

Potrzeby pacjenta starszego i ich wpływ na projektowanie szpitali

The needs of elderly patients and their influence upon hospital architectural design

Iwona Benek

Katedra Teorii, Projektowania i Historii Architektury, Wydział Architektury Politechniki Śląskiej, Gliwice

Streszczenie

Temat opieki medycznej nad osobami starszymi, uwzględniającej ich specyficzne, a wynikające z niepełnosprawności funkcjonalnej potrzeby zdrowotne, w kontekście stale powiększającej się populacji osób w podeszłym wieku, jest jednym z kluczowych wyzwań współczesnej architektury szpitali. Przyjęto założenie, że istnieje szereg uwarunkowań przestrzennych, które mogą stać się elementami wspierającymi osoby starsze w środowisku szpitala. W związku z tym przeprowadzono badania literaturowe oraz jakościowe na wybranych przykładach polskich i zagranicznych, w celu wskazania rozwiązań rekomendowanych związanych z pacjentem starszym. (Gerontol Pol 2014, 3, 143-58)

Słowa kluczowe: pacjent starszy, szpitalnictwo, badania interdyscyplinarne

Abstract

The subject of medical care for the elderly taking into consideration their specific health related needs resulting from functional handicap and multiple ailments in the context of the ever-growing population of elderly people is one of the key challenges of modern hospital architecture. It has been assumed that there exist a number of spatial determinants that may become important elements supporting the elderly staying in hospitals. As a result a literature search and qualitative research have been performed on selected Polish and foreign examples in order to indicate recommended solutions connected with the elderly patient. (Gerontol Pol 2014, 3, 143-58)

Key words: elderly patient, hospital service, interdisciplinary research

Wprowadzenie

Osoby starsze (w wieku 60 i więcej lat czyli +60) wg „Założeń Długofalowej Polityki Senioralnej w Polsce na lata 2014-2020” [1] stanowią w naszym kraju blisko 17,8% ogółu populacji. Z danych Eurostatu wynika, iż w 2020r. osoby po 60 roku życia będą stanowić blisko 25% ludności polskiego społeczeństwa. Osoby starsze, w znacznie większym stopniu niż pozostałe grupy wiekowe, korzystają ze świadczeń zdrowotnych. Wskaźniki hospitalizacji w tej grupie wiekowej według danych Państwowego Zakładu Higieny są 2-3 krotnie wyższe niż dla ogółu ludności. Wzrost populacji osób starszych stawia przed opieką zdrowotną nowe wyzwania, zwią-

zane między innymi z odpowiednim planowaniem, programowaniem oraz projektowaniem szpitali. Realizacja potrzeb osób starszych w obrębie szpitala to jedno z kluczowych wyzwań współczesnej architektury szpitali, która nie jest przygotowana do ich spełniania zarówno pod względem funkcjonalnym, jak i formalnym. Opiece nad osobą starszą nie sprzyjają również uwarunkowania psychospołeczne: towarzyszy często starości brak poczucia bezpieczeństwa czy brak akceptacji.

Potrzeby pacjentów starszych

Opisanie charakterystyki pacjenta starszego jest zadaniem trudnym. Osoby starsze są szczególnie grupą użyt-

Adres do korespondencji: Iwona Benek; Katedra Teorii, Projektowania i Historii Architektury, Wydział Architektury Politechniki Śląskiej; ul. Akademicka 7, 44-100 Gliwice; e-mail: iwona.benek@polsl.pl

kowników szpitali – z powodu zwiększonych indywidualnych potrzeb wynikających z różnego stanu ich fizycznej czy psychicznej sprawności oraz często obniżonej pozycji społecznej.

Grupa starszych chorych jest bardzo niejednorodna, co wynika z jednej strony z indywidualnego przebiegu procesu starzenia, a z drugiej z występowania u każdej osoby innych przewlekłych procesów chorobowych [2]. Problemy zdrowotne i pielęgnacyjne pacjentów w starszym wieku rodzą szereg wymagań, które powodują konieczność specyficznego podejścia do projektowania szpitala. Przede wszystkim należy wziąć pod uwagę:

- deficyty w samodzielności dotyczące wykonywania czynności codziennych, takich jak: ubieranie, toaleta, przyjmowanie posiłków, korzystanie z toalety,
- problemy związane, np. z poczuciem osamotnienia, wyobcowania czy beżużyteczności,
- niską samoocenę i zaniżone poczucie własnej wartości,
- trudności w porozumieniu i kontaktach międzyludzkich,
- lęk o zdrowie i życie własne oraz najbliższych osób,
- brak opieki ze strony najbliższych osób,
- stopniową utratę poczucia bezpieczeństwa fizycznego i psychicznego,
- poczucie zagubienia, zwłaszcza w nowych przestrzeniach,
- występowanie wahań nastroju.

Szpitalnictwo w Polsce nie uwzględnia potrzeb społecznych pacjenta oferując praktycznie tylko miejsce w łóżku, pomijając potrzeby społeczne, kulturowe (miejsca spotkań z rodziną, możliwości oglądania telewizji czy słuchania radia przy uwzględnieniu prywatności innych pacjentów w pokoju szpitalnym). Tak więc konieczne jest rozpoznanie szczególnych potrzeb funkcjonalno – przestrzennych charakterystycznych dla pacjentów starszych, uwzględniających uwarunkowania ich społecznego funkcjonowania w szpitalu. Należy zapewnić im odpowiedni klimat społeczny poprzez realizację różnorodnych potrzeb – możliwości kontaktu z bliskimi, kontaktów społecznych pomiędzy pacjentami oraz wsparcia, nie tylko fizycznego, ale i psychicznego ze strony personelu medycznego [3].

Problemy osób starszych w sferze społecznej dotyczą przede wszystkim wrażenia alienacji i samotności. Nie nadążając za tempem współczesnego życia, zaczynają oni postrzegać siebie jako społecznie nieprzydatnych, co w połączeniu z częstym brakiem samoakceptacji powoduje tendencje do wahań nastroju. W odpowiedzi na te problemy powinno się zapewnić osobom starszym jak

najszerzy kontakt, zarówno z rówieśnikami, jak i osobami młodszymi. Taki kontakt pomaga oswoić się i zaakceptować nową sytuację, a dzielenie się doświadczeniem generuje poczucie użyteczności. Równocześnie pacjenci mają prawo do zachowania intymności.

Podczas pobytu w szpitalu bardzo ważny jest relaks i możliwość wyciszenia, skupienia. Pomaga to zadbać o stan psychiczny pacjenta, co wpływa na jego postawę w stosunku do choroby oraz tempo rekonwalescencji. Konieczne jest więc, żeby w placówkach zajmujących się osobami starszymi znalazły się pomieszczenia, które realizują te potrzeby.

Osoby starsze są przywiązane do otoczenia, w którym żyją. W sytuacjach, gdy niezbędna jest zmiana otoczenia ze względów zdrowotnych, np. pobyt w szpitalu, większość takich osób odczuwa dyskomfort, a nawet dezorientację, co wpływa negatywnie na stan zdrowia i tempo rekonwalescencji.

Współczesny szpital wobec potrzeb pacjenta starszego

„Szpital, zgodnie ze swą długoletnią tradycją powinien służyć pomocą medyczną, ale również stwarzać pacjentom atmosferę spokoju, bezpieczeństwa i zaufania. Jego architektura powinna odzwierciedlać rozwój myśli ludzkiej w dziedzinie medycyny, technologii i techniki” [4]. Słowa te, chociaż sformułowane w roku 1970, nie straciły na aktualności. Dzięki postępowi wiedzy medycznej szpital staje się przestrzenią, którą wypełniają najnowsze urządzenia techniczne – lecznicze i diagnostyczne, służące ratowaniu zdrowia i życia człowieka. Ogromna centralizacja potencjału leczniczego zmienia bezpowrotnie charakter współczesnego szpitala – rozrastają się same budynki, a ich działalność oparta jest na zunifikowanych procedurach medycznych. Zwiększa się jego sprawność i przepustowość, ale zanika psychologiczny komfort.

Projektowanie współczesnego szpitala polega przede wszystkim na planowaniu, gdzie istotnym elementem jest opracowanie zasad lokalizacji ogólnej w skali regionalnej, powiatowej, gminnej. Z wyborem lokalizacji nierozzerwalnie związane jest zagadnienie programowania, określające profil danego szpitala, wynikający z badań zagadnień demograficznych, w tym stanu zdrowia ludności w danym rejonie obsługi. Dla określonego profilu szpitala, z jego specjalizacjami medycznymi, wypracowuje się program użytkowy określający liczbę łóżek oraz wielkość i strukturę pozostałych działów funkcjonalnych. Opracowanie szczegółowego programu użytkowego, zarówno w zakresie rzeczowym, jak i po-

wierzchniowym dla wszystkich działów funkcjonalnych szpitala, łączy zagadnienia programowe z projektowymi [5].

Treści programowe w zakresie zagadnień projektowania architektonicznego dotyczą [5]:

- zasadniczych działów funkcjonalnych szpitala, ich wzajemnych powiązań wynikających ze strefowania funkcji pod względem dostępności dla różnych podmiotów i przedmiotów ruchu oraz ciągów technologicznych,
- wpływu strefowania funkcji na układ przestrzenno – funkcjonalny,
- klasyfikacji układów przestrzenno – funkcjonalnych w zależności od lokalizacji działów diagnostyczno – leczniczych i działu pielęgnacji / hospitalizacji chorych,
- rozwiązań funkcjonalno – przestrzennych poszczególnych działów szpitalnych z uwzględnieniem zasadniczego wyposażenia technologicznego,
- komunikacji pionowej i poziomej w tym dróg ewakuacyjnych, ich wielości, długości dojść i wyposażenia technicznego wynikającego z zabezpieczeń przeciwpożarowych,
- cech nowoczesnego szpitala, takich jak: elastyczność układu przestrzennego uwzględniająca stały i szybki postęp medycyny, nowe specjalizacje i umożliwiającą łatwość przekształceń wewnętrznych oraz rozbudowę dotyczących głównie działów diagnostyczno – leczniczych,
- humanizacji szpitali wynikającej z pamięci o jedności fizycznej i psychicznej natury człowieka, dla której architektura stworzyć powinna najkorzystniejsze warunki leczenia oraz komfort pobytowy i pogodną atmosferę międzyludzką sprzyjającą dobremu samopoczuciu chorego,
- humanizacji szpitali, nie tylko działów łóżkowych hospitalizacji chorych, dla których zapewnienie ścisłego związku z otaczającą przyrodą (ogrodem szpitalnym) ma istotne znaczenie, ale też szukanie równowagi pomiędzy hiperteknicznością związaną z technologią leczenia, a humanizacją w tych działach.

Współczesny szpital nie może kojarzyć się z obcym, impersonalnym terytorium, w którego przestrzeni człowiek czuje się jeszcze bardziej chory i zagubiony. Formy zewnętrzne nie powinny budzić niepokoju, a kompozycja wnętrza potęgować dezorientacji. Ciągające się w nieskończoność korytarze, rzędy podobnych do siebie drzwi, sterylne wnętrza o monotonnej kolorystyce, nieprzyjemne w dotyku materiały wykończeniowe. Pacjent, szczególnie ten starszy, doznaje w takich warunkach emocjonalnego zniewolenia. Przestrzeń szpitala nie

może wytwarzać wokół chorego odmiennego mentalnie środowiska. Powinna za to cechować się harmonią, ładem i spokojem oraz wypełniać powierzone jej zadania: społeczne, socjalne i użytkowe.

Funkcjonujący w Polsce system opieki zdrowotnej jest niedostosowany dla potrzeb osób starszych – przede wszystkim nie przystosowuje się do zmieniających potrzeb starzejącego się społeczeństwa [6]. Podczas hospitalizacji dochodzi często do pogorszenia stanu ogólnego [7].

Wytyczne projektowe i zasady projektowania szpitala zgodnie z potrzebami pacjentów starszych

W świetle zmian fizycznych i psychicznych towarzyszących starzeniu się zidentyfikowano liczne elementy projektowe, które mogą wpływać na niezależność funkcjonowania i bezpieczeństwo hospitalizowanych starszych ludzi. Wiele elementów projektowych pozostaje względnie jednorodnych we wszystkich szpitalach - mogą pojawiać się jedynie niewielkie zmiany pod względem powierzchni. Jednak istnieją również miejsca w szpitalach, które wymagają specyficznych zaleceń.

Podstawowe elementy występujące w budynku szpitala, odnoszące się do wymogów projektowych skierowanych do osób starszych to [8]:

- oświetlenie,
- kolorystyka,
- informacyjny system graficzny,
- posadzki i ściany,
- hole, drzwi i okna
- uchwyty i poręcze,
- korytarze, pochylnie, schody,
- akustyka,
- specjalne (umeblowanie, windy, toalety).

Zrozumienie pacjenta starszego, z wszystkimi jego dysfunkcjami, jest krokiem w stronę stworzenia odpowiedniego środowiska, bezpiecznego, pozwalającego na wykorzystanie możliwości osób starszych.

a. Znaczenie oświetlenia.

Dobre oświetlenie w budynkach szpitalnych pomaga użytkownikom w orientacji, wzmacnia poczucie bezpieczeństwa, np. poprzez możliwość rozpoznawania systemów informacji graficznej, możliwość widzenia rozmówcy – jego twarzy. Słabe oświetlenie zwiększa niepokój, zwiększa ryzyko upadku oraz powoduje, że otoczenie staje się mniej czytelne. Fizjologiczne zmiany wzroku u osób starszych powodują, że potrzebują one dwa razy więcej światła, niż określają to normalne stan-

dardy oświetlenia. Jest to szczególnie ważne dla osób z demencją ze względu na gorszą zdolność ich mózgu do przetwarzania sygnałów wizualnych. Jak wykazano wyższy poziom oświetlenia wspomaga zachowania racjonalne [9].

Kolejnymi elementami wpływającymi na prawidłowe widzenie są odbicie i kontrast. Odblaski dezorientują, dlatego zaleca się stosowanie ogólnego, jednorodnego oświetlenia o stałym natężeniu na sufitach i ścianach, bez stosowania oświetlenia punktowego, np. w postaci reflektorów.

Kontrola oświetlenia powinna odbywać się za pomocą czujników ruchu, czasowych wyłączników, wyłączników działających przy odpowiedniej ilości światła dziennego, dlatego zaleca się stosowanie systemów oświetleniowych, które minimalizują również koszty zużycia energii elektrycznej. Optymalne wykorzystanie światła dziennego uzyskuje się poprzez zastosowanie odpowiedniej kolorystyki, która może rozjaśniać pomieszczenia ciemne, ale i blokować nadmierną ilość światła dziennego, co zapobiega stosowaniu żaluzji czy zasłon – które mogą ograniczać kontakt z otoczeniem.

b. Znaczenie kolorów i kontrastu

U osób starszych obserwuje się szereg zmian w funkcjonowaniu wzroku. Starzenie prowadzi do osłabienia wzroku, głównie ze względu na zmiany w soczewce oka. Dodatkowo często występują zaburzenia percepcji głębi, zmienioną percepcję kolorów i zmniejszoną zdolnością do postrzegania kontrastów. U osób starszych często występuje zaćma, jaskra czy zwyrodnienie plamki żółtej i retinopatia cukrzycowa. Skutkami tych zaburzeń jest pogorszenie widzenia. Powoduje to konieczność zastosowania intensywniejszego oświetlenia, skutkującego zwiększoną wrażliwością na olśnienie, obniżoną wrażliwość na kontrast, zmniejszoną szybkość dostosowywania się do zmian w poziomie oświetlenia i ograniczoną percepcją głębi [10]. Zmienia się również percepcja kolorów – osoby starsze są mniej zdolne do rozróżniania nienasyconych (mniej intensywnych) kolorów, takich jak kolory pastelowe.

Podczas projektowania środowiska, w którym przebywać będą pacjenci starsi należy pamiętać, że osoby takie inaczej postrzegają swoje otoczenie. W jego zrozumieniu, w zwiększeniu poczucia bezpieczeństwa pomaga odpowiednie wykorzystanie koloru i kontrastu. Elementy środowiska istotne dla użytkowników szpitala, np. ważne węzły komunikacyjne, punkty informacji, poczekalnie, należy projektować poprzez zastosowanie większego kontrastu i odpowiednie oświetlenie. Dotyczy to nie tylko takich elementów orientujących, jak np. drzwi

do toalety, ale również elementów wyposażenia (kolorowy sedes, uchwyty). Podobnie jeśli chodzi o elementy komunikacji pionowej – schody. Zaprojektowanie kontrastującego pasa na podstopnicy lub krawędzi stopnia, wyróżnienie kolorystyczne pochwytów, pomaga w ich użytkowaniu osobom z dysfunkcjami wzroku.

Przeciwny efekt uzyskuje się stosując mały kontrast, np. przy oznakowaniu pomieszczeń nie przeznaczonych dla pacjentów, a np. dla personelu (pokoje pracowników, pomieszczenia techniczne, magazyny itp.). Mniejszy kontrast należy również stosować przy projektowaniu posadzki – przy zmianie koloru podłogi należy robić to stopniowo, ponieważ mocne zróżnicowanie kolorystyczne posadzek może wywoływać wrażenie nierówności, co z kolei prowadzi do pogorszenia stabilności i jest czynnikiem ryzyka upadków. Jeśli chodzi o posadzki w obiektach takich jak szpitale należy unikać stosowania wzorów i deseni, gdyż mogą, szczególnie osobom z demencją, kojarzyć się z dziurami lub przeszkodami. Nie stosuje się też powierzchni błyszczących. Kontrast jest więc kluczem prawidłowego widzenia, a co za tym idzie, prawidłowej percepcji otoczenia przez pacjenta starszego – pomaga różnicować powierzchnie, pomaga w pojmowaniu i zrozumieniu otaczającego środowiska – jego funkcji i elementów.

c. Znaczenie otoczenia budynku szpitala.

Możliwość kontaktu z otoczeniem szpitala poprawia pacjentom samopoczucie, łagodzi stresy. Zaleca się w związku z tym:

- projektowanie odpowiednich, pod względem wielkości oraz usytuowania w stosunku do stron świata i otoczenia, okien (szczególnie w pokojach pacjentów),
- projektowanie ogrodów (również ogrodów zimowych, patio) z możliwością pielęgnacji roślin (przy dłuższych hospitalizacjach), ewentualnie z możliwością ich obserwacji lub po prostu obserwacji aktywności innych, dziennych zmian światła, słońca, chmur, zieleni. Konieczne jest więc stworzenie odpowiednich warunków – bezpiecznego ogrodu z miejscami do siedzenia i czytelnym dojściem do niego czy też zaprojektowanie bardziej specjalistycznych elementów zagospodarowania otoczenia budynku, takich jak np. ścieżki sensoryczne [11].

d. Znaczenie orientacji i oznakowania.

Dezorientacja jest powszechnym doświadczeniem pacjenta starszego w obcym środowisku szpitalnym. Wynika ze zmniejszonej zdolności dostosowania się do nowego miejsca, osłabienia pamięci i zdolności ucze-

nia się. Istniejące systemy graficzne są często układami przypadkowymi, nie ujednoliconymi, niestosującymi się do podstawowych zasad projektowania znaków graficznych. Problemem istniejących systemów identyfikacji wizualnej w szpitalach (ale również w innych ośrodkach dla osób starszych) bywa chaos, nadmiar oznaczeń graficznych np. tablice informacyjne posiadają różne wielkości i formy tła, podkładu, zawieszają się na różnych wysokościach, są zróżnicowane kolorystycznie, często formy liter, znaków zlewają się z tłem, są zbyt skomplikowane.

Rozwiązaniem problemu czytelnej informacji graficznej w szpitalach jest wprowadzenie jednolitego, logicznego systemu oznaczeń. Jego elementy składowe to [12]:

- banery informacyjne zlokalizowane w charakterystycznych miejscach budynku, przy wejściu, węzłach komunikacyjnych, charakterystycznych punktach budynku (oddziały, jadalnia, świetlica, kaplica, pokoje pacjentów),
- schemat funkcjonalny budynku – w recepcji lub w miejscu występowania węzła komunikacyjnego,
- tablice informacyjne, czyli informacja o sposobie poruszania się po budynku i oddziale (pokazujące kierunek ruchu), informacja o funkcji danego pomieszczenia,
- plan dnia – rozwieszony, np. przy dyżurce pielęgniarek, przy jadalni,
- skład kadry pracowniczej danego oddziału – rozwieszony, np. przy dyżurce lekarzy,
- zegar, kalendarz – elementy bardzo ważne, szczególnie dla osób z zaburzeniami poznawczymi. Proponowane punkty umieszczenia tych elementów: recepcja, hall główny, świetlica, korytarz, pokoje pacjentów.

System informacji graficznej powinien być umieszczony w odpowiednich miejscach:

- przy recepcji – miejsce to jest bardzo ważnym punktem orientacyjnym i informacyjnym,
- przy węzłach komunikacyjnych - każda strefa funkcjonalna powinna być w odpowiedni sposób oznakowana (np. poprzez zastosowanie różnych kodów kolorystycznych – dla personelu, czy pacjentów).

Układ informacyjny powinien być odpowiednio zaprojektowany:

- tablice zawieszane na wysokości wzroku odbiorcy; należy wziąć pod uwagę osoby stojące i poruszające się na wózkach inwalidzkich. W związku z tym

oznaczenia powinno się wieszać na wysokości od 120 do 160 cm nad poziomem posadzki,

- elementy bazowe projektu, czyli kolorystyka i dobór czcionki, powinny być wybrane zgodnie z zasadami opisanymi wcześniej - maksimum trzy kolory, czcionka czytelna (maksimum dwa rodzaje),
- piktogramy – mogą być elementem uzupełniającym, ułatwiającym rozpoznanie znaku.

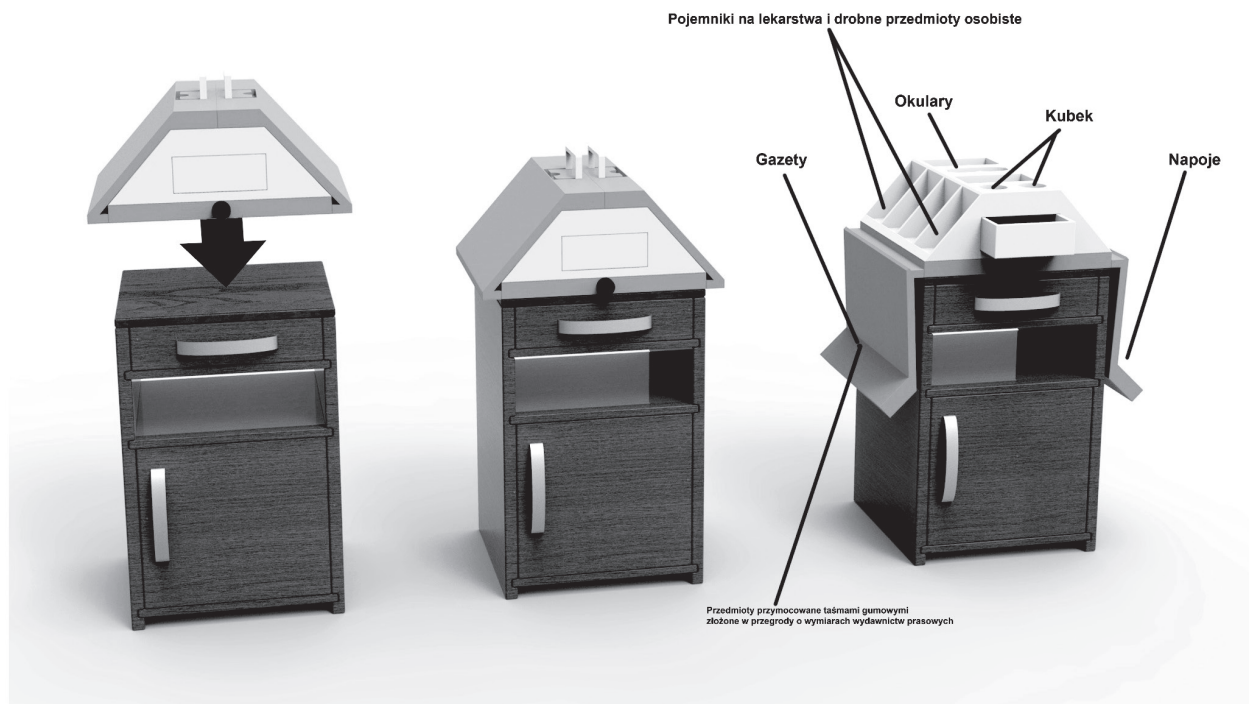
e. Znaczenie tzw. „centrum kontroli”.

M. Powell Lawton [13] opisuje projekt badawczy dotyczący poprawy środowiska domowego osób starszych. Pracownik socjalny, architekt, psycholog i terapeuta odwiedzali domy ludzi w podeszłym wieku. U większości dostrzeżono, m.in. potrzebę stworzenia sobie tzw. „centrum kontroli”, umożliwiającego jednoczesną obserwację drzwi wejściowych i ulicy za oknem. W bezpośrednim sąsiedztwie znajdowały się telefon, radio oraz telewizor, zapewniające kontakt ze światem zewnętrznym, a na stoliku w zasięgu ręki – lekarstwa, jedzenie, coś do czytania oraz inne potrzebne przedmioty.

Podczas badań przeprowadzonych w Szpitalu Geriatrycznym w Katowicach (badania ankietowe personelu, pacjentów, badania jakościowe przeprowadzone w roku 2013) zauważono, że pacjenci starsi, również na terenie szpitala, mają potrzebę zagospodarowania własnego terytorium. Badania dały możliwość obserwacji elementów wyposażenia wnętrza dostępnych dla pacjentów znajdujących się w ich bezpośrednim sąsiedztwie. Podzielono je na stałe elementy wyposażenia, takie jak: okno, dzwonek przywoławczy, wtyczka do kontaktu, lamka stojąca, szafka przyłóżkowa. Wyodrębniono również przedmioty osobiste, które osoby starsze chcą mieć przy sobie (np. okulary, kubek, kosmetyczka), ale też przedmioty poprawiające samopoczucie czyli np. zdjęcie bliskiej osoby. Stałe elementy wyposażenia powinny być odpowiednio zaprojektowane, np. odpowiedni widok przez okno, odpowiednie umeblowanie ułatwiające obserwację drzwi, ale również wygodny dostęp do pacjenta przez personel [14]. Miejsce dla prywatnych przedmiotów przeznaczonych dla pacjenta to szafka przyłóżkowa, niekiedy parapet okienny, półki, fragment ściany. W ramach zajęć pt. „Kształtowanie przestrzeni” na kierunku Wzornictwo w GWSP w Gliwicach ze studentami III roku (rok akademicki 2012/2013) podjęto próbę zaprojektowania szafek spełniających specjalne wymagania dla pacjentów starszych. Wyniki projektowania przedstawiono na rycinach 1 i 2.



Rycina.1. Projekt szafki przyłóżkowej. Opracowanie: stud. Anna Surowiec, 2013
Figure 1. Project bedside cabinets. Worked by stud. Anna Surowiec, 2013



Rycina.2. Projekt przenośnej torby dla pacjenta starszego. Opracowanie: stud. Daniel Sikora, 2013
Figure 2. Project portable bag for the older patient. Worked by stud. Daniel Sikora, 2013

Podsumowanie

Zmiany fizyczne i psychiczne towarzyszące starzeniu się rodzą, poza wyżej wymienionymi, szereg wymagań projektowych, które mogą wpływać na niezależność funkcjonowania i bezpieczeństwo hospitalizowanych starszych ludzi. Pozostałe elementy odnoszące się do wymogów projektowych skierowanych do osób starszych to odpowiednia jakość, sposób wykończenia posadzek i ścian, szereg wymagań związanych z projektowaniem holów wejściowych, drzwi czy okien, zastosowanie poręczy i uchwytów, odpowiednia akustyka pomieszczeń oraz wiele innych. Szczegółowe wytyczne, porady, zestawienia są opracowywane przez szereg organizacji na całym świecie, wspomagających osoby starsze oraz udostępniane, np. w formie ogólnodostępnych wydawnictw [15].

Nowoczesne szpitale są środowiskiem gdzie osoby starsze mogą mieć trudności w orientacji i gdzie czują się obco. Rzadko są zaprojektowane tak, aby uwzględnić problemy poznawcze i percepcyjne osób starszych. Dlatego pojawia się szereg publikacji, łącznie z wirtualnymi projektami, gdzie wymodelowano prawidłowo zaprojektowany hall wejściowy, kawiarnię, sklep, strefę komunikacji pionowej z windami, poczekalnię, korytarze, pokoje jedno- i kilkuosobowe, łazienki – z myślą o pacjentach starszych [15]. Poza tym, wyznacza się standardy obowiązujące w szpitalach lub oddziałach geriatrycznych odnoszące się bezpośrednio do potrzeb pacjenta starszego [16]. Opracowuje się zasady poszanowania godności i odpowiedniej opieki, np. nad pacjentami z demencją.

Konflikt interesów

Brak.

Piśmiennictwo

1. Założenia Długofalowej Polityki Senioralnej w Polsce na lata 2014-2020. Załącznik do uchwały nr 238 Rady Ministrów z dnia 24 grudnia 2013r. (poz.118) 2013: 7.
2. Wieczorkowska-Tobis K. Specyfika pacjenta starszego. W: Fizjoterapia w geriatrici, Wydawnictw Lekarskie PZWL 2011: 18.
3. Bell P.A. i wsp. Psychologia środowiskowa, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk, 2004: 522-532.

4. Kozłowski S. Współzależność rozwoju medycyny oraz technologii zakładów opieki zdrowotnej i społecznej. W: Szpitalnictwo polskie, Warszawa 1970; XIV: 163.
5. Czabański W. Planowanie, programowanie i projektowanie obiektów służby zdrowia. W: Projektowanie i programowanie obiektów służby zdrowia, część 1, Wydawnictwo Politechniki Gdańskiej, Gdańsk 2012; 5-7.
6. Cichońska-Marczak M. Jak zmniejszyć ograniczenia starości, *Magazyn Pielęgniarki i Położnej*, 2010; 5: 32-33.
7. Barcikowska M., Członkowska A., Derejczyk J. i wsp. Problemy zdrowia publicznego w kontekście starzenia się populacji Polski. Raport., *Postępy psychiatrii i Neurologii*, 2006; (3): 203-211.
8. Parke B. Physical Design Dimension of an Elder Friendly Hospital: An evidence – based practice review undertaken for the Vancouver Island Health Authority, University of Victoria, 2007.
9. Tornington J.M., Tregenza P.R. Lighting for people with Dementia, *Lighting res. Technology*, 2007; (39): 81-97.
10. Kilian M. Naturalne i patologiczne zmiany oczne w starszym wieku i ich subiektywne objawy. W: *Niepełnosprawność i Rehabilitacja*, 2012; 2: 91-105.
11. Chalfont G. Design for Nature in Dementia Care, Jessica Kingsley Publish, 2007.
12. Bergström B. Komunikacja wizualna, Wyd. Naukowe PAN, Warszawa 2009.
13. Lawton M. Powell, An Environmental Psychologist Ages. W: *Environment and Behavior Studies: Emergence of Intellectual Traditions*, 1999: 357–358.
14. Benek I. Analiza porównawcza pokoi pacjentów starszych na przykładzie wybranych szpitali geriatrycznych. W: *Osoby starsze w przestrzeni życia społecznego*, ROPS Katowice, 2014: 201-219.
15. Dementia Partnerships, <http://www.dementiapartnerships.org.uk>
16. Szewczenko A, Weber A. Podstawowe wymagania funkcjonalno przestrzenne dotyczące stacjonarnych oddziałów geriatrycznych w aspekcie potrzeb indywidualnych osób starszych. W: *Gerontologia Polska* 2013; 21(4): 161-168.