

Anna SZEWCZENKO¹

OCENA JAKOŚCI ODDZIAŁÓW GERIATRYCZNYCH – MOŻLIWOŚCI W ADAPTCJI DO POTRZEB OSÓB STARSZYCH

1. Wprowadzenie

Współczesny rozwój wiedzy w zakresie jakości środowiska zbudowanego i optymalizacji rozwiązań dla potrzeb szerokiego grona użytkowników zdecydowanie poszerza proces programowania i projektowania obiektów architektonicznych. Prowadzone badania nad jakością środowiska zbudowanego mają charakter interdyscyplinarny, obejmują bowiem szereg zagadnień m.in. z dziedzin takich jak socjologia i psychologia środowiska, proksemika czy ergonomia. Jednym z zakresów projektowania, który obecnie wykorzystuje szereg doświadczeń i wyników badań z innych dziedzin jest projektowanie obiektów opieki zdrowotnej. W procesie tym odnotowuje się odejście od instytucjonalizacji ośrodków leczniczych; coraz częściej brane są pod uwagę kategorie środowiska fizycznego, będące potencjalnymi elementami wspierającymi proces leczenia. Jest to między innymi rezultat prowadzonych badań nad terapeutyczną rolą komponentów środowiska fizycznego (*healing environment*), u podstaw których leżą reguły psychologii środowiskowej (Lawson, Phiri 2003, Ulrich, Zimring 2004, Lawson 2003). Znaczącą rolę w projektowaniu obiektów opieki zdrowotnej odgrywa także podejście projektowe Evidence Based Design (EBD), wywodzące się z dyscyplin medycznych, w ramach którego ujęte są relacje pomiędzy pacjentem a środowiskiem fizycznym, z wykorzystaniem dziedzin takie jak psychologia środowiskowa, architektura, neurologia i ekonomia behawioralna.

Wprowadzenie zakresu wiedzy z tych dziedzin do procesu programowania i projektowania szpitali zdecydowanie wpłynęło między innymi na podniesienie jakości placówek leczniczych dla dzieci jako wrażliwej grupy użytkowników. Tendencje światowe wynikające z procesów demograficznych i założenia polityki senioralnej wskazują obecnie także na potrzebę zmiany podejścia w projektowaniu

¹ Wydz. Architektury Politechniki Śl., ul. Akademicka 7, 44-100 Gliwice, anna.szewczenko@polsl.pl

obiektów leczenia geriatrycznego. Zgodnie z doświadczeniami i badaniami zagranicznymi projektowanie przestrzeni dla osób starszych spójne powinno być przede wszystkim z koncepcją aktywnego starzenia się (aktywność jako najlepszy środek zapewniający godne warunki życia). W wymiarze polityki senioralnej rozwiązania przestrzenne powinny pozwalać na maksymalną (właściwą dla stanu zdrowia) samodzielność i niezależność w codziennych aktywnościach, co przekłada się na odchodzenie od bezwarunkowości przyznawania świadczeń. Lecznictwo geriatryczne staje się zatem ważnym elementem polityki senioralnej i jest wymiernym wsparciem wobec procesów starzenia się społeczeństwa. Powstaje pytanie o kryteria kształtowania ośrodków opieki geriatrycznej, aby uzyskać odpowiednią efektywność i jakość procesu leczenia.

2. Naukowe koncepcje jednostki w środowisku fizycznym w kontekście projektowania środowiska przyjaznego seniorom

Podjmując tematykę kształtowania środowiska szpitalnego w kontekście jego jakości behawioralnej, pod kątem jego wpływu na samopoczucie pacjenta, właściwym punktem wyjścia jest wykorzystanie teorii naukowych obejmujących relacje na płaszczyźnie jednostka – środowisko. Wskazują one na pewne zależności, które mogą być podstawą do przyjęcia kryteriów oceny jakości środowiska szpitalnego. Ponieważ omawiane zagadnienia dotyczą ogólnie jakości życia w środowisku instytucjonalnym przyjęto podejście nomotetyczne, uwzględniające potrzeby osób starszych jako grupy użytkowników. Teorie, do których można się odnieść w rozważaniach na temat relacji pomiędzy funkcjonowaniem osoby starszej a środowiskiem to między innymi [1], [6]:

- teoria przestrzeni życiowej K. Lewina,
- model presji środowiskowej M.P. Lawtona i L. Nahemowej, w którym sprecyzowano warunki równowagi pomiędzy osobistymi kompetencjami a presją środowiska w odniesieniu do środowiska zamieszkania osób starszych,
- teoria poziomu adaptacji J.F. Wohlwilla, opisująca warunki optymalnego poziomu stymulacji środowiskowej,
- pojęcie prywatności i terytorialności,
- teoria stresu środowiskowego H. Seyle.

Podstawowym założeniem w kształtowaniu przestrzeni szpitala jako środowiska instytucjonalnego jest konieczność wypracowania rozwiązań uniwersalnych, możliwych do adaptacji dla większości pacjentów. Natomiast dla obniżenia poziomu

stresu istotne są także rozwiązania pozwalające w pewnym zakresie na dostosowanie przestrzeni osobistej do indywidualnych preferencji. Zgodnie z teorią adaptacji odnoszącą się ogólnie do różnych kategorii doświadczania środowiska przez jednostkę, optymalny poziom cyklicznej stymulacji ułatwia dostosowanie pacjenta do warunków otaczającej go przestrzeni. Przyjęte kategorie stymulacji są adekwatne do opisu charakteru oddziaływania środowiska na pacjenta (tab. 1).

Tabela 1

Synteza wymiarów oddziaływania środowiska fizycznego na pacjenta geriatrycznego (na bazie teorii adaptacji Wohlwilla, 1974).

Kategorie relacji środowisko – użytkownik	Intensywność	Różnorodność	Czytelność struktury/procesu
Stymulacja sensoryczna: kolorystyka, faktura oraz ciepłochłonność materiałów wykończeniowych, światło dzienne i sztuczne, akustyka pomieszczeń, temperatura i wilgotność powietrza, kontakt z otoczeniem	Właściwy dobór stopnia oddziaływania poszczególnych elementów wnętrza, możliwość i dostęp do ich regulacji	Zróżnicowanie elementów aranżacji przestrzeni w obrębie poszczególnych wnętrz,	Zrozumiałe kody znaczeniowe elementów kompozycji wnętrza; ich dostosowanie do poziomu percepcji osoby starszej
Stymulacja społeczna: warunki przestrzenne dla różnych form kontaktów społecznych	Gradacja przestrzeni od prywatnej do publicznej	Aranżacja przestrzeni umożliwiająca różnorodne formy kontaktów interpersonalnych	Formalne i nieformalne elementy przestrzeni wyznaczające poszczególne strefy
Stymulacja ruchowa: Stymulacja poprzez obserwację aktywności innych użytkowników przestrzeni oraz warunki dla podejmowania aktywności ruchowej	Zapewnienie różnego stopnia zaangażowania w formy aktywności: od biernego do czynnego; elementy pobudzające do podejmowania aktywności	Zróżnicowanie form aktywności i stymulacji ruchowej; poruszanie się i przemieszczanie	Tworzenie warunków do podejmowania aktywności; troska o komfort i bezpieczeństwo

Źródło: Opracowanie własne

Z punktu widzenia omawianej tematyki ważnym etapem badań było także stworzenie przez Ulricha w latach 90-tych ubiegłego stulecia teorii projektowania wspomagającego (Theory of Supportive Design) [12]. Zasadniczym kryterium niezbędnym do spełnienia w **przestrzeni przyjaznej pacjentom jest obniżenie poziomu stresu**: przyjazny wyraz wnętrza, ciepła kolorystyka, skala pomieszczenia, odpowiednie oświetlenie, ograniczenie nadmiaru informacji ogranicza poziom stresu środowiskowego. Ulrich wskazuje także, że przyjęć można główne założenia

właściwego kształtowania rozwiązań wewnątrz obiektów opieki zdrowotnej wspierające dobre samopoczucie pacjenta i niwelujące poziom stresu [12]:

- zapewnienie poczucia kontroli z uwzględnieniem uwarunkowań fizycznych i społecznych otoczenia,
- zapewnienie odpowiedniego klimatu (wsparcia) społecznego,
- wprowadzenie elementów pozytywnie oddziałujących, odwracających uwagę od dyskomfortów zdrowotnych.

3. Specyfika kształtowania obiektów leczenia geriatrycznego

W dotychczasowym podejściu do projektowania obiektów opieki zdrowotnej dominowały rozwiązania uwzględniające podejście funkcjonalne, zakładające wyłącznie sprawność i efektywność procesów medycznych oraz negujące psychologiczny aspekt środowiska fizycznego. Czysto funkcjonalne podejście projektowe nie odzwierciedla jednak rzeczywistych potrzeb pacjenta w czasie hospitalizacji w kontekście społecznym i funkcjonalno-przestrzennym. Rozwój metod badawczych w zakresie badań jakościowych ujawnił szereg kategorii przestrzennych wpływających na proces leczenia oraz na jego efektywność. Stworzenie przez Ulricha teorii projektowania wspomagającego [12] oraz nurt badań nad terapeutyczną rolą przestrzeni [5] wyłoniły rozwiązania w znaczącym wspomagające proces leczenia pacjentów.

Zagraniczne doświadczenia w zakresie projektowania szpitali i oddziałów geriatrycznych wskazują na potrzebę kształtowania ich jako ośrodka, którego funkcjonowanie wychodzi poza ramy procedur medycznych i rehabilitacyjnych. Środowisko to powinno też aktywizować pacjenta, dając mu szansę na powrót do możliwie najpełniejszej samodzielności. Odbywa się to poprzez [7], [8]:

- kształtowanie rozwiązań przestrzennych – architektonicznych i technicznych,
- kształtowanie klimatu społecznego, behawioralnego,
- przebieg i sprawność procedur medycznych,
- organizację systemu opieki medycznej.

Uwzględnienie w programowaniu i projektowaniu przestrzeni szpitala ograniczeń osób starszych, a także ukierunkowanie na kontakt z rodziną pacjenta jako istotny element procesu leczenia jest podstawą budowania szpitala przyjaznego osobom starszym. W wymiarze środowiska fizycznego powinno się to odbywać przede wszystkim przez zapewnienie starszemu pacjentowi odpowiedniego poziomu kontroli:

intymność i możliwość personalizacji przestrzeni w strefie prywatnej (sale chorych) oraz stymulacja aktywności pacjenta poprzez dostosowanie rozwiązań przestrzennych (m.in. wayfinding, elementy techniczne ułatwiające poruszanie się i przemieszczanie) [2], [14]. Dostosowanie przestrzeni do potrzeb poszczególnych grup użytkowników (pacjenci, personel, rodziny, administracja) skutkuje poprawą komfortu użytkowania [5], [11], umożliwia budowanie właściwego klimatu społecznego i relacji z rodziną pacjenta [9] oraz wpływa na jakość pracy personelu [13]. Zatem jakość przestrzeni oddziału geriatrycznego jako środowiska o cechach terapeutycznych jest pochodną poszczególnych kategorii stymulacji pacjenta wspierających proces leczenia.

Projektowanie dla osób starszych w oczywisty sposób mieści się w nurcie projektowania uniwersalnego, jednakże specyfika funkcji obiektów opieki zdrowotnej skłania dodatkowo do wykorzystania wiedzy o wpływie przestrzeni na stan psychofizyczny pacjenta (*healing environment*). Dotyczy to między innymi szczególnych wymogów w projektowaniu dla szczególnie wrażliwej grupy użytkowników – dla osób cierpiących na demencję, dla których nieznane, zbyt intensywne otoczenie jest źródłem stresu pogłębiającego stan chorobowy. Osoby te z trudem adaptują się do nowego środowiska, przez co istnieje potrzeba zastosowania szeregu podstawowych rozwiązań ułatwiających im orientację i oswojenie przestrzeni.



Rys. 1. Przestrzeń wokół łóżka pacjenta z elementami identyfikacji personalnej. Z lewej: Memory box z możliwością umieszczenia osobistych bibelotów. Bradford Royal Infirmary, oddział dla osób starszych z demencją, W. Brytania. Z prawej: identyfikacja wizualna sali chorych za pomocą akcentów kolorystycznych wprowadzonych w elementach wyposażenia: (żaluzje, panel ścienny, akcenty umeblowania). Poole Hospital, Poole, Dorset, W. Brytania

Fig. 1. Bed area with the elements of personal identification. Left: Memory box with personal trinkets. Bradford Royal Infirmary, geriatric ward, Great Britain. Right: visual identification by using the color accents on the interior equipment. Poole Hospital, Poole, Dorset, Great Britain.

Left: New Vision Signs and Graphics, right: Sue Hunter, Hunter Design Associates

Przystosowanie środowiska zbudowanego do szczególnych potrzeb seniorów dla utrzymania ich możliwie maksymalnej samodzielności i aktywności wymaga podejścia interdyscyplinarnego, a w szczególności integracji dziedzin architektury, psychologii środowiskowej i gerontologii. Dotyczy to między innymi:

- specyfiki procesu leczenia geriatrycznego, ujmującego holistycznie funkcjonowanie ludzkiego organizmu i zakładającego aktywizację psychoruchową pacjenta, co przekłada się na określone rozwiązania funkcjonalne,
- rodzajów dysfunkcji starszego pacjenta, co ma wpływ na eliminację barier adaptacyjnych w środowisku zbudowanym.



Rys. 2. Z lewej: Przestrzeń społeczna z wyposażeniem umożliwiającym umieszczenie memorabiliów, szpital św. Marka, oddział dla osób starszych, Berkshire, W. Brytania. Z prawej: konsola pielęgniarska w centralnej strefie obsługi medycznej. Poole Hospital, Dorset, W. Brytania.

Fig. 1. Left: social area with the equipment for memorabilia. St. Mark Hospital, geriatric ward, Berkshire. Right: nursery station in central area of medical care. Poole Hospital, Dorset.

Źródło: Sue Hunter, Hunter Design Associate

Główne tendencje w projektowaniu ośrodków opieki geriatrycznej, w tym szpitali i oddziałów geriatrycznych obejmują [14]:

- centralnie zlokalizowaną strefę obsługi medycznej, w tym modyfikację układu trójtraktowego na pięciotraktowy, co skraca ciągi komunikacyjne dla personelu i ułatwia dozór nad pacjentami,
- decentralizację punktów dozoru pielęgniarskiego jako wyraz odejścia od instytucjonalizacji szpitala,
- kształtowanie przestrzeni sal chorych z uwzględnieniem potrzeb indywidualnych pacjenta w zakresie m.in. prywatności, personalizacji przestrzeni oraz rozwiązań pozwalających na utrzymanie dotychczasowego poziomu aktywności,
- dostosowanie rozwiązań aranżacyjnych i materiałowych do potrzeb pacjentów wynikających z dysfunkcji poszczególnych układów biologicznych seniorów, głównie w zakresie barier wzrokowych, ruchowych czy poznawczych np.

systemowe rozwiązania kolorystyczne ułatwiające orientację w przestrzeni osobom z zaburzeniami kognitywnymi czy oświetlenie pomieszczeń ograniczające efekty olśnienia,

- wprowadzenie przestrzeni społecznych o zróżnicowanym stopniu intensywności kontaktów społecznych – aktywizacja pacjenta poza salą szpitalną.

4. Polskie oddziały geriatryczne wobec koncepcji szpitala przyjaznego seniorom

Porównanie współczesnych tendencji w projektowaniu obiektów opieki geriatrycznej z jakością przestrzeni polskich oddziałów geriatrycznych wskazuje na liczne obszary potrzeb. Brak dostosowania funkcjonalnego – niedobory powierzchniowe, wielofunkcyjność szeregu pomieszczeń wynika z adaptacji obiektów projektowanych w latach 70-tych i 80-tych ubiegłego stulecia. Dyskomfort personelu w zakresie braku przestrzeni wokół łóżka pacjenta umożliwiającej sprawną obsługę medyczną i pielęgnacyjną wynika także z konieczności umieszczania w salach chorych dodatkowych łóżek.

Przyjęte kryteria analizy, które mogą stanowić podstawę do dalszych badań jakości behawioralnej, dotyczą następujących zagadnień:

- poziom stymulacji sensorycznej poprzez parametry fizyczne środowiska wewnętrznego pomieszczeń, estetyka oraz kontakt wzrokowy z otoczeniem,
- formy stymulacji społecznej, gradacja przestrzeni, odpowiedni poziom kontroli,
- stymulacja ruchowa, poruszanie się i przemieszczanie, w tym systemy informacji wizualnej i elementy ułatwiające orientację w przestrzeni.

Ocena ta została dokonana na podstawie wielokrotnego studium przypadku dla oddziałów geriatrycznych oraz dla szpitala geriatrycznego z obszaru Górnego Śląska w okresie od listopada 2013 do lutego 2015 r.



Niewystarczająca jest ogólna liczba łóżek geriatrycznych w skali kraju - według danych na rok 2012 w skali ogólnopolskiej w szpitalnych oddziałach geriatrycznych było 569 łóżek geriatrycznych, natomiast wg zaleceń WHO powinno ich być 7500 (20-25 łóżek na 100 - 120 tysięcy mieszkańców) [2]. Ponadto program funkcjonalny oddziałów jest w niewielkim stopniu uzupełniony o odpowiedniej jakości przestrzenie społeczne dla pacjentów, co powoduje koncentrację aktywności pacjenta wyłącznie wokół łóżka. Bariery w przestrzeni oddziałów geriatrycznych wynikają między innymi

z systemu finansowania publicznych placówek medycznych oraz z organizacji przestrzennej istniejących placówek szpitalnych, funkcjonujących w kilkudziesięcioletnich budynkach. Przekłada się to na niedobory powierzchniowe, uniemożliwiające komfortowe dla pacjenta i personelu działania medyczne oraz brak przestrzeni aktywizacji społecznej pacjenta jako elementu wspierającego leczenie.

Tabela 2

Ogólna charakterystyka funkcjonalna strefy pacjenta na oddziałach geriatrycznych

SALA CHORYCH	
	<p>Poziom stymulacji sensorycznej: czytelna strefa łóżkowa i komunikacyjna sali z towarzyszącą strefą wypoczynku; nierównomierne możliwości regulacji parametrów mikroklimatu pomieszczenia; dostęp do oświetlenia indywidualnego; neutralna kolorystyka sal; brak akcentów kolorystycznych identyfikujących pomieszczenia; brak</p> <p>Formy stymulacji społecznej: brak elementów pozwalających na personalizację przestrzeni; brak zintegrowanych systemów wydzielenia przestrzeni intymnej pacjenta (np. badania lekarskie na łóżku pacjenta); brak komfortowej przestrzeni do spotkań z rodziną; brak rozwiązań łagodzących kolizje wynikające z wielofunkcyjności przestrzeni łóżkowej (m.in. sen i wypoczynek, konsultacje medyczne, zabiegi pielęgnacyjne, spotkania z rodziną);</p> <p>Stymulacja ruchowa: wielkość powierzchni łóżkowej dla pojedynczego pacjenta nie uwzględnia koniecznej przestrzeni manewrowej dla sprzętu rehabilitacyjnego niezbędnego dla samodzielności pacjenta; elementy techniczne ułatwiające zmianę pozycji w łóżku; brak punktów oświetleniowych ułatwiających poruszanie się w sali chorych nocą</p>
ŁAZIENKA	
	<p>Poziom stymulacji sensorycznej: wyposażenie pozwalające na umieszczenie przedmiotów osobistego użytku; dostęp do instalacji alarmujących w strefie kąpielowej i przy toalecie; brak dodatkowych punktów oświetleniowych w strefie umywalki;</p> <p>Stymulacja ruchowa: przestrzeń manewrowa dla wózków inwalidzkich lub dla foteli kąpielowych wyłącznie w łazienkach ogólnodostępnych; brak czytelnego oznakowania łazienek ogólnodostępnych;</p>
PRZESTRZEŃ RELAKSU I KONTAKTÓW SPOŁECZNYCH	
	<p>Poziom stymulacji sensorycznej: przestrzeń pozbawiona rozwiązań identyfikujących przestrzeń relaksu i kontaktów społecznych; w większości brak dodatkowego oświetlenia punktowego; elementy wyposażenia słabo fakturowane (połysek wprowadzający klimat instytucjonalności);</p>

	<p>Formy stymulacji społecznej: istniejące, niewielkie pomieszczenia mają charakter wielofunkcyjny co powoduje ograniczony dostęp dla pacjentów (świetlica, czytelnia, pokój konsyliów lekarskich, kaplica, miejsce spotkań z rodziną, punkt oczekiwania na personel medyczny, miejsce dla studentów); swobodny układ miejsc siedzących pozwala na wybór miejsca odpoczynku;</p>
	<p>Stymulacja ruchowa: brak elementów w przestrzeni ogólnodostępnej prowokujących do podejmowania aktywności ruchowej czy wypoczynku w strefach ogólnodostępnych</p>

Źródło: opracowanie własne

5. Podsumowanie

Jakość przestrzeni oddziałów geriatrycznych jest istotnym elementem z punktu widzenia jakości opieki geriatrycznej, wpływającym na obniżenie poziomu stresu starszego pacjenta oraz jego aktywizację. Istniejące potrzeby ośrodków opieki geriatrycznej w niektórych przypadkach napotykają możliwości finansowe do zmiany jakości przestrzeni (np. szpital geriatryczny w Katowicach). Potencjalne możliwości zmiany jakości środowiska oddziałów geriatrycznych wiążą się przede wszystkim z wprowadzeniem elementów kompozycji przestrzennej, tworzących środowisko wsparcia dla starszych pacjentów.

BIBLIOGRAFIA

1. Bell P.A. i in.: Psychologia Środowiskowa. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne. Gdańsk 2004, s. 522-532.
2. Benek I.: Potrzeby pacjenta starszego i ich wpływ na projektowanie szpitali. Gerontologia Polska, 4/2014, s. 188-189.
3. Derejczyk J., Bień B., Szczerbińska K., Grodzicki T.: Ochrona zdrowia osób starszych. [w]: Strategie działania w starzejącym się społeczeństwie. Tezy i rekomendacje. Biuletyn Rzecznika Praw Obywatelskich, Warszawa 2012, s. 45-46.

4. Lawson B., Phiri M.: *The Architectural Healthcare Environment and its Effects on Patients Health Outcomes*. University of Sheffield, NHS Estates, Sheffield 2003, s. 6-14.
5. Lawson B.: *Design and the Evidence*. *Procedia – Social and Behavioral Sciences*, 105, London 2003, s. 42-44.
6. Niezabitowska E.: *Metodologia prac badawczych w architekturze*. Wydawnictwo Politechniki Śl., Gliwice 2013, s. .
7. O’Keefe J.: *Creating a Senior Friendly Physical Environments in Our Hospitals. The Regional Geriatric Assessment Program of Ottawa*. Ottawa, 2003, s. 1-7.
8. Parke B. Friesen K.: *Code Plus. Physical Design Components for an Elder Friendly Hospital*. Fraser Health, 2008, s. 1-2.
9. Parke B.: *Physical Design Dimension of an Elder Friendly Hospital*. University of Victoria 2007, s. 7-8, 15-17.
10. Tomey K. M., Sowers M.R.: *Assesment of Physical Functioning: A Conceptual Model Encompassing Environmental Factors and Individual Compensation Strategies*. *Physical Therapy*, 89, 2009, s. 705-714.
11. Ulrich R., Quan, X., Zimring, C., Joseph, A., & Choudhary, R.: *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, 2004, s. 6-14.
12. Ulrich R.: *Effects of Interior Design on Wellness: Theory and Recent Scientific Research*. *Journal of Healthcare Interior Design*, 1991, s. 97 – 109.
13. Springer T.: *Ergonomics for Healthcare Environments*. Human Environment Research Organisation, 2008, s. 17-19.
14. Szewczenko A., Weber A.: *Podstawowe wymagania funkcjonalno-przestrzenne dotyczące stacjonarnych oddziałów geriatrycznych w aspekcie potrzeb indywidualnych osób starszych*. *Gerontologia Polska*, 4/2013, s.161-168.

OCENA JAKOŚCI ODDZIAŁÓW GERIATRYCZNYCH – MOŻLIWOŚCI W ADAPTCJI DO POTRZEB OSÓB STARSZYCH

Streszczenie

W artykule określono zasadnicze tendencje w kształtowaniu przestrzeni dedykowanej pacjentowi na oddziale geriatrycznym, jako przestrzeni przyjaznej. Preferowane rozwiązania wynikają z integracji dziedzin architektury i gerontologii, pozwalającej na uwzględnienie specyfiki potrzeb osoby starszej.

ASSESSMENT OF THE GERIATRIC WARD ENVIRONMENT QUALITY – POSSIBILITIES IN ADAPTATION TO ELDERLY NEEDS

Summary

The article presents main trends in shaping the elderly friendly environment in the geriatric ward. Preferred solutions are the effect of the integration of architecture and gerontology, with taking into account the specific elderly needs.