

Piotr SPRINGER*

ARCHITEKTURA OBIEKTÓW OPIEKI PALIATYWNEJ

Tematem artykułu jest architektura obiektów realizujących funkcję opieki paliatywnej. Opracowanie stanowi wstęp do zagadnienia teorii projektowania hospicjów stacjonarnych, ze szczególnym uwzględnieniem aspektów psychologicznych kreowania przestrzeni odpowiedniej dla funkcji tych budynków. Przedstawiono studium przypadku Zakładu Opieki Długoterminowej w Świnoujściu, który był projektowany z wykorzystaniem założeń teoretycznych prezentowanych w początkowych rozdziałach niniejszego opracowania. Przedstawione w artykule tezy oparte są na wiedzy z zakresu teorii architektury, proksemiki i tanatologii oraz osobistych doświadczeń autorów w projektowaniu opisywanych obiektów.

Słowa kluczowe: architektura, hospicjum, tanatologia, tanatoarchitektura, opieka paliatywna

1. OPIEKA PALIATYWNA

1.1. Wstęp

W wyniku stałego rozwoju medycyny i nauk społecznych propagujących zdrowie ludzie żyją coraz dłużej. Według danych Światowej Organizacji Zdrowia na początku dwudziestego wieku średnia długość życia człowieka wynosiła 31 lat, natomiast w roku 2015 było to już trochę ponad 71 lat (WHO 2006). Prócz czasu życia wydłuża się także czas umierania. Zaawansowane procedury medyczne są w stanie utrzymać chorego na granicy życia i śmierci przez długie tygodnie, a nawet lata. Niezwykle wymowny jest w tym kontekście wskaźnik HALE opisujący średnią liczbę lat, którą człowiek żyje w pełnym zdrowiu. Globalnie w roku 2015 wynosił on nieco ponad 63 lata (WHO 2017). Przy zestawieniu tej informacji z ogólną średnią długością życia łatwo obliczyć, że uśredniony czas przeżyty u kresu życia w chorobie wynosi aż 8 lat. Stąd

* Politechnika Poznańska, Wydział Architektury, Instytut Architektury, Urbanistyki i Ochrony Dziedzictwa.

jest wysoce prawdopodobne, że nasze ostatnie dni spędzimy w przestrzeniach związanych ze służbą zdrowia, często ze świadomością zbliżającej się śmierci. Obiekty te nie są jednak przystosowane do zajmowania się ludźmi umierającymi. Parafrazując określenie Le Corbusiera, współczesny szpital jako „maszyna do leczenia” nie ma odpowiedniego zaplecza socjalnego, aby zaspokoić wszystkie potrzeby fizyczne i psychiczne pacjenta zdiagnozowanego jako umierającego. Jest to o tyle zaskakujące, że zgodnie z definicją zawartą w konstytucji Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) zdrowie to stan dobrego samopoczucia fizycznego, psychicznego i społecznego, a nie tylko brak choroby lub niepełnosprawności (WHO 2006b). Odpowiedzią na problematykę opieki nad śmiertelnie chorymi jest opieka paliatywna i zrodzony z niej ruch hospicyjny.

Według definicji Światowej Organizacji Zdrowia opieka paliatywna jest całościową formą poprawy jakości życia pacjentów zmagających się z chorobami zagrażającymi życiu oraz szeroko pojętą pomocą rodzinom tych osób (WHO 2017b). Jedną z podstawowych typologii organizacji opieki paliatywnej jest jej podział ze względu na miejsce świadczenia usług. Rozróżniamy tu hospicja domowe, spełniające swoje zadania doraźnie w domu chorego, oraz hospicja stacjonarne. Rozważania w kolejnych rozdziałach będą skupiały się na stacjonarnym modelu opieki paliatywnej.

1.2. Rys historyczny architektury hospicyjnej

Pierwszymi obiektami skupiającymi się na opiece nad umierającymi były średniowieczne lazarety. Pierwotnie służyły one jako szpitale polowe przeznaczone do opatrywania rannych na polu bitwy. Gdy w Europie pojawiły się kolejne epidemie, stały się one ośrodkami opieki nad zakażonymi. W historii architektury szczególnie zarysowały się ośrodki izolacji ludzi chorujących na trąd zwane leprozoriami (załączki funkcjonalne obecnych szpitali zakaźnych). Obiekty te, lokalizowane poza murami średniowiecznych miast, rozrastały się w całe osiedla czy nawet miasteczka mające własną sieć infrastruktury i usług. Co interesujące, osoby chore na trąd były traktowane jako umarłe za życia (wyjęte spod prawa, niemogące być osądzone, muszące oddać majątek, rozstać się z rodziną, mające całkowity zakaz kontaktowania się ze zdrowymi). Jest to przykładem na to, że dehumanizacja odbywała się na wielu płaszczyznach, nie tylko przez przymusowe wyizolowanie. Wtedy organizacja przestrzeni dla umierających miała raczej charakter izolacyjny dla ograniczenia rozprzestrzeniania się chorób.

Istotną rolę w podejściu do chorego odegrało chrześcijaństwo jako religia postulująca bycie miłosiernym względem chorych, a średniowieczny szpital był rodzajem hospicjum, w którym zajmowano się chorymi, potrzebującymi i bezdomnymi. Zgodnie z religią biskupi byli obowiązani do roztaczania opieki nad chorymi oraz biednymi, a Konstantyn, wydając edykt nicejski w 313 r., rozkazał zakładanie domów

gościnnych wzdłuż tras pielgrzymów. Prowadzone były przez zakony (najczęściej joannitów oraz cystersów), a poświęcanie się chorym było elementem reguł zakonnych. Wielu autorów zajmujących się historią szpitalnictwa twierdzi, że średniowiecze było w pewien sposób okresem apoteozy chorób i nędzarzy; zamożne społeczeństwo było bardzo zainteresowane udzielaniem pomocy i wsparcia, nie tylko medycznego, ale socjalnego i duchowego, szczególnie gdy problem ubóstwa był bardzo duży.

Źródła opisujące historię ruchu hospicyjnego określają jako kluczowy moment humanitaryzacji opieki nad umierającymi początek działalności dr Cicley Saunders. Otworzyła ona w 1967 r. w Londynie pierwsze na świecie hospicjum w pełnym wymiarze specjalizujące się w opiece nad terminalnie chorymi. Prócz organizacji i prowadzenia swojego ośrodka Saunders podróżowała po świecie, propagując ideę opieki hospicyjnej. Jej postulaty trafiły także do Polski, owocując w 1989 r. otwarciem pierwszej polskiej placówki tego typu w Krakowie.

1.3. Hospicjum

Powszechne braki w rozumieniu tematyki umierania doprowadziły do zniekształcenia obrazu hospicjum. W polskim społeczeństwie utożsamiane jest ono z „miejscem do umierania”, podczas gdy w rzeczywistości jest to miejsce, w którym priorytetem jest życie. Bezsprzecznie śmierć bywa częstym gościem w hospicjach, jednak realizowaną z powodzeniem główną misją tych obiektów jest poprawa jakości ostatnich dni, miesięcy czy nawet lat nieuleczalnie chorych osób.

Ruchy związane z opieką paliatywną od lat niemal bezskutecznie próbują zmienić krzywdzący pogląd na hospicja, ukazując śmierć jako naturalny proces związany z życiem, które do ostatniego tchnienia powinno być godne i bezbolesne. Bezradność osób apelujących o poprawę jakości funkcjonowania opieki paliatywnej jest pogłębianą przez wieloletnie zaniedbania systemowe, pozostawiające hospicja drastycznie niedofinansowane i polegające w dużej mierze na działalności charytatywnej. Sytuacją skrajną jest przejmowanie opieki hospicyjnej przez szpitalne zakłady opiekuńczo-lecznicze. Takie jednostki organizacyjne nie różnią się w znaczącym stopniu od schematu typowego szpitalnego oddziału łóżkowego (rys. 1). Sterylne i chłodne w swoim wyrazie pomieszczenia prowadzą do pogłębiającej się medykalizacji umierania, oddalając samego pacjenta, jak i jego bliskich od modelu „śmierci oswojonej” (Idem 2015).



Rys. 1. Pokój łóżkowy Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Białej Podlaskiej

Zła sytuacja opieki paliatywnej bardzo powoli zaczyna się poprawiać. Wraz z pojawianiem się nowych hospicjów, zarówno w Polsce, jak i na całym świecie, na arenie walki o dobre imię obiektów tego typu pojawiła się nowa postać – architekt biorący odpowiedzialność za misję kreowania przestrzeni dla oswojonej śmierci. Projektant podejmujący się opracowania dokumentacji nowego obiektu hospicyjnego rozważania z zakresu tanatologii powinien implementować do projektu na każdym etapie prac: od programowania układu funkcjonalno-komunikacyjnego, przez odpowiednie strefowanie pomieszczeń, aż po podejmowanie decyzji w zakresie wyposażenia i wykończenia wnętrza.

2. ARCHITEKTURA OBIEKTÓW OPIEKI PALIATYWNEJ

2.1. Aspekt urbanistyczny

Rozpatrując projekt hospicjum w skali urbanistycznej, warto poszukać rozwiązań, które nie będą skutkowały powstaniem „enklawy umarłych”. Organizowane takich obiektów na skrajach miast, z dala od centrów życia społecznego jest niczym

innym jak reinterpretacją średniowiecznych leprozoriów, pogłębiających dystans do zjawiska śmierci w ludzkiej świadomości. W singapurskim raporcie na temat możliwości poprawy jakości świadczenia usług opieki paliatywnej możemy przeczytać o idei „Otwartego Hospicjum” (Guembe 2013). Powyższe założenie opiera się na powiązaniu hospicjum z takimi funkcjami, jak sklep, obiekty mieszkaniowe czy obiekty wspólnoty religijnej. Współistnienie obszarów związanych z życiem codziennym z obiektem opieki paliatywnej pomoże zwiększyć ogólną świadomość społeczną problematyki opisywanej przez tanatologię. Lokalizacja hospicjów w pobliżu szkół czy przedszkoli może stać się istotnym elementem tanatoedukacji. Uwrażliwianie na problematykę śmierci od najmłodszych lat może być przyczynkiem do odejścia od obecnego negowania tematyki umierania w społeczeństwie. Dodatkową zaletą przenikania się obiektów o różnej funkcji będzie dostarczanie osobom przebywającym w hospicjum dodatkowych bodźców wzmagających ich aktywność w ostatnim okresie życia. Aktywizowanie osób terminalnie chorych do aktywnego uczestnictwa w społeczeństwie, czy chociażby umożliwienie obserwowania codziennego życia przez okno pokoju łóżkowego, będzie zmniejszało u podopiecznych hospicjum odczucie izolacji. Z drugiej strony należy zapewnić możliwość regulowania dopływu bodźców w zależności od zaistniałej potrzeby chorego. Stąd prócz zabiegów mających na celu uspołecznienie hospicjów należy zadbać o intymność.

2.2. Programowanie obiektów opieki paliatywnej

W skali samego obiektu hospicjum warto wyraźnie oddzielić oddziały stałego pobytu od jednostek dziennego pobytu, dając mieszkańcom tych pierwszych większe poczucie intymności. Jednocześnie należy zadbać o to, aby przejście do strefy stałego pobytu nie było wytyczane na zasadzie barier przestrzennych, które mogłyby w ludzkiej psychice funkcjonować jako granica między „światem żywych i światem umarłych”. Pochylenie się w kierunku modelowania przestrzeni łóżkowych bardziej jako mieszkalnych niż medycznych zbliży odchodzących pacjentów do modelu śmierci tradycyjnej, oswojonej. Obserwacje brytyjskiej organizacji wspierającej opiekę paliatywną ukazują, że elementem niezwykle istotnym w opiece paliatywnej jest utwierdzenie w pacjencie poczucia kontroli nad własnym losem, a także otaczającą go przestrzenią (Waller 2011). W oczywisty sposób może być to realizowane dzięki umożliwieniu personalizowania przestrzeni, np. przez dekorowanie pokoi łóżkowych rzeczami osobistymi pacjentów, takimi jak rodzinne zdjęcia czy pamiątki. Poszukując w tym kontekście rozwiązań o większej skali, jako ciekawy pomysł należy uznać umożliwienie readaptacji w pewnym stopniu przestrzeni wspólnych, np. elementami mobilnymi, takimi jak ścianki przesuwne czy ruchome meble. Dzięki zastosowaniu takich rozwiązań, w zależności od zapotrzebo-

wania, podopieczni hospicjów mogliby stworzyć jedną przestrzeń wspólnej aktywności lub wiele mniejszych przestrzeni półpublicznych dla pogłębiania relacji w mniejszych grupach. Skłonność pacjentów do angażowania się w relacje wewnętrznej społeczności hospicyjnej opisywana jest także w publikacji skandynawskich architektów (Gustavsson 2006). Architektoniczną odpowiedzią na tę sytuację jest zaprojektowanie przy ciągach komunikacyjnych niewielkich nisz z miejscami do siedzenia, tworzących przestrzeń dla interakcji między użytkownikami obiektu.

2.3. Metodologie projektowe

Projektując hospicjum w wielu aspektach, można posłużyć się analogiami do projektowania obiektów służby zdrowia innego typu. W tym kontekście można wykorzystać popularny w projektowaniu szpitali model projektowy Evidence-based Design. Metoda ta zakłada wykorzystanie wniosków z przeprowadzonych badań naukowych przez wdrożenie ich do procesu planowania, programowania i projektowania obiektu. Przyczynkiem do rozwoju opisywanego powyżej modelu projektowego były badania psychiatrów Humphry'ego Osmonda oraz Roberta Sommera. Naukowcy ci dowiedli, że istnieje zależność między jakością przestrzeni architektonicznej szpitala a skutecznością leczenia. Doświadczenia Osmonda pokazały, że grupa reprezentacyjna pacjentów oddziału psychiatrycznego wykazywała pogłębiającą się apatię przy zwiększonej izolacji oraz przebywaniu we wnętrzach utrzymanych w chłodnej, medycznej stylistyce (Osmond 1957). Wnioski z tych badań mogą być istotnym argumentem za podjęciem działań mających na celu zatrzymanie procesu medykalizacji umierania w kontekście obiektów hospicyjnych. Sommer natomiast analizował zależność kontaktów międzyludzkich od usytuowania mebli w szpitalnej kawiarni (Sommer 1967). Dzięki jego obserwacjom wiemy, że aranżacja wyposażenia przestrzeni takich jak poczekalnie ma wpływ na poziom stresu pacjenta i osoby odwiedzającej, związany z pobytem w placówce medycznej. Zgodnie z obserwacją Sommera pozytywna dla obniżenia stresu bazowego użytkownika będzie organizacja siedzisk w niewielkich skupiskach dla wspomagania relacji interpersonalnych. Miejsca do siedzenia powinny być dopełnione niewielkimi stolikami, na których możliwe będzie tymczasowe pozostawienie drobnych rzeczy osobistych użytkowników. Zarówno w wielospecjalistycznych szpitalach, jak i obiektach specjalizujących się w opiece paliatywnej bardzo istotne jest odpowiednie zaprogramowanie strefy wejściowej budynku. Pierwsze wrażenia nowego użytkownika mogą w dużej mierze wpłynąć na całościowy obraz obiektu. Stąd warto rozważyć implementację wniosków z badań Sommera do projektów architektonicznych w kontekście obszarów takich jak hole wejściowe czy obszary rejestracji.

Modelowanie przestrzeni za pomocą schematu Evidence-based Design nie ogranicza się jedynie do wnętrza budynków. Współczesny autorytet w tej dziedzinie, Roger Ulrich, dowiódł istotnego wpływu naturalnej zieleni otaczającej budynek na dobrostan pacjentów. Jego doświadczenia ukazały, że grupa pacjentów mająca dostęp do okna z widokiem na zielenie potrzebowała znacząco mniej środków usmierzających ból niż pacjenci pozbawieni takiego widoku (Ulrich 1984). Ta obserwacja zdaje się szczególnie istotna w kontekście opieki paliatywnej, której jednym z głównych założeń jest walka z przewlekłym bólem. Założenia Ulricha zgodnie potwierdzają przytaczane wcześniej publikacje o organizacji przestrzeni hospicjów. Wpływ zieleni na psychikę w kontekście architektury może być wykorzystywany także w celu zapewnienia komfortu bliskich umierającej w hospicjum osoby. Ma to szczególne znaczenie, gdy bliscy starają się w aktywny sposób uczestniczyć w pielęgnacji i opiece nad chorym w hospicjum.

W ośrodkach opieki paliatywnej procedura postępowania ze zmarłymi jest identyczna jak w szpitalach. Niepokojącą tendencją jest organizacja miejsc wydawania zwłok w strefie logistycznej lub technicznej obiektu. Prowadzi to do sytuacji, w których rodzina, żegnając zmarłą osobę, powierza ją zakładowi pogrzebowemu w pobliżu miejsc gromadzenia odpadów bytowych i medycznych. Zaprojektowanie miejsc, z których zmarli opuszczają obiekt, jako „pożegnalnych ogrodów” może być skutecznym i relatywnie korzystnym z punktu widzenia ekonomiki projektowej sposobem na poprawę opisanej sytuacji w kontekście komfortu psychicznego rodziny pogrążonej w żałobie.

3. STUDIUM PRZYPADKU ZOD W ŚWINOUJŚCIU

3.1. Lokalizacja oraz forma zewnętrzna

Przykładem implementacji teoretycznych założeń projektowych obejmujących humanizację przestrzeni obiektów realizujących funkcję opieki paliatywnej jest projekt Zespołu Opieki Długoterminowej sporządzony na zlecenie Urzędu Gminy Miasto Świnoujście (rys. 2). Przedsięwzięcie zakłada wybudowanie nowego, dwukondygnacyjnego obiektu o powierzchni całkowitej 5227 m², wraz z zagospodarowaniem terenu.



Rys. 2. Wizualizacja wewnętrznego dziedzińca Zespołu Opieki Długoterminowej w Świnoujściu (materiał udostępniony dzięki uprzejmości i za zgodą WK Architekci)

Lokalizacja przedmiotowej inwestycji zapewnia bezpośredni dostęp do obszarów leśnych objętych programem Natura 2000, jednocześnie pozostając w odległości niespełna półgodzinnego spaceru od: nadmorskiej promenady, parku zdrojowego oraz miejskiego amfiteatru. W o połowę bliższym dystansie zlokalizowane są rozmaite placówki kulturalne i dydaktyczne, co wpisuje się w założenia integracji pensjonariuszy ośrodków opieki paliatywnej z lokalną społecznością, opisane w podrozdziale 2.1 niniejszego artykułu.

Oprócz bliskiego powiązania projektowanego obiektu z miejską strukturą usługową oraz pobliskimi terenami zielonymi opisywane założenie ma własne zaplecze rekreacyjne w formie wewnętrznego dziedzińca. Przestrzeń lokalizowana w południowej części obszaru opracowania zagospodarowana zielenią dekoracyjną oraz elementami małej architektury stanowi intymną alternatywę do łatwo dostępnych, okolicznych przestrzeni publicznych.

Koncepcja otwartych dziedzińców rekreacyjnych w obiektach o funkcji tożsamej z opisywanym Zakładem Opieki Długoterminowej obecna jest także w przykładach architektury państw wiodących w rozwoju szeroko pojętej opieki paliatywnej. W tym kontekście warte wspomnienia jest Centre For Cancer And Health w Kopenhadze, projektu Nord Architects (rys. 3).



Rys. 3. Fotografia wewnętrznego dziedzińca Centre For Cancer And Health w Kopenhadze (proj. Nord Architects) (Mørk 2019)

Zgodnie z ideą ucieczki od problemu medykalizacji wyrazu przestrzennego obiektów opieki paliatywnej forma opisywanego ZOD w Świnoujściu zdecydowanie zrywa z modelem budynku medycznego. Chłodny wyraz „maszyny do leczenia”, zakorzeniony przez obecne w dużych ośrodkach miejskich szpitale wielospecjalistyczne, zdaje się stać w sprzeczności z ideami nakreślonymi w niniejszym opracowaniu. W związku z powyższym Zakład Opieki w Świnoujściu swoją formą nawiązuje do archetypu domu. Fragmentacja horyzontalnej bryły założenia na mniejsze segmenty z dwuspadowymi dachami swoją formą nawiązuje do zabudowy mieszkaniowej, wiążąc formę architektoniczną z jej funkcją – domem korzystających z ZOD pacjentów. Podobny zabieg można zaobserwować we wspomnianym wcześniej Centre For Cancer And Health w Kopenhadze (rys. 4) czy też obiekcie pomocniczym szpitala South Glasgow: Ronald McDonald House (rys. 5).



Rys. 4. Fotografia elewacji Centre For Cancer And Health w Kopenhadze
(proj. Nord Architects)



Rys. 5. Ronald McDonald House w Glasgow (proj. Keppie)
(archdaily.com 2015)

3.2. Układ funkcjonalny

Czytelne odniesienia do architektury mieszkaniowej przejawiają się w opisywanym obiekcie nie tylko w kontekście jego formy. Bezpośrednie wyjścia na wewnętrzny dziedziniec z pokoi pobytu pacjentów na parterze sugerują połączenie domu z ogrodem. Także przestrzenie komunikacyjne, takie jak hol wejściowy, aranżacją mają nawiązywać do intymnych przestrzeni wewnątrz mieszkalnych.



Rys. 6. Fragment rzutu parteru Zespołu Opieki Długoterminowej w Świnoujściu (materiał udostępniony dzięki uprzejmości i za zgodą WK Architekci)

Wyraźne strefowanie poszczególnych bloków funkcjonalnych obiektu (rys. 6) jest szczególnie istotne z punktu widzenia komfortu użytkowania obiektu przez pacjentów ze schorzeniami neurologicznymi, utrudniającymi zapamiętywanie ścieżek.

Blok medyczny, blok rehabilitacyjny oraz blok stałego pobytu zlokalizowano wzdłuż dwóch osi, które krzyżują się w holu wejściowym z recepcją. Lokalizacja funkcji medycznych w ramach skrzydła stałego pobytu ograniczona jest do minimum wynikającego ze specyfiki opieki paliatywnej.

Pomiędzy strefą stałego pobytu a obszarem gabinetów konsultacyjnych i zabiegowych umiejscowiono strefę wspólną pacjentów: zespół pomieszczeń, które można dostosowywać do rekreacji indywidualnej lub grupowych terapii zajęciowych przez przesuwne ściany działowe. Opisane wyżej rozwiązanie projektowe wpisuje się w założenie zwiększenia kontroli pacjentów nad ich przestrzenią bytowania, opisane w podrozdziale 2.2 niniejszego opracowania.

4. PODSUMOWANIE

Opieka paliatywna jako pełnoprawna gałąź medycyny ukonstytuowała się stosunkowo niedawno, jednak obecnie tempo jej rozwoju nie ustępuje pozostałym specjalnościom medycznym. Opisana w pierwszym rozdziale klasyczna typologia obiektów realizujących zadania hospicyjne powoli zacierą się wraz z powstawaniem nowych form opieki nad terminalnie chorymi. Przykładami mogą być tutaj instytucje wspomagania leczenia nowotworów takie jak opisywane w poprzednim rozdziale duńskie Centre For Cancer And Health lub placówki w formie Maggie's Centre, opisane przez M. Bielak-Zasadzką oraz M. Dąbrowską (Bielak-Zasadzka, Dąbrowska 2017).

Trendy w projektowaniu obiektów hospicyjnych zbieżne z opracowaniami naukowymi oraz doświadczeniami projektantów potwierdzają utarcie się nowych paradygmatów w projektowaniu obiektów tego typu: zwiększenie nacisku na psychologiczne aspekty projektowania oraz dążenie do humanizacji przestrzeni końca ludzkiego życia.

Przestrzenie hospicyjne, zgodnie z terminologią opracowaną przez E.T. Halla (1978), powinny być klasyfikowane jako doświadczone: intymne i domowe, jednak nieoderwane od świata zewnętrznego. Poza zwiększaniem komfortu w schyłkowym okresie ludzkiego życia architektura obiektów opieki paliatywnej powinna pełnić jeszcze dodatkową funkcję. W równym stopniu powinna oswajać ze zjawiskiem przemijania rezydujących w niej pacjentów, jak i społeczeństwo, w ramach którego wyodrębnia się obiekty o funkcji hospicyjnej, tym samym przywracając model „śmierci oswojonej”.

Dopełnieniem podsumowania niniejszego opracowania mogą być słowa brytyjskiej architektki Alison Killing: „Miejsce, w którym umieramy, jest kluczowym elementem tego, jak umieramy” (2014).

LITERATURA

- Archdaily.com (2015). *Ronald Mcdonald House / Keppie*, <https://www.archdaily.com/769232/ronald-mcdonald-house-keppie> [dostęp: 27.02.2017].
- Bielak-Zasadzka M., Dąbrowska M. (2017). *Kształtowanie przestrzeni obiektu hospicjum w odpowiedzi na potrzeby behawioralne jego użytkowników*, w: *BIWA 2: Badania interdyscyplinarne w architekturze: monografia konferencyjna*, red. B. Komar i in., Wydział Architektury Politechniki Śląskiej, Gliwice.
- Guembe C. i in. (2013). *Hospitable Hospice. Redesigning care for tomorrow*, Fuelfor, Lien Foundation, ACM Foundation, 52-57.
- Gustavsson P.M. (2006). *Programme for The Good Hospice in Denmark. An outline for the hospice as part of palliative care*, Realdania Fund, Copenhagen, <http://www.hospiceforum.dk/media/TheGoodHospiceInDenmark.pdf> [dostęp: 20.02.2017].
- Hall E. T. (1978). *Ukryty wymiar*, tłum. T. Hołówka, Państwowy Instytut Wydawniczy, Warszawa.
- Idem R. (2015). *Tanatoarchitektura*, w: *Architektura służby zdrowia. Problematyka projektowa*, red. A. Gębczyńska-Janowicz, R. Idem, Wydawnictwo Politechniki Gdańskiej, Gdańsk.
- Killing A. (2014). *Prelekcja na temat śmierci w architekturze*. Konferencja TEDGlobal, <https://www.ted.com/talks/alisonkillingthere'sabetterwaytodieandarchitecturecan-help/up-next?language=pl> [dostęp: 20.02.2017].
- Mørk A. (2019). *Centre For Cancer And Health / NORD Architects*, <https://www.archdaily.com/430800/centre-for-cancer-and-health-nord-architects> [dostęp: 01.06.2019].
- Osmond H. (1957). *Function as the Basis of Psychiatric Ward Design*. Mental Hospitals. American Psychiatric Association, vol. 8, issue 4, 1, 23-29.
- Sommer R. (1967). *Sociofugal Space*. American Journal of Sociology, vol. 72, no. 6, 654-660, <https://www.jstor.org/stable/i328956> [dostęp: 10.08.2016].
- Ulrich R. (1984). *View Through a Window May Influence Recovery from Surgery*. Science, New Series, vol. 224, issue 4647, https://www.researchgate.net/publication/17043718_View_Through_a_Window_May_Influence_Recovery_from_Surgery [dostęp: 10.08.2016].
- Waller S., Finn H. (2011). *Environments for care at the end of life*, The King's Fund, London, 67.
- WHO (2006). *Dane na podstawie wskaźników przewidywanej długości życia w momencie narodzin*, https://www.who.int/global_health_histories/seminars/presentation07.pdf [dostęp: 27.02.2006].
- WHO (2006b). *Constitution of the world health organization*, <https://www.who.int/about/who-we-are/constitution> [dostęp: 27.02.2017].
- WHO (2017). *HALE – Healthy life expectancy at birth (Oczekiwana długość życia w zdrowiu od urodzenia)*, https://www.who.int/gho/mortality_burden_disease/life_tables/hale_text/en/ [dostęp: 27.02.2017].
- WHO (2017b). *Definition of Palliative Care*, <https://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/> [dostęp: 27.02.2017].

ARCHITECTURE OF PALLIATIVE CARE FACILITIES**Summary**

The paper deals with the architecture of facilities performing the function of palliative care. This research is an introduction to the issue of theory of designing stationary hospices, with special consideration of psychological aspects. Within this paper a case study of long-term care facility in Świnoujście will be presented. Abovementioned facility was designed with the use of theoretical background discussed in first chapters. Presented theses rely on theory of architecture, proxemics, thanatology, and personal experiences of author in the field of designing described structures.

Keywords: architecture, hospice, thanatology, thanatoarchitecture, palliative care