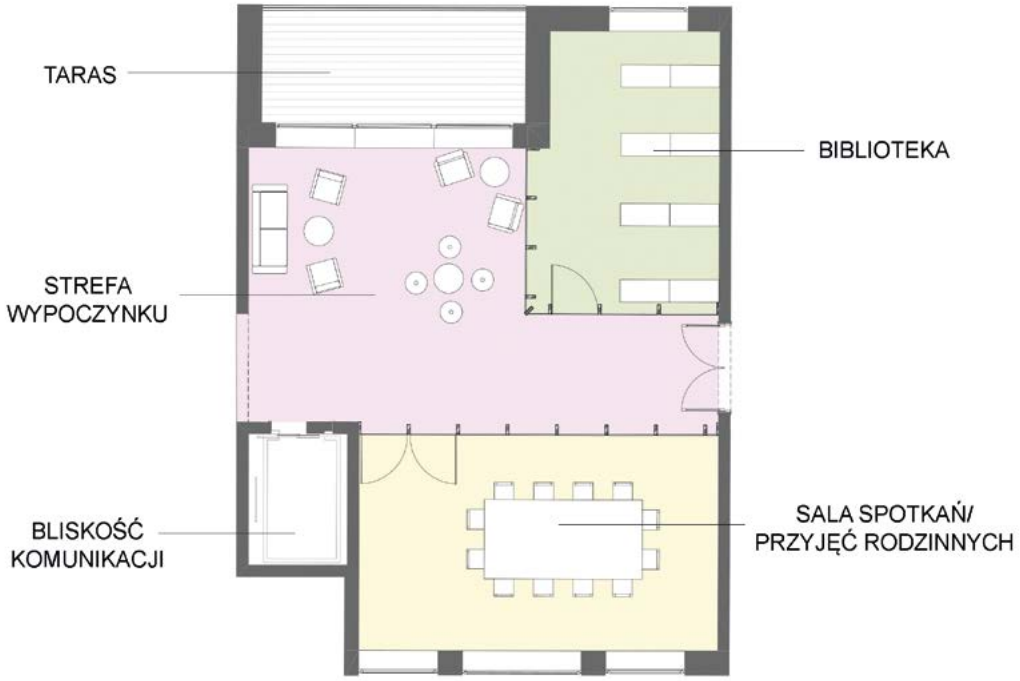


Ryc. 8. Podział funkcjonalny budynku, opracowanie własne

Ryc. 9. Wizualizacja pokoju pacjenta, opracowanie własne

Ryc. 10. Rzut pokoju – możliwości aranżacji, opracowanie własne

Strefy wspólne znajdują się w centralnych częściach budynków, przez co każdy pacjent może dostać się do nich bez trudu. Projektowanie miejsc integracji w ośrodku opieki paliatywnej ma za zadanie stworzyć większą ilość możliwości. Dobrze zaprojektowana przestrzeń ma działać kojąco na pacjentów i poprawiać ich samopoczucie. Salon ma być miejscem, gdzie każdy poczuje się komfortowo.



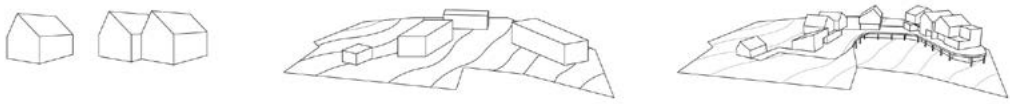
Ryc. 11. Rzut przestrzeni wspólnej, opracowanie własne

Kolejnym elementem ośrodka medycyny paliatywnej jest jego otoczenie. Na działce zaprojektowano strefy zieleni rozłożone na dwóch kondygnacjach. Ogród dostępny z parteru budynku ma charakter parkowy, natomiast na poziomie -1 utworzono część terapeutyczną. Przestrzenie zielone zostały specjalnie podzielone dzięki wykorzystaniu spadku terenu, w celu oddzielenia strefy prywatnej/leczniczej od rekreacyjnej. Park został zaprojektowany na terenie najbardziej zadrzewionym, wykorzystując tym samym potencjał działki. Ciąg spacerowy łączy się ze ścieżką prowadzącą do ważnych funkcjonalnie punktów założenia. Druga część ogrodu, czyli strefa terapeutyczna zawiera takie przestrzenie jak: strefa relaksu, medytacji, hortiterapii, rehabilitacji na świeżym powietrzu oraz kina plenerowego. Drogi mają zróżnicowaną nawierzchnię w celu łatwiejszej orientacji pacjentów. Wygięcie ścieżek w delikatne łuki oraz ich powiększona szerokość sprawiają, że są one łatwiejsze do pokonania dla osób niepełnosprawnych. Drzewa osłaniają przed słońcem, natomiast forma wodna relaksuje pacjentów delikatnym szumem. Wyświetlanie filmów w strefie kina plenerowego jest możliwe dzięki wykorzystaniu muru oporowego dzielącego kondygnacje ogrodu.

Ryc. 12. Zagospodarowanie terenu, opracowanie własne

Forma hospicjum

Inspiracją do stworzenia bryły budynku była charakterystyczna zabudowa sudecka. Kreując formę założenia zastosowano moduł prostego budynku z dachem dwuspadowym, który jest obecny w przeważającej ilości w krajobrazie Świeradowa Zdrój. Dopasowano bryłę do parametrów wymiarowych otoczenia poprzez pozorne rozbicie hospicjum na 4 budynki. Każdy z nich został złożony z mniejszych modułów, tworząc założenie odpowiadające skali człowieka. Obiekt składa się z systemu połączonych ze sobą dachów skośnych. Nadaje mu to charakteru małego miasteczka. Bryła została zmodyfikowana tworząc układ złożony z różnej wielkości tarasów. Obiekt został wkomponowany w skarpę tworząc wewnętrzny dziedziniec. Zatopiono jedną kondygnację w ziemi, jednocześnie otwierając ją od strony południowej. Ten zabieg podzielił ogród na dwie strefy: spacerową i terapeutyczną oraz utworzył tarasy ciągnące się wzdłuż wszystkich części budynku.



Ryc. 13. Etapy powstawania bryły, opracowanie własne

Hospicjum składa się z trzech budynków połączonych kondygnacją podziemną oraz mniejszego obiektu, będącego kaplicą. Główne skrzydła posiadają dwie kondygnacje nadziemne. Bryła podzielona jest na mniejsze segmenty nakryte głównie zielonym dachem skośnym, dwuspadowym. Nad restauracją oraz salą wielofunkcyjną zastosowano dach jednospadowy, dzięki czemu podniesiono sufit i zastosowano większe przeszklenia. Dzięki rozczłonkowaniu bryły utworzono dużo tarasów, które dają pacjentom możliwość wyjścia na świeże powietrze oraz podziwiania krajobrazu z każdego miejsca w budynku. Dodaje to również lekkości bryle, która nie przytłacza użytkowników swoją skalą. Forma budynku sprawia, że znajduje się tam wiele bardzo różnorodnych wnętrz architektonicznych niwelujących wrażenie monotonii. Wejście do kompleksu odbywa się pomiędzy budynkami i prowadzi prosto na taras łączący elementy założenia. Kondygnacja -1 została cofnięta względem linii tarasu, dzięki czemu utworzono zadaszone obejście.

Ryc. 14. Wizualizacja frontu budynku, opracowanie własne

Na elewacji budynku zastosowano materiały takie jak drewno oraz kamień. Dachy pokryte zostały roślinnością ekstensywną, czyli matą rozchodnikową. Użyte materiały mają za zadanie zespolić budynek z otaczającą go naturą, co pozytywnie wpływa na samopoczucie użytkowników. Zastosowano duże przeszklenia, aby wprowadzić zieleń do wnętrza budynku oraz stworzyć możliwość do podziwiania górskiego krajobrazu z większości miejsc w budynku. Charakterystycznym elementem elewacji jest ażurowa konstrukcja z desek nawiązująca do stylistyki architektury sudeckiej. Podkreśla ona szczyty budynków, co jest charakterystyczne dla okolicznej zabudowy. Słupki nachodzą częściowo na przeszklenia, ograniczając ilość wpadających do wnętrza promieni słonecznych. Ściana pod konstrukcją została wykończona jasnym tynkiem, dzięki czemu drewno doskonale wybrzmiewa na jej powierzchni. Wejścia do budynku zostały zaakcentowane podcieniem oraz dużym przeszkleniem.

Ryc. 15. Wizualizacja wnętrza założenia, opracowanie własne

Podsumowanie

Powyższa praca jest odpowiedzią na opisane w artykule problemy związane ze zmianami demograficznymi, wzrostem ilości zachorowań na choroby przewlekłe, stosunkiem społecznym do śmierci oraz jakością opieki hospicyjnej w Polsce. Zaprojektowany ośrodek opieki paliatywnej udowadnia, że architektura może znacząco wpływać na proces terapii pacjentów terminalnych. Zastosowane rozwiązania funkcjonalno-przestrzenne polepszają samopoczucie pacjentów oraz ich rodzin i eliminują stres związany ze zbliżającą się śmiercią. Budynek został wkomponowany w zastane otoczenie, stając się jego integralną częścią. Ten zabieg ma wymiar symbolicznego wpisania tej kategorii obiektów służby zdrowia w życie codzienne. Nietuzinkowy krajobraz górski oraz otaczająca ośrodek zieleń zostały wykorzystane jako element terapii, która pomaga w akceptacji trudnej sytuacji życiowej. W artykule podkreślono istotę wielofunkcyjności obiektów hospicyjnych. Zostało to zrealizowane wykorzystując różnorodne metody terapii. Zwrócono uwagę na atrakcyjność ośrodka, projektując przestrzenie wspólne umożliwiające integrację z innymi pacjentami oraz spotkania z bliskimi. Ważnym założeniem było, aby układ oraz wygląd wnętrz sprawiały wrażenie przytulności. Poczucie domowej atmosfery jest istotnym elementem, wpływającym korzystnie na pacjentów. Priorytetem przy tworzeniu projektu było całkowite przystosowanie obiektu do wymagań osób niepełnosprawnych fizycznie oraz społecznie zgodnie z nurtem projektowania bez barier. W powyższej pracy

zrealizowano założenia projektowe, tworząc obiekt przyjazny użytkownikom i jednocześnie efektowny wizualnie.

Bibliografia

Pozycje książkowe:

Aldridge D., *Spirituality, hope and music therapy in palliative care*, The Arts In Psychotherapy, vol. 22, no. 2, USA, 1995

Analizy Statystyczne GUS, *Trwanie życia w zdrowiu w Polsce w latach 2009–2019*

Barucki T., *Architekci świata o architekturze*, Kanon, Warszawa, 2005

Bielak-Zasadzka M., Dąbrowska M., *Kształtowanie przestrzeni obiektu hospicjum w odpowiedzi na potrzeby behawioralne jego użytkowników*

Bogucz H., *Czy powstanie medycyny paliatywnej było antidotum na medykalizację śmierci?*, Katedra i Zakład Historii Nauk Medycznych, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, Z kart historii, "Medycyna Paliatywna" 2012, 1

Bratman G. N., Hamilton J. P., Daily G. C., *The impacts of nature experience on human cognitive function and mental health*, Ann. N.Y. Acad. Sci. ISSN 0077-8923

Buss T., Lichodziejewska-Niemierko M., *Opieka paliatywna w Polsce — od idei do praktyki (również lekarza rodzinnego), Wybrane problemy kliniczne*

Czałczyńska-Podolska M., Rzeszotarska-Pałka M., *Ogród szpitalny jako miejsce terapii i rekonwalescencji*, „Kosmos. Problemy nauk biologicznych", Tom 65, nr 4, Polskie Towarzystwo Przyrodników im. Kopernika

Dąbski M., Dudkiewicz M., Durlak W., Konopińska-Mamej A., *Rola i kształtowanie zieleni w otoczeniu szpitali*, Uniwersytet Przyrodniczy w Lublinie

Dmitruk M., *Ogrody lecznicze jako forma wspomagania terapii*, TEKA KOM. ARCH. URB. STUD. KRAJOBR. – OL PAN, 2015, 2

Flakus J., *Hospicjum jako instytucjonalna forma pomocy i wsparcia społecznego w chorobie terminalnej*, Uniwersytet Śląski, rozprawa doktorska pod kierunkiem prof. UŚ. dr hab. E. Syrek, Katowice, 2008

Gawlak A., *Badania jakościowe w przestrzeni ogólnodostępnej szpitala – izba przyjęć*

Gawlak A., Springer P., *Sztuka projektowania przestrzeni schyłku życia*, Politechnika Poznańska, PUA 1/2018

Guzowski A., Krajewska-Kułak E., Kułak W., Sarnacka E., Cybulski M., *Współczesne postawy wobec śmierci i umierania*, Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku, „Medycyna Paliatywna" 2013, 5(4)

Karczewska U., Jasińska M., Orszulak-Michalak D., *Opieka paliatywna w Polsce – wybrane zagadnienia*, Część I *Założenia, organizacja i funkcjonowanie opieki paliatywnej*, Katedra i Zakład Biofarmacji, Wydział Farmaceutyczny Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

Kocki W., Kwiatkowski B., *Ogrody Sensoryczne – przestrzenie kojące oraz lecznicze – projektowanie i dobór roślin*

Kübler-Ross E., *Rozmowy o śmierci i umieraniu*, Media Rodzina, 2021

Latkowska M. J., Miernik M., *Ogrody terapeutyczne – miejsca biernej i czynnej „zielonej terapii”*, Czasopismo Techniczne Architektura, Zeszyt 30, Wydawnictwo Politechniki Krakowskiej

Leget C., *Art of Living, Art of Dying. Spiritual Care for A Good Death*, London and Philadelphia, UK, USA, Jessica Kingley Publishers, 2007

Łapińska J., *Odnalezione w krajobrazie – wprowadzone do wnętrza. Przestrzeń liofiliczna w kontekście izolacji,* in AW Journal Multidisciplinary Academic Magazin, Tom 2, 2021, nr 1

Łuczak J., Kotlińska-Lemieszek A., *Opieka paliatywna/hospicyjna/medycyna paliatywna*, „Nowiny Lekarskie” 2011, 80, 1

Mastalski J., *Hospicjum w służbie człowiekowi (wybrane zagadnienia z tenatopedagogiki)*

Neufert E., *Neufert Podręcznik projektowania architektoniczno-budowlanego*, Warszawa, Wydawnictwo Arkady, 2011

Obwieszczenie Ministra Inwestycji i rozwoju w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Infrastruktury w sprawie warunków technicznych, jakim powinny odpowiadać budynki i ich usytuowanie, Warszawa, 7 czerwca 2019

Ostrowska A., *Śmierć w doświadczeniu jednostki i społeczeństwa*, wyd. III, Warszawa, ISiS PAN, 2005

Piotrowski J., Żemojtel-Piotrowska M., *Postawa wobec śmierci a podstawowa struktura osobowości*, „Psychologia Jakości Życia” 2004, tom 3, nr 2

Pruszewicz-Sipińska E., Gawlak A., Matuszewska M., *Psychosomatic aspects of Healthcare facility design solutions*, Poznań University of Technology, TEKA 2018, nr 3, Komisja Architektury, Urbanistyki i Studiów Krajobrazowych Oddział Polskiej Akademii Nauk w Lublinie

Pruszewicz-Sipińska E., Gawlak A., Skalska K., *Architektura przestrzeni ogólnodostępnej w szpitalach, pacjent i personel*, „Pielęgniarstwo Polskie” 2013, 4(50)

Sandsdalen T., Abrahamsen Grøndahl V., Hov R., Høye S., Rystedt I. and Wilde-Larsson B., *Patients’ perceptions of palliative care quality in hospice inpatient care, hospice day care, palliative units in nursing homes, and home care: a cross-sectional study*

Schreur K., *The Architecture of Dying: Understanding the role of Architecture in the Hospice Community*, B. A. University of Cincinnati, 2003

Springer P., *Architektura obiektów opieki paliatywnej*, Zeszyty Naukowe Politechniki Poznańskiej 2020, nr 2

Trojanowska M., *Sensory gardens inclusively designed for visually impaired users*

Worpole K., *Modern Hospice Design the architecture of palliative care,* Abingdon, Routledge, 2009

Wilber K., *Śmiertelni Nieśmiertelni*, Czarna Owca, 2021

Wysocka M., Frydrych J., Klimkiewicz A., Jarocz J., Pasierski T., *Potrzeby pacjentów i ich rodzin objętych opieką hospicjum stacjonarnego w dobie pandemii COVID-19 – podobieństwa i różnice. Badanie jakościowe*, „Medycyna Paliatywna” 2021, 13(2)

Zalecenia Europejskiego Towarzystwa Opieki Paliatywnej, *Raport dotyczący standardów i norm dla opieki hospicyjnej i paliatywnej w Europie*, część 1

Źródła internetowe:

www.termedia.pl/mz/O-opiece-paliatywnej-w-Polsce, dostęp: 10.01.2023
pl.wikipedia.org/wiki/Medycyna_paliatywna, dostęp: 10.01.2023
www.nik.gov.pl, dostęp: 09.01.2023
www.profesor.pl/Profilaktyczne-i-terapeutyczne-wlasciwosci-przyrody, dostęp: 11.01.2023
www.who.int, dostęp: 09.01.2023
www.niebieskalinia.pl, dostęp: 13.01.2023
www.profesor.pl/publikacja, 9153,Artykuly, Profilaktyczne-i-terapeutyczne-wlasciwosci-przyrody, dostęp: 13.01.2023
https://betamed.pl/, dostęp: 15.01.2023
https://malprof.pl/, dostęp: 15.01.2023
https://architektura.muratorplus.pl/, dostęp: 15.01.2023
https://divisare.com/, dostęp: 15.01.2023
https://sztuka-architektury.pl/, dostęp: 15.01.2023
https://www.archdaily.com/, dostęp: 15.01.2023
https://www.facilitiesnet.com/, dostęp: 15.01.2023
https://www.czas-seniora.pl/, dostęp: 13.01.2023
https://www.zwrotnikraka.pl/kazdy-ma-prawo-do-dobrego-umierania, dostęp: 09.01.2023