

Anna Maria Szewczenko^{*}, *Iwona Dorota Benek*^{**}

WSPÓŁCZESNE TENDENCJE W PROJEKTOWANIU ODDZIAŁU GERIATRYCZNEGO – KOMPONENTY PRZESTRZENI PRZYJAZNE STARSZEMU PACJENTOWI

Streszczenie. We współczesnej psychologii odnajdujemy tezę, że etap późnej dorosłości jest jednym z etapów rozwoju człowieka, pod warunkiem zapewnienia odpowiedniej jakości życia. Część negatywnych efektów starzenia się można kompensować poprzez kształtowanie tzw. środowiska terapeutycznego, które pozwoli stworzyć warunki aktywizacji osób starszych w kierunku zachowań prozdrowotnych. Artykuł prezentuje najbardziej istotne zagadnienia w projektowaniu przestrzeni oddziału geriatrycznego, która jest przeznaczona w sposób szczególny dla starszemu pacjentowi. Współczesną tendencją w kształtowaniu architektury obiektów opieki zdrowotnej jest odchodzenie od instytucjonalizacji szpitalnictwa oraz przyjęcie potrzeb pacjenta jako podstawowych wytycznych do projektowania (*patient-centred design*). Stan badań w zakresie środowiska fizycznego szpitali daje podstawę do zwiększenia roli rozwiązań architektonicznych korzystnie wpływających na stan psychofizyczny pacjenta w procesie leczenia.

Słowa kluczowe: komfort starszego pacjenta, projektowanie dla osób starszych, środowisko fizyczne szpitala.

1. Wprowadzenie

Współczesne tendencje w projektowaniu obiektów służby zdrowia zakładają, że jakość procesu leczenia jest wynikiem nie tylko realizacji procedur medycznych, ale także troski o jakość przestrzeni wpływającej na kondycję psychiczną pacjenta i zapewnienia pacjentom odpowiedniego poziomu kontroli (Lawson 2013: 31). Aby uzyskać maksymalny poziom skuteczności hospitalizacji poszukuje się rozwiązań architektonicznych i technicznych, w największym stopniu wspierających i komfortowych dla pacjenta (Lawson 2003: 42–44). Jest to między innymi rezultat prowadzonych badań nad relacjami pomiędzy samopoczuciem pacjenta, a cechami środowiska architektonicznego (*Healing Environment, Architectural Healthcare Environment*), u podstaw których leżą reguły psychologii środowiskowej (Lawson, Phiri 2003: 6–14; Ulrich, Zimring 2004: 6–14). Istotnym etapem badań w kontekście projektowania obiektów opieki zdrowotnej były prace Ulricha w latach 90-tych ubiegłego stulecia i jego teoria

^{*} Dr, inż. arch., Wydział Architektury, Politechnika Śląska, Gliwice.

^{**} Dr, inż. arch., Wydział Architektury, Politechnika Śląska, Gliwice.

projektowania wspomagającego (*Theory of Supportive Design*), (Ulrich 1991: 97–109). Jako zasadnicza wytyczna projektowa w projektowaniu ukierunkowanym na pacjenta zostało wskazane **obniżenie poziomu stresu środowiskowego poprzez**: przyjazny wyraz wnętrza, kolorystykę w ciepłych tonacjach, skalę pomieszczenia, rozproszone oświetlenie, ograniczenie nadmiaru informacji. Ulrich wskazuje także główne założenia właściwego kształtowania rozwiązań wewnętrznych obiektów opieki zdrowotnej:

- zapewnienie poczucia kontroli w zakresie możliwości regulacji parametrów środowiska fizycznego i warunków do kontaktów społecznych,
- zapewnienie wsparcia społecznego,
- wprowadzenie elementów, które odwracają uwagę od stanu zdrowia.

Ponadto zauważalną tendencją w projektowaniu obiektów opieki medycznej jest uzupełnianie programu działalności funkcjami aktywizującymi pacjenta, pozwalającymi na relaks, kontakt z naturą oraz kulturą. Tworzone są także przestrzenie sprzyjające nawiązywaniu kontaktów społecznych (Waller, Masterson 2013: 21–66).

Geriatryka jako specjalistyczna dziedzina medyczna ma kompetencje do całościowej (kompleksowej) opieki medycznej, uwzględniającej zarówno wielochorowość, jak i korelacje pomiędzy kondycją fizyczną, a psychiczną pacjenta. W przypadku pacjentów geriatrycznych mamy do czynienia ze szczególnie wrażliwym użytkownikiem. W wyniku hospitalizacji pacjent geriatryczny jest narażony na stres i cierpienie, utratę samodzielności i prywatności oraz dezorientację w nowej sytuacji i przestrzeni. W szczególnej sytuacji znajdują się tu osoby z zaburzeniami kognitywnymi, dla których nowe otoczenie może być szczególnie stresogenne. Konieczność opuszczenia znanego otoczenia i odnalezienia się w nowych warunkach stawia przed nimi barierę czasem trudną do pokonania. Bywa, że podcina wiarę we własne możliwości (Parke 2007: 8–11).

Pacjenci geriatryczni wymagają szczególnego podejścia zarówno w zakresie procedur medycznych, jak i w zakresie rozwiązań przestrzennych. Ma to nie tylko wymiar humanitarny, przekłada się bowiem na korzyści pod względem efektywności procesu leczenia. Badania obiektów opieki geriatrycznej, które poddane zostały modernizacji i adaptacji do potrzeb osób starszych wskazują bowiem na korzyści w wymiarze ekonomicznym (The King's Fund 2013: 15–16; Derejczyk 2008: 155–157):

- redukcję ilości upadków pacjentów (jeden z częstszych problemów w czasie hospitalizacji skutkujących wydłużeniem pobytu w szpitalu),
- skrócenie czasu hospitalizacji, redukcję ilości rehospitalizacji,
- zmniejszenie liczby incydentów zachowań nienormatywnych ze strony pacjentów, czy odwiedzających, przekładające się na wydajność i jakość pracy personelu,

- zwiększenie liczby pacjentów powracających do codziennej aktywności na poziomie przed hospitalizacją, bilansowane w zakresie korzyści z utrzymania samodzielności seniora w miejscu zamieszkania,
- wzrost efektywności wykorzystania powierzchni budynku.

Przyjąć zatem można, że integracja dziedziny architektury, psychologii środowiskowej i gerontologii jest istotna z punktu widzenia konieczności przystosowania środowiska oddziału szpitalnego do potrzeb seniorów, dla utrzymania ich możliwie maksymalnej samodzielności i aktywności. **Uwzględniając zatem zasady tworzenia środowiska terapeutycznego określone przez psychologię środowiskową, specyfikę potrzeb pacjenta oraz wymogi przestrzenne związane z procesami medycznymi, warto zadać pytanie: które elementy przestrzeni oddziału geriatrycznego, wspierają funkcjonalne możliwości seniorów?**

2. Rola przestrzeni w obiektach opieki medycznej

Jak wspomniano wcześniej – współczesne wykorzystanie przestrzeni do funkcji leczniczych polega w głównej mierze na modelu integrującym jednostkę, środowisko fizyczne oraz społeczne (Bańka 2002: s. 318). Wymaga to od architekta wiedzy o specyfice użytkownika i jego potrzebach podczas procesu projektowania architektonicznego. We współczesnym projektowaniu wyróżnić można różne poziomy zaspokajania potrzeb użytkowników o szczególnych wymogach:

- kształtowanie środowiska bez barier – projektowanie dla szerokiego grona użytkowników, zgodnie z ideą projektowania uniwersalnego, częściowo regulowane zapisami legislacyjnymi,
- projektowanie środowiska wspierającego (*Theory of Supportive Design, Ulrich 1991*) – dla sprecyzowanej grupy użytkowników w obiektach o szczególnych funkcjach, takich jak usługi medyczne czy opiekuńcze, zgodnie z przesłankami psychologii środowiskowej,
- kształtowanie środowiska aktywizującego – rozwiązania ułatwiające wykonywanie codziennych czynności osobistych i mobilizujące do podejmowania aktywności społecznych; projektowanie zbieżne m.in. z koncepcją środowiska generatywnego.

Optymalizacja i kreowanie środowiska o funkcji leczniczej wynikać powinno ze wskazywanych przez psychologię środowiskową czynników kształtujących ekosystem zachowań i rozwoju człowieka. Podstawowy wymiar projektowania jest związany z uwarunkowaniami fizycznymi, w tym ergonomicznymi, które powinny zapewniać człowiekowi odpowiednie warunki do niezależnego funkcjonowania. W psychologii środowiskowej powstało pojęcie środowiska terapeutycznego, posiadającego cechy takie jak dostępność (*habitability*), transparentność i satysfakcja środowiskowa (Bańka A., 2002: 324–325). Dostępność

jest rozumiana jako zespół elementów o charakterze fizycznym i społecznym wpływających na komfort, aktywność i stan psychofizyczny jednostki. Transparentność wynika z rozwiązań, które wzmacniają przyjazność środowiska i jego otwartość. W kontekście środowiska obiektów opieki medycznej oznacza to m.in. zrozumiałe kody przestrzenne dla pacjentów, co wzmacnia ich poczucie bezpieczeństwa. Satysfakcja środowiskowa jako kolejna cecha środowiska terapeutycznego jest istotną, aczkolwiek często pomijaną kwestią przy decyzjach związanych określeniem kierunków działań w zakresie zdrowia publicznego. Satysfakcja łączy się z poczuciem własnej wartości wynikającym z walorów jakościowych środowiska, w którym przebywa pacjent i jest „elementem systemu środowiskowej promocji zdrowia” (Bańka A., 2002: 327). W ewaluacyjnych metodach badawczych ocena jakości rozwiązań przestrzennych dokonana przez użytkownika jest podstawą do tworzenia optymalnych programów nowych obiektów.

Realizacja potrzeb terytorialnych człowieka w obiektach szpitalnych sprowadza się do zapewnienia prywatności poprzez regulację dystansu interpersonalnego oraz poprzez delimitację przestrzeni. Zagadnienia te trudne są do odrębnej analizy, poza zjawiskami takimi jak izolacja w środowisku instytucjonalnym, w którym pacjenci nie znajdują się najczęściej z własnego wyboru. Specyfika tego środowiska powoduje, że niewielkie są możliwości personalizacji przestrzeni, natomiast regulacja dystansów interpersonalnych może zostać przełożona na szereg rozwiązań funkcjonalnych oraz aranżacyjnych.

Reasumując, głównym zadaniem środowiska terapeutycznego na oddziale geriatrycznym jest kształtowanie rozwiązań przestrzennych na optymalnym poziomie stymulacji środowiskowej osób starszych oraz ich aktywizacja w zakresie podtrzymania dotychczasowych zdolności funkcjonalnych.

3. Potrzeby starszych pacjentów w kontekście uwarunkowań przestrzennych

Analiza doniesień literaturowych w zakresie potrzeb osób starszych wskazuje na złożoność potrzeb i wielorakich uwarunkowań komfortu seniorów (Szarota 1998: 26–33; Kocowski 1982:119). Nie wszystkie potrzeby mogą być realizowane w przestrzeni szpitala z uwagi na czasowy pobyt pacjenta i nadrzędność funkcji medycznej. Natomiast liczne badania wskazują, że z punktu widzenia komfortu starszego pacjenta zapewnienie najistotniejszych potrzeb – samostanowienia i niezależności warunkuje łagodzenie napięcia i stresu związanego z pobytem w szpitalu (Creditor 1993, Brawley 1997, Barnes 2002, Carr 2004, Douglas i Douglas 2004, NHS Estates 2005). Za nadrzędną potrzebę przyjęto **zachowanie tożsamości pacjenta**, z którego wynikają: bezpieczeństwo, auto-

nomia, niezależność, terytorialność, prywatność, orientacja w przestrzeni, wolność wyboru i kontakty społeczne (NHS Estates 2005:55). Badania wskazały także trzy zasadnicze, problematyczne obszary, na które uskarżają się starsi pacjenci: jakość opieki medycznej, problemy z komunikacją z personelem oraz struktura i wyposażenie obiektów medycznych (Parke 2007:10).

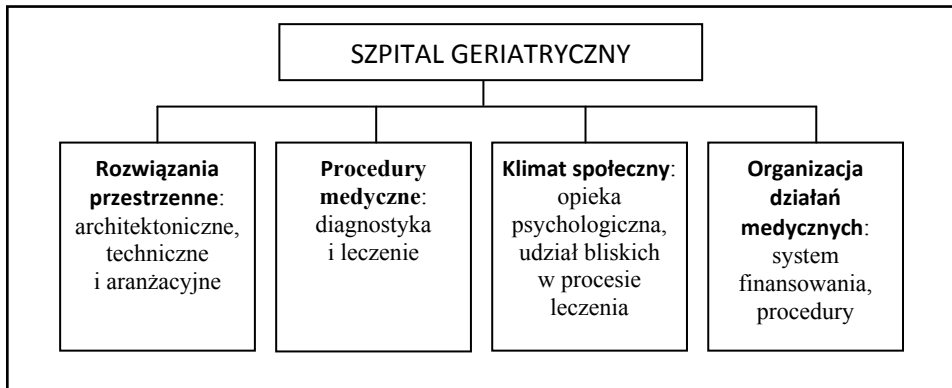
Dla potrzeb dalszych badań jakości przestrzeni oddziałów geriatrycznych wyselekcjonowane zostały dwie grupy potrzeb – indywidualnych i społecznych. Wśród nich wyodrębniono te, których realizacja przekłada się w największym stopniu na kryteria projektowania przestrzeni i ogranicza następujące bariery środowiska:

- **bariery wzrokowe**, utrudniające właściwą percepcję otoczenia oraz lokalizację czynników ryzyka,
- **bariery lokomocyjne**, uniemożliwiające swobodne poruszanie się i bezpieczne przemieszczanie, pogarszające poczucie samowystarczalności i swobodę wyboru drogi dojścia do celu,
- **bariery kognitywne**, wiążące się z procesami pogarszania się przyswajania nowych informacji z otoczenia oraz zdolności do łączenia faktów i myślenia abstrakcyjnego,
- **bariery społeczne**, potęgujące wrażenie odosobnienia, izolacji od świata zewnętrznego, a także naruszające poczucie własnej wartości.

Wielochorobowość oraz dysfunkcja poszczególnych układów biologicznych seniorów sprawiają, że jest to szczególna grupa użytkowników. Konieczność hospitalizacji i zmiany otoczenia stawia w trudnym położeniu szczególnie osoby cierpiące na zaburzenia kognitywne, dla których nowe miejsce pobytu może stanowić trudną do przełamania barierę. Wymaga to stosowania rozwiązań, które wspomagają orientację w przestrzeni, w tym ułatwiają zapamiętywanie funkcji pomieszczeń za pomocą oznaczeń graficznych i kolorystycznych. Ponadto zapewnić należy bezpieczeństwo przemieszczania się oraz ograniczyć stymulację wzrokową i akustyczną.

4. Charakterystyka elementów przestrzeni oddziału geriatrycznego wspomagających proces leczenia

Aby scharakteryzować zasadnicze komponenty optymalnego środowiska fizycznego oddziału geriatrycznego przeprowadzono analizę doniesień literaturowych oraz analizę przykładów istniejących zagranicznych obiektów lecznictwa geriatrycznego.



Rysunek 1. Szpital geriatryczny jako system.

Źródło: oprac. wg Parke B. Friesen K. (2008), Code Plus. Physical Design Components for an Elder Friendly Hospital. Fraser Health, Vancouver, s. 2.

Wstępny etap badań pozwolił na wskazanie podstawowych elementów przestrzeni oddziału o kluczowym znaczeniu dla komfortu pacjenta geriatrycznego. Elementy te stanowiły podstawę do określenia kategorii analiz dla wybranych zagranicznych przykładów oddziałów geriatrycznych, zrealizowanych w okresie ostatnich 25 lat:

- a) w zakresie rozwiązań przestrzennych:
 - Wittigkofen Hospital, Berno, Szwajcaria, (1989),
 - Santa Rita Geriatric Center, Ciutadella, Baleary, Hiszpania, (2009),
 - Mornington Centre, Victoria, Australia (2009);
- b) w zakresie aranżacji wnętrza dla osób starszych z demencją:
 - St. Brelades Ward / Alderney Hospital, Poole, Dorset, Wielka Brytania (2011),
 - Alzheimer's Respite Center, Dublin, Irlandia (2010),
 - Bradford Royal Infirmary, Yorkshire, Wielka Brytania (2012),
 - King's College Hospital, Londyn, Wielka Brytania (2012),
 - Belvedere Ward, Franklyn Hospital, Exeter, Devon (2009),
 - Poole Hospital NHS Trust, Dorset (2012).

Przyjęte kategorie analizy obejmowały następujące zagadnienia:

- w zakresie przestrzeni indywidualnej pacjenta: prywatność i terytorialność, komfort w przemieszczaniu się, optymalność rozwiązań kolorystycznych i graficznych,
- w zakresie przestrzeni społecznych: dostępność, swobodę wyboru form aktywności (czynnej lub biernej) oraz wyboru poziomu intensywności kontaktów społecznych, rozwiązania wspomagające orientację w przestrzeni i odnajdywanie drogi.

W wyniku przeprowadzonych analiz ujawnione zostały tendencje w projektowaniu obiektów opieki geriatrycznej

a) **odejście od estetyki manifestującej instytucjonalność szpitala**, stwarzanie klimatu swojskości i przyjazności dla pacjenta w zakresie aranżacji wnętrz, szczególnie w przestrzeniach dla pacjentów,

b) **strefowanie przestrzeni pokoju pacjenta** – czytelne wydzielenie przestrzeni prywatnej (w części łóżkowej) oraz przestrzeni społecznej do kontaktów z bliskimi; preferowanie pokoi jednoosobowych, natomiast w pokojach wieloosobowych zastosowany układ naprzeciwległy;

c) **wprowadzanie rozwiązań kolorystycznych i graficznych, które ułatwiają orientację w przestrzeni** – rozwiązania te noszą cechy rozwiązań systemowych, szczególnie pod kątem czytelności dla osób z zaburzeniami kognytywnymi,

d) **wprowadzanie rozwiązań projektowych, które nie stygmatyzują starszego pacjenta** – wybór elementów wyposażenia wnętrz o dobrej jakości wzornictwa, przez co nie naznacza się starszych pacjentów jako grupy marginalizowanej,

e) **wprowadzenie do programu funkcjonalnego szpitali przestrzeni społecznych** – z przeznaczeniem na swobodne lub zorganizowane formy kontaktów z innymi pacjentami lub bliskimi, bądź też w celu podejmowania działań znaczących, użytecznych (np. ogrody zimowe z możliwością pielęgnacji roślin). Do strefy tej włączane są także ogólnodostępne jadalnie i kuchnie. Ukształtowanie tych przestrzeni daje swobodę wyboru intensywności kontaktu z ludźmi. Przestrzenie społeczno-kulturalne zajmują średnio do 20 % powierzchni obiektu.

5. Realizacja potrzeb indywidualnych starszych pacjentów

Teoria adaptacji Wohlwilla wyznaczająca kategorie doświadczania środowiska przez jednostkę (Wohlwill 1970: 340–349), może zostać wykorzystana do opisu stymulacji pacjenta na poziomie optymalnym, a co za tym idzie: sformułować główne kategorie komponentów projektowych, ułatwiających dostosowanie pacjenta do warunków otaczającej go przestrzeni. W kontekście przestrzeni indywidualnej kategorie stymulacji dotyczą stymulacji sensorycznej i lokomocyjnej. Stosowane rozwiązania w założeniach sprzyjają obniżeniu niepokoju i stresu, ułatwiają samodzielność w codziennych czynnościach i przemieszczaniu się oraz wzmacniają poczucie bezpieczeństwa i dają możliwość zachowania niezbędnego minimum prywatności.

Stymulacja sensoryczna odbywa się w oparciu o elementy środowiska fizycznego, w tym także istotne są powiązania między nimi. Elementami przestrzeni, które realizują wymienione aspekty samopoczucia pacjenta są przede

wszystkim rozwiązaniach funkcjonalne, takie jak preferencje dla naprzeciwległego układu łóżek, co sprzyja wykształceniu czytelnego terytorium przynależnego danemu pacjentowi oraz jednakowemu dostępowi do światła dziennego i kontaktu z otoczeniem. Prosty rozwiązaniem w układzie grzebieniowym łóżek jest izolacja wzrokowa strefy pojedynczego łóżka w sali chorych dla zwiększenia prywatności i intymności pacjenta poprzez lekkie elementy przesuwne (kotary, parawany). Współczesne rozwiązania w obiektach szpitalnych wprowadzają także elementy wyposażenia umożliwiające personalizację przestrzeni, co ułatwia choremu podtrzymanie więzi z bliskimi i miejscem zamieszkania (np. umieszczenie przedmiotów osobistych, zdjęć itp.) Ścienne elementy graficzne lub inne elementy kolorystyczne wyznaczające nieformalnie terytorium indywidualne dla każdego chorego – są to rozwiązania, które nabierają znaczenia jako elementy identyfikacji terytorialnej lub także jako składowe systemu odnajdywania drogi np. wprowadzanie kolorystycznych elementów ściennych indywidualnych dla każdego z pokoi pacjenta ułatwia odnalezienie go w szeregu pomieszczeń na korytarzu; rozwiązania kolorystyczne posadzek i ścian dodatkowo są czynnikiem wpływającym na percepcję przestrzeni przez osoby niedowidzące (wymagany kontrast kolorystyczny posadzek względem ścian). Z punktu widzenia ważnej grupy odbiorców, jaką są osoby z zaburzeniami poznawczymi, istotne jest unikanie nadmiernie kontrastowych i stymulujących wzorów na posadzkach lub ścianach, aby wyeliminować uczucie niepokoju u osób nadwrażliwych na bodźce, zwłaszcza u osób chorych na demencję.

Drugim ważnym elementem stymulującym jest umożliwienie starszemu pacjentowi bezpiecznego poruszania się i przemieszczania. Jednym z celów hospitalizacji na oddziale geriatrycznym jest przywracanie aktywności funkcjonalnej pacjenta, zatem istotne jest stworzenie warunków do wykonywania niektórych czynności samodzielnie i ułatwienie orientacji w otoczeniu. Między innymi ten aspekt jest wymiernym czynnikiem terapeutycznej roli środowiska fizycznego szpitala. Optymalność rozwiązań w zakresie potrzeb lokomocyjnych pacjenta polega na:

- odpowiednim wyposażeniu pomieszczeń ułatwiającym samodzielne poruszanie się, zmianę pozycji w strefie łóżka – elementy wyposażenia dostosowane do możliwości ruchowych osoby starszej, np. krzesła z podłokietnikami,
- zapewnieniu odpowiedniej wielkości przestrzeni manewrowej oraz umieszczeniu pochwytów umożliwiających swobodne i bezpieczne przemieszczanie się wzdłuż ciągów komunikacyjnych, kolorystyka pochwytów kontrastowa w stosunku do kolorystyki ścian,
- odpowiednim oświetleniu ciągów komunikacyjnych, unikaniu materiałów posadzkowych powodujących efekt olśnienia (preferowanie matowych posadzek),

- zastosowaniu kolorystyki elementów wyposażenia lub pomieszczeń koncentrującej uwagę na miejscach, które należy wyróżnić: oznaczenie różnic poziomów, miejscowo obniżonych elementów konstrukcyjnych,
- wprowadzeniu jasnego i zrozumiałego systemu identyfikacji wizualnej.

Na odrębną uwagę w zakresie ułatwienia przemieszczania się z pewnością zasługuje projektowanie systemu odnajdywania drogi wewnątrz szpitala i oddziału, czyli zasady projektowania określane w literaturze jako *wayfinding design*. Zgodnie z definicją jest to proces odnajdywania drogi z punktu A do punktu B, rozgrywający się na płaszczyźnie relacji pomiędzy człowiekiem a przestrzenią. Wymaga on od użytkownika wytworzenia w świadomości obrazu miejsca i orientacji przestrzennej. Istnieje szereg elementów przestrzeni, które mogą ten proces ułatwiać lub utrudniać (Huelat 2007: 4–7). Wśród nich mieści się układ przestrzenny obiektu (czytelność układu komunikacji, elementy wspomagające jak tablice, ulotki), oznakowanie (informacyjne, kierunkowe, identyfikacyjne, regulacyjne), widoczność punktów orientacyjnych w terenie obserwowanych z wewnątrz i na zewnątrz obiektu i zróżnicowanie aranżacji wnętrz, np. kody kolorystyczne w pomieszczeniach (Huelat 2007: 10–14). Z punktu widzenia osoby starszej dobrze zaprojektowany system odnajdywania drogi przekłada się na komfort psychiczny pacjenta dzięki poczuciu kontroli nad otoczeniem i tym samym obniżeniu niepokoju i stresu. W założeniach projektowanie systemu identyfikacji wizualnej dla osób starszych polega na umieszczaniu oznaczeń w miejscach dostępnych, logicznie usytuowanych i w zasięgu dobrej widoczności. Zasada ograniczania nadmiaru bodźców i informacji jest realizowana poprzez projektowanie maksymalnie uproszczonego systemu oznaczeń, odwołującego się do ogólnie uznanych skojarzeń. W przestrzeni oddziału geriatrycznego elementami sprawnego systemu odnajdywania drogi są m.in. kierunkowe oznaczenia kolorystyczne w formie barwnych pasów umieszczonych w posadzce lub na ścianach ciągów komunikacyjnych oraz kolorystycznie wyróżnione elementy architektoniczne takie jak wnęki wejściowe lub stolarka drzwiowa w barwach identycznych z kolorystyką pomieszczenia. Dodatkowo istotne dla pacjenta pomieszczenia takie jak łazienka lub kuchnia powinny być wyposażone w czytelne oznakowanie graficzne (Parke 2008: 19–20). Jednocześnie sterowanie samodzielnym poruszaniem się pacjentów z zaburzeniami kognytywnymi w celu ograniczenia dostępu do niektórych pomieszczeń medycznych jest możliwe dzięki stosowaniu kolorystyki stolarki drzwiowej identycznej z kolorystyką ścian. Orientacja w przestrzeni osób z demencją wymaga także umieszczenia elementów graficznych lub barwnych fotogramów w przestrzeniach korytarzy dla kojarzenia ich z lokalizacją danego pomieszczenia. Dla ułatwienia zapamiętywania miejsca fotogramy te w analizowanych przykładach brytyjskich odwoływały się do uroku lokalnego krajobrazu lub wartości kulturowych, z którymi utożsamiają się społeczności lokalne (Waller Masterson 2013: 26–66).

6. Podsumowanie

Analiza dostępnej wiedzy w zakresie projektowania ośrodków opieki geriatrycznej dowodzi, że dla stworzenia komfortowych warunków hospitalizacji pacjenta wymagane jest podejście w projektowaniu ukierunkowane na pacjenta i specyfikę jego wymagań podyktowaną wieloma dysfunkcjami. Środowisko fizyczne szpitala musi tworzyć otoczenie przystępne i ułatwiające proces leczniczy, zwłaszcza tym, którym z racji ograniczeń w percepcji otoczenia trudniej jest odnaleźć się w nowej sytuacji.

Szereg elementów środowiska fizycznego szpitala przyjaznych osobom starszym nie jest objętych regulacjami prawnymi, wynika co najwyżej z dobrych praktyk i doświadczenia w pracy projektowej. W ramach polskiej literatury naukowej w tym zakresie brak jest istotnych prac badawczych analizujących zagadnienia relacji pomiędzy środowiskiem a użytkownikiem. W obliczu narastającej konieczności tworzenia ośrodków opieki geriatrycznej, komfortowych dla starszych, istnieje potrzeba przeanalizowania tej tematyki w odniesieniu do krajowych procedur medycznych, specyfiki uwarunkowań w zakresie cech polskich obiektów opieki zdrowotnej, a także uwarunkowań kulturowych.

Bibliografia

- Altman I. (1975), *The Environment and Social Behaviour: Privacy, Personal Space, Territoriality and Crowding*, CA: Brooks / Cole, Monterey.
- Bańka A. (2002), *Społeczna psychologia środowiskowa*, Wydawnictwo Naukowe SCHOLAR, Warszawa.
- Barnes S. (2002), Design in Caring Environment Study Group. Design of Caring Environments and the quality of life of older people. *Ageing & Society* 22 (6), 775–789.
- Derejczyk J., Bień B., Kokoszka-Paszko J., Szczygieł J. (2008), *Gerontologia i geriatrya w Polsce na tle Europy – czy należy inwestować w ich rozwój w naszym kraju?* „Gerontologia Polska”, 16.
- Huelat B. (2007), *Wayfinding. Design for understanding*, California.
- Hunt S. R. (1987), *Human engineering for space*, [w:] G. Salvendy, *Handbook of Human Factors*, Wiley, New York.
- King's Fund (2013), *Improving the patient experience. Developing the Supportive Design for People with Dementia. The King's Fund's Enhancing the Healing Environment Programme 2009–2012*.
- Kocowski T. (1982), *Potrzeby człowieka: koncepcja systemowa*, Wrocław.
- Lawson B. (2013), *Design and the Evidence. Procedia – Social and Behavioural Sciences*, 105, London.
- Lawson B., Phiri M. (2003), *The Architectural Healthcare Environment and its Effects on Patients Health Outcomes*. University of Sheffield, NHS Estates, Sheffield.
- Lewicka M., Bańka A. (2008), *Psychologia Środowiskowa*, GWP, Gdańsk.
- Newman O. (1972), *Defensible Space*, Maccmillian, New York.
- Parke B., Friesen K. (2008), *Code Plus. Physical Design Components for an Elder Friendly Hospital*. Fraser Health, Vancouver.

- Parke B. (2007), *Physical Design Dimension of an Elder Friendly Hospital*, University of Victoria.
- Phiri M. (2003), *One patient one room – theory and practise: the evaluation of the Leeds Nuffield Hospital*, NHS Estates, Sheffield.
- Szewczenko A., Benek I. (2014), Quality research of healthcare facilities for the elderly. 8th International Technology, Education and Development Conference. INTED 2014 Conference proceedings, Valencia.
- NHS Estates (2005), *Ward layouts with single rooms and space for flexibility*, London.
- Szarota Z. (1998), *Wielofunkcyjna działalność domów pomocy społecznej dla osób starszych*. Wydawnictwo Naukowe WSP, Kraków.
- Ulrich R., Quan, X., Zimring, C., Joseph, A., & Choudhary, R. (2004), The role of the physical environment in the hospital of the 21st century: A once-in-a-lifetime opportunity. College of Architecture, Georgia Institute of Technology.
- Ulrich R. (1991), Effects of Interior Design on Wellness: Theory and Recent Scientific Research. *Journal of Healthcare Interior Design*, p. 97 – 109
- Waller S. Masterson A., Finn H. (2013), Improving the patient experience. Developing the Supportive Design for People with Dementia. The King's Fund's Enhancing the Healing Environment Programme 2009–2012. The King's Fund, London.
- Wohlwill J.F. (1970), The Concept of Sensory Overload. EDRA 2, Proceedings of the 2nd Annual Environmental Design Research Association Conference.

Anna Maria Szewczenko, Iwona Dorota Benek

TENDENCES IN GERIATRIC WARD DESIGN – ELDERLY FRIENDLY COMPONENTS OF SPACE

Abstract. Modern psychology poses a thesis that the aging process does not exclude the possibility of development as long as adequate quality of life is provided. Some of the negative effects of aging can be controlled by creating the so-called therapeutic environment which makes it possible to create pro-health behaviour conditions. The main characteristics of the therapeutic environment is its transparency and habitability. In the article the most significant issues in geriatric ward design are presented, those which allows to support the functional activity of elderly patients. In contemporary healthcare architecture the tendency of breaking the institutionalization of hospitals are observed, moreover, the needs of patients are the basis for design as patient-centred design. State of art related to healing environment gives the basis for increasing the role of architectural solutions, which give positive support to the patient's psychosocial condition in treatment process.

Keywords: elderly patient's comfort, design for elderly, physical environment of hospital