



ARCHITEKTURA I MEDYCYNĄ

pod redakcją
Darii Bręczewskiej-Kuleszy



ARCHITEKTURA I MEDYCYNĄ

pod redakcją
Darii Bręczewskiej-Kuleszy

REDAKTOR NAUKOWY/ SCIENTIFIC EDITOR

Daria Bręczewska-Kulesza

RECENZENCI/REVIEWERS

Agnieszka Gębczyńska-Janowicz

Agata Gawlak

Agnieszka Tomaszewicz

Anna Staniewska

Rafał Janowicz

Yulia Ivashko

Daria Bręczewska-Kulesza

Małgorzata Kaus

Grzegorz Rzepecki

OPRACOWANIE REDAKCYJNE I TECHNICZNE/

EDITORIAL AND TECHNICAL WORK

Grażyna Jarzyna, Daniel Morzyński

COVER DESIGN

Daria Janawa

Za tekst, cytaty i materiały ilustracyjne odpowiadają autorzy

The authors bear full responsibility for the text, quotations and illustrations.

© Copyright

Wydawnictwa Uczelniane Politechniki Bydgoskiej

University Publishing Office of Bydgoszcz University of Science and Technology

Bydgoszcz 2025

Utwór w całości ani we fragmentach nie może być powielany ani rozpowszechniany za pomocą urządzeń elektronicznych, mechanicznych, kopiujących, nagrywających i innych bez pisemnej zgody posiadacza praw autorskich.

No part of this book may be reprinted or reproduced or utilized in any form or by any electronic, mechanical, or other means, now known or hereafter invented, including photocopying and recording, or in any information storage or retrieval system, without permission in writing from the publishers.

ISBN 978-83-68285-44-4

Wydawnictwa Uczelniane Politechniki Bydgoskiej

University Publishing Office of Bydgoszcz University of Science and Technology

Redaktor Naczelny/ Editor in Chief – Marcin Zastempowski

ul. Sucha 9B, 85-796 Bydgoszcz, tel. 52 3749482, 52 3749426

e-mail: wydawucz@pbs.edu.pl <https://wydawnictwa.pbs.edu.pl>

SPIS TREŚCI

MARZANNA JAGIEŁŁO, DARIA MIKOŁAJÓW	5
<i>Sanus per hortus</i> . Współczesne tendencje w kształtowaniu szpitali psychiatrycznych na podstawie wybranych przykładów europejskich	
<i>Sanus per hortus</i> . Contemporary trends in shaping greenery in psychiatric hospital complexes based on selected european examples	
PIOTR KOWALCZYK	27
Agresja w placówkach psychiatrycznych – próba zdefiniowania problemu na podstawie standardów projektowych oraz wymogów przepisów budowlanych	
Aggression in psychiatric facilities – an attempt to define the problem based on design standards and building regulation requirements	
DARIA BRĘCZEWSKA-KULESZA	38
Zabytkowa i użytkowa wartość dawnych zespołów leczniczo-opiekuńczych dla psychicznie chorych – propozycja stworzenia modelu do szczegółowej analizy	
Historical and utility value of former medical and care facilities for the mentally ill – proposal to create a model for detailed analysis	
PIOTR BRZEZIŃSKI	51
Wieże ciśnień na terenach szpitalnych i ich potencjał adaptacyjny	
Water towers in hospital areas and their adaptive potential	
ANGELIKA LASIEWICZ-SYCH	60
The therapeutic potential of the architectural environment of the dr. J. Babiński Clinical Hospital in Kobierzyn – past and present	
Potencjał terapeutyczny środowiska architektonicznego Szpitala Klinicznego im. dr. J. Babińskiego w Kobierzynie – kiedyś i dzisiaj	
JOANNA MARIA KOSZEWSKA	72
Historia Konstancina jako przykład uzdrowiska. Wybrane aspekty krajobrazowe we wspomaganiu leczenia	
The history of Konstancin as an example of a spa resort. Selected landscape aspects in supporting treatment	
ADRIANA CIEŚLAK-ARKUSZEWSKA, PIOTR ARKUSZEWSKI	83
From prosectorium to the department of forensic medicine. A historical approach to the design of medical facilities dedicated to post-mortem diagnostics	
Od prosektorium do zakładu medycyny sądowej. Historyczne podejście do projektowania obiektów medycznych dedykowanych diagnostyce pośmiertnej	
IGA GRZEŚKOW	99
Rewitalizacja terenów zieleni przy szpitalach zdrowia psychicznego na przykładzie ośrodka w Świeciu	
Revitalization of green spaces at mental health hospitals at the example of the hospital in Świecie	

MAŁGORZATA KAUS	109
Wielozmysłowe rozwiązania projektowe wynikające z potrzeb pacjentów możliwe do zastosowania w historycznej zabudowie Szpitala Zdrowia Psychicznego im. dr. Józefa Bednarza w Świeciu Multi-sensory design solutions resulting from patient needs applicable in the historical buildings of Józef Bednarz Mental Health Hospital in Świecie	
ALEKSANDER FILIP FURMANEK	122
Wybrane aspekty bezpieczeństwa pożarowego na przykładzie zabytkowego kompleksu budynków Wojewódzkiego Szpitala Zdrowia Psychicznego im. dr. Józefa Bednarza w Świeciu Selected aspects of fire safety on the case of the historic building complex of the Provincial Psychiatric Hospital named after dr. Józef Bednarz in Świecie	
ŁUKASZ ROSIAK, ADAM LEHMANN	135
Kazus Wojewódzkiego Szpitala Zdrowia Psychicznego im. dr. Józefa Bednarza w Świeciu oraz Cliniche Di San Pietro (Aou Di Sassari) we Włoszech. Konsekwencje społeczne lokalizacji w centrum miasta The case of the Provincial Psychiatric Hospital named after dr. Józef Bednarz in Świecie and the Cliniche Di San Pietro (Aou Di Sassari): Social implications of central urban location	
YULIA IVASHKO, ANDRII DMYTRENKO, SERHII BELINSKYI	143
Art therapy through art Art-terapia przez sztukę	
LAURA PACUD	154
Artificial intelligence in the design process of healthcare facilities Sztuczna inteligencja w procesie projektowania jednostek leczniczych	
DOROTA WIŚNIEWSKA	167
Proksemika jako narzędzie analizy funkcjonalno-przestrzennej architektury służby zdrowia Proxemics as a tool for the functional and spatial analysis of healthcare architecture	
HANNA BORUCIŃSKA-BIEŃKOWSKA, BARTŁOMIEJ BIEŃKOWSKI	176
Wpływ lokalizacji i formy budynku na jego właściwości prozdrowotne The impact of the location and form of a building facility on its health-promoting properties	
AGNIESZKA MIERZWA	183
Między intuicją a nauką. Neuroarchitektura wnętrz – od ankiet użytkowników do realizacji projektów na kilku przykładach autorskich projektów wnętrz mieszkalnych Between intuition and science: neuroarchitecture of interiors – from user surveys to project implementation: several examples of original residential interior designs	

SANUS PER HORTUS. WSPÓŁCZESNE TENDENCJE W KSZTAŁTOWANIU SZPITALI PSYCHIATRYCZNYCH NA PODSTAWIE WYBRANYCH PRZYKŁADÓW EUROPEJSKICH

SANUS PER HORTUS. CONTEMPORARY TRENDS IN SHAPING GREENERY IN PSYCHIATRIC HOSPITAL COMPLEXES BASED ON SELECTED EUROPEAN EXAMPLES

Streszczenie

Obecone szpitale psychiatryczne, po latach ewolucji, stają się coraz częściej środowiskiem przyjaznym pacjentom, w którym zarówno budynki, jak i związane z nimi tereny zieleni pełnią rolę terapeutyczną. Różnorodne typy tych kompleksów uwarunkowane są zarówno organizacją opieki zdrowotnej w poszczególnych krajach, jak i lokalizacją. Nowością są tu placówki położone w centrach miast. Analiza wybranych przypadków pozwoliła na określenie, w postaci rekomendacji projektowych, specyfiki formalnej i funkcjonalnej związanych z nimi terenów zieleni poprzez odniesienie ich do aktualnych przesłanek naukowych.

Słowa kluczowe: Europa, współczesne szpitale psychiatryczne, zieleń terapeutyczna

Abstract

After years of evolution, current psychiatric hospitals are increasingly becoming patient-friendly environments, where both the buildings and their associated green spaces play a therapeutic role. The diverse types of these complexes are determined by both the organization of healthcare in individual countries and their location. Facilities located in city centers are a novelty here. Analysis of selected cases allowed us to define, in the form of design recommendations, the formal and functional specificity of the associated green spaces by relating them to current scientific premises.

Keywords: contemporary psychiatric hospitals, Europe, therapeutic green spaces

1. WSTĘP

Choć już w XV w. w hiszpańskiej Saragossie wprowadzono możliwość spędzania części czasu przez pensjonariuszy azylu dla obłąkanych – jak ich wówczas nazywano – w ogrodach warzywnych i winnicach, to dopiero w połowie XVIII w., w organizacji szpitali psychiatrycznych, głównie brytyjskich, francuskich i amerykańskich, dokonał się istotny przełom. Nowe placówki lecznicze zaczęły odchodzić od modelu azylu na rzecz stworzenia „alternatywnego świata”, realizowanego jako samowystarczalne, oddalone od miasta kolonie, izolujące cierpiących od przyczyn ich cierpienia, w których zajęcia w ogrodach oraz spacer po okolicy miały dawać chorym poczucie bezpieczeństwa i harmonii. W kolejnych tego typu kompleksach (XIX i początek XX w.) ogrody stawały się ich integralną częścią jako miejsca terapii zajęciowej¹. Nowe podejście do organizacji szpitali (nie tylko psychiatrycznych) powiązane było z postępem w zakresie psychologii, psychiatrii i farmakologii. Ważną rolę odegrała także rosnąca świadomość zagrożeń sanitarnych, zakaz wykorzystywania pracy osób chorych oraz uwarunkowania ekonomiczne. Te ostatnie doprowadziły do porzucenia kompleksów o układzie pawilonowym (koszty) oraz ograniczenia terenów zieleni na rzecz wielokondygnacyjnych modułów. Grunt pod ponowne połączenie środowiska leczniczego z przyrodniczym umożliwiło wyodrębnienie się hortiterapii, która z czasem zaczęła być traktowana jako pełnoprawna metoda terapeutyczna². Kolejnym etapem

¹ Obszernie na ten temat: A. Staniewska, *Obłądne ogrody*, Wydawnictwo PK, Kraków 2020.

² Jej początki łączą się z ideą tzw. *moral treatment* (XIX w.), kiedy w szpitalach psychiatrycznych (*The Retreat* w Anglii czy *Brattleboro Retreat* w USA) zakładano parki i ogrody przeznaczone do spacerów i prostych prac

było uznanie – jako fundamentu zdrowia człowieka – relacji zarówno ze środowiskiem fizycznym, jak i psychologicznym. Konsekwencją tego podejścia stała się nowa definicja zdrowia WHO mówiąca, że jest to „nie tylko całkowity brak choroby czy kalectwa, ale także stan pełnego, fizycznego, umysłowego i społecznego dobrostanu (dobrego samopoczucia)”³.

W związku z powyższym obecnie odchodzi się od traktowania szpitali psychiatrycznych jako miejsc ścisłej izolacji chorych przed społeczeństwem. Coraz częściej stają się one środowiskiem przyjaznym pacjentom, z założenia traktującym przestrzeń – i tę zbudowaną i związany z nią teren zieleni – jako elementy terapeutyczne⁴. W zakresie tego drugiego sięga się często po wzorce wypracowane na przełomie XIX i XX w. Za element wcześniej niepraktykowany uznać należy, zastosowane w wielu obiektach, niemal całkowite przeszklania ścian, likwidujące optyczną barierę pomiędzy wnętrzem a otoczeniem. Nowością jest także, zwłaszcza w przypadku obiektów niedysponujących większymi działkami, lokalizacja ogrodów i terenów rekreacyjnych na dachach i tarasach.

2. STAN, METODA BADAŃ, ŹRÓDŁA

O ile opracowania dotyczące współczesnych szpitali psychiatrycznych, z uwzględnieniem specyfiki ich funkcjonowania (otwarte, półotwarte, zamknięte, dla nieletnich, dla chorych więźniów, dla osób uzależnionych) są liczne, to przedstawione w nich wyniki analiz przyjmują głównie perspektywy psychologiczną i psychiatryczną⁵. Istnieje też bogata literatura dotycząca kształtowania takich szpitali w kontekście architektonicznym⁶. Nieliczne natomiast są publikacje odnoszące się bezpośrednio do zieleni. Traktują one najczęściej ogólnie o jej znaczeniu we wszelkich placówkach leczniczych, zazwyczaj bez ich różnicowania⁷.

Wobec braku opracowań dotyczących zieleni we współcześnie realizowanych kompleksach szpitali psychiatrycznych⁸ w niniejszej publikacji wykorzystano część ustaleń i analiz poczynionych dla tego typu placówek na okoliczność dysertacji doktorskiej współautorki pracy⁹. Zostały one uzupełnione i poszerzone; dodano także kolejne obiekty, w tym jeden z Polski.

Dla poczynionych analiz kluczowe znaczenie odegrały materiały źródłowe. Zasadniczym ich rodzajem była dokumentacja projektowa, która objęła: plany sytuacyjne, rzuty, przekroje, detale, fotografie oraz plany zagospodarowania terenu, a także opisy. Główny zasób pozyskiwania dokumentacji projektowej stanowiły strony internetowe biur architektonicznych i architektury krajobrazu i portale branżowe.

Ostatnią grupę materiałów stanowią zdjęcia satelitarne obejmujące swym zakresem analizowane obiekty oraz ich otoczenie.

Dodajmy, że zróżnicowanie dostępnych danych (głównie w zakresie projektów) uniemożliwiło systematyczne zestawianie i jednakowe dla wszystkich przypadków waloryzowanie analizowanych obiektów. Z tej przyczyny, w opracowaniu skoncentrowano się na studiach przypadków. Przeprowadzone w ich ramach analizy stały się podstawą do sformułowania wniosków oraz rekomendacji projektowych.

ogrodniczych. A. Staniewska, *Gardens of Historic Mental Health Hospitals and Their Potential Use for Green Therapy Purposes*. "Land" 2022, vol. 11 (10).

³ Za: <https://www.gov.pl/web/psse-wolomin/swiatowy-dzien-zdrowia---7-kwietnia-2023-r> (dostęp: 4.09.2025).

⁴ J. Juraszyński et al., *Projektowanie obiektów służby zdrowia*, Arkady, Warszawa 1973, s. 56.

⁵ Y. Bodryzlova et al., *Hospital design for inpatient psychiatry: A realistic umbrella review*, "Journal of Psychiatric Research", October 2024, vol. 178, s. 94–106. Tamże obszerna literatura przedmiotu.

⁶ J. Jabłońska, J. Furmańczyk, *Healing Architecture in Mental Health Facilities in the New European Bauhaus Context*, "Buildings", 2024, 14(4); R. Strojny, *Współczesne tendencje w projektowaniu szpitali specjalistycznych w Europie*, Wydawnictwo Politechniki Lubelskiej, Lublin 2024.

⁷ M.D.R. Szabo et al., *Touch, feel, heal. The use of hospital green spaces and landscape as sensory-therapeutic gardens: a case study in a university clinic*, "Frontiers in Psychology", 24 Nov. 2023, vol. 14.

Tamże obszerna literatura, z której wynika, że pewien wyjątek stanowią ogrody przy szpitalach pediatrycznych.

⁸ Kilka przykładów europejskich zostało przywołanych w pracy magisterskiej A. Schulz, *Wpływ architektury na dobrostan osób dorosłych, cierpiących na zaburzenia z kategorii psychotycznych oraz nastroju – szpital psychiatryczny dla dorosłych w Gdyni*. Wydział Architektury Politechniki Gdańskiej, 2023, s. 22–23. Za: https://cdn.files.pg.edu.pl/arch/KAMiPN/Dyplomy/Dyplomy%202023/Szulc%20Anna/Anna_Szulc.pdf (dostęp: 04.09.2025).

⁹ D. Mikołajów, *Współczesne tendencje w kształtowaniu zieleni przy obiektach leczniczych*, praca doktorska napisana pod kierunkiem Marzanny Jagiełło, Wydział Architektury Politechniki Wrocławskiej, 2021.

3. PRZESŁANKI NAUKOWE

Współczesny paradygmat leczenia psychiatrycznego wymaga zapewnienia środowiska szpitalnego, które umożliwi aktywne uczestnictwo pacjenta w procesie terapeutycznym¹⁰.

Na podstawie przeprowadzonych w ostatnich latach badaniach¹¹ wyodrębniono pięć podstawowych cech, jakie powinny spełniać współczesne placówki tego typu w zakresie znaczenia 'towarzyszącej' im zieleni. Podkreślić należy, że uwzględniają one zarówno potrzeby pacjentów, jak i personelu.

Wśród właściwości takich obiektów wymieniane są: a) łagodzenie stresu, b) sprzyjanie interakcjom społecznym, c) wspieranie autonomii i poczucia kontroli pacjentów, d) zapewnienie im poszanowania prywatności i godności oraz e) zapobieganie niedostatecznej lub nadmiernej stymulacji¹².

Zmniejszeniu stresu ma sprzyjać: domowy charakter szpitala oraz dostęp do ogrodu, który wspiera poczucie bezpieczeństwa poprzez stworzenie odniesienia do szerszego świata zewnętrznego¹³. Otoczenie przypominające znane pacjentom miejsca pozwala łagodzić poczucie obcości, a tym samym redukuje napięcie i stres. Z tego powodu za pożądane uznaje się lokowanie pokoi pacjentów na parterze, co dodatkowo ułatwia kontakt z zielenią¹⁴.

Podstawą umożliwienia interakcji społecznych ma być otwarta przestrzeń oraz dostęp na terenie oddziału do ogrodu, który pozwala na zaangażowanie w zajęcia terapeutyczne, a także buduje świadomość ekologiczną¹⁵. Zalecane jest również wyposażenie terenów zieleni w udogodnienia rekreacyjne umożliwiające zwiększenie stymulacji środowiskowej i gratyfikacji sensorycznej¹⁶ oraz sportowe, które są źródłem zabawy i pozytywnego rozproszenia uwagi¹⁷, a także aranżację miejsc służących interakcjom oraz oferowanie sesji terapii na świeżym powietrzu¹⁸. Wszystkie powinny cechować się zróżnicowanym charakterem i łatwym dostępem.

Wspieraniu autonomii i poczucia kontroli pacjentów sprzyjać mają ogrody stanowiące miejsce do relaksu i kontemplacji, wpływając na poprawę zachowań społecznych pacjentów¹⁹.

W zakresie uszanowania godności i prywatności badacze zwracają uwagę na komfort i swobodę, aranżację przestronnych, otwartych stref wspólnych, zapewnienie domowego środowiska oraz dostęp do ogrodów, które zmniejszają instytucjonalny wizerunek placówek i zachęcają do rozwijania hobby, takich jak ogrodnictwo²⁰.

Ogrody, a zwłaszcza widoki na przyrodę, mogą brać udział w zapobieganiu niedostatecznej lub nadmiernej stymulacji u pacjentów. Odpowiednio zaprojektowane umożliwiają budowanie gradacji oddziaływania sensorycznego.

¹⁰ W części publikacji zwraca się także uwagę na to, że niektóre współczesne szpitale psychiatryczne nadal noszą piętno historycznej stygmatyzacji pacjentów, np. poprzez lokalizację z dala od obszarów mieszkalnych, monumentalizację architektury obiektów i jej przytłaczającą instytucjonalizację (wyraźnie widoczne urządzenia kontrolne, nacisk na funkcjonalność i takąż, szpitalną estetykę). D. Pawlaczyk-Szymańska et al., *User Well-Being as a Paramount Challenge in Contemporary Built Environment Design: The Architecture of Psychiatric Hospitals and Its Influence on Treatment Processes and the Health, Safety, and Comfort of Patients and Medical Staff—A Systematic Literature Review and Insights from the New European Bauhaus Initiative*, "Buildings" 2025, vol. 5 (4). Tamże obszerna literatura.

¹¹ Obszerne omówienie literatury przedmiotu zawarto w: Y. Bodryzlova et al., op.cit., s. 96–102.

¹² Yuliya Bodryzlova et al., op.cit., s. 96–104.

¹³ M. O'Connor et al., *The environment of inpatient healthcare delivery and its influence on the outcome of care*, "HERD" 2012, 6 (1), s. 104–116; S. MohammadiGorji, i in., *Investigating the impact of healthcare environmental design on staff security: a systematic review*, "HERD" 2021, vol. 14 (1), s. 251–272.

¹⁴ T. Ross, et al., *Space and well-being in high security environments*, "Front Psychiatry" 2022, 13.

¹⁵ J. McIntosh, et al., *The role of courtyards within acute mental health wards: designing with recovery in mind*, "International Journal of Environmental Research and Public Health" 2022, vol. 19 (18).

¹⁶ T. Rosset et al., op.cit.

¹⁷ J. Higgins, S. Green (red.), *Handbook for Systematic Reviews of Interventions*, Cochrane Book Series, John Wiley & Sons, Chichester 2009.

¹⁸ J. McIntosh, et al., op.cit.

¹⁹ K.A. Szabo et al., *Inpatient aggression in community hospitals*, "Violence in psychiatry" 2016, vol. 20 (3), s. 223–230.

²⁰ K. Connellan et al., *Stressed spaces: mental health and architecture*, "HERD" 2013, vol. 6 (4), s. 127–168.

Ustalono także, że dostęp do ogrodu i aktywność w nim zapobiegają nudzie i monotonii, łagodzą stres, zmniejszają zapotrzebowanie na leki przeciwbólowe, przyspieszają proces rekonwalescencji, zwiększają produkcję endorfin, rozluźniają mięśnie, poprawiają koncentrację²¹. Zauważono również, że lepsze efekty daje kilka mniejszych ogrodów i ich podział na zróżnicowane sekcje, co stwarza możliwość kontemplacji i sprzyja interakcjom społecznym²².

W doborze roślin zaleca się branie pod uwagę potencjalnego wpływu na symulację sensoryczną, emocjonalną, fizyczną i poznawczą, poprzez uwzględnienie kolorów, zapachów i faktur dotykowych²³.

Dodajmy na koniec, że należy kłaść nacisk na udział ogrodów w zapewnianiu dobrostanu personelu szpitala oraz osób odwiedzających takie placówki. Pracownikom kontakt z zielenią w ciągu pracy pomaga zmniejszyć stres, odzyskać energię i poprawić koncentrację, natomiast gościom sprzyja poczucie komfortu, bezpieczeństwa oraz relaksu.

Tyle teoria prezentująca perspektywę psychologiczną odnoszącą się do kształtowania i roli przypisywanej zieleni w kompleksach szpitali psychiatrycznych. Czas sprawdzić, w jaki sposób powyższe zalecenia znajdują zastosowanie w praktyce projektowej.

4. STUDIA PRZYPADKÓW

Do analizy wybrano w sumie siedem obiektów reprezentujących obiekty o różnej wielkości, relacji z innymi placówkami medycznymi oraz lokalizacji względem miasta, zaprojektowanych po 2010 r., dzieląc je na: a) powstałe w wyniku rozbudowy istniejących obiektów (Helsingborg Hospital, Szwecja, 2013; Vejle Psychiatry, Vejle, Dania, 2017); b) samodzielne kompleksy lokalizowane na obrzeżach miast (zrealizowany oraz konkursowy projekt Psychiatric Hospital w Slagelse, Dania, 2015; Wojewódzki Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych „Drewnica”, Ząbki pod Warszawą, 2018); c) szpitale, które powstały w zwartej zabudowie miejskiej (Kronstad Psychiatric Hospital w Bergen Norwegia, 2013; Residencia YCentro De Día Para Disminuidos Psíquicos w Barcelonie, Hiszpania, 2010). Pomiędzy przy tym szpitale psychiatryczne dla osób skazanych, uznając je za odrębną i wartą omówienia w odrębnej publikacji grupę.

Analizę aspektów przestrzennych placówek medycznych w zakresie kształtowania ogrodów szpitalnych przeprowadzono opierając się na typologii szpitali determinującej w znacznym stopniu rodzaje ogrodów i ich lokalizację w obrębie kompleksu, a także na relacjach z poszczególnymi obiektami oraz sposobie kształtowania (wielkość, układ, strefy). W odniesieniu do struktury funkcjonalno-przestrzennej wybrano obiekty reprezentujące zarówno układy otwarte, zamknięte, jak i mieszane. W zakresie lokalizacji wyróżniono następujące rodzaje terenów zieleni: ogród wejściowy, ogród dziedzińcowy, ogród na dachu/tarasie, ogród w formie parku. Odniesiono je do pełnionych funkcji a te do wskazanych powyżej właściwości, jakimi powinny się charakteryzować, aby móc spełniać oczekiwane role.

4.1. KOMPLEKSY POWSTAŁE W WYNIKU ROZBUDOWY ISTNIEJĄCYCH PLACÓWEK SZPITALNYCH

Obiekty te powstały jako oddziały w pobliżu dotychczas funkcjonujących placówek medycznych, w dwóch przypadkach psychiatrycznych, w jednym obok szpitala o profilu ogólnym. Bliskość taka zapewnia dostęp do zaplecza zarówno medycznego (lekarze specjaliści, laboratoria), jak i administracyjnego, a dzięki temu skupienie się w nowym obiekcie na specyficznych, wynikających z ich profilu, potrzebach pacjentów i bezpośrednio zatrudnionego do opieki nad nimi personelu. Także w zakresie projektowanej dla tych jednostek zieleni o funkcjach zarówno terapeutycznych, jak i rekreacyjnych.

4.1.2. Helsingborg Hospital (Szwecja)

Przykładu na włączenie elementów środowiska przyrodniczego do kompleksu leczniczego poprzez rozbudowę, modernizację i reorganizację istniejących już obiektów dostarcza m.in. zwycięski (w 2013 r.) i realizowany etapami od 2022 r. projekt konkursowy na rozbudowę placówki Helsingborg Hospital,

²¹ C. Papoulias et al., *The psychiatric ward as a therapeutic space: systematic review*, „British Journal of Psychiatry” 2014, vol. 205 (3), s. 171–176.

²² K. Connellan, op.cit.

²³ J. McIntosh et al., op.cit.

przygotowany przez międzynarodowe biuro z duńskim rodowodem Schmidt Hammer Lassen Architects²⁴ we współpracy z Aarhus Arkitekterne, NNE Pharmaplan i architektami krajobrazu – Kragh&Berglund (ryc. 1–4).

Dotychczasowy szpital to pięciokondygnacyjny budynek wzniesiony na planie krzyża w latach 70. XX w. Uznano, że nie spełnia on aktualnych wymagań i nie nadaje się już do świadczenia sprawnej, nowoczesnej opieki zdrowotnej. Aby nadrobić zaległości inwestycyjne, rada regionu zatwierdziła w 2012 r. długoterminowy program, który założył rozbudowę istniejącego obiektu o nowy budynek, a także modernizację dotychczasowego. Kluczem dla nowego projektu stały się: przejrzysty układ, ludzka, nieonieśmielająca skala, zielone dziedzińce i optymalne warunki dla światła dziennego²⁵.

„Kręgosłup” budynku, złożonego z zespołu mniejszych, czterokondygnacyjnych jednostek o układzie dziedzińcowym, stanowi wewnętrzny korytarz łączący różne funkcje. Nawiązuje on formą i funkcją do miejskiej ulicy z siatką skrzyżowań, placyków i widoków na zielone dziedzińce oraz dachy. Na oddziale psychiatrycznym nacisk położono na środowisko umożliwiające zarówno relaks, jak i aktywność. Ma ono oddziaływać uspokajająco, ale zarazem inspirująco na pacjentów. Oddziały łóżkowe posiadają osłonięte, wewnętrzne dziedzińce zapewniające spokój i bezpieczeństwo oraz dużo światła dziennego w pokojach. Z wyższych poziomów otwiera się ponadto panoramiczny widok na miasto i cieśninę Oresund²⁶.



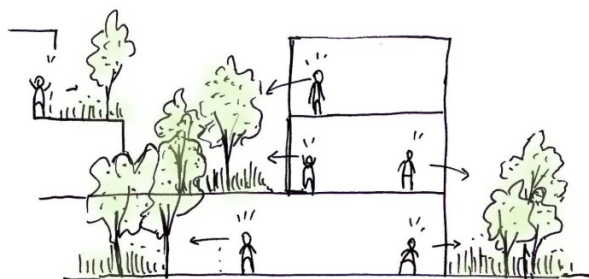
Ryc. 1. Helsingborg Hospital – wizualizacja z lotu ptaka

Źródło: <https://www.comisa.it/wp-content/uploads/2021/06/YA.jpg> (dostęp: 06.09.2025).

²⁴ Warto wspomnieć, że projektanci posiadają już na swoim koncie kilka zwycięskich projektów obiektów leczniczych, a mianowicie: Aalborg University Hospital, Kolding Hospital oraz szpital Hvidovre, wszystkie z terenu Danii. A. Furto, *New Hospital Hvidovre Extension Winning Proposal/Schmidt Hammer Lassen Architects + Aarhus Arkitekterne*, 2013, https://www.archdaily.com/384652/new-hospital-hvidovre-extension-winning-proposal-schmidt-hammer-lassen-architects?ad_source=search&ad_medium=projects_tab (dostęp: 04.09.2025).

²⁵ Schmidt Hammer Lassen Architects, *Helsingborg Hospital*, <https://www.shl.dk/helsingborg-hospital/> (dostęp: 20.06.2022).

²⁶ A. Furto, op.cit.



Ryc. 2. Helsingborg Hospital – schemat pokazujący relacje pacjentów z zielenią

Źródło: <https://kragh-berglund.com/healthcare/helsingborg-hospital/> (dostęp: 06.09.2025).



Ryc. 3. Helsingborg Hospital – fragment projektowanego budynku

Źródło: https://encrypted-tbn0.gstatic.com/images?q=tbn:ANd9GcQA1MTt_zXUUVfL.Rmd5w-A3WVUFf5Euh2PwoA&s (dostęp: 06.09.2025).

a)



b)



Ryc. 4. Helsingborg Hospital: a), b) wizualizacje wnętrz

Źródło: <https://kragh-berglund.com/healthcare/helsingborg-hospital/> (dostęp: 06.09.2025); <https://www.archiscene.net/wp-content/gallery/archiscene/helsingborg-hospital-schmidt-hammer-lassen-02.jpg> (dostęp: 06.09.2025).

4.1.3. Vejle Psychiatry, Vejle (Dania)

Z rozbudową dotychczas funkcjonującego szpitala ogólnego o nowy Oddział Psychiatryczny mamy także do czynienia w Vejle (ryc. 5–7). Otworzył on swoje podwoje w 2017 r., po trzyletnim okresie budowy. Szpital położony jest w malowniczej części Vejle Adalu u podnóża łagodnego wzniesienia porośniętego lasem a krajobraz stanowi ważny element projektu architektonicznego. Dodajmy, że oba obiekty połączone są kładką dla pieszych oraz dwustumetrowym tunelem.

Szpital został zaprojektowany przez pracownię Arkitema Architects we współpracy z Moe A/S jako konsultantem inżyneryjnym. Obiekt dysponuje 91 jednoosobowymi pokojami rozmieszczonymi w sześciu oddziałach, psychiatrycznym oddziałem ratunkowym oraz psychiatryczną poradnią ambulatoryjną dla dzieci i młodzieży. Kompleks składa się z ośmiu parterowych budynków tworzących podłużny plan, w którym poszczególne oddziały oraz obiekt administracyjny, połączone ze sobą niczym

pierścień, zapewniając zarówno autonomiczne funkcjonowanie pojedynczej jednostki, jak i otwarty, dobrze zorganizowany układ. Każdy oddział posiada własne, wypełnione roślinami patio. Zielona strefa rekreacyjna, podzielona na cztery niewielkie dziedzińce, wypełnia także środkową część wspólną.

Całość współgra z otoczeniem Vejle Ådal, z którym komponują się porośnięte roślinnością dachy budynków²⁷. Oprócz zieleni, dzięki przeszklonym ścianom, obiekt zapewnia także dostęp dużej ilości naturalnego światła oraz wgląd w malowniczą okolicę²⁸.



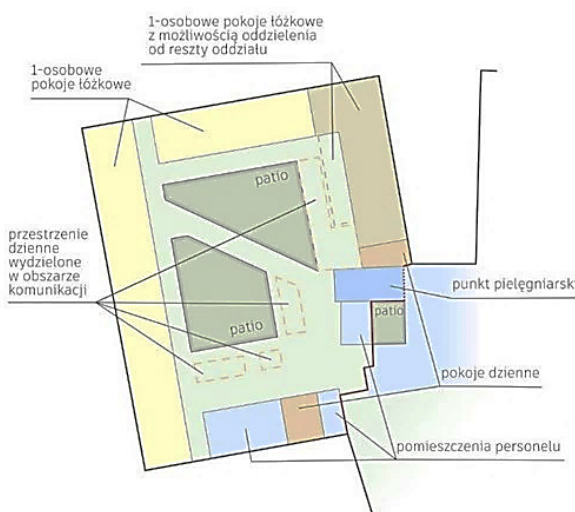
Ryc. 5. Vejle Psychiatry – widok szpitala z lotu ptaka, w głębi miasto Vejle

Źródło: <https://natureimpact.com/wp-content/themes/yootheme/cache/0f/07082017-195-0fde5948.webp> (dostęp: 06.09.2025).



Ryc. 6. Vejle Psychiatry – rzut parteru budynku wraz z ogrodami

Źródło: <https://i.pinimg.com/736x/02/d2/d4/02d2d478616680cb0c36cfc952c8db71.jpg> (dostęp: 06.09.2025).



Ryc. 7. Vejle Psychiatry – strefy funkcjonalne jednego oddziału

Źródło: A. Schulz, *Wpływ architektury na dobrostan osób dorosłych, cierpiących na zaburzenia z kategorii psychicznych oraz nastroju – szpital psychiatryczny dla dorosłych w Gdyni*. Politechnika Gdańska 2023, s. 24.

²⁷ <https://natureimpact.com/en/cases/sedum-roofs/vejle-psychiatry/> (dostęp: 04.09.2025).

²⁸ <https://www.arkitema.com/en/project/psykiatrisygehys-vejle> (dostęp: 04.09.2025).

Dodajmy, że w 2018 r. szpital został wyróżniony prestiżową nagrodą European Healthcare Design Awards, przyznawaną budynkom służby zdrowia, które sprzyjają uzdrawianiu²⁹.

4.2. OBIEKTY NOWO PROJEKTOWANE, LOKOWANE NA OBRZEŻACH MIAST

W tym przypadku mamy do czynienia z wielohektarowymi kompleksami lokowanymi na przedmieściach. Ich odrębność niosła za sobą konieczność uwzględnienia wszechstronnego zaplecza medycznego i administracyjnego. Związany ze szpitalem teren umożliwiał swobodniejszą i bogatszą w różnego rodzaju obiekty rekreacyjne, sportowe oraz służące celom terapeutycznym jego aranżację. Także na możliwość włączenia (nie zawsze wykorzystaną, co pokazuje szpital „Drewnica”) elementów otoczenia, w postaci terenów zadrzewionych, łąk oraz zbiorników wodnych.

4.2.1. Psychiatric Hospital w Slagelse (Dania) projekt zrealizowany

Psychiatric Hospital w Slagelse powstał w 2015 r. na podstawie zwycięskiego projektu autorstwa duńskich pracowni Vilhelm Lauritzen Architects oraz Karlsson Arkitekter, przy współpracy z architektami krajobrazu z pracowni Schønherr. Kampus szpitalny wzniesiono na południowym wschodzie miasta, w sąsiedztwie kilku parków, stadionu i klubu tenisowego (ryc. 8–11).

Jednym z ważniejszych zadań postawionych przed projektantami było zatarcie granicy między szpitalem a jego otoczeniem³⁰. W terapii uwzględniono sport i inne zajęcia fizyczne, aby zwiększyć zaangażowanie pacjentów i poziom ich aktywności. Mają oni do dyspozycji zaplecze sportowe w postaci: dwóch hal, basenu oraz zewnętrznych terenów treningowych. Ponadto ponad 30 dziedzińców i ogrodów, różniących się wielkością i charakterem, daje różnorodne możliwości spędzania wolnego czasu zarówno pacjentom, jak i personelowi³¹. Posadzone na terenie szpitala rośliny i ich kompozycja umożliwiają obserwację zmieniających się pór roku, zmian pogody, aktywności ptaków itp.³² Cały obiekt nastawiony jest na wspieranie cyklu przejścia od eliminacji większości bodźców do stopniowego ich ponownego wprowadzania. „W wielu z tych przestrzeni jest bardzo mało bodźców”, mówi główny projektant Christian Karlsson, „ale kiedy jesteś już prawie gotowy do wyjścia, możesz lepiej radzić sobie ze złożonością prawdziwego świata”³³. Jest to widoczne także w gradacji stopnia dostępności przestrzeni – od kameralnych ogrodów w patio, przypisanych poszczególnym pokojom chorych, po ogólnie dostępne³⁴.

Same oddziały otwierają się z wewnętrznej strony pawilonów na niewielkie ogrodowe dziedzińce przeznaczone dla pacjentów, z drugiej zaś na zewnętrzne tereny zieleni urządzone pomiędzy oddziałami. Ogrody wewnętrzne zapewniają swoim powściągliwym charakterem możliwość wyciszenia, relaksu. Natomiast zewnętrzny ogród, którym opiekuje się głównie personel, ma bardziej „dziki” charakter i służy raczej do oglądania niż do interakcji³⁵.

²⁹ <https://www.europeanhealthcaredesign.eu/awards/> (dostęp: 04.09.2025).

³⁰ M.F. Gonzales, *Vejle Psychiatric Hospital / Arkitema Architect*, 2018, <https://www.archdaily.com/901732/vejle-psychiatric-hospital-arkitema-architects> (dostęp: 04.09.2025).

³¹ J. Astbury, *New Psychiatric Hospital in Slagelse, Denmark, by Karlsson and VLA*, 2016, <https://www.architectural-review.com/buildings/new-psychiatric-hospital-in-slagelse-denmark-by-karlsson-and-vla> (dostęp: 04.09.2025).

³² *Karlsson Architects Psychiatric Hospital in Slagelse*, <https://divisare.com/projects/324243-karlsson-architects-psychiatric-hospital-in-slagelse> (dostęp: 04.09.2025).

³³ M.F. Gonzales, op.cit.

³⁴ Karlsson Arkitekter, *Nytpsykiatrisygehus i Slagelse*, <http://www.karlssonark.com/projekter#/nyt-psykiatrisygehus-i-slagelse/> (dostęp: 11.06.2022).

³⁵ J. Astbury, op.cit.



Ryc. 8. Psychiatric Hospital w Slagelse – plan szpitala z ogrodami na dziedzińcach i patiach

Źródło: chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgclefindmkaj/https://static1.squarespace.com/static/5cd993d1b10f253cf1e619bd/t/5d01f98efd023100014a208a/1560410526495/Karlsson_Shaw151114_EUHPN.pdf; <https://schonherr.dk/aktuelt/wp-content/uploads/2017/10/Blomster-i-flor.jpg> (dostęp: 06.09.2025).



Ryc. 9. Psychiatric Hospital w Slagelse – patio jednego z oddziałów

Źródło: <https://vilhelmlauritzen.com/media/v5afvn12/gaps-34-11170464.jpg?width=1600&quality=90&format=webp> (dostęp: 06.09.2025).



Ryc. 10. Psychiatric Hospital w Slagelse – dziedziniec pomiędzy oddziałami

Źródło: https://cdn.ca.emap.com/wp-content/uploads/sites/12/2016/10/newpsychiatricslagelse5_394409818-1800x1200.jpg (dostęp: 06.09.2025).



Ryc. 11. Psychiatric Hospital w Slagelse – jeden z dziedzińców wieczorem

Źródło: https://images.divisare.com//images/c_limit,f_auto,h_2000,q_auto,w_3000/v1471537562/uea5vwljyiy2kltnpfj/karlsson-architects-psychiatric-hospital-in-slagelse.jpg (dostęp: 06.09.2025).

4.2.2. Psychiatric Hospital w Slagelse (Dania) projekt konkursowy

Jak już wspomniano, budowę Psychiatric Hospital w Slagelse poprzedził konkurs, w którym udział wzięło kilka, głównie duńskich pracowni. Pośród przegranych prac uwagę zwraca projekt biura projektowego CF Møller. Propozycja ta z jednej strony silnie odwołuje się do lokalizacji – na obrzeżach obszaru miejskiego, w pobliżu atrakcyjnych terenów leśnych, z drugiej zaś do udokumentowanego badaniami pozytywnego wpływu zielonego otoczenia na proces dochodzenia do zdrowia (ryc. 12–13).



Ryc. 12. Psychiatric Hospital w Slagelse – projekt konkursowy CF Møller – plan sytuacyjny

Źródło: <https://www.cfmoller.com/ingentra/GAPS-new-psychiatric-hospital-in-Slagelse-C-F-Moeller-img-27965-w700-h991-tD.jpg> (dostęp: 06.09.2025).



Ryc. 13. Psychiatric Hospital w Slagelse – projekt konkursowy CF Møller: a) rzut parteru, b) rzut piętra

Źródło: <https://i.pinimg.com/564x/7a/7d/5d/7a7d5d7a8df33029ab83887b5ca0a36d.jpg>

<https://www.cfmoller.com/ingentra/GAPS-new-psychiatric-hospital-in-Slagelse-C-F-Moeller-img-27957-w700-h989-tD.jpg> (dostęp: 06.09.2025).



Ryc. 14. Psychiatric Hospital w Slagelse – wizualizacja widoku z lotu ptaka

Źródło: <https://www.cfmoller.com/ingentra/GAPS-new-psychiatric-hospital-in-Slagelse-C-F-Moeller-img-27919-w700-h378-tD.jpg> (dostęp: 06.09.2025).

Kompleksowi niskich, jedno- i dwukondygnacyjnych budynków nadano układ mieszany, oparty na planie gwiazdy (ryc. 14). Zostały one bardzo starannie wpisane w topografię terenu i skoncentrowane na głównym elemencie: dużym centralnym ogrodzie, któremu nadano formę brzozowego zagajnika z elementami wodnymi. Mniejsze ogródki urządzono na zamkniętych lub półotwartych dziedzińcach

towarzyszących poszczególnym oddziałom. Zazieleniono także dachy. Tym sposobem połączono strukturę ułatwiającą orientację, z równie ważną potrzebą zróżnicowania przestrzeni dostosowanych do różnych aktywności fizycznych i terapii psychiatrycznych. W kompleks szpitalny wpisano także ogród otaczający budynki oraz okoliczny krajobraz. Wszystko po to, aby stworzyć środowisko, które pozwala pacjentom stopniowo odnosić się do elementów otoczenia i ponownie włączać się w codzienne życie³⁶.

4.2.3. Mazowiecki Szpital Wojewódzki „Drewnica” w Ząbkach koło Warszawy

Historia szpitala „Drewnica” sięga 1889 r., kiedy to powstało Towarzystwo Pomocy Lekarskiej i Opieki nad Umysłowo Chorymi, które podjęło starania o utworzenie własnego szpitala. W kompleksie urządzono także gospodarstwo rolne, które dostarczało pensjonariuszom warzywa, owoce i mleko. Na terenie szpitala wzniesiono w sumie kilkanaście budynków szpitalnych, mieszkalnych oraz gospodarczych. Wszystkie w otoczeniu okazałego założenia parkowo-leśnego³⁷. W 2011 r. podjęto decyzję o wzniesieniu, w pobliżu dotychczasowego szpitala, nowego obiektu. Projekt budynku wykonała pracownia Pas Projekt Archi Studio z Nadarzyna.

Budowa Mazowieckiego Szpitala Wojewódzkiego „Drewnica” rozpoczęła się w 2015 r. i trwała trzy lata. Już na starcie okrzyknięto go „najnowocześniejszym szpitalem psychiatrycznym w Polsce”³⁸. Na stronach internetowych, w tym stronie biura projektowego, możemy odnaleźć ogólne informacje na temat obiektu, jeden schemat funkcjonalny oraz liczne fotografie (ryc. 15–19). Wynika z nich, że na szpital składa się siedmiosegmentowy budynek, w którym cztery dwukondygnacyjne segmenty przeznaczone dla 300 pacjentów tworzą plan krzyża³⁹. Urządzono w nich w sumie 10 oddziałów. Pozostała część mieści centrum rehabilitacji, w tym sale do zajęć muzycznych i ruchowych, sale terapeutyczne, poradnię oraz administrację i pomieszczenia pomocnicze. Na stronie Mazowieckiego Oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia czytamy, że „Całość uzupełnia starannie zagospodarowana przestrzeń na zewnątrz, która liczy aż 10 ha terenów zielonych. Alejki i uliczki wzbogacone zostały w ponad 23 tys. sadzonek, aby roślinność stanowiła element terapii i wypoczynku dla pacjentów. Do ich dyspozycji jest także ogród zimowy. Na terenie kompleksu znajdują się również przestrzenie do integracji, relaksu i aktywności fizycznej z miejscem do gry w szachy oraz w tenisa stołowego. Główny punkt stanowi altana, w której można organizować sesje i spotkania”⁴⁰. Dodajmy do tego jedyne informacje na temat zieleni, jaką zamieścili na swojej stronie projektanci obiektu: „Taki układ tworzy kameralne przestrzenie między budynkami, które wypełniono zielenią, sprzyjającą terapii pacjentów. Centralnym elementem jest segment B, pełniący funkcję wielofunkcyjnej przestrzeni wspólnej z ogrodem zimowym i miejscami do wypoczynku”⁴¹.

Z tego samego źródła dowiadujemy się także, że w placówce wprowadzono ekologiczne rozwiązania. Należą do nich np. pompy ciepła i kolektory słoneczne. Te ostatnie tworzą jedną z największych na Mazowszu farm fotowoltaicznych. Na stronie Muratorplus.pl znajdujemy ponadto informację o tym, że „Inwestycja obejmuje również wybudowanie otwartych zbiorników na wodę deszczową”, do której dodano w sprawie zieleni krótką wzmiankę o „zagospodarowanie terenu wraz z małą architekturą”⁴².

³⁶ CF Møller, *GAPS – new psychiatric hospital in Slagelse*, <https://www.cfmoller.com/p/GAPS-new-psychiatric-hospital-in-Slagelse-i2735.html> (dostęp: 04.09.2025).

³⁷ https://pl.wikipedia.org/wiki/Wojew%C3%B3dzki_Szpital_dla_Nerwowo_i_Psychicznie_Chorych_Drewnica (dostęp: 04.09.2025).

³⁸ <https://pulsmedycyny.pl/medycyna/psychologia-i-psychiatria/w-drewnicy-powstaje-najnowoczesniejszy-w-polsce-szpital-psychiatryczny/> (dostęp: 04.09.2025).

³⁹ Jest to w części przeznaczona dla pacjentów tzw. krzyż św. Andrzeja, nie zaś „układ gwiazdasty”, jak twierdzą projektanci. Taką informację powielono także na stronie Muratorplus.pl. <https://www.pasprojekt.com/7th-szpitaldrewnica>; <https://www.muratorplus.pl/biznes/wiesci-z-rynku/warszawa-bedzie-nowy-szpital-drewnica-aa-c8SC-v79e-FQRa.html> (dostęp: 04.09.2025).

⁴⁰ <https://www.pfsz.org/mazowiecki-szpital-wojewodzki-drewnica-sp-z-o-o-w-zabkach-k-warszawy-dolacza-do-pfsz/> (dostęp: 04.09.2025).

⁴¹ <https://www.pasprojekt.com/7th-szpitaldrewnica> (dostęp: 04.09.2025).

⁴² <https://www.muratorplus.pl/biznes/wiesci-z-rynku/warszawa-bedzie-nowy-szpital-drewnica-aa-c8SC-v79e-FQRa.html> (dostęp: 04.09.2025).

Przez wielu w Polsce obiekt ten uznawany jest za wzorcowy. Na stronie Fundusze Europejskie czytamy: „Mazowiecki Szpital Wojewódzki Drewnica jest modelowym przykładem, jak powinny wyglądać tego typu placówki”⁴³, co jednak budzi istotne wątpliwości.

Surowa, wręcz koszarowa architektura, krzyżowe rozplanowanie głównych sektorów nawiązujące do wzorców zaczerpniętych z budownictwa więziennego, ułatwiają oczywiście kontrolę i nadzór nad pacjentami, umożliwiając szybki przepływ informacji, ale wpływają jednocześnie na poczucie braku prywatności pacjentów. W przypadku szpitala w Ząbkach taki układ oraz dwukondygnacyjność nie zapewniają większości pacjentów ani bezpośredniego, ani wzrokowego dostępu do terenów zieleni, zaprojektowanej (między ramionami) jako niska, przez co tak naprawdę nie odgrywa ona żadnej terapeutycznej roli. Podobnie rzecz ma się z otaczającymi obiekt ogródami, które nie spełniają warunków kameralności, prywatności, wspierania autonomii, stopniowania stymulacji. Całość, łącznie z centralnie ulokowaną altaną, nie posiada konkretnego adresata i zdaje się funkcjonować na zasadzie (parafrazując Nietzsche) „co dla wszystkich to dla nikogo”. Co jeszcze bardziej zaskakujące, nie wykorzystano – jako terenu rekreacyjnego – kompleksu parkowo-leśnego towarzyszącego staremu szpitalowi (dzisiaj opuszczonemu), odcinając się od niego farmą fotowoltaiczną i zbiornikami na wodę. Nawet jednak taki plan obiektu można było rozwiązać w sposób sprzyjający wykorzystaniu ogrodów w terapii pacjentów, czego dowodzi m.in. projekt Psychiatric Hospital w Helsingør (Dania) autorstwa pracowni JDS Architects z 2003 r., w którym powiązano układ krzyżowy z dziedzińcowym pozwalającym na urządzenie wewnętrznych, kameralnych ogrodów o zróżnicowanej wielkości i dostępności⁴⁴. W obiekcie tym wykorzystano także, w celach rekreacyjnych, malowniczy i jednocześnie retencyjny staw, ulokowany pomiędzy ramionami krzyża.



Ryc. 15. Mazowiecki Szpital Wojewódzki „Drewnica” – widok z lotu ptaka

Źródło: https://www.pfsz.org/wp-content/uploads/2023/07/1_pawilon-i-teren-szpitala-min-scaled.jpg (dostęp: 06.09.2025).

⁴³ <https://funduszenamazowszu.eu/szpital-drewnica-nowe-standardy-w-psychiatrii/> (dostęp: 04.09.2025).

⁴⁴ <https://i.pinimg.com/1200x/1c/c9/b5/1cc9b5cc8d6f3a810789b03bd45fe05b.jpg> Obiekt uzyskał w 2007 r. nominację do nagrody Miesa van der Rohe (dostęp: 04.09.2025).



Ryc. 16. Mazowiecki Szpital Wojewódzki „Drewnica” – widok satelitarny nowego szpitala i jego zaplecza w postaci farmy fotowoltaicznej i zbiorników na wodę oraz starej „Drewnicy” położonej na terenie zespołu parkowo-leśnego, 2025 r.

Źródło: https://www.google.com/maps/search/z%C4%85bki+szpital+psychiatryczny/@52.3000651,21.1098725,585m/data=!3m1!1e3?entry=tu&g_ep=EgoyMDI1MDgyNS4wIKXMDSoASAFQAw%3D%3D (dostęp: 06.09.2025)



Ryc. 17. Mazowiecki Szpital Wojewódzki „Drewnica” – zielen pomiędzy segmentami

Źródło: [https://sztuka-architektury.pl/assets/front/images/content/RWHLOIZeAbpICDVORSL5QYvXs9tnwGzAv9mckRi7powwSjyMxI3oYmLAFMfv_drewnica-szpital-07.jpg-image\(1000x_.jpg](https://sztuka-architektury.pl/assets/front/images/content/RWHLOIZeAbpICDVORSL5QYvXs9tnwGzAv9mckRi7powwSjyMxI3oYmLAFMfv_drewnica-szpital-07.jpg-image(1000x_.jpg) (dostęp: 06.09.2025).



Ryc. 18. Psychiatric Hospital, Helsingør – rzut przyziemia

Źródło: <https://i.pinimg.com/1200x/1c/c9/b5/1cc9b5cc8d6f3a810789b03bd45fe05b.jpg> (dostęp: 06.09.2025).



Ryc. 19. Psychiatric Hospital, Helsingør – widok z lotu ptaka

Źródło: https://arquiteturaviva.com/assets/uploads/obras/39883/av_101998.webp?h=e50a4594 (dostęp: 06.09.2025).

4.3. OBIEKTY NOWO PROJEKTOWANE W ZWARTEJ ZABUDOWIE MIEJSKIEJ

To niewielkie, kameralne obiekty zlokalizowane w centrach miast, w obu przypadkach przy ruchliwych ulicach, bez możliwości urządzenia ogrodów na poziomie terenu, co zmusiło projektantów do przyjęcia niekonwencjonalnych rozwiązań, których celem było urządzenie w obrębie budynków zieleni o funkcjach terapeutycznych i rekreacyjnych, a nawet miejsc do uprawiania sportu.

4.3.1. Kronstadt Psychiatric Hospital w Bergen (Norwegia)

W zwartej miejskiej zabudowie został wzniesiony w 2013 r. w Bergen, według projektu szwedzkiego biura Origo Arkitekter, Kronstadt Psychiatric Hospital. Placówka znajduje się w centrum miejscowości, bezpośrednio przy przystanku tramwajowym i ruchliwej ulicy. Pomimo takiego mało dogodnego położenia, dzięki odpowiedniej lokalizacji ogrodów, pacjenci mają zapewnioną intymność oraz dostęp do zieleni. Jednocześnie budynek szpitala w wyraźny sposób łączy się z miastem, zarówno po-

przez widoki z okien, jak i atrakcyjny plac wejściowy przenikający do wnętrza budynku. Tym sposobem zmanifestowano, jak ważne jest nieizolowanie osób chorych psychicznie od społeczeństwa (ryc. 20–23). Potwierdzenie tego wszystkiego stanowi deklaracja autorów tej realizacji „Projekt szpitala kładzie silny nacisk na otwartość i przejrzystość w stosunku do społeczeństwa, tworząc jednocześnie schronienie dla pacjentów”⁴⁵.



Ryc. 20. Kronstad Psychiatric Hospital, widok budynku od strony boiska pobliskiej szkoły

Źródło: https://g.acdn.no/obscure/API/dynamic/r1/escenic/tr_1200_1200_s_f/0000/archive/04850/BA13448_4850567a.jpg?chk=B9353C (dostęp: 06.09.2025).



Ryc. 21. Kronstad Psychiatric Hospital, projekt, przekrój podłużny

Źródło: https://images.adsttc.com/media/images/528e/befd/e8e4/4ece/5800/01db/slideshow/long_section_2880px.jpg?1385086709 (dostęp: 06.09.2025).

⁴⁵ *Kronstad Psychiatric Hospital, Bergen, Norway*, <https://manchesterhistory.net/architecture/2010/kronstad-hospital.html> (dostęp: 04.09.2025).



Ryc. 22. Kronstadt Psychiatric Hospital, rzut parteru

Źródło: https://images.adsttc.com/media/images/528e/bf2e/e8e4/4ece/5800/01dc/slideshow/Situation_plan_2880_px.jpg?1385086757 (dostęp: 06.09.2025).



Ryc. 23. Kronstadt Psychiatric Hospital, ogrody na dachu

Źródło: https://g.acdn.no/obscura/API/dynamic/r1/escenic/tr_1200_1200_s_f/0000/archive/04850/BA13448_4850567a.jpg?chk=B9353C (dostęp: 06.09.2025).

W siedmiokondygnacyjnym budynku z trzema dziedzińcami, w tym jednym zamkniętym, na wyższych kondygnacjach znajdują się oddziały szpitalne, na niższych zaś przychodnie oraz parking podziemny. W placówce urządzono zróżnicowane i angażujące odbiorców przestrzenie zapewniające pacjentom kontakt z przyrodą, intymność i prywatność. Ograniczona powierzchnia działki, którą całkowicie wypełnił budynek, wpłynęła na przyjęcie nietypowych rozwiązań w zakresie lokalizacji ogrodów, które urządzono na dachach różnych pięter, aby zapewnić wytchnienie w zwartym środowisku miejskim. Są one bezpośrednio związane z różnymi oddziałami i służą rekreacji oraz zajęciom na powietrzu, w tym rozmaitym grom, dla których urządzono na dachu dwa boiska. Tereny te zapewniają także wizualny kontakt między różnymi oddziałami oraz – dzięki przejrzystej strukturze budynku – ułatwiają komunikację i orientację. Zielone strefy zachęcają również do interakcji społecznych, oferując jednocześnie przestrzeń do kontemplacji w otoczeniu naturalnych materiałów i roślin⁴⁶. Ich rozmieszczenie i dostępność z wielu kondygnacji sprawia, że zaciera się granica pomiędzy środowiskiem szpitalnym a przyrodniczym. Ogrody Kronstadt Psychiatric Hospital zostały również włączone w system retencji wody deszczowej.

4.3.2. Residencia Y Centro De Día Para Disminuidos Psíquicos w Barcelonie (Hiszpania)

W podobnej lokalizacji, czyli w ścisłym centrum miasta, wzniesiony został ośrodek o nazwie Residencia Y Centro De Día Para Discapacitados Psíquicos w Barcelonie przy Gran via de les Corts Catalanes, zrealizowany w 2010 r. na podstawie projektu konkursowego z roku 2002 autorstwa hiszpańskiej pracowni Aldayjover Arquitectura y Paisaje. Przeznaczono go dla psychicznie chorych pacjentów niepełnosprawnych intelektualnie jako miejsce pobytu dziennego i długoterminowego. W zakresie wyzwań projektowych, jakich dostarczył ten budynek, wypowiedzieli się architekci następująco: „Kluczem do tego projektu jest odpowiedź na niezwykle i trudną urbanistyczną oraz kubaturową sytuację. Po obu stronach działki wznoszą się dwie „bliźniacze wieże” o wysokości 9/10 pięter, podczas gdy na naszej działce mieści się tylko budynek o wysokości 3 pięter. (...) Ze względu na wąską działkę, zdecydowaliśmy się na budynek wokół dziedzińca i ogrodów urządzonych na różnych poziomach⁴⁷”.

Główny podział budynku na część dzienną oraz dłuższego pobytu przebiega poziomami (ryc. 24–26). Centrum dzienne znajduje się prawie w całości na parterze, natomiast część rezydencyjną urządzono na pierwszym i drugim piętrze, zapewniając prywatność i łącząc ją z wewnętrznymi ogrodami, które wychodzą na częściowo zazielenione patio. Centralnie umieszczony dziedziniec jest jednocześnie elementem organizującym przestrzeń w budynku i ułatwiającym orientację jego użytkowników⁴⁸. Obsadzono go gęstą roślinnością, starając się wykreować przyjazne środowisko przyrodnicze, co w kontekście ograniczeń przestrzennych i trudnych warunków uprawowych było istotnym wyzwaniem projektowym. W celu wzmocnienia efektu powiązania z otoczeniem, zamontowano w wewnętrznych ścianach jasnozielone panele. Zagospodarowano także dach budynku jako teren spacerowy z miejscami do odpoczynku⁴⁹.

⁴⁶ Kronstad Psychiatric Hospital/Origo Arkitektgruppe, 2013, <https://www.archdaily.com/451158/kronstad-origo-arkitektgruppe> (dostęp: 04.09.2025).

⁴⁷ Residence and Day Center for the Mentally Handicapped / AldayjoverArquitectura y Paisaje, 2013, https://www.archdaily.com/342719/residence-and-day-center-for-the-mentally-handicapped-aldayjover-arquitectura-y-paisaje?ad_medium=gallery (dostęp: 04.09.2025).

⁴⁸ Residence & Day Center, <https://www.aldayjover.com/en/component/articulo/?idcategoria=16&idarticulo=267> (dostęp: 04.09.2025).

⁴⁹ S. Singhal, Residence and Day Center for the Mentally Handicapped in Barcelona by AldayjoverArquitectura y Paisaje, 2013, <https://www10.aecafe.com/blogs/arch-showcase/2013/03/19/residence-and-day-center-for-the-mentally-handicapped-in-barcelona-by-aldayjover-arquitectura-y-paisaje/> (dostęp: 04.09.2025).



Ryc. 24. Residencia Y Centro De Día Para Disminuidos Psíquicos – widok od strony ulicy

Źródło: <https://images.adsttc.com/media/images/50a5/7dae/b3fc/4b26/3f00/016b/slideshow/PORTADA - i alday centro social 8.3.jpg?1428007474> (dostęp: 06.09.2025).



Ryc. 25. Residencia Y Centro De Día Para Disminuidos Psíquicos – patio

Źródło: https://images.adsttc.com/media/images/50a6/3585/b3fc/4b46/eb00/003a/slideshow/06_secci%C2%A2n.jpg?1428007515 (dostęp: 06.09.2025).



Ryc. 26. Residencia Y Centro De Día Para Disminuidos Psíquicos – przekrój przez wirtualną makietę

Źródło: https://images.adsttc.com/media/images/50a6/356c/b3fc/4b46/eb00/0039/slideshow/perspectiva_gran_via.jpg?1428007518 (dostęp: 06.09.2025).

5. PODSUMOWANIE

Kształtowanie struktury przestrzennej szpitali psychiatrycznych uwarunkowane jest specyficznymi potrzebami pacjentów cierpiących na choroby psychiczne i nerwowe. Pacjenci takich placówek z reguły nie muszą przebywać przez większość czasu w łóżku, przez co oddziały łóżkowe pełnią jedynie funkcję sypialni, podczas gdy chorzy spędzają dzień poza nimi. Obecnie odchodzi się od traktowania szpitali

psychiatrycznych jako miejsc ścisłej izolacji chorych przed społeczeństwem, co przynosiło negatywne skutki dla zdrowia pacjentów. Dzięki rozwojowi medycyny i ogólnej świadomości dotyczącej chorób psychicznych powoli rezygnuje się także ze stosowania, bez wyraźnej przyczyny, środków w sposób bezpośredni ograniczających możliwość ucieczki chorych i chroniących przed ich agresją, jak kraty w oknach czy wysokie mury.

Założenia szpitalne przeznaczone leczeniu chorób psychicznych i nerwowych stają w związku z tym coraz częściej środowiskiem przyjaznym pacjentom, z założenia traktującym przestrzeń i tę zbudowaną i związany z nią teren zieleni jako element terapeutyczny. W zakresie znaczenia tej drugiej sięga się często po wzorce wypracowane na przełomie XIX i XX w., kiedy tereny zieleni stanowiły nierozdzielalną część kompleksów leczniczych, a ogrodami i związanym z nimi aktywnościom przypisywano właściwości terapeutyczne. Za element nowy uznać należy widokowe (dzięki przeszklonym ścianom) otwarcie pomieszczeń przeznaczonych dla pacjentów zarówno na ogrody, jak i otaczający krajobraz. Zwraca także uwagę ich nowatorska dla tego typu placówek, zwłaszcza w przypadku obiektów niedysponujących większymi działkami, lokalizacja na dachach i tarasach.

Powyższe podejście potwierdzają liczne przykłady szpitali psychiatrycznych wznoszonych w ostatnich latach w wielu krajach europejskich. W tym kontekście polskie placówki tego typu, czego przykładem szpital w Żąbkach, znacząco od nich odbiegają.

5.1. ASPEKT FUNKCJONALNO-PRZESTRZENNY

Analiza wybranych obiektów, pełniących funkcję szpitali psychiatrycznych, pozwoliła na wyodrębnienie szeregu cech charakterystycznych w zagospodarowaniu ogrodów przy tego typu placówkach. Powtarzalność niektórych rozwiązań wiąże się niewątpliwie ze specyfiką leczonych dolegliwości, które w większości przypadków determinują konieczność wprowadzania szczególnych środków bezpieczeństwa w zakresie ograniczeń dostępności i właściwości elementów przestrzennych, oraz możliwości dozoru przez personel. Analizowane przykłady pokazują wyraźną tendencję w zakresie relacji funkcjonalno-przestrzennej szpital-ogród. Projektanci omawianych obiektów świadomie dążą do lokalizowania ogrodów jak najbliżej pacjentów, włączając je, w znakomitej większości, w terapeutyczny program placówki.

Lokalizacja, forma i funkcja terenów zieleni zależy głównie od dostępnej powierzchni terenu oraz charakteru placówki i liczby oddziałów, co pociąga za sobą zróżnicowaną organizację przestrzenną. W obiektach wielooddziałowych, zajmujących rozległy teren, dominują typy mieszane: pawilonowe, grzebieniowe i dziedzińcowe, rzadziej krzyżowo-dziedzińcowe, co w pewnym stopniu powtarza układy znane nam z wcześniejszych rozwiązań przyjętych w tego typu placówkach. Pozwala to na budowanie gradacji uwzględniającej potrzeby i możliwości pacjentów – od ogrodów zamkniętych urządzanych na dziedzińcach, po półotwarte i otwarte tereny o charakterze parkowym (Helsingborg Hospital, Szwecja; Psychiatric Hospital in Slagelse, Dania, Vejle Psychiatry, Dania). Odpowiada to schematowi leczenia polegającemu na początkowej eliminacji bodźców, a następnie stopniowym ich wprowadzaniu⁵⁰.

W mniejszych placówkach, zwłaszcza tych, które wzniesiono w centrach miast (Kronstadt Psychiatric Hospital w Bergen, Norwegia; Residence and Day Center for the Mentally Handicapped w Barcelonie, Hiszpania) ograniczono się do ogrodów zlokalizowanych na dziedzińcach zamkniętych lub półotwartych. Wykorzystano w tym celu również dachy i tarasy, służące także często jako miejsca, z których można obserwować okolicę (Kronstadt Psychiatric Hospital w Bergen, Norwegia).

Zauważono również, że tereny zieleni przy szpitalach psychiatrycznych cechuje czytelny, uporządkowany układ przestrzenny. Przyczyną są częste problemy z orientacją przestrzenną pacjentów. Są one także pozbawione miejsc odosobnienia, co jest związane z koniecznością zapewnienia dozoru przez personel medyczny. Dominują na ich terenie elementy sprzyjające biernemu korzystaniu, takie jak: różne formy siedzisk, stoły, leżaki, zadaszenia. Uznano bowiem, że samo przebywanie pośród przyrody stanowi wartość terapeutyczną. Pojawiają się również (nawet na dachach!) elementy służące aktywnemu spędzaniu czasu, jak boiska sportowe, trawniki do jogi czy ścieżki do joggingu. W niektórych z analizowanych ogrodów wyznaczono miejsca przeznaczone do przeprowadzania hortiterapii, na przykład w ogrodach uprawowych, a także innych form, takich jak: muzykoterapia, terapia plastyczna, terapia kulinarna.

⁵⁰ Karlsson Architekt, op.cit.

5.2. ASPEKT PRZYRODNICZY

Z uwagi na częste występowanie ogrodów zlokalizowanych na terenie dziedzińców, a więc na ograniczonej powierzchni, ilość i rodzaj nasadzeń dostosowane są do wielkości ogrodu. Ze względu na potrzeby i ograniczenia pacjentów dominują rozwiązania z zachowaniem zastanych układów i elementów oraz wykorzystaniem lokalnych roślin.

W obiektach, w których ogrody urządzone na dachach i tarasach, dominuje roślinność niska, natomiast drzewa pojawiają się sporadycznie. Przykładem na to jest Kronstadt Psychiatric Hospital w Bergen (Norwegia), w którym dodatkowo zaprojektowano zieloną ścianę z roślinami zimozielonymi, dostępną z poziomu ulicy. Z uwagi na specyfikę leczonych chorób i wynikającą z niej często konieczność dozoru pacjentów, nasadzenia (podobnie jak sam układ przestrzenny ogrodu) nie mogą stwarzać miejsc odosobnienia. Unika się z tego powodu roślinności tworzącej w przestrzeni ogrodu zwarte ściany.

Na koniec warto zaznaczyć, że tworzone przy szpitalach psychiatrycznych ogrody wpływają korzystnie na promocję i wizerunek placówki.

Bibliografia

- Astbury J., *New Psychiatric Hospital in Slagelse, Denmark*, by Karlsson and VLA, 2016, <https://www.architectural-review.com/buildings/new-psychiatric-hospital-in-slagelse-denmark-by-karlsson-and-vla> (dostęp: 06.09.2025).
- Bodryzlova Y. et al., *Hospital design for inpatient psychiatry: A realistic umbrella review*, "Journal of Psychiatric Research", October 2024, vol. 178, s. 94–106.
- Connellan K. et al., *Stressed spaces: mental health and architecture*, "HERD" 2013, 6 (4), s. 127–168.
- Higgins J., Green S. (red.), *Handbook for Systematic Reviews of Interventions*, Cochrane Book Series, John Wiley & Sons, Chichester, 2009.
- Furto A., *New Hospital Hvidovre Extension Winning Proposal / Schmidt Hammer Lassen Architects + Aarhus Arkitekterne*, 2013, https://www.archdaily.com/384652/new-hospital-hvidovre-extension-winning-proposal-schmidt-hammer-lassen-architects?ad_source=search&ad_medium=projects_tab (dostęp: 04.09.2025).
- Gonzales M.F., *Vejle Psychiatric Hospital / Arkitema Architect*, 2018, <https://www.archdaily.com/901732/vejle-psychiatric-hospital-arkitema-architects> (dostęp: 06.09.2025).
- <https://funduszenamazowszu.eu/szpital-drewnica-nowe-standardy-w-psychiatrii/> (dostęp: 06.09.2025).
- <https://i.pinimg.com/1200x/1c/c9/b5/1cc9b5cc8d6f3a810789b03bd45fe05b.jpg> (dostęp: 06.09.2025).
- <https://natureimpact.com/en/cases/sedum-roofs/vejle-psychiatry/> (dostęp: 06.09.2025).
- <https://pl.wikipedia.org/wiki/> (dostęp: 06.09.2025).
- <https://pulsmedycyny.pl/medycyna/psychologia-i-psychiatria/w-drewnicy-powstaje-najnowocześniejszy-w-polsce-szpital-psychiatryczny/> (dostęp: 06.09.2025).
- <https://www.gov.pl/web/psse-wolomin/swiatowy-dzien-zdrowia---7-kwietnia-2023-r> (dostęp: 4.09.2025).
- <https://www.muratorplus.pl/biznes/wiesci-z-rynku/warszawa-bedzie-nowy-szpital-drewnica-aa-c8SC-v79e-FQRa.html> (dostęp: 06.09.2025).
- <https://www.pasprojekt.com/7th-szpitaldrewnica> (dostęp: 06.09.2025).
- <https://www.pfsz.org/mazowiecki-szpital-wojewodzki-drewnica-sp-z-o-o-w-zabkach-k-warszawy-dolacza-do-pfsz/> (dostęp: 06.09.2025).
- <https://zabytek.pl/pl/obiekty/zespol-szpitala-dla-nerw-865381> (dostęp: 06.09.2025).
- Jabłoński J., Furmańczyk J., *Healing Architecture in Mental Health Facilities in the New European Bauhaus Context*, "Buildings" 2024, vol.14 (4).
- Juraszyński J. et al., *Projektowanie obiektów służby zdrowia*, Arkady, Warszawa 1973.
- Karlsson Architects, *Psychiatric Hospital in Slagelse*, <https://divisare.com/projects/324243-karlsson-architects-psychiatric-hospital-in-slagelse> (dostęp: 06.09.2025).
- Karlsson Arkitekter, *Nyt Psykiatrisygehus i Slagelse*, <http://www.karlssonark.com/projekter#/nyt-psykiatrisygehus-i-slagelse/> (dostęp: 06.09.2025).
- Kronstadt Psychiatric Hospital, Bergen, Norway, <https://manchesterhistory.net/architecture/2010/kronstadhospital.html> (dostęp: 06.09.2025).
- Kronstad Psychiatric Hospital/Origo Arkitektgruppe, 2013, <https://www.archdaily.com/451158/kronstad-origo-arkitektgruppe> (dostęp: 06.09.2025).
- McIntosh J. et al., *The role of courtyards within acute mental health wards: designing with recovery in mind*, "International Journal of Environmental Research and Public Health" 2022, vol. 19 (18).
- Mikołajów D., *Współczesne tendencje w kształtowaniu zieleni przy obiektach leczniczych*, praca doktorska napisana pod kierunkiem Marzanny Jagiełło, Wydział Architektury Politechniki Wrocławskiej 2021.
- Mohammadi S. Gorji et al., *Investigating the impact of healthcare environmental design on staff security: a systematic review*, "HERD" 2021, vol. 14 (1), s. 251–272.

- Møller C.F., *GAPS – new psychiatric hospital in Slagelse*, <https://www.cfmoller.com/p/GAPS-new-psychiatric-hospital-in-Slagelse-i2735.html> (dostęp: 06.09.2025).
- <https://www.cfmoller.com/p/New-Helsingborg-Hospital-i3726.html> (dostęp: 06.09.2025).
- O'Connor M. et al., *The environment of inpatient healthcare delivery and its influence on the outcome of care, "HERD"* 2012, vol. 6 (1), s. 104–116.
- Papoulias C. et al., *The psychiatric ward as a therapeutic space: systematic review*, "British Journal of Psychiatry" 2014, vol. 205 (3), s. 171–176.
- Pawlaczyk-Szymańska D. et al., *User Well-Being as a Paramount Challenge in Contemporary Built Environment Design: The Architecture of Psychiatric Hospitals and Its Influence on Treatment Processes and the Health, Safety, and Comfort of Patients and Medical Staff—A Systematic Literature Review and Insights from the New European Bauhaus Initiative*, "Buildings" 2025, vol. 5 (4).
- Residence and Day Center for the Mentally Handicapped / AldayjoverArquitectura y Paisaje*, 2013, https://www.archdaily.com/342719/residence-and-day-center-for-the-mentally-handicapped-aldayjover-ar-quitectura-y-paisaje?ad_medium=gallery (dostęp: 06.09.2025).
- Residence & Day Center*, <https://www.aldayjover.com/en/component/articulo/?idcategoria=16&idarticulo=267> (dostęp: 06.09.2025).
- Ross T. et al., *Space and well-being in high security environments*, "Front Psychiatry" 2022, vol. 13.
- Schmidt Hammer Lassen Architects, *Helsingborg Hospital*, <https://www.shl.dk/helsingborg-hospital/> (dostęp: 06.09.2025).
- Schulz A., *Wpływ architektury na dobrostan osób dorosłych, cierpiących na zaburzenia z kategorii psychotycznych oraz nastroju – szpital psychiatryczny dla dorosłych w Gdyni*. Praca magisterska, Wydział Architektury Politechniki Gdańskiej 2023.
- Singhal S., *Residence and Day Center for the Mentally Handicapped in Barcelona by Aldayjover Arquitectura y Paisaje*, 2013, <https://www10.aeccafe.com/blogs/arch-showcase/2013/03/19/residence-and-day-center-for-the-mentally-handicapped-in-barcelona-by-aldayjover-arquitectura-y-paisaje/> (dostęp: 06.09.2025).
- Staniewska A., *Oblędne ogrody*, Wydawnictwo Politechniki Krakowskiej, Kraków 2020.
- Staniewska A., *Gardens of Historic Mental Health Hospitals and Their Potential Use for Green Therapy Purposes. "Land"* 2022, vol. 11 (10).
- Strojny R., *Współczesne tendencje w projektowaniu szpitali specjalistycznych w Europie*, Wydawnictwo Politechniki Lubelskiej, Lublin 2024.
- Szabo K.A. et al., *Inpatient aggression in community hospitals*, "Violence in Psychiatry" 2016, vol. 20 (3), s. 223–230.
- Szabo M.D.R. et al., *Touch, feel, heal. The use of hospital green spaces and landscape as sensory-therapeutic gardens: a case study in a university clinic*, "Frontiers in Psychology", 24 Nov. 2023, vol. 14.
- [Wojew% C3%B3dzki Szpital dla Nerwowo i Psychiczenie Chorych Drewnica](#) (dostęp: 06.09.2025).

Nota o autorkach

prof. dr hab. arch. Marzanna Jagiełło – kierowniczka Katedry Konserwacji Architektury i Rewaloryzacji Krajobrazu Kulturowego, Wydział Architektury Politechniki Wrocławskiej.

Członkini Komitetu Architektury i Urbanistyki PAN oraz Głównej Komisji Konserwatorskiej przy MKiDN. Zainteresowania badawcze: szeroko rozumiana architektura krajobrazu, historia ogrodów, rewalizacja obszarów przemysłowych.

dr inż. arch. kraj. Daria Mikołajów – badaczka i projektantka architektury krajobrazu, specjalizuje się w ogrodach terapeutycznych oraz relacji między krajobrazem a zdrowiem. Jest członkinią Towarzystwa Urbanistów Polskich oraz Certyfikowaną Inspektorką Drzew. Jej zainteresowania badawcze obejmują ogrody przy placówkach medycznych, historię i rewaloryzację zieleni, a także współczesne podejście projektowe oparte na przyrodzie.

AGRESJA W PLACÓWKACH PSYCHIATRYCZNYCH – PRÓBA ZDEFINIOWANIA PROBLEMU NA PODSTAWIE STANDARDÓW PROJEKTOWYCH ORAZ WYMOGÓW PRZEPISÓW BUDOWLANYCH

AGGRESSION IN PSYCHIATRIC FACILITIES – AN ATTEMPT TO DEFINE THE PROBLEM BASED ON DESIGN STANDARDS AND BUILDING REGULATION REQUIREMENTS

Streszczenie

Wśród personelu placówek opieki psychiatrycznej panuje przekonanie, że agresja ze strony pacjentów jest stosunkowo rzadkim, ale nieuniknionym elementem pracy. Pracownicy medyczni tolerują tego typu zachowania ze względu na brak zaawansowanych procedur programów szkoleń, które umożliwiłyby ograniczenie agresywnych zachowań i poprawiły bezpieczeństwo pracy. Brakuje spójnych rozwiązań systemowych dotyczących postępowania, gdy już dojdzie do napaści ze strony pacjenta. Personel medyczny nie powinien pozostawać sam z trudnymi emocjami doświadczanymi po agresywnych zachowaniach pacjentów. Wsparcie i rozmowy ze współpracownikami mogą w znaczącym stopniu ułatwić poradzenie sobie z trudnymi emocjami, a w dłuższej perspektywie przeciwdziałać frustracji i wypaleniu zawodowemu.

Słowa kluczowe: agresja w placówkach psychiatrycznych, architektura

Abstract

Among the staff of psychiatric care facilities, there is a belief that aggression on the part of patients is a relatively rare but unavoidable part of the job. Medical staff tolerate this type of behavior due to the lack of advanced training programs that would reduce aggressive behavior and improve workplace safety. There is a lack of consistent systemic solutions for dealing with patient assaults once they occur. Medical staff should not be left alone with the difficult emotions experienced after aggressive behavior by patients. Support and conversations with colleagues can greatly facilitate coping with difficult emotions and, in the long term, counteract frustration and burnout.

Keywords: aggression in psychiatric facilities, architecture

1. WSTĘP

Problem agresji w placówkach, poradniach oraz Centrach Zdrowia Psychicznego typu A i B (działających w ramach ministerialnego programu pilotażowego) oraz szpitalach psychiatrycznych, pomimo braku wiarygodnych danych, jest uznawany za występujący powszechnie, a w ostatnim czasie dodatkowo jeszcze bardziej się nasilił.

Przykładem potwierdzającym taką tezę może być zdarzenie, do którego doszło w jednym z gabinetów lekarskich w Koszalinie. 45-letni mężczyzna, mieszkaniec miasta, zaatakował lekarkę psychiatrę – uderzając ją po całym ciele, a następnie rzucając w nią sprzętem komputerowym oraz krzesłem. Napastnik miał przy sobie nóż, którego jednak nie użył. Wołanie o pomoc usłyszał pacjent oczekujący na wizytę. Zaalarmował służby, które przybyły na miejsce i zatrzymały napastnika, który próbował uciec z miejsca zdarzenia. Mężczyzna był trzeźwy, ale ze względu na jego zachowanie został przewieziony do szpitala psychiatrycznego, gdzie przebywa obecnie pod stałą obserwacją. Poszkodowana lekarka doznała obrażeń twarzy oraz złamań palców dłoni. Z ustaleń po zdarzeniu wynikało, iż napastnik twierdził, że lekarka miała kilka lat wcześniej przepisać mu „niewłaściwe leki”. Mężczyzna usłyszał zarzuty naruszenia nietykalności cielesnej funkcjonariusza publicznego, kierowania gróźb karalnych, uszkodzenia ciała oraz zniszczenia mienia. Wszystkie czyny zostały zakwalifikowane jako popełnione w warunkach czynu chuligańskiego, co skutkuje zaostreniem odpowiedzialności karnej. Zdarzenie to było w ostatnim czasie jednym z wielu, jednak skierowane było bezpośrednio w środowisko, które zgodnie z zasadą etyki ma pomagać jednostkom zmagającym się z problemami psychicznymi.

Od osób pracujących z chorymi psychicznie pacjentami oczekiwana jest tolerancja tego typu zachowań, wpisanych niejako w ryzyko zawodowe. Niejasne są statystyki odnośnie do częstotliwości występowania różnych form agresji w stosunku do personelu medycznego pracującego na psychiatrii, natomiast nie stwierdzono różnic statystycznych w narażeniu na agresję, jeśli chodzi o czynniki demograficzne, takie jak na przykład płeć czy wiek.

W zależności od badań szacunki osiągają ogromną rozbieżność i dochodzą nawet do 71% w badaniach oceniających częstość narażenia na zachowania agresywne wobec psychiatrów. W grupie tej aż 48,4% psychiatrów doświadczyło połączonej napaści fizyczno-słownej. Niestety, pomimo dużego narażenia na zachowania agresywne w grupie osób pracujących na oddziałach psychiatrycznych, nie ma jasnych wytycznych odnośnie do postępowania w przypadku ataku ze strony chorego psychicznie (nie zawsze chorego, również pacjentów z zaburzeniami osobowości). Praktycznie nie zgłasza się napastliwości (agresji?) słownej, uważanej za ryzyko zawodowe i stały element związany z pracą w psychiatrii. Zaledwie około 20% pielęgniarek doświadczających agresji czynnej ze strony pacjentów raportuje występowanie uszkodzenia ciała w postaci: zadrapań, podbiegnięć krwawych, skaleczeń czy złamań. Znane są także przypadki znacznie poważniejszych konsekwencji napaści ze strony pacjenta, skutkujące trwałym uszczerbkiem na zdrowiu lub śmiercią. Jakkolwiek badania pokazują, że narażenie na agresję ze strony pacjentów jest częstym zjawiskiem w psychiatrii, to formalne zgłoszenie takiego zdarzenia dotyczy zaledwie 5% przypadków. Za taki stan rzeczy może odpowiadać przekonanie, że narażenie na przemoc ze strony pacjentów jest jednym z elementów pracy w psychiatrii i stanowi rodzaj „pewnego przyzwolenia”. Oczywiście, w placówkach szpitali psychiatrycznych agresja może być ukierunkowana również na innych pacjentów, a niekiedy także na osoby przebywające aktualnie na oddziale (np. odwiedzających).

2. AGRESJA

Z racji wykonywanego zawodu zarówno psychiatrzy, jak i personel pracujący na oddziałach i w poradniach psychiatrycznych stosunkowo często narażeni są na agresję słowną i czynną ze strony pacjentów. Z nieco inną sytuacją mamy do czynienia w przypadku, gdy napastnikiem nie jest sam pacjent, tylko jego bliscy. Czy jednak pacjent, ze względu na sam fakt leczenia psychiatrycznego, zwolniony jest z odpowiedzialności za popełnione czyny? Często usprawiedliwiamy osoby przebywające na oddziałach psychiatrycznych, znając specyfikę ich choroby czy zaburzeń. Czasami czujemy się współodpowiedzialni za przejawiane przez pacjentów zachowania agresywne, uważając je za wynik naszego nieskutecznego leczenia. Często też musimy, pomimo przejawianej przez naszych pacjentów agresji, leczyć ich nadal.

Prawdopodobnie za taki stan rzeczy, przynajmniej częściowo, odpowiadają błędy organizacyjne występujące w służbie zdrowia oraz brak wiedzy o sposobie postępowania w przypadku wystąpienia tego typu sytuacji. Często towarzyszy nam uczucie bezradności związane ze zderzeniem się z systemem. Agresja ze strony pacjentów może nieść za sobą znaczące konsekwencje, zarówno krótko, jak i długoterminowe. 65% pracowników, którzy doświadczyli fizycznej agresji ze stron pacjentów w szpitalu psychiatrycznym, przebywało na zwolnieniu lekarskim, z tego część z nich wymagało wielomiesięcznego zwolnienia z pracy. Nie do oszacowania są konsekwencje psychologiczne związane z narażeniem na atak ze strony pacjenta.

Obecny wzrost zjawiska agresji to nie tylko zdarzenia negatywne, lecz także powszechny fakt. Dlatego gdy skala takich zjawisk jest duża, równocześnie obszar oddziaływania jej skutków jest znaczący. Trudno zrozumieć agresję w kierunku pracowników medycznych, którzy niosą pomoc w sytuacjach zagrożenia życia czy zdrowia. Typ działalności tego środowiska zawodowego ma za zadanie nieść pomoc i wsparcie, dlatego to ujemne zjawisko mocno komplikuje i dezorganizuje jego pracę. Z analizy wykonanej na zlecenie Okręgowej Izby Lekarskiej w Gdańsku wynika, że:

- w grupie lekarzy ze stażem poniżej 10 lat blisko aż 82% badanych doświadczyło nieprzyjemnych sytuacji;
- 37% badanych doświadczyło ze strony pacjentów próby wymuszania określonego postępowania medycznego przynajmniej raz w miesiącu;
- 27% badanych przynajmniej raz w miesiącu spotkało się z nieodpowiednim do sytuacji, obraźliwym komentarzem;

- co czwarty lekarz przynajmniej raz w ciągu roku doświadczył nękania lub szantażu;
- co dwudziesty lekarz odbiera niemiły telefon od pacjenta przynajmniej raz w miesiącu;
- 30% lekarzy doświadczyło niekorzystnych, nieprzyjemnych wpisów na stronach internetowych.

Analizując przyczyny agresji pacjentów w stosunku do lekarzy, stwierdzamy dwie główne przyczyny i naturalnie przesłanki do jej ekspresji. Jedna dotyczy sytuacji zewnętrznej, w której znalazł się pacjent (zależna od systemu), druga jest związana bezpośrednio z jego stanem zdrowia (np. spowodowana chorobą). Trzeba zauważyć, że znaczna część tych zachowań wiąże się z nieprawidłowo funkcjonującym systemem i jego organizacją, a nie z konkretnym działaniem czy jego brakiem ze strony lekarza. W tym miejscu należałoby również się zastanowić, jaki wpływ na pacjenta będzie miała odpowiednio zaprojektowana struktura budowlana obiektu, w którym pacjent poddany jest terapii. Lekarze w takim przypadku stają się obiektem do wyładowania frustracji czy też niezadowolenia przez pacjenta. Należy stwierdzić, że obecnie system ochrony zdrowia zmagają się z licznymi trudnościami organizacyjnymi, finansowymi, brakami personalnymi, co w rezultacie przekłada się na złą organizację pracy i generuje rozczarowanie oczekujących pacjentów. Zarówno niewłaściwa organizacja sektora, bezustanne braki finansowe, złe zarządzanie, długie listy oczekujących, jak i brak empatii oraz zrozumienia ze strony personelu również wpływają na niezadowolenie pacjentów. Sytuacja jest tak paradoksalna, że tworzone listy oczekujących biegną nawet w lata, co tylko zwiększa frustrację pacjentów. Takie okoliczności generują złość pacjentów, która jest następnie demonstrowana jako agresja czy niewłaściwe zachowanie w stosunku do całego personelu medycznego. Często pacjenci postrzegają swoją sytuację zdrowotną jako właściwą do natychmiastowego udzielania pomocy, konsultacji czy określonego działania. Aktualnie funkcjonuje Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (dalej: ustawa o prawach pacjenta i RPP), w której określono i wyliczono przysługujące pacjentom prawa. Po lekturze tych zapisów pacjenci starają się je wymuszać w praktyce. Jednak literatura prawa w codziennej praktyce przyjmuje inny wymiar. Przykładowo, prawo do udzielenia świadczenia zdrowotnego w szpitalu przekłada się zawsze na stan pacjenta, a w związku z tym czas jego oczekiwania i możliwość udzielenia pomocy. Dlatego różnica pomiędzy zapisami prawnymi interpretowanymi teoretycznie a praktyką może powodować sytuacje konfliktowe. Spotykamy często zarzutem jest stwierdzenie (z katalogu praw pacjenta, art. 20–22 ustawy o prawach pacjenta i RPP) o nieposzanowaniu godności i przedmiotowym traktowaniu pacjenta.

Do częstych pretensji pacjentów należą: nierespektowanie prawa do informacji w zakresie przekazanych informacji co do stanu zdrowia, brak uznania autonomii pacjenta w wyborze i metodzie leczenia, niezadowolenie z samych efektów leczenia, a także zaniedbania i niekompetencja personelu podczas udzielania świadczenia zdrowotnego.

Takim sytuacjom może towarzyszyć zawód, poczucie krzywdy, bólu i lekceważenia. Trzeba mieć świadomość tego, że wymienione przesłanki generujące niezadowolenie pacjentów mogą przybrać określoną formę agresji i jej ukierunkowanego ujawnienia. Grupa pacjentów, którzy chcą wymusić na lekarzu określone zachowania, także może cechować się agresją, naturalnie wówczas, gdy lekarz odmówi spełnienia żądania. Często pacjenci domagają się bezpodstawnego przepisanie leków, skierowania na badania, zastosowania określonej procedury, wypisania ważnego (dla nich) dokumentu (zaświadczenia, opinii itd.). Sytuacja taka jest normalna, jeśli za postępowaniem i decyzjami lekarza przemawiają przesłanki medyczne bądź w jego oczach racjonalne. Jednak gdy lekarz widzi brak takiej potrzeby i odmawia spełnienia prośby, rozczarowani pacjenci mogą być roszczeniowi. Kolejną grupą pacjentów, którzy mogą cechować się agresją, są osoby z zaburzeniami psychicznymi (typ chorób cechujący się możliwymi atakami agresji), uzależnione (alkoholicy, narkomani) czy pod wpływem różnych środków (notowane od paru lat tzw. dopalacze, leki psychotropowe, narkotyki czy inne podobnie działające substancje). Także często sam charakter pacjenta (naturalnie patologiczny) decyduje o możliwym kreowaniu agresji na zewnątrz w celu osiągnięcia bądź wymuszenia czegoś na lekarzu. Nową formą zachowań agresywnych pacjentów jest agresja lokowana w sieci internetowej. Wpisy na forach, obrażanie lekarzy, ich szkalowanie, oczernianie czy nawet straszenie stają się praktycznie codziennością. Naturalnie agresja ta może być wykreowana przez samego pacjenta, jego rodzinę, bliskich lub znajomych. Środowisko, w którym odbywa się terapia, odgrywa kluczową rolę w procesie zdrowienia klienta. Od momentu przekroczenia progu gabinetu, każdy element – od mebli po kolory ścian – kształtuje jego doznania i poczucie bezpieczeństwa. Przemyślana przestrzeń może znacząco usprawnić proces terapeutyczny, budując poczucie komfortu i otwartości, które sprzyjają zaufaniu i głębszej samoeksploracji.

Wystrój gabinetu to nie tylko kwestia estetyki – odzwierciedla on podejście do terapii, a także ‘komunikuje’ pacjentowi, że jego dobre samopoczucie jest priorytetem. Projektując przestrzeń z intencją, tworzymy środowisko sprzyjające uzdrowieniu i wspierające wartościowe rozmowy. Wystrój gabinetu jest bardzo ważny dla terapii i może znacząco wpływać na rezultaty terapii. Kluczowe są elementy efektywnego projektowania gabinetu terapeutycznego, w związku z tym warto podzielić się praktycznymi wskazówkami dotyczącymi tworzenia przestrzeni, która usprawnia proces terapeutyczny. Kolorystyka może znacząco wpływać na nastrój i emocje w środowisku terapeutycznym. Delikatne, stonowane odcienie, takie jak błękity, zielenie i barwy ziemi, sprzyjają relaksowi i wyciszeniu. Meble powinny stawiać na komfort, funkcjonalność, zapewniając wygodę i wystarczającą przestrzeń do poruszania się. Również oświetlenie odgrywa ważną rolę w kreowaniu nastroju; w miarę możliwości należy korzystać ze światła naturalnego i wybierać ciepłe, regulowane oświetlenie sztuczne, aby stworzyć uspokajającą atmosferę.

Gabinet terapeutyczny powinien być oazą, w której pacjenci czują się bezpiecznie, z szacunkiem i swobodnie. Przemysłane decyzje mogą stworzyć atmosferę zaufania i bezpieczeństwa, sprzyjającą głębszej samoeksploracji i rozwojowi osobistemu.

Prywatność odgrywa kluczową rolę w projektowaniu gabinetu terapeutycznego. Należy wziąć pod uwagę następujące elementy, aby zapewnić klientom poufność:

- Izolacja akustyczna: instalowanie paneli akustycznych, systemy maskujące dźwięk oraz odpowiednio uszczelnione drzwi i okna, aby zapobiec podsłuchiowaniu rozmów. Układ gabinetu: przy ustalaniu rozmieszczenia miejsc siedzących należy wziąć pod uwagę kilka kwestii, w tym konieczność minimalizacji barier fizycznych (takich jak biurka czy duże meble), zachowanie poczucia równości w celu zmniejszenia nierównowagi sił oraz zapewnienie, że układ sprzyja zarówno komunikacji werbalnej, jak i niewerbalnej. Ważne jest również uwzględnienie preferencji kulturowych i zasad opieki uwzględniających traumę, takich jak unikanie ustawiania klienta tyłem do drzwi lub w pozycji, która wydaje się nadmiernie eksponowana.
- Ustawienie krzesła terapeuty: terapeuci powinni dbać o własne bezpieczeństwo i komfort, ustawiając krzesło i biurko. Obejmuje to zapewnienie wyraźnej drogi do wyjścia, świadomość bliskości fizycznej w sytuacjach wysokiego ryzyka oraz dostosowanie przestrzeni do potrzeb, aby radzić sobie ze stresem lub zmęczeniem. Dbalność o siebie terapeuty obejmuje również otoczenie fizyczne – należy zadbać o to, aby przestrzeń była łatwa w zarządzaniu, stabilizująca i wspierająca pracę terapeutyczną.
- Wejście i wyjście: stworzenie oddzielnego wejścia i wyjścia, aby w miarę możliwości zminimalizować interakcje z klientami. Zastosowanie ekranów prywatności lub firanki w poczekalni, aby zachować poufność, zapewniając jednocześnie dostęp naturalnego światła.
- Osłony okienne: zastosowanie zasłon lub rolet, aby kontrolować widoczność i zapewnić prywatność z zewnątrz.
- Bardzo ważnym aspektem jest również bezpieczeństwo technologiczne: korzystanie z platform videokonferencyjnych (w naszym przypadku systemu CISCO) do teleterapii i superrewizji. W tym przypadku niewątpliwie bezpieczne jest przechowywanie zaszyfrowanych danych cyfrowych gromadzonych na wewnętrznych serwerach wraz z backupami.
- Bezpieczeństwo fizyczne: wprowadzenie kontrolowanego dostępu za pomocą inteligentnych systemów zamków do drzwi, systemów alarmowych lub monitoringu wideo.

Zrównoważenie komfortu i profesjonalizmu jest kluczem do stworzenia przyjaznego środowiska przez wprowadzenie kojących kolorów, regulowane oświetlenie i elementy inspirowane naturą, aby sprzyjać relaksowi. Ważne są również osobiste akcenty, które odzwierciedlają nasze podejście terapeutyczne, nie przytłaczając przestrzeni.

Niezmienne istotne jest też dopasowanie gabinetu do grupy demograficznej klientów – projektując gabinet terapeutyczny, pracownie tematyczne, musimy wziąć pod uwagę indywidualne potrzeby i preferencje pacjentów. Różne grupy wiekowe i kulturowe mogą reagować inaczej na różne elementy.

Środowisko, które pomaga zmniejszyć stres, może pozytywnie wpłynąć na proces zdrowienia pacjenta. W rzeczywistości odpowiednie środowisko fizyczne może nawet wpływać na poziom agresji u pacjentów. W badaniu przeprowadzonym w Szwecji, opublikowanym w czasopiśmie „Journal of Environmental Psychology”, porównano stosowanie środków przymusu bezpośredniego w szpitalu z unowocześnionymi rozwiązaniami i w szpitalu ze starymi rozwiązaniami. Badanie wykazało, że stosowanie środków przymusu bezpośredniego spadło o 50% w nowym szpitalu w porównaniu ze starym.

To znacząca redukcja, która niewątpliwie wsparła działania na rzecz bezpieczeństwa pacjentów. Prawidłowy projekt gabinetu pomaga poprawić bezpieczeństwo pacjentów i personelu, jednocześnie pomagając zmniejszyć poziom stresu pacjentów, co przekłada się na lepsze wyniki opieki.

3. WPŁYW FORM ARCHITEKTONICZNYCH NA PSYCHIKĘ CZŁOWIEKA

R.G. Alen wykonał analizę zróżnicowanych form architektonicznych w kontekście ich wpływu na stan psychiczny człowieka.

„Napięcia psychiczne mogą być spowodowane:

- zbyt dynamiczną lub niewyważoną kompozycją,
- zastosowaniem wielkiej skali i skrajnych kontrastów,
- wprowadzeniem kontrastowych kolorów i silnie podkreślanych form narożnikowych,
- akcentowaniem nieznanych elementów w nieznanym otoczeniu.

Relaksujące odczucie, tj. niewielkie pobudzenie połączone ze znaczną przyjemnością, może być wywołane przez:

- wprowadzenie znanych i lubianych elementów (kwiaty, zieleń, akwaria),
- zachowanie porządku otoczenia i swobody poruszania się w przestrzeniach,
- zastosowanie elementów w drobnej lub przystępnej skali,
- niestosowanie silnych kontrastów, ale wprowadzenie miękkich, płynnych form przestrzeni,
- łagodnego światła i zbliżonych kolorów,
- stosowanie muzyki (miłych i łagodnych dźwięków),
- utrzymanie komfortowego mikroklimatu dla człowieka.

Odczucie zadowolenia z przebywania w danej przestrzeni można uzyskać przez:

- zastosowanie płynnych form,
- zestawienie dużych i małych form w skali zrozumiałej dla człowieka,
- wprowadzenie do wnętrza przestrzeni elementów dynamicznych, sprawiających odczucie ruchu lub całkowicie ruchomych,
- różnorodne zastosowanie rytmów,
- projektowanie poszczególnych obiektów pokazujące znane, zrozumiałe idee (np. ekspresjonizm, funkcjonalizm, symbolizm).

Stany lękowe (wysokie pobudzenie przy niskiej przyjemności oraz wysokie odczucie submisji i uległości) mogą wywoływać:

- przestrzenie utworzone z elementów o niezrozumiałych wymiarach, sprawiające wrażenie niestabilnych, a czasem niebezpiecznych,
- formy skomplikowane i przestrzenie typu labirynt,
- nieczytelne zastosowanie wielkich skali i skrajnych kontrastów,
- projektowanie przestrzeni niedostatecznie oświetlonych lub oświetlonych światłem zimnym, skonstruowanie pomieszczeń słabo oświetlonych z olśniewająco jasnymi i podkreślonymi przestrzeniami,
- wprowadzenie rytmicznie przesuwającej się gry cieni,
- nieprzyjemny zapach”.

4. MOŻLIWOŚCI OCHRONY I OBRONY PRZED AGRESJĄ PACJENTÓW

Analizując problematykę agresji skierowanej w stronę lekarzy, trzeba zauważyć, że środki typowo technologiczne mogą pełnić skuteczną funkcję ochronną przed tym zjawiskiem:

1. Środki technologiczne związane z rejestracją i monitoringiem obrazu określonego pomieszczenia. Jest to elektroniczna rejestracja obrazu i monitoring. Ciągłe nagrywanie obrazu (non stop 24 godz.), np. z sali, w której są udzielane świadczenia zdrowotne, nosi nazwę elektronicznej rejestracji obrazu. Rozwiązanie, którego początki wiążą się z nagrywaniem obrazów z chronionych przestrzeni publicznych, okazało się właściwe także w szpitalach. Obraz z danej sali nagrywany non stop lub według określonej i wymaganej specyfiki (np. podczas godzin pracy lekarza) stanowi bardzo dobre udoku-

mentowanie i przedstawienie sytuacji, które miały tam miejsce. Elektroniczna rejestracja obrazu polega na bezustannym nagrywaniu tego, co się dzieje w pomieszczeniu, jednak bez możliwości podglądu. Obraz jest nagrywany i magazynowany na dysku i w razie ewentualnej potrzeby i jego użycia (przeglądnięcia) stanowi naoczne źródło wiedzy. Rejestracja obrazu powinna być ustanowiona według zasad, które dotyczą określonych warunków dostępu do nagrań i ich oglądu. Jest to określenie możliwości przeglądania nagranych obrazów przez ściśle określone osoby lub podmioty (np. prokurator, policja). Obraz nagrany non stop jest łatwy od archiwizacji i stwierdzenia, kiedy był oglądany lub odtwarzany. Taka forma ochrony wymaga zakomunikowania tego pacjentom w krótkiej publicznej notatce, że obraz z sali przyjęć jest utrwalany w celach bezpieczeństwa.

2. Monitoring. W przypadku typowego monitoringu mamy możliwość oglądania obrazu na bieżąco przez określone osoby, np. pracowników ochrony. Jednak w tym przypadku warto mieć na względzie to, że kamery monitoringu nie powinny być umieszczane w miejscach, które swoim charakterem naruszają intymność i prywatność pacjenta (np. gabinety ginekologiczne). Sama możliwość podglądu (monitoringu) określonych miejsc musi być dokładnie określona i także publicznie zakomunikowana. Z punktu widzenia moralnego sama możliwość podglądu określonych miejsc w szpitalu przez pracowników ochrony nie jest tożsama z bezpieczeństwem i poufnością tak uzyskanego obrazu. Jeśli dojdzie do nieuprawnionego skorzystania z podglądu, spowoduje to sytuację naganną prawnie.
3. Dozwolone środki obronne. Kolejnym elementem, który może ochronić lekarza przed agresją pacjentów, są dozwolone środki obrony osobistej, takie jak: gaz łzawiący (pieprzowy), pałka obronna, paralizator elektryczny, taser (pistolet elektryczny). Według art. 11 ustawy o broni i amunicji jest dozwolone używanie broni palnej sygnałowej i alarmowej (do 6 mm) do celów wzywania pomocy, posiadanie broni pneumatycznej, posiadanie przedmiotów przeznaczonych do obezwładniania osób za pomocą energii elektrycznej o średniej wartości prądu w obwodzie nieprzekraczającej 10 m czy posiadanie ręcznych miotaczy gazu obezwładniającego.

Analizując interpretowaną problematykę, trzeba zauważyć, że przed agresją mogą również chronić określone zachowania i działania:

1. Zabezpieczenie się obecnością innych osób podczas wykonywania czynności zawodowych. Przeprowadzanie przez lekarza wymaganych czynności, takich jak: badanie, leczenie, proste zabiegi, porady w obecności innego personelu medycznego, np. pielęgniarek, pracowników medycznych, ratowników. Ich obecność ma na celu bezpośrednie bezpieczeństwo lekarza (atakujący może być mniej odważny w swoim działaniu, jeśli musi je skonfrontować z obecnością kilku osób), ale także późniejszych i ewentualnych środków dowodowych w postaci zeznań świadków zdarzenia, do którego doszło. Warto, by lekarze, którzy mogą być szczególnie narażeni na agresję pacjentów, starali się zawsze mieć osobę, która im towarzyszy podczas pracy. Naturalnie, o ile oczywiście jest taka możliwość i zbytnio nie krępuje to pacjenta.
2. Korzystanie ze specjalistycznych podmiotów zajmujących się ochroną osób i mienia. Ochrona w szpitalu ma za zadanie gwarantować określony poziom bezpieczeństwa. Dlatego jej liczebność i zasady działania powinny w głównej mierze dotyczyć zapewnienia bezpieczeństwa pracującym tam osobom. Kwestia, którą należy poruszyć przy tej formie ochrony, to także zasady alarmowego powiadamiania i sygnalizacji w sytuacji zagrożenia, do którego doszło np. w gabinecie lekarskim. W tym zakresie przydatne mogą być różnego rodzaju urządzenia elektroniczne (alarmy, powiadamiacze, sygnalizatory itd.).

Także bardzo istotny byłby zapis w prawie traktujący każdego lekarza podczas wykonywania powierzonych mu czynności zawodowych (udzielanie świadczeń zdrowotnych) jako funkcjonariusza publicznego. Obecnie zakres ochrony należyj funkcjonariuszowi publicznemu przysługuje lekarzowi, który zgodnie z art. 44 wykonuje czynności w ramach świadczeń pomocy doraźnej lub w przypadku, o którym mowa w art. 30. Są to sytuacje związane z natychmiastową (bez zbędnej zwłoki) potrzebą podjęcia czynności medycznych przez lekarza w celu ratowania życia i zdrowia potrzebujących. Zapis ten powinien szerzej konkretyzować, że lekarz (ogólny) i lekarz dentysta są funkcjonariuszami publicznymi podczas wykonywania obowiązków zawodowych (wniosek *de lege lata* dotyczący nowelizacji przepisów).

Taki zapis znajduje się w ustawie z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej oraz ustawie z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (dalej: ustawa o PRM). Ustawa o PRM w art. 5 ust. 1 stanowi, że osoba udzielająca pierwszej pomocy, kwalifikowanej pierwszej pomocy oraz podejmująca medyczne czynności ratunkowe korzysta z ochrony przewidzianej dla funkcjonariuszy publicznych w ustawie z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny.

Samo zakwalifikowanie lekarzy wykonujących określone czynności zawodowe do kategorii funkcjonariuszy publicznych powoduje szerszą ochronę prawną przed atakami zarówno fizycznymi, jak i słownymi. Równie ważne jest zgłaszanie przypadków agresji do administratorów portali, na których rejestrowane są takie zdarzenia. W celu monitorowania przypadków i sytuacji związanych z agresją w stosunku do personelu medycznego Naczelna Izba Lekarska utworzyła portal, na którym można zgłosić i opisać takie przypadki. Rejestr agresywnych zdarzeń ma na celu monitorowanie i analizowanie takich sytuacji w kierunku praktycznych rozwiązań i przeciwdziałania temu zjawisku.

5. WPŁYW ARCHITEKTURY NA ZDROWIE PSYCHICZNE

Nie ma wątpliwości, że środowisko zbudowane ma potężny wpływ na ludzkie życie, jak również zdrowie i może oddziaływać zarówno w pozytywny, jak i negatywny sposób. Osoby narażone na negatywne bodźce środowiska mogą odczuwać pogorszenie stanu zdrowia psychicznego. Ponadto u osób cierpiących na choroby psychiczne nieprawidłowo stworzone środowisko zbudowane może wywołać patologiczne reakcje organizmu, które mogą prowadzić do niezadowalających wyników leczenia. Odpowiedzialność za czynniki stresogenne w środowisku zbudowanym ponoszą również planiści i architekci przez nieprzemyślane decyzje projektowe. Rola architektury i jej wpływ na psychikę ludzką są powszechnie ignorowane. Prowokujące, czasem agresywne formy architektoniczne, które spełniają wysokie wymagania przystosowania, często nie są pozytywnie odbierane przez użytkowników tej przestrzeni. Pod względem złej architektury naszą uwagę powinny zwrócić np. zdegenerowana infrastruktura slumsów, centra miast, jak i przedmieścia. Osoby wystawione na negatywne bodźce mogą doświadczyć pogorszenia stanu ich zdrowia psychicznego. Złe skonstruowane środowisko u osób z chorobami psychicznymi może powodować patologiczne reakcje organizmu, które niekorzystnie wpływają na proces leczenia. „Choroba psychiczna nie jest uwarunkowana przez środowisko miejskie, ale sposób, w jaki środowisko miejskie toruje drogę do różnych negatywnych zjawisk”. Przestrzeń architektoniczna bezpośrednio oddziałuje na nasze zmysły i emocje. Zdrowy organizm ludzki reaguje na elementy przestrzenne inaczej niż chory. Przestrzeń zurbanizowana i architektura tworzą system powiązanych ze sobą elementów, które definiują materiały, funkcje i relacje przestrzenne. Wywierają one znaczący wpływ na zdrowie psychiczne człowieka oraz somatykę. Fizjologiczno-behawioralne reakcje w tym obszarze powinny stanowić podstawę projektowania architektonicznego i urbanistycznego.

Decyzje odnoszące się do przestrzeni i jej funkcji wywierają bezpośredni lub pośredni wpływ na chorobę fizyczną i psychiczną pacjentów, dlatego powinny przewidywać, zakładać prewencję i wspomagać proces leczenia chorób psychicznych.

Tworząc środowisko dla szpitala psychiatrycznego, ośrodka zdrowia psychicznego czy ośrodka leczenia, należy wziąć pod uwagę adaptację do wzorców zachowania charakterystycznych dla danej grupy pacjentów. W przeciwieństwie do innych jednostek ochrony zdrowia, pewnych aspektów nie można lekceważyć nie tylko dla dobrego samopoczucia człowieka, ale także dla jego bezpieczeństwa.

Architektura i urbanistyka to obszary, w których eksperymentowanie jest powszechnie stosowane. Design, czyli proces tworzenia idei i kształtowania jej w wyniku wiedzy technicznej, nie zawsze podąża za racjonalizacją nauki, jednak w niektórych obszarach istotne byłoby wziąć to pod uwagę. Na styku architektury i medycyny znajduje się rozległe pole do eksperymentów naukowych.

Badanie przykładów architektury ośrodków leczenia psychicznego wyłoniło kluczowe cechy dotyczące projektowania w odniesieniu do zdrowia psychicznego. Oto niektóre wnioski z dotychczas analizowanych obiektów:

1. Minimalizacja zinstytucjonalizowanego wyglądu budynku w celu destygmatyzacji jego użytkowników.
2. Dostępność przestrzeni rozumiana jako klarowny układ przestrzenny ośrodka i usunięcie barier w poruszaniu się.

3. Program funkcjonalny ośrodka uwzględniający podziały funkcji budynku dostępnego dla pacjentów na strefy: terapii, mieszkania i przestrzeni wspólnych.
4. Tereny zieleni traktowane jako dodatkowa przestrzeń służąca terapii.
5. Przestrzenie rekreacyjne dostępne dla pacjentów jako forma terapii.
6. Naturalne światło oraz natura w budynkach i jego otoczeniu istotną częścią procesu zdrowienia.
7. Naturalne materiały użyte w budynkach sprzyjają procesowi zdrowienia.
8. Używanie kolorów, naturalnych elementów i sztuki w celu zmniejszenia stresu pacjentów.
9. Stworzenie domowej atmosfery ośrodka.
10. Umieszczanie pacjentów w prywatnych pokojach w celu zmniejszenia ich stresu i poszanowania ich prywatności.

6. ARCHITEKTURA JAKO MEDYCyna: JAK DESIGN ZMIENIA JĘZYK OPIEKI PSYCHIATRYCZNEJ

Uzdrowiająca moc dobrej architektury i projektowania zorientowanego na człowieka przekształcają środowiska opieki zdrowotnej. Tara Veldman, dyrektor zarządzająca Billard Leece Partnership, zastanawia się nad opartymi na dowodach strategiami, które projektanci i badacze stosują w celu poprawy dobrostanu i opieki, od ogromnego wpływu natury na dobrostan, po znaczenie materiałów, detali i planowania.

W Australii i na całym świecie architekci stawiają czoła kryzysowi zdrowia psychicznego, stosując inkluzywne podejście do projektowania, którego celem jest poprawa zdrowia pacjentów poprzez tworzenie środowisk połączonych z naturą i wypełnionych naturalnym światłem. Orygen i OYH Parkville, należące do Billard Leece Partnership, to nowa siedziba uznanego na całym świecie Narodowego Centrum Doskonałości w Dziedzinie Zdrowia Psychicznego Młodzieży, które zdobyło wiele nagród. Orygen wyznaczył standardy międzynarodowe i ugruntował pozycję Australii jako światowego lidera w projektowaniu z myślą o zdrowiu psychicznym.

Sukces projektu koncentruje się na istotnej roli, jaką odgrywa środowisko w zapewnianiu jak najlepszych możliwości opieki, leczenia i powrotu do zdrowia. Zaciera on granicę między klientem, odwiedzającym, badaczem i edukatorem, deinstytucjonalizując tradycyjny ośrodek zdrowia psychicznego poprzez podejście oparte na otwartym planie, które pozwala użytkownikom na wybór środowiska i elastyczność przemieszczania się, jednocześnie znosząc granice między oddziałami. Projekt, opracowany we współpracy z ponad 140 młodymi osobami, zapewnił im poczucie autonomii i zagwarantował, że neutralne pod względem płci i niehierarchiczne podejście Orygen poprawi dostępność i adekwatność usług zdrowia psychicznego dla młodzieży poprzez inkluzywność. Projekt ten jest obecnie szeroko uznawany w globalnym sektorze zdrowia za przykład przyszłości w zapewnianiu placówek zdrowia psychicznego dostosowanych do indywidualnych potrzeb pacjentów.

Projektanci są z natury intuicyjni. Projekty wymagają współpracy, łączenia spostrzeżeń, doświadczenia i wiedzy w procesie budowy. W dziedzinie projektowania dla zdrowia psychicznego sukces projektu wynika z wypracowania formy odpowiadającej potrzebom pacjentów i personelu, mierzonej wiedzą opartą na dowodach. To złożona równowaga, która – gdy wszystko działa – podnosi poziom projektowania dla zdrowia psychicznego, a wraz z nim życie pacjentów i personelu.

Wczesne przykłady projektowania opartego na dowodach obejmują niezwykle pracę Florence Nightingale, której obserwacje podczas wojny krymskiej uratowały jej życie i ugruntowały jej pozycję założycielki nowoczesnego pielęgniarstwa. Nightingale forsowała kluczowe zmiany w projektowaniu szpitali, takie jak dodanie instalacji wodno-kanalizacyjnej i naturalnego przepływu powietrza. W Finlandii w latach 30. XX wieku Sanatorium Paimio, zaprojektowane przez znanego architekta Alvara Aalto, jest jednym z jego najsłynniejszych budynków i nadal przyciąga uwagę pomysłowymi i przemysłanymi detalami, w tym oknami na odpowiedniej wysokości, aby pacjenci mogli patrzeć na ogrody, leżąc w łóżku. Budynek posiadał również zaawansowany system naturalnej wentylacji, ogromny taras słoneczny i ogród na dachu, który zachęcał pacjentów do rekonwalescencji na łonie natury, oraz mnóstwo kolorów sprzyjających leczeniu w czasach, gdy szpitale były białe. Aalto zaprojektował także meble, które wraz z wnętrzami całkowicie odmieniły ówczesne placówki opieki zdrowotnej.

Od tego czasu wiele się nauczono. Istotne są korzyści płynące z połączenia placówek zdrowia psychicznego z innymi oddziałami szpitalnymi, aby wyrwać je z często izolowanego, instytucjonalnego

modelu i uczynić je widocznymi, dostępnymi i przemawiającymi (językiem wizualnym) do obietnic eksploracji, powrotu do zdrowia i radości. Architekci kwestionują idee dotyczące tego, jak może wyglądać opieka zdrowotna z ciepłymi, naturalnymi materiałami, jasnymi i elastycznymi przestrzeniami sprzyjającymi wspólnemu dobrostanowi, wnętrzami z bardziej subtelnie zintegrowanym sprzętem medycznym i wykończeniami nieinstytucjonalnymi. Są one mniej kliniczne, zapewniają spokój i zapewniają autentyczne zaangażowanie. Jest to nowe spojrzenie na rozróżnienie między szpitalem a domem.

Według Jana Golembiewskiego, światowego lidera w dziedzinie psychologii projektowania architektonicznego, pozytywne doświadczenia poprawiają regulację dopaminy u pacjentów. Jest to kluczowe, ponieważ deregulacja dopaminy jest konsekwentnie obserwowana we wszystkich chorobach psychicznych. Idea, że pozytywne doświadczenia to robią, ma duże zastosowanie w projektowaniu i stanowi zatem ważną wiedzę dla architektów. Autor uważa, że w opiece psychiatrycznej „projektanci muszą włożyć więcej wysiłku, aby projektować pozytywne doświadczenia i przekazy niż w przypadku osób zdrowych, pozytywne możliwości muszą być podwójnie dobre, aby to zrekompensować. Wymagania, jakie środowisko naturalne stawia ludziom, zazwyczaj odnoszą się do zabawy, opieki i odkrywania, dlatego pożądane otoczenie może być ochronne, znajome, nieinwazyjne i komfortowe, pozwalając nam po prostu »odpuścić«. Projektanci powinni wykorzystywać środowisko naturalne – nie tylko jako narzędzie, ale także jako przewodnik – i wносить te same cechy do swoich projektów stworzonych przez człowieka”.

Przemyślane detale mogą budzić zachwyt, jak okna Aalto w sanatorium Paimio, które zapewniały pacjentom widok na las. Mogą one również w znaczący sposób przekształcać przestrzeń i dawać radość. „Pamiętam wieszak na ubrania w szwedzkim szpitalu” – zauważył Golembiewski. „Został zaprojektowany tak, aby ludzie nie mogli go używać do samookaleczenia – ale jego zaletą było to, że można było nim w niewielkim stopniu zmieniać otoczenie, klikając go. »Klik, klik, klik«. To była świetna zabawa, jak przebijanie folii bąbelkowej, wydawał przyjemny dźwięk i dawał satysfakcjonującą akcję kinetyczną. To ten rodzaj pozytywnej energii, która aktywuje nas w otoczeniu. Możemy – i musimy – projektować pozytywność wszędzie. W rzeczach, które robimy i które widzimy. W typologiach, obiektach, a także w estetyce, istnieje wiele dowodów na to, że na przykład drewniana okładzina ścienna ma bardzo pozytywny wpływ. Ale jeszcze ważniejsze jest identyfikowanie i usuwanie wszystkiego, co może być postrzegane jako negatywne, ponieważ to właśnie te rzeczy szkodzą zdrowiu psychicznemu”.

Badanie, w jaki sposób intuicja projektowa i wiedza, jaką architekci wnoszą do opieki zdrowotnej, mogą przyczynić się do głębszego zrozumienia projektowania opartego na dowodach, to przełomowy obszar, którym zajmuje się dr Rebecca McLaughlan. Architektka i badaczka na Uniwersytecie w Newcastle, od dekady zajmuje się badaniami nad specjalistycznym projektowaniem w placówkach opieki zdrowotnej. „Coraz częściej dowody cenione są bardziej niż wiedza architektów” – powiedziała McLaughlan, której praca dostarcza projektantom dowodów niezbędnych do promowania lepiej zaprojektowanych budynków. Badania te podkreśliły znaczenie przestrzeni, które wspierają komfort, socjalizację i dostęp do natury jako klucz do dobrego samopoczucia pacjentów.

W Królewskim Szpitalu Dziecięcym w Melbourne, zaprojektowanym przez BLP we współpracy z Bates Smart, dostrzeżono wartość tych rozwiązań i tym samym stanowi on użyteczne studium przypadku, zarówno w zakresie ich ukazania, jak i potwierdzenia. Pomieszczenia zaprojektowane tak, aby zoptymalizować widoki na Park Królewski w Melbourne i obszary komunikacyjne, które podkreślają naturalne warstwy terenu, od głębokich oceanów po korony drzew, czerpiąc z kreatywnej i terapeutycznej siły natury, są kluczowymi przykładami tego myślenia. Innym niedawnym przykładem budynku, który może wnieść nowe spojrzenie na projektowanie oparte na dowodach, jest Hospicjum Księcia i Księżnej Walii autorstwa Ryder Architecture w Glasgow.

Hospicjum oferuje nowe rozwiązania przestrzenne, które pozwalają pacjentom zrównoważyć potrzeby socjalizacji i prywatności, przyczyniając się do dobrego samopoczucia pacjentów, ich rodzin i personelu. „Architekci wykonują wiele zadań związanych z rozwiązywaniem problemów, przekładając w dużej mierze niematerialne wartości, takie jak komfort, domowa atmosfera i inkluzywność, na gotowe, funkcjonalne rozwiązania” – kontynuował McLaughlan. „Musimy się w tym udoskonalić, wykorzystując tę wiedzę i łącząc te perspektywy”.

W Szwecji takie podejście prowadzi do poprawy wyników zdrowotnych dzięki skupieniu się na architekturze. Projektowanie zorientowane na człowieka, model opieki skoncentrowany na pacjencie oraz jasne ambicje dotyczące środowiska zabudowanego, jego wyglądu i odczuć dla pacjentów i personelu, tworzą dynamiczny proces projektowania, oparty na dowodach i zintegrowany z zespołem szpi-

talnym. Architekt Peter Johnstone z White Arkitekter, który ukończył Klinikę Psychiatryczną w szpitalu Södra Älvsborg, a obecnie pracuje nad rozbudową kampusu Szpitala Uniwersyteckiego Skåne w Malmö, twierdzi, że kluczowa jest ciągła innowacja. „Trzeba projektować z uwzględnieniem sytuacji i być bardzo świadomym projektu, podejmując każdą decyzję”. W White Arkitekter zespół projektowy składa się z badaczy, których wiedza jest integralną częścią procesu projektowania. Jest to klucz do funkcjonowania studia i pomaga w szerszym zrozumieniu, jak działa współpraca projektowa.

Jak powiedział Golembiewski, zadawanie pytań jest również podstawą dobrych rezultatów i doprowadziło do integracji innowacyjnych podejść. Przykładem jest integracja zwierząt domowych w placówkach opieki zdrowotnej, aby uspokoić pacjentów i sprawić, by czuli się kochani i jak w domu. „Niech społeczność tworzy problemy, które my, architekci, musimy następnie rozwiązać” – powiedział. „To prawdziwe konsultacje społeczne. A pytania, które zadajemy, aby to osiągnąć, wymagają prawdziwej innowacji architektonicznej”. Jako osoby rozwiązujące problemy, projektanci posiadają umiejętności pokonywania przeszkód na drodze do innowacji, a dzięki wsparciu personelu klinicznego i społeczności, pomysły mogą być promowane.

7. PODSUMOWANIE

Wśród personelu opieki zdrowotnej istnieje przekonanie, że zachowania agresywne pacjentów stanowią rzadki, lecz nieunikniony element pracy. Czy tak jest rzeczywiście? Madden i współpracownicy przeanalizowali wywiady z psychiatrami, którzy zostali ofiarami napaści. Okazało się, że ponad połowa z zaistniałych incydentów była możliwa do przewidzenia, bowiem ich przyczyną było subiektywne przekonanie lekarzy o niskim prawdopodobieństwie skierowanych przeciwko nim zachowań agresywnych pacjentów. Stosowanie przemocy często jest postrzegane przez sprawców jako reakcja na prowokację ze strony personelu medycznego. Przyjęcie formuły komunikacji narzuconej przez pacjenta, opierającej się na irytacji i wzajemnych pretensjach, prowadzi do eskalacji napięcia i może wzbudzać silne negatywne emocje u pacjenta i pracownika opieki zdrowotnej. Wskazuje to na potrzebę stałego budowania przez personel medyczny atmosfery konstruktywnego porozumienia się z pacjentami z bezwzględnym poszanowaniem ich własnego bezpieczeństwa. Warto zadbać o to, aby miejsce, w jakim prowadzona jest rozmowa z pacjentem, zapewniało poczucie obopólnego bezpieczeństwa i możliwość uzyskania pomocy w sytuacji kryzysu. W przypadku wystąpienia zachowań agresywnych ze strony pacjenta nie należy pozostawać samemu z trudnymi emocjami. Wsparcie i rozmowy ze współpracownikami mogą w znaczącym stopniu ułatwić poradzenie sobie z trudnymi emocjami, a w dłuższej perspektywie przeciwdziałać frustracji i wypaleniu zawodowemu. Warto wnioskować również o rozwiązania systemowe. Brak procedur postępowania w sytuacjach narażenia na agresję ze strony pacjentów, niejasne przepisy prawa regulujące możliwość obrony przed napaścią, brak zasad odnośnie do możliwych strategii postępowania po wystąpieniu agresji (np. po pobiciu lekarza) sprzyjają wypaleniu zawodowemu. Dotychczas najczęściej stosowaną ścieżką administracyjną jest napisanie notatki służbowej i ewentualne zgłoszenie zdarzenia do komórki BHP. Nie jest jasne, czy lekarz/pracownik medyczny powinien sam zawiadomić policję, czy też obowiązek ten powinien spoczywać na pracodawcy. Ta niejasność powoduje tak niską zgłaszalność tego typu zdarzeń, a w konsekwencji przekonanie społeczne, że jest to nasz wewnętrzny problem psychiatryczny.

Choroby oraz zaburzenia psychiczne są coraz częściej diagnozowane w obecnych czasach. Stres jest nieodzownym towarzyszem naszego codziennego życia. Dynamiczne procesy narastających zmian naszego życia sprzyjają wzrostowi liczby ludzi z problemami dotyczącymi przystosowania się, określania własnej tożsamości czy swojego miejsca w świecie. Postęp cywilizacyjny i intensywność docierających do nas codziennie rozmaitych bodźców sprzyjają rozwojowi zaburzeń.

Dotychczasowe placówki prowadzące terapie psychiczne często postrzegane są jako miejsca wykluczenia, odizolowania i samotności, a dotychczasowy stań badań jednoznacznie wskazuje, że nieodpowiednio zaprojektowana przestrzeń może przynosić negatywne skutki dla kondycji zdrowia i samopoczucia oraz przyczyniać się do pogorszenia stanu psychicznego.

Środowisko zabudowane, w którym przebywamy, wywiera istotny wpływ na naszą psychikę oraz samopoczucie. Sam budynek nie leczy, ale zaprojektowanie go w sposób właściwy pomaga zwiększyć skuteczność terapii realizowanej w danym ośrodku oraz skoncentrować się na pacjencie. W dojściu do lepszej kondycji chorym mogą pomóc właściwie zaprojektowane ośrodki wsparcia psychicznego. Od-

powiednie decyzje projektowe, dobrze zaprojektowane przestrzenie mogą łagodzić, a nawet sprzyjać powstawaniu pozytywnych emocji.

Architekci powinni więc na początku procesu projektowego postawić pytanie: w jaki sposób zaprojektować przestrzeń oraz jej otoczenie, które wspiera osoby chore i nie zakłóca procesu ich leczenia?

Zaprojektowany obiekt w odpowiedzi na postawione pytanie realizuje koncepcję ośrodka wspierającego procesy leczenia powrotu do zdrowia. Zakomponowana bryła budynku w krajobrazie nie zakłóca go. Otoczenie budynku z kwietnymi łąkami wspiera procesy leczenia przez hortiterapię (ogrodolecznictwo). Naturalne oświetlenie wpadające przez przeszklone fasady budynków odgrywa istotną rolę w procesach zdrowienia pacjentów ośrodka.

Koncepcja ośrodka składającego się ze strefowania kolejnych części budynku, tj.:

- przestrzeni rekreacyjnych (publicznych),
- przestrzeni terapeutycznych, warsztatowych (półpublicznych),
- przestrzeni mieszkalnych (prywatnych)

pozwała stworzyć zróżnicowane przestrzenie budynku, w szczególności strefa pokoi prywatnych z oknami z widokiem na zieleni oraz z wpadającym naturalnym światłem regulującym rytm dobowy. Właściwe wydaje się wykorzystanie koncepcji w projekcie elementów biofilnych, by połączyć naszą wrodzoną potrzebę obcowania z naturą i nowoczesnym, spełniającym współczesne wymogi budynkiem. Zielone dachy stwarzają niepowtarzalny mikroklimat ośrodka.

Wpływ środowiska naturalnego i zbudowanego na zdrowie psychiczne został wielokrotnie udowodniony w badaniach naukowych, dlatego tak istotne jest, by uwzględnić to powiązanie w jak najszerszym zakresie w projektowaniu architektonicznym, zwłaszcza w procesie projektowania ośrodków terapii zaburzeń psychicznych. Opisany projekt stanowi taką próbę.

Nota o autorze

Piotr Kowalczyk – Annogórskie Centrum Zdrowia Psychicznego w Krapkowicach, ul. Opolska 32, 47-320 Krapkowice, tel. 77 474 99 00, kontakt: p.kowalczyk@aczp.pl

ZABYTKOWA I UŻYTKOWA WARTOŚĆ DAWNYCH ZESPOŁÓW LECZNICZO-OPIEKUŃCZYCH DLA PSYCHICZNIE CHORYCH – PROPOZYCJA STWORZENIA MODELU DO SZCZEGÓŁOWEJ ANALIZY

HISTORICAL AND UTILITY VALUE OF FORMER MEDICAL AND CARE FACILITIES FOR THE MENTALLY ILL – PROPOSAL TO CREATE A MODEL FOR DETAILED ANALYSIS

Streszczenie

W opracowaniu podjęto próbę stworzenia analitycznego modelu szeroko pojętych, potencjalnych wartości zabytkowych i użytkowych zespołów szpitali dla psychicznie chorych, jako przykładu niewielkich założeń architektoniczno-urbanistyczno-parkowych, o specjalistycznej funkcji. Badanie miało na celu zwrócenie uwagi na wartość zespołów jako całości, możliwość występowania różnych cennych elementów i zachęcenie użytkowników obiektów do ich zachowania lub zabezpieczenia. W opozycji do ogólnych definicji i teorii wartościowania zabytków, szeroko dyskutowanych i stale ewaluujących, zamiarem autorki badań było zwrócenie uwagi na konieczność dopasowania kryteriów wartościowania do konkretnych zespołów zabytkowych, zwłaszcza tych cały czas pełniących te same funkcje, co jest cenną wartością, jak i zarazem zagrożeniem poprzez konieczność dostosowywania złożeń do współczesnych potrzeb. Model powstał na podstawie badań przeprowadzonych przez autorkę na grupie 24 dawnych pruskich zakładów leczniczo-opiekuńczych dla psychicznie chorych.

Słowa kluczowe: wartość zabytkowa, architektura XIX i początku XX w., architektura zespołów szpitalnych, model analityczny

Abstract

This article attempts to create an analytical model of the broadly understood potential historical and functional value of psychiatric hospital complexes as examples of small architectural, urban, and park complexes with a specialized function. The study aimed to draw attention to the value of the complexes as a whole, the possibility of the presence of various valuable elements, and to encourage users of the facilities to preserve or secure them. In opposition to general definitions and theories of monument valuation, which are widely discussed and constantly evaluated, the intention of the study was to draw attention to the need to adapt the valuation criteria to specific historic complexes, especially those that continue to perform the same functions, which is both a valuable asset and a threat due to the need to adapt the complexes to contemporary needs. The model was developed on the basis of research conducted by the author on a group of 24 former Prussian medical and care facilities for the mentally ill.

Keywords: historical value, 19th and early 20th century architecture, hospital complex architecture, analytical model

1. WSTĘP

Ze względu na znaczną różnorodność obiektów architektury ich wartość zabytkowa jest trudna do jednoznacznego zdefiniowania. Niełatwe jest także sformułowanie jednorodnego systemu kryteriów oceny dla wszystkich grup obiektów zabytkowych. Jeszcze większe trudności występują, gdy mamy do czynienia z zespołami architektoniczno-urbanistycznymi, połączonymi z założeniami zielonymi. Jednak przy braku takich założeń, czym kierować się na przykład przy pracach konserwatorskich, restauracyj-

nych czy przekształcaniu zabytków do nowych funkcji? Od wielu lat toczy się na ten temat szeroka dyskusja w środowisku konserwatorskim i naukowym. Także odbiór społeczny szeroko rozumianej „wartości zabytkowej” jest bardzo różny, co nader często powoduje duże straty w autentycznej substancji zabytkowej.

Problem narasta w odniesieniu do niewielkich zespołów zabytkowych, pełniących nadal swoje pierwotne funkcje, co daje im z jednej strony możliwość przetrwania, a z drugiej, przy braku szczegółowej analizy wszystkich wartości, powoduje znaczne zniszczenia. Najbardziej zagrożone są elementy wyposażenia będące świadectwem rozwoju nauki czy techniki. I tu należy postawić pytanie: czy dla takich grup zespołów nie należałoby stworzyć szczegółowych modeli analitycznych, obejmujących wszystkie wartości, zarówno artystyczne, historyczne i naukowe oraz świadczące o rozwoju techniki, jak i niematerialne, mające znaczenie dla lokalnej społeczności? W przypadku zespołów cały czas funkcjonujących istotną wartością są także możliwości rozbudowy lub przebudowy uwzględniającej współczesne potrzeby i niezakłócającej historycznego układu zespołów. Taka bardzo szczegółowa analiza pozwoliłaby na uchwycenie i rozpoznanie wszystkich, często już zapomnianych lub nieistniejących cech architektury i urbanistyki, elementów wystroju wnętrz i wyposażenia technicznego zespołów, małej architektury itp. Pozwoliłoby to również na ich zachowanie, tam gdzie jeszcze są, lub przekazanie odpowiednim instytucjom, zamiast zniszczenia.

Do takich dość licznych i nadal pełniących swoje funkcje grup zespołów należą założenia szpitalne z XIX i początku XX stulecia. Jednak i wśród nich można jeszcze wyodrębnić specjalistyczne placówki, które pomimo zmian w sposobach leczenia i ogromnemu postępowi medycyny, nadal w miarę dobrze pełnią swoje funkcje. Taką grupą są bez wątpienia dawne, pruskie zespoły leczniczo- opiekuńcze dla psychicznie chorych, wzniesione w 2. połowie XIX i na początku XX w., dziś będące siedzibami szpitali zdrowia psychicznego. Szpitale te są świadectwem rozwoju psychiatrii, związków psychiatrii z architekturą, urbanistyką i architekturą krajobrazu. Zabudowę zespołów oraz układy urbanistyczne i założenia parkowe planowano tak, aby wspomagały leczenie pacjentów. Powstawały charakterystyczne zabudowania, układy alejek, placów, ogrodów i parków, planowane wspólnie przez lekarzy i architektów, na podstawie doświadczeń medyków w już istniejących placówkach, do których dołączano coraz to nowe rozwiązania. Niestety przepełnienie zakładów oraz przede wszystkim zagłada osób cierpiących na zaburzenia psychiczne w czasie II wojny światowej⁵¹ spowodowały postrzeganie tych zespołów jako miejsc „zła i przemocy”, co zupełnie przesłoniło humanitarne wartości, towarzyszące ich powstawaniu. Dlatego też często społeczny odbiór ich unikatowości jako grupy, wkładu w historię medycyny i społeczeństwa, czy wreszcie stanowienie rezeruaru przyrody dla mieszkańców miast jest znacznie osłabiony. To skłania tym bardziej do szczegółowej analizy tych zespołów.

Autorka podjęła próbę stworzenia analitycznego modelu szeroko pojętych wartości zabytkowych dla tej grupy obiektów, pozwalającego na wychwycenie najcenniejszych cech, elementów architektonicznych czy też unikatowych elementów wyposażenia oraz wartości niematerialnych tych zespołów. Zestawienie takie może być pomocne przy planowaniu prac remontowo-konserwatorskich, przebudów, remontów oraz wzbogacania placówek o nowe budynki. Pozwoli także na refleksję nad dawnymi układami funkcjonalnym i powrotem do nich podczas poszukiwania przestrzeni na np. terapie zajęciowe.

2. DYSKUSJA NA TEMAT KRYTERIÓW I METOD WARTOŚCIOWANIA ZABYTEKÓW – STAN BADAŃ

Szeroka dyskusja na temat kryteriów i metod wartościowania zabytkowej architektury i układów urbanistycznych oraz ich przełożenia na wytyczne konserwatorskie i procesy konserwacji, restauracji i rewitalizacji trwa już od lat 50. XX w. Powstały liczne prace i dokumenty odnoszące się do tej problematyki, jednak cały czas pojęcia związane z wartościowaniem zabytków, jak i sama ich definicja (zabytek – dziedzictwo) ewoluuje do tego stopnia, że badacze zajęli się również analizą zmian w rozumieniu „wartości zabytkowych” na przestrzeni lat.

⁵¹ Akcja T4 https://pl.wikipedia.org/wiki/Akcja_T4 (dostęp: 01.10.2025).

Najważniejsze międzynarodowe dokumenty ratyfikowane przez wiele krajów, począwszy od tzw. karty weneckiej⁵² czy Międzynarodowej Karty Ochrony Miast Historycznych wydanej przez ICOMOS⁵³, konwencji UNESCO⁵⁴ i konwencji ONZ⁵⁵ lub konwencja z Granady⁵⁶ poruszają najistotniejsze problemy dotyczące zabytkowej architektury w Europie i na całym świecie. Doczekały się wielu komentarzy i odniesień do uwarunkowań polskich, jak np. praca Bogusława Szmygina dotycząca Karty Weneckiej⁵⁷. Ciekawe spostrzeżenia dotyczące pojęć prawnych związanych z konwencją z Granady oraz ewolucji pojęcia „zabytek” i „dziedzictwo architektoniczne” w polskim prawie zawarła w artykule „Zabytek nieruchomy a dziedzictwo architektoniczne” Monika Jankowska-Sabat⁵⁸.

W 1994 r. (1–6 listopada) odbyła się konferencja w Nara⁵⁹, gdzie wskazano na kontynuację koncepcji Karty Weneckiej. Jako przedmiot ochrony określono dziedzictwo i wskazano na różnice kulturowe w podejściu do jego oceny i ochrony, poruszono również problem autentyzmu zabytku⁶⁰. Zmianami w postrzeganiu wartości „autentyzmu” w terminologii konserwatorskiej zajęła się z kolei Karolina Zimna-Kawecka⁶¹.

Najważniejsze teksty i doktryny międzynarodowe zebrał i opatrzył komentarzem Bolesław Szmygin⁶², który opublikował również cały szereg badań dotyczących postrzegania i wartościowania dziedzictwa kulturowego⁶³. Również pod jego redakcją ukazał się szereg monografii zawierających liczne studia odnoszące się do zróżnicowanej problematyki dotyczącej wartościowania, funkcji i kryteriów oceny i ochrony zabytków⁶⁴.

Z kolei Janusz Krawczyk podjął się podsumowania dyskusji, dzięki której powstał schemat „zabytkoznawczej analizy wartościującej”, które to określenie wprowadził prof. Marian Arszyński. Jako podstawę przyjął rozważania Aloisa Riegla i kontynuatora jego myśli Waltera Frodla. Autor przedstawił założenia systematyki Frodla, odnosząc się również do prac innych badaczy, oraz zaktualizowaną wersję systematyki austriackiego historyka sztuki⁶⁵. Należy jeszcze wspomnieć opracowane przez prof. Jana Tajchmana „Standardy opracowania dokumentacji projektowej dla tzw. zabytków nieruchomych

⁵² Międzynarodowa Karta Konserwacji i Restauracji Zabytków i Miejsc Zabytkowych, Wenecja 1964, <https://www.icomos-poland.org/pl/dokumenty-doktrynalne.html> (dostęp: 20.09.2025).

⁵³ Międzynarodowa Karta ochrony miast historycznych ICOMOS, Toledo-Waszyngton 1987 <https://www.icomos-poland.org/pl/dokumenty-doktrynalne.html> (dostęp: 20.09.2025).

⁵⁴ Konwencja UNESCO w sprawie ochrony światowego dziedzictwa kulturowego i naturalnego, uchwalona przez UNESCO podczas 17. sesji w Paryżu 16 listopada 1972, weszła w życie z dniem 17 grudnia 1975.

⁵⁵ Konwencja w sprawie ochrony światowego dziedzictwa kulturalnego i naturalnego, przyjęta w Paryżu dnia 16 listopada 1972 r. przez Konferencję Generalną Organizacji Narodów Zjednoczonych dla Wychowania, Nauki i Kultury na jej siedemnastej sesji. <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU19760320190> (dostęp: 20.09.2025).

⁵⁶ Convention for the Protection of the Architectural Heritage of Europe, Granada 3 października 1985, ETS nr 121, ratyfikowana przez Polskę dopiero w 2012 r.

⁵⁷ B. Szmygin, *Karta Wenecka w świetle współczesnych wyzwań teorii konserwatorskiej*, [w:] *Karta Wenecka 1964-2014*, Wydawnictwo UMK, Toruń 2015, s. 77–84.

⁵⁸ Acta Universitatis Wratislaviensis, No 3440, Przegląd prawa i administracji, LXXXVIII, Wrocław 2012, s. 23–55.

⁵⁹ Dokument z konferencji <https://whc.unesco.org/archive/1994/whc-94-conf003-inf8e.pdf> (dostęp: 21.08.2025).

⁶⁰ K. Schatt-Babińska, *Europocentryczne i dalekowschodnie spojrzenie na wartość autentyzmu zabytku – dokument z Nara jako próba pogodzenia odmiennych poglądów*, „Gdańskie Studia z Azji Wschodniej” 2016, nr 10, s. 28–40, <https://czasopisma.bg.ug.edu.pl/index.php/GSAW/article/view/8396> (dostęp: 21.08.2025).

⁶¹ K. Zimna-Kawecka, *Zmiany statusu autentyzmu w analizie wartościowania zabytków*, „Protection of cultural heritage” 2025, vol. 23, DOI: 10.35784/odk.7188.

⁶² B. Szmygin, *Międzynarodowe teksty doktrynalne ochrony i konserwacji zabytków*, Politechnika Lubelska, Lublin 2023, <https://hdl.handle.net/20.500.14629/212> (dostęp: 21.09.2025).

⁶³ Np. B. Szmygin, *Światowe dziedzictwo kultury UNESCO – charakterystyka, metodologia, zarządzanie*, PKN ICOMOS, Politechnika Lubelska, Warszawa–Lublin 2016.

⁶⁴ *Współczesne problemy teorii konserwatorskiej w Polsce*, Międzynarodowa Rada Ochrony Zabytków ICOMOS, Warszawa; Wydawnictwo Politechniki Lubelskiej, Lublin 2008; *Wartościowanie zabytków architektury*, Polski Komitet Narodowy Międzynarodowej Rady Ochrony Zabytków i Muzeum Pałac w Wilanowie, Warszawa 2013.

⁶⁵ J. Krawczyk, *Dialog z tradycją w konserwatorstwie – koncepcja zabytkoznawczej analizy wartościującej*, „Acta Universitatis Nicolai Copernici”, Zabytkoznawstwo i Konserwatorstwo XLIV, Toruń 2013, s. 507–529, doi.org/10.12775/AUNC_ZiK.2013.021 (dostęp: 23.08.2025).

(propozycja)⁶⁶, będące swego rodzaju praktycznym przewodnikiem opartym na wieloletnim doświadczeniu profesora w pracy konserwatorskiej.

Na nieco szerszą i odmienną problematykę oceny wartości zabytkowej historycznych zespołów miejskich zwrócili uwagę już w 1968 r. Krzysztof Pawłowski i Michał Witwicki w pracy „Problemy oceny wartości zabytkowej historycznych zespołów miejskich”⁶⁷. Dalsze, szerokie badania na temat kompleksowego podejścia do zabytkowych zespołów miejskich i ich wartości składowych prowadził między innymi wspomniany już Bolesław Szmygin.⁶⁸ Z kolei na problem autentyzmu w odniesieniu do założeń ogrodowych zwrócili uwagę Marzanna Jagiełło i Wojciech Brzezowski w artykule „Autentyzm a rekonstrukcja zabytkowych zespołów ogrodowych”⁶⁹.

Wartościowaniem i kryteriami ochrony zabytkowych szpitali jako zespołów architektoniczno-urbanistycznych jako jeden z niewielu badaczy zajął się Piotr Gerber⁷⁰. Autor dowodził, że analizie należy poddać całe założenie włącznie z oceną wartości niematerialnych, a tylko właściwa analiza pozwoli na wyłonienie elementów, których zachowanie jest niezbędne. Zwrócił również uwagę na konieczność modernizacji jako szansy dla zachowania zabytkowych szpitali⁷¹. Badacz do najważniejszych wartości zaliczył analizy układu przestrzennego, czytelność pierwotnego założenia planów i form budynków, materiały i techniki budowlane oraz rozwiązania medyczne, zasoby dokumentacji projektowej, technicznej i medycznej realizowanej w szpitalu, a także znaczenie obiektu dla rozwoju leczenia i jego wartości artystyczne. Na konieczność modernizacji i rozbudowy związanej z unowocześnianiem i utrzymaniem poziomu opieki medycznej przy równoczesnym utrzymaniu w dobrym stanie substancji zabytkowej zwróciła uwagę również Katarzyna Dankiewicz⁷².

Pomimo podobnych wartości, jakie niosą ze sobą wszystkie zabytkowe szpitale, autorka wyodrębniła jako osobną grupę dawne „azyle”, zespoły o specyficznej historii, specjalistycznym przeznaczeniu zaznaczonym już w pierwotnych założeniach projektowych i planach budowlanych oraz cennych humanistycznych wartościach niematerialnych, które towarzyszyły ich powstaniu w początkach psychiatrii. Na podstawie badań przeprowadzonych w 24 dawnych pruskich zakładach dla psychicznie chorych⁷³ można stwierdzić, że mają one podobne, chociaż ewoluujące schematy założeń architektoniczno-urbanistycznych oraz funkcjonalnych i stanowią wśród zabytkowych szpitali dość specyficzną i odrębną grupę. Są to zespoły bardzo bogate w treści zarówno historyczne, naukowe, artystyczne, jak i techniczne oraz niematerialne, dlatego też warto podjąć próbę stworzenia analitycznego modelu pokazującego wszystkie możliwe identyfikatory czy też nośniki tych wartości.

⁶⁶ J. Tajchman, *Standardy opracowania dokumentacji projektowej dla tzw. zabytków nieruchomych (propozycja)*, Narodowy Instytut Dziedzictwa, Warszawa 2014.

⁶⁷ „Ochrona Zabytków” 1968, nr 21/4 (83), s. 3–12.

⁶⁸ B. Szmygin, *Analiza składowych wartości zabytkowego zespołu miejskiego – podstawa programów i planów konserwatorskich*, „Ochrona dziedzictwa kulturowego” 2021, nr 11, 10.35784/odk. 2868, s. 171–179.

⁶⁹ M. Jagiełło, W. Brzezowski, *Autentyzm a rekonstrukcja zabytkowych zespołów ogrodowych*, [w:] *Dziedzictwo architektoniczne: rekonstrukcje i badania obiektów zabytkowych*, (red.) E. Łużyńska, Oficyna Wydawnicza Politechniki Wrocławskiej, Wrocław 2017, s. 74–84.

⁷⁰ P. Gerber, *Historical Hospitals: Forgotten Heritage*, „Wiadomości Konserwatorskie – Journal of Heritage Conservation” 2022, vol. 70, 117–130, p. 126–127, DOI: 0.48234/WK70HOSPITALS.

⁷¹ Idem, *Modernizacja zabytkowych szpitali*, Oficyna Wydawnicza Politechniki Wrocławskiej, Wrocław 2019, s. 51–54.

⁷² K. Dankiewicz, *Zabytkowy szpital – problematyczna koegzystencja podmiotu z przedmiotem ochrony konserwatorskiej*, „Builder” 2021, nr 9 (290), DOI: 10.5604/01.3001.0015.068.

⁷³ D. Bręczewska-Kulesza, *Architektura w służbie medycyny. Ewolucja układów architektoniczno-urbanistycznych szpitali dla psychicznie chorych na przykładzie pruskich prowincjonalnych zakładów leczniczo-opiekuńczych z XIX i początku XX w.*, Wydawnictwa Uczelniane UTP, Bydgoszcz 2020, tam również zawarta została bogata bibliografia dotyczące tego typu założeń. Badania były finansowane z konkursu Miniatura 2, NCN, nr DEC– 2018/02/X/HS3/00336, w latach 2018–2020.

3. ZNACZENIE AZYLU W ROZWOJU PSYCHIATRII

Przemiany społeczne i ideowe, mające miejsce na przełomie XVIII i XIX w. oraz rozwój medycyny spowodowały wzrost zainteresowania chorobami umysłowymi. Pojawiło się przekonanie o możliwościach terapeutycznych jakie może dać instytucjonalne leczenie psychicznie chorych, co oznaczało „uwolnienie ich z łańcuchów i ukrócenie okrutnego traktowania”. Uważano, że kontrola zapewniona przez azyl, miła rodzinna atmosfera i wzajemne zaufanie powinny „poradzić sobie z szaleństwem”. Ruch reformatorski z początkiem XIX w. objął całą Europę, Stany Zjednoczone, a później i inne kontynenty, a psychiatria zaczęła być postrzegana jako osobna dyscyplina medyczna⁷⁴. Niemiecka psychiatria, pomimo podziału kraju na wiele niezależnych jednostek, od początku prężnie się rozwijała. Jeden z pierwszych azylów w Europie Środkowej otwarto w saksońskim Sonnenstein w roku 1811.

W początkach psychiatrii uważano, że „terapia moralna”, w której pokładano ogromne nadzieje, potrzebuje odpowiednio zaprojektowanej przestrzeni. Postępem było adaptowanie istniejących budynków na osobne, specjalistyczne szpitale zdrowia psychicznego, w których można było stworzyć odpowiednie miejsca opieki nad chorymi. Wkrótce, dzięki łączeniu wiedzy medycznej, doświadczeń alienistów i architektów zaczęły powstawać nowe kompleksy szpitalne, uwzględniające różne aspekty terapeutyczne⁷⁵. Uważano wręcz, że budownictwo azylowe stanowi specjalną gałąź architektury, a nawet jest zawodem samym w sobie⁷⁶. W skład zespołów wchodziły budynki o wielu różnych funkcjach, wykraczających poza program szpitali ogólnych, jak obiekty do rekreacji, pracy czy modlitwy. Konieczne były również ogrody i parki, a połączenie wszystkiego w jedną całość wymagało przemyślanego układu urbanistycznego. Od połowy XIX w. popularny stał się system pawilonowy, co stwarzało dobre warunki do segregacji chorych nie tylko zakaźnie, ale przede wszystkim ze względu na płeć i nasilenie choroby, konieczność obserwacji pacjenta oraz jego ogólną kondycję. Pawilony początkowo duże, ustawione symetrycznie w rzędach połączonych zadaszonymi przejściami, otaczały wewnętrzne dziedzińce, na których znajdowały się obiekty techniczne i gospodarcze, wśród których wyróżniały się wieże ciśnień. Pod koniec XIX w. zabudowę rozluźniano i wznoszono coraz więcej mniejszych, bardziej kameralnych budynków, otoczonych parkowymi alejkami. Wszystkie pawilony chorych miały własne, oddziałowe ogrody, ze starannie zaplanowanym nasadzeniem. Poza tym chorzy mogli korzystać z rozległych parków otaczających założenia. W większych szpitalach wznoszono osobne kaplice i sale rozrywkowo-teatralne, o odpowiednio reprezentacyjnym wystroju wewnątrz. Bardziej okazałe miały również budynki administracyjne, czasem mieszczące kaplice i sale teatralne oraz gabinety lekarskie. Ponieważ zespoły szpitalne lokowano w spokojnych, podmiejskich okolicach, przewidziano również wille dla lekarzy i domy dla personelu. Całości dopełniały rozległe parki z małą architekturą. Dla rozrywki wznoszono tam na przykład bardzo popularne w tym czasie kręgielnie. W większości zespołów szpitalnych znajdowały się sady, ogrody warzywne, a także gospodarstwa rolne. Specyfika szpitali psychiatrycznych wymuszała wiele ciekawych rozwiązań stosowanych ze względów bezpieczeństwa jak „bezpieczne okna”, przez które nie można było wyskoczyć, „bezpieczne klamki”, bezpieczne schody o szerokości pozwalającej na prowadzenie pacjenta przez dwie osoby, czasem z biegami oddzielonymi ścianą i wiele innych, niestety bardzo rzadko zachowanych usprawnień (ryc. 1–3). Zakłady były również wyposażone w wiele udogodnień technicznych, jak maszyny parowe, silniki elektryczne, maszynowe pralki i wirówki, aparaty do suchej pary służące do suszenia bielizny, systemy ogrzewania parowego. Te urządzenia również dziś należą do rzadkości, często porzucone gdzieś w czeluściach piwnic.

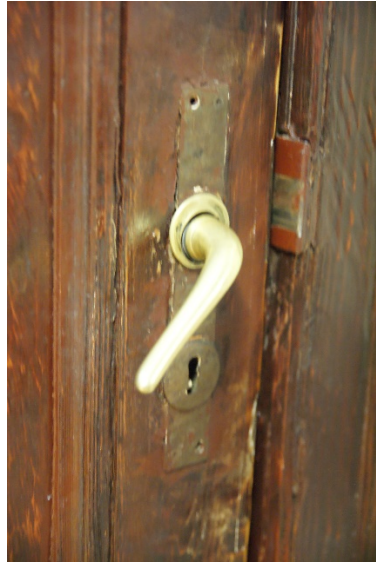
⁷⁴ Ibidem, s. 21–22.

⁷⁵ Więcej na temat idei budowy pruskich zakładów dla psychicznie chorych D. Bręczewska-Kulesza, *Architektura w służbie...*

⁷⁶ Ibidem, s. 35.



Ryc. 1. Bezpieczne okno w szpitalu w Świeciu
Źródło: materiał ilustracyjny jest wynikiem badań własnych



Ryc. 2. Bezpieczna klamka w szpitalu Dziekanka w Gnieźnie
Źródło: materiał ilustracyjny jest wynikiem badań własnych



Ryc. 3. Bezpieczne schody w szpitalu w Ueckermünde, Niemcy
Źródło: materiał ilustracyjny jest wynikiem badań własnych

Tak funkcjonalne i wyposażone szpitale były nośnikiem ówczesnej myśli zarówno medycznej, jak i architektonicznej czy technicznej. Niestety, liczba chorych rosła znacznie szybciej niż liczba miejsc w szpitalach, co stwarzało ogromne przepełnienie i znacznie obniżyło poziom leczenia, które znów cofało się do izolowania i nadzoru zamiast leczenia i rehabilitacji. Zły wizerunek szpitali psychiatrycznych dopełniła Akcja T 4, program realizowany w III Rzeszy w latach 1939–1944, polegający na fizycznej „eliminacji życia niewartego życia”, w ramach której mordowano osoby chore psychicznie i niepoczytalne (ryc. 4–6).



Ryc. 4. Trumna wielokrotnego użytku, Muzeum szpitala Dziekanka w Gnieźnie
Źródło: materiał ilustracyjny jest wynikiem badań własnych



Ryc. 5. Lodownia – chłodnia, Berlin-Lichtenberg, szpital Herzberge
Źródło: materiał ilustracyjny jest wynikiem badań własnych



Ryc. 6. Kręgielnia, Berlin-Lichtenberg, szpital Herzberge
Źródło: materiał ilustracyjny jest wynikiem badań własnych

Mimo wszystko, idea przyświecająca pionierom psychiatrii, wznoszone wówczas zespoły szpitali wraz z całym zapleczem, zielenią i wynalazkami techniki zasługują na upamiętnienie nie tylko na polu historii nauki, w tym architektury i medycyny, ale także jako nośniki wartości niematerialnych – wielkiej, humanitarnej idei niesienia pomocy ludziom wcześniej wykluczonym ze społeczeństwa. Wzniesione wówczas zespoły architektoniczno-urbanistyczne często nadal pełnią swoją funkcję, pomimo zupełnie innych metod leczenia, co świadczy o ich ponadczasowej wartości⁷⁷. Dlatego też warto zastanowić się i stworzyć model do analizy potencjalnych wartości, jakie ze sobą niosą, aby móc je uratować przy koniecznych modernizacjach. Z drugiej strony warto również zastanowić się nad najlepszą formą koniecznego przecież unowocześniania zespołów, przy jak najmniejszych stratach autentyzmu i wartości zabytkowych.

4. ANALITYCZNY MODEL POTENCJALNYCH WARTOŚCI ZABYTKOWYCH I UŻYTKOWYCH

Stworzenie analitycznego modelu szeroko pojętych, potencjalnych wartości zabytkowych zespołów szpitali dla psychicznie chorych ma na celu zwrócenie uwagi na możliwość występowania różnych wartościowych elementów i zachęcenie użytkowników obiektów do ich zachowania lub zabezpieczenia. Drugim ważnym dążeniem stworzenia modelu jest poszukiwanie możliwości użytkowych badanych zespołów, pełniących nadal tę samą funkcję, przy zupełnie innych wymaganiach stawianych psychiatrii. Dotyczy to zarówno możliwości zmian funkcji poszczególnych budynków, ich przystosowania do nowoczesności, jak i szukania miejsca i formy dla nowoczesnych uzupełnień zabudowy. Trzeci problem to zmiana stylistyki budynków wprowadzonych do zespołów bez poszanowania ich wartości i szpecących całe założenia. Model może pomóc w poszukiwaniu form elewacji dla tych budynków czy też podjęciu decyzji o rozbiórce. Ostatnia kwestia to możliwość udostępniania określonych przestrzeni lub budynków lokalnej społeczności, dzięki czemu mieszkańcy mogą zyskać np. rekreacyjny teren zielony albo dostęp do usług proponowanych przez szpital.

Szpitala są żywymi organizmami, o zmiennych potrzebach i tylko przemyślane nadążanie za nimi, bez niszczenia dorobku poprzedników, może dać dobre rezultaty. Wspomniane wyżej badania prowadzone na grupie szpitali pozwoliły na podjęcie próby stworzenia analitycznego modelu wartości zabytkowych i użytkowych zespołów szpitalnych, których – jak się okazało – jest bardzo dużo. Pod uwagę zostały wzięte zarówno wartości historyczne, artystyczne i naukowe, jak i krajobrazowe oraz funkcjonalne i użytkowe. Ponadto zespoły szpitalne posiadają również wiele wartości niematerialnych, o których często się zapomina.

Model przedstawiony w tabeli 1 ma za zadanie pokazanie całej gamy możliwych elementów składowych tych wartości, niekoniecznie istniejących w każdym zespole. Podzielony został na główne składowe wartości zespołów, gdzie zaproponowano podział na pięć ogólnych grup, umieszczonych w pierwszej kolumnie. W drugiej kolumnie wartości składowe zostały podzielone na grupy o różnicowanym przeznaczeniu. Było to potrzebne, zwłaszcza dla dzieł architektury i budownictwa, bo ta grupa jest największą składową wartości zespołów. W kolejnej kolumnie dokonano szczegółowego podziału na podgrupy reprezentujące budynki i przestrzenie o konkretnych funkcjach wyróżniających się cechami architektonicznymi. Czwarta kolumna zawiera charakterystyczne cechy dla danych podgrup, co jest istotne przy ustalaniu ich wartości. Przedostatnia kolumna zawiera ocenę największej możliwej wartości użytkowej i funkcjonalnej konkretnych elementów zespołu oraz wartości zabytkowej dla elementów w pierwotnym stanie zachowania, a w odniesieniu do możliwości przekształceń stopień trudności tego typu działań. W praktyce w szpitalach zachowała się tylko część wymienionych składowych wartości. Odniesienie modelu do konkretnych zespołów szpitalnych (pusta ostatnia kolumna w tabeli 1) może pomóc przy ustalaniu ich szeroko pojętej wartości zabytkowej, użytkowej, planowaniu remontów, rozwoju placówek, a także może pozwolić na odnalezienie i zachowanie rzadkich już elementów świadczących o rozwoju medycyny i techniki.

⁷⁷ D. Bręczewska-Kulesza, *Fenomen pruskich szpitali dla psychicznie i nerwowo chorych z przełomu XIX i XX w.*, [w:] Definiowanie przestrzeni architektonicznej – tradycja i nowoczesność architektury, (red.) T. Kozłowski, Oficyna Wydawnicza ATUT Wrocławskie Wydawnictwo Oświatowe, Wrocław 2019, nr 4, s. 55–68.

Tab. 1. Proponowany model analityczny dla zespołów szpitali mieszczących się w dawnych pruskich zakładach opiekuńczo-leczniczych dla psychicznie chorych (opracowanie własne)

Składowe wartości zespołów	Składowe zespoły historycznego szpitala				Odniesienie do konkretnego zespołu szpitalnego
	Grupy – podział ze względu na przeznaczenie i funkcje, ogólna charakterystyka	Podgrupy – podział ze względu na szczegółowe funkcje	Ogólne cechy elementów podgrupy	WZ – wartość zabytkowa WU – wartość użytkowa F – możliwość wykorzystania i zmian funkcji Z – możliwość przebudowy, rozbudowy / sanacja	
Dzieła architektury i budownictwa	budynki przeznaczone do całodziennego użytku dla ludzi budynki murowane, większość licowana czerwoną lub jasną cegłą, czasem tynkowane; często z użyciem elementów drewnianych	pawilony dla chorych z podziałem na oddziały, pawilony dla chorych zakaźnie pawilony dla niespokojnych chorych	proste bryły z ryzalitami, ze skromnym detałem architektonicznym elementy drewniane – werandy, balkony, tarasy elementy w konstrukcji szkieletowej budynki o różnicowanej wielkości: wnętrza o zróżnicowanym układzie funkcjonalnym, skromny wystrój	WZ – duża WU – duża F – duża, możliwość modyfikacji wnętrza Z – ograniczona – sanacja – nie	
		domy dla personelu	skromne budynki, o różnych układach, małe domki, bliźniaki, zabudowa szeregową	WZ – średnia WU – duża po przystosowaniu F – duża Z – duża/sanacja – niewskazana	
		wille dyrektorów, lekarzy	budynki jednorodzinne lub bliźniaki o malowniczej stylistyce, wnętrza – reprezentacyjne hole z klatkami schodowymi, dekoracje malarskie, sztukatorskie	WZ – duża WU – duża F – duża Z – niewskazana/ sanacja – nie	
		gmachy administracyjne budynki o urozmaiconych bryłach, z wysokimi dachami, ryzalitami	reprezentacyjne gmachy o nieco bogatszym detału i dekoracji wnętrza, mieszczące często również sale towarzyskie i miejsca modlitwy dla różnych wyznań	WZ – duża WU – duża F – duża Z – niewskazana/sanacja – nie	
	budynki użyteczności ogólnej murowane, większość budynków licowana czerwoną lub jasną cegłą z dekoracją o umiarkowanych formach	wolnostojące kaplice (występowały w dużych zespołach)	w formie niewielkich kościołów, często symultaniczne co wpływało na układ wnętrza, stylizowane formy średniowieczne, secesyjne	WZ – duża WU – duża F – niewskazana Z – niewskazana/sanacja – nie	

Dzieła architektury i budownictwa				
49	budynki mieszczące sale towarzyskie	sale w odrębnych budynkach o malowniczych formach, czasem secesyjnych; wszystkie sale wyposażone w sceny i niewielkie garderoby po bokach, reprezentacyjny wystrój malarski i sztukatorski, witraże, zaplecze sanitarne, rzadko wyposażone w pomieszczenia dla leżących chorych; czasem dwufunkcyjne – sala towarzyska i kaplica	WZ – duża WU – duża F – możliwa, ale niewskazana Z – niewskazana/ sanacja – nie	
	budynki techniczne i gospodarcze	zróżnicowane bryły i wielkości od małych parterowych obiektów do dużych kilkupiętrowych budynków z wieżami i dziedzińcami mieszczących również mieszkania dla personelu do wyposażenie zabytkowe- zabytki techniki	WZ – mała – średnia WU – duża F – duża Z – duża/sanacja możliwa	
	zróżnicowane, najczęściej skromne, mrowane budynki, zazwyczaj o mniejszej wartości zabytkowej	kotłownię, kuchnie z zapleczem, pralnie z zapleczem warsztaty rzemieślnicze	WZ – mała – średnia WU – duża F – duża Z – duża/sanacja możliwa	
	budynki do terapii przez pracę, wspomagające utrzymanie zakładów	wieżę ciśnień	WZ – duża WU – mała F – wskazana Z – niewskazana	
	budynki do zabudowania rolnych gospodarstw	zabudowania gospodarstw rolnych budynki mieszkalne w gospodarstwach budynki gospodarcze – jak obory, stodoły, chlewnie, itp.	WZ – średnia WU – mała F – duża Z – duża/sanacja niewskazana – możliwa	
50	inne zabudowania	z czasem osobne niewielkie budynki, częściej włączone w kompleksy budynków technicznych lub w pawilonach dla chorych	WZ – średnia ze względu na unikatowość WU – mała F – duża Z – duża/sanacja niewskazana – możliwa	
	portienie kostnice prosekoria piwnice na łód, lodownie	niewielki budynki o skromnych formach, rzadko zachowane	WZ – duża ze względu na unikatowość WU – mała F – mała Z – niewskazana/sanacja niewskazana, ale możliwa	

cd. tab. 1

Układy urbanistyczne	rozplanowanie położenia budynków wraz z infrastrukturą drogową i zielenią	rozmieszczenie zabudowy, dróg i esplanad, ogródków, skwerów, parków	różne układy, zazwyczaj osiowe, najczęściej do dziś czytelne	WZ – duża WU – duża F – możliwość wprowadzenia nowych dróg, parkingów, przy zachowaniu pierwotnego układu	
Zielen	założenia zielone użytkowe i rekreacyjne wraz z małą architekturą	parki i ogrody	ogrody przy oddziałach, rozległe parki ze starodrzewem	WZ – duża WU – duża F – możliwość, ale niewskazana Z – niewskazana/sanacja – nie	
		mała architektura oraz elementy parków i ogrodów	kręgielnie, altany ławki fontanny stawy rzeźby ogrodzenia	WZ – duża ze względu na unikatowość WU – średnia – mała F – mała Z – niewskazana/sanacja	
		nasadzenia	starodrzew	WZ – duża WU – duża F – brak Z – brak	
Współczesna architektura	uzupełnienia z okresu powojennego	budynki o różnych funkcjach i gabarytach, najczęściej niedopasowane stylistycznie do zespołów, architektura o niskiej jakości	budynki wymagające interwencji/ budynki do sanacji możliwość wykorzystania dla lokalnej społeczności	WZ – brak WU – duża F – duża Z – duża, często konieczne zmiany formalne/sanacja	
	uzupełnienia z XXI w.	architektura o nowoczesnych formach, wzbogacająca zespoły o ciekawe rozwiązania	uzupełnienia zabudowy o różnych funkcjach, dopasowanych do zabrytkowego układu formach stylistycznych możliwości wykorzystania dla lokalnej społeczności	WZ – brak WU – duża F – duża	
Wartości niematerialne	społeczna komemoratywna wartości humanistyczne – idea założeń	wartości społeczne – zmiana podejścia do chorych psychicznie współpraca medycyny i architektury ciekawostki techniczne eksterminacja chorych historia psychiatrii historia techniki	organizacja wystaw, izb pamięci, muzeów czy innych miejsc pokazujących wartości społeczne, historyczne, pamiętki techniki, pamiętki – elementy usprawnień medycznych, organizacja wydarzeń pokazujących wartości niematerialne	WZ – duża	

5. PODSUMOWANIE

Toczące się od lat w środowisku konserwatorskim spory o definiowanie pojęcia zabytków i dziedzictwa kulturowego, o kryteria i metody wartościowania zabytkowej architektury, nie uwzględniają jej różnorodności i ścisłych związków z rozwojem techniki oraz innych dziedzin nauki, zwłaszcza w odniesieniu do specjalistycznych zespołów z XIX i początku XX stulecia. Pokazany przykład modelu analitycznego dla zabytkowych zespołów szpitali dla psychicznie chorych pokazuje, jak wiele drobnych elementów ma znaczenie dla całości „dzieła” i jak są one „ulotne” przy wprowadzaniu zbyt daleko idących uogólnień. Zamysłem autorki było uproszczenie nazewnictwa, odejście od sporu o definicje i stworzenie modelu zrozumiałego dla wszystkich użytkowników, a nie tylko wąskiej grupy fachowców. Myślę, że nad tak skomplikowanymi i poddawanymi ciągłym, koniecznym przekształceniom zespołami, jakimi są szpitale, a w szczególności placówki dla osób z zaburzeniami psychicznymi, warto pochylić się bardziej i dokonać szczegółowych analiz, aby móc odpowiednio docenić i zachować wszystkie ich wartości.

Bibliografia

- Akcja T4 https://pl.wikipedia.org/wiki/Akcja_T4 (dostęp: 1.10.2025).
- Bręczewska-Kulesza D., *Architektura w służbie medycyny. Ewolucja układów architektoniczno-urbanistycznych szpitali dla psychicznie chorych na przykładzie pruskich prowincjonalnych zakładów leczniczo-opiekuńczych z XIX i początku XX w.*, Wydawnictwa Uczelniane UTP w Bydgoszczy, 2020.
- Bręczewska-Kulesza D., *Fenomen pruskich szpitali dla psychicznie i nerwowo chorych z przełomu XIX i XX w.*, [w:] *Definiowanie przestrzeni architektonicznej – tradycja i nowoczesność architektury*, (red.) T. Kozłowski, Oficyna Wydawnicza ATUT Wrocławskie Wydawnictwo Oświatowe, Wrocław 2019, nr 4, s. 55–68.
- Dankiewicz K., *Zabytkowy szpital – problematyczna koegzystencja podmiotu z przedmiotem ochrony konserwatorskiej*, „Builder” 2021, vol. 9 (290), DOI: 10.5604/01.3001.0015.068.
- Gerber P., *Historical Hospitals: Forgotten Heritage*, „Wiadomości Konserwatorskie – Journal of Heritage Conservation” 2022, vol. 70, no 117–130, p. 126 – 127, DOI: 0.48234/WK70HOSPITALS.
- Gerber P., *Modernizacja zabytkowych szpitali*, Oficyna Wydawnicza Politechniki Wrocławskiej, Wrocław 2019.
- Jagiello M., Brzezowski W., *Autentyzm a rekonstrukcja zabytkowych zespołów ogrodowych*, [w:] *Dziedzictwo architektoniczne: rekonstrukcje i badania obiektów zabytkowych*, (red.) E. Łużyńska, Oficyna Wydawnicza Politechniki Wrocławskiej, Wrocław 2017, s. 74–84.
- Jankowska-Sabat M., *Zabytek nieruchomy a dziedzictwo architektoniczne. Uwagi w związku z ratyfikacją konwencji o ochronie dziedzictwa architektonicznego Europy*, „Acta Universitatis Wratislaviensis”, No 3440, *Przegląd prawa i administracji*, LXXXVIII, Wrocław 2012, s. 23–55.
- Krawczyk J., *Dialog z tradycją w konserwatorstwie – koncepcja zabytkoznawczej analizy wartościującej*, Acta Universitatis Nicolai Copernici, Zabytkoznawstwo i Konserwatorstwo, XLIV, Toruń 2013, s. 507–529, http://dx.doi.org/10.12775/AUNC_ZiK.2013.021 (dostęp: 23.08.2025)
- Pawłowski K., Witwicki M., *Problemy oceny wartości zabytkowej historycznych zespołów miejskich*, „Ochrona Zabytków” 1968, nr 21/4 (83), s. 3–12.
- Schatt-Babińska K., *Europocentryczne i dalekowschodnie spojrzenie na wartość autentyczności zabytku – dokument z Nara jako próba pogodzenia odmiennych poglądów*, „Gdańskie Studia z Azji Wschodniej” 2016, nr 10, s. 28–40, <https://czasopisma.bg.ug.edu.pl/index.php/GSAW/article/view/8396> (dostęp: 21.08.2025).
- Szmygin B., *Analiza składowych wartości zabytkowego zespołu miejskiego – podstawa programów i planów konserwatorskich*, „Ochrona dziedzictwa kulturowego” 2021, nr 11, 10.35784/odk.2868, s. 171–179.
- Szmygin B., *Karta Wenecka w świetle współczesnych wyzwań teorii konserwatorskiej*, [w:] *Karta Wenecka 1964–2014*, Wydawnictwo UMK, Toruń 2015, s. 77–84.
- Szmygin B., *Międzynarodowe teksty doktrynalne ochrony i konserwacji zabytków*, Politechnika Lubelska, Lublin 2023, <https://hdl.handle.net/20.500.14629/212> (dostęp: 21.09.2025).
- Szmygin B., *Światowe dziedzictwo kultury UNESCO – charakterystyka, metodologia, zarządzanie*, PKN ICOMOS, Politechnika Lubelska, Warszawa–Lublin 2016.
- Tajchman J., *Standardy opracowania dokumentacji projektowej dla tzw. zabytków nieruchomych (propozycja)*, Narodowy Instytut Dziedzictwa, Warszawa 2014.
- Wartościowanie zabytków architektury*, (red.) B. Szmygin, Polski Komitet Narodowy Międzynarodowej Rady Ochrony Zabytków i Muzeum Pałac w Wilanowie, Warszawa 2013.
- Współczesne problemy teorii konserwatorskiej w Polsce*, (red.) B. Szmygin, Międzynarodowa Rada Ochrony Zabytków ICOMOS, Warszawa, Wydawnictwo Politechniki Lubelskiej, Lublin 2008.
- Zimna-Kawecka K., *Zmiany statusu autentyczności w analizie wartościowania zabytków*, „Protection of cultural heritage” 2025, vol. 23, DOI: 10.35784/odk.7188.

Dokumenty

Convention for the Protection of the Architectural Heritage of Europe, Granada 3 października 1985, ETS nr 121
Dokument z konferencji w Nara, <https://whc.unesco.org/archive/1994/whc-94-conf003-inf8e.pdf> (dostęp: 21.08.2025).

Konwencja UNESCO w sprawie ochrony światowego dziedzictwa kulturowego i naturalnego, uchwalona przez UNESCO podczas 17. sesji w Paryżu 16 listopada 1972.

Konwencja w sprawie ochrony światowego dziedzictwa kulturalnego i naturalnego, przyjęta w Paryżu dnia 16 listopada 1972 r. przez Konferencję Generalną Organizacji Narodów Zjednoczonych dla Wychowania, Nauki i Kultury na jej siedemnastej sesji, <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU19760320190> (dostęp: 20.09.2025).

Międzynarodowa Karta Konserwacji i Restauracji Zabytków i Miejsc Zabytkowych, Wenecja 1964, <https://www.icomos-poland.org/pl/dokumenty-doktrynalne.html> (dostęp: 20.09.2025).

Międzynarodowa Karta ochrony miast historycznych ICOMOS, Toledo-Waszyngton 1987, <https://www.icomos-poland.org/pl/dokumenty-doktrynalne.html> (dostęp: 20.09.2025)

Nota o autorce

dr hab. Daria Bręczewska-Kulesza – dyscypliny naukowe: architektura i urbanistyka oraz ochrona dziedzictwa i konserwacja zabytków, absolwentka Wydziału Sztuk Pięknych Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu, adiunkt w Katedrze Architektury Politechniki Bydgoskiej; od 20 lat prowadzi badania nad architekturą i urbanistyką XIX i początku XX w.

Kontakt: daria.breczewska-kulesza@pbs.edu.pl

WIEŻE CIŚNIEŃ NA TERENACH SZPITALNYCH I ICH POTENCJAŁ ADAPTACYJNY

WATER TOWERS IN HOSPITAL AREAS AND THEIR ADAPTIVE POTENTIAL

Streszczenie

Wieże ciśnień były kluczowym elementem infrastruktury szpitalnej od końca XIX w., zapewniając stabilne ciśnienie wody. Dziś, jako obiekty nieczynne, wymagają przemyślanej adaptacji. W publikacji przeanalizowano pięć historycznych wież, pod kątem ich funkcji, lokalizacji i konstrukcji, wskazując na możliwości ich współczesnego wykorzystania z poszanowaniem dziedzictwa i zasad zrównoważonego rozwoju.

Słowa kluczowe: wieża ciśnień szpitalna, potencjał adaptacyjny

Abstract

Water towers were a key element of hospital infrastructure from the late 19th century, ensuring stable water pressure in extensive supply networks. Today, many are inactive and require thoughtful adaptation. This article analyzes five historical towers, exploring their function, location, and design, and proposes strategies for their reuse, balancing heritage preservation with sustainable development.

Keywords: water tower, hospital, adaptive potential

1. WSTĘP

Wieże ciśnień stanowiły nieodłączny element infrastruktury technicznej dużych kompleksów szpitalnych, w tym zakładów psychiatrycznych powstających od końca XIX w. Ich podstawową funkcją było zapewnienie stabilnego ciśnienia wody w rozbudowanych sieciach wodociągowych, co miało kluczowe znaczenie zarówno dla codziennego funkcjonowania placówek, jak i dla bezpieczeństwa sanitarnego. Wysokie wymagania dotyczące higieny, konieczność zasilania pralni, kuchni, łaźni oraz systemów grzewczych sprawiały, że niezawodne źródło wody było jednym z priorytetów projektowych.

Wieże ciśnień są także świadectwem rozwoju techniki i urbanizacji. Odegrały istotną rolę w rozwoju kolei, przemysłu czy gospodarki. Ich charakterystyczna forma czyni je lokalnymi dominantami – rozpoznawalnymi punktami przestrzeni, które definiują otoczenie i często wpływały na jego rozwój. Stanowią cenne dziedzictwo kulturowe i przestrzenne, dokumentując rozwój infrastruktury technicznej.

Podyktowane monofunkcją, jaką było zapewnienie dostaw wody w warunkach niewystarczająco rozwiniętej sieci wodociągowej, wieże ciśnień stopniowo tracą swoje pierwotne znaczenie i stają się obiektami nieczynnymi. W związku z tym pojawia się pytanie o ich aktualną oraz przyszłą rolę w strukturze przestrzennej.

Niniejsze opracowanie przedstawia analizę wybranych pięciu wież ciśnień zlokalizowanych na terenach dawnych szpitali psychiatrycznych: Dziekanka (Gniezno), Kocborowo (Starogard Gdański), Międzyrzecz (Obrzyce), Stralsund (Niemcy) oraz Ueckermünde (Niemcy). W publikacji omówiono ich genezę, kontekst historyczny oraz rolę w systemach wodociągowych szpitali. Szczególną uwagę poświęcono lokalizacji wież względem głównych budynków, rozwiązaniom konstrukcyjnym i architektonicznym, a także różnicom wynikającym z uwarunkowań regionalnych i okresu powstania.

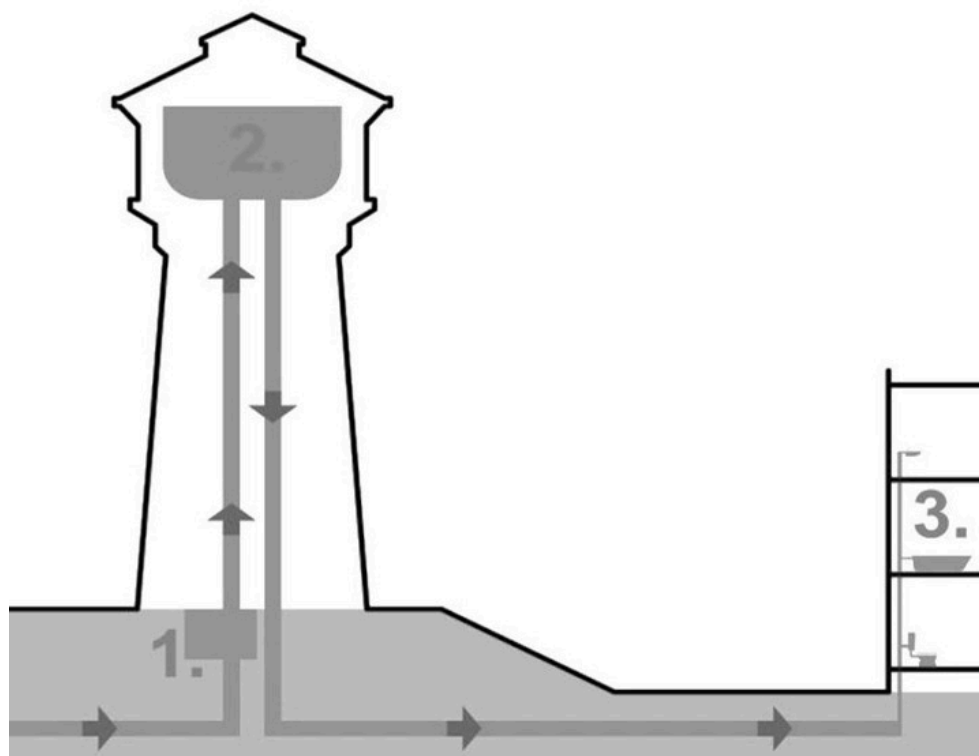
Całość uzupełniają zestawienia tabelaryczne (tab. 1), które pozwalają na łatwiejsze uchwycenie podobieństw i różnic pomiędzy obiektami. Celem opracowania jest nie tylko dokumentacja tych unikatowych elementów infrastruktury, ale również wskazanie ich obecnego i przyszłego znaczenia.

Publikacja stanowi wprowadzenie do dalszych rozważań nad możliwościami adaptacyjnymi szpitalnych wież ciśnień. Wskazuje on kluczowe kierunki działań oraz proponuje wytyczne, które mogą stanowić podstawę do opracowania strategii przywracania, zwłaszcza nieczynnych obiektów do użytkowania poprzez nadanie im nowych, współczesnych funkcji. Celem jest nie tylko ochrona dziedzictwa

architektonicznego, lecz także poszukiwanie rozwiązań sprzyjających zrównoważonemu rozwojowi i racjonalnemu wykorzystaniu istniejącej infrastruktury.

2. WIEŻA CIŚNIEŃ – ROLA I ZASADA DZIAŁANIA

Wieża ciśnień to jeden z kluczowych elementów systemu wodociągowego, zarówno w miastach, jak i w infrastrukturze kolejowej. Jej głównym zadaniem jest utrzymanie odpowiedniego ciśnienia w sieci, co pozwala na sprawne dostarczanie wody do odbiorców (ryc. 1).



Ryc. 1. Schemat działania wieży ciśnień: 1 – dostarczenie wody z ujęcia, 2 – zbiornik wody, 3 – odbiorca (użytkownik) (rys. autor)

Woda trafia do wieży z różnych źródeł, mogą to być rzeki, jeziora lub ujęcia podziemne. Z miejsca poboru pompowana jest do zbiornika umieszczonego na szczycie wieży. Dzięki sile grawitacji w zbiorniku wytwarza się ciśnienie hydrostatyczne. Zasada jest prosta: im wyżej znajduje się zbiornik, tym większe ciśnienie wody. Przyjmuje się, że na każde 10 metrów wysokości przypada około 1 atmosfera techniczna⁷⁸ ciśnienia.

Wieża ciśnień nie służy wyłącznie do bieżącego zaopatrzenia w wodę. Może pełnić kilka dodatkowych funkcji: zbiornika wyrównawczego, który stabilizuje ciśnienie i chroni sieć przed uderzeniami hydraulicznymi, rezerwuaru awaryjnego, zapewniającego wodę w razie awarii pomp lub braku prądu, wsparcia przy zwiększonym poborze, gdy zapotrzebowanie przewyższa wydajność sieci, zbiornika przeciwpożarowego, wykorzystywanego w sytuacjach zagrożenia pożarem. Dzięki tym funkcjom wieże ciśnień są nie tylko elementem technicznym, ale też gwarancją bezpieczeństwa i ciągłości dostaw wody.

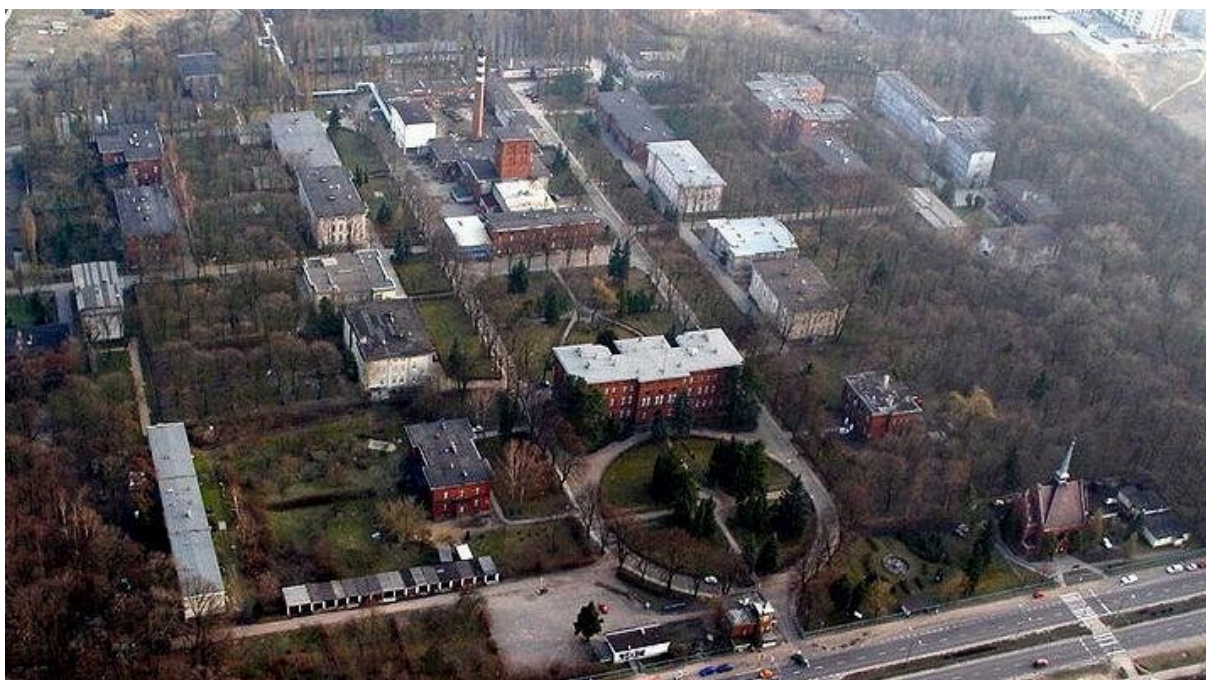
Proces dostarczania wody przez wieże ciśnień jest taki sam niezależnie od typu wieży czy jej lokalizacji, jednak można sklasyfikować docelowych użytkowników. W zależności od przeznaczenia wody, którą wieża ciśnień miała za zadanie dostarczyć lub przechowywać, na analizowanym terenie można wprowadzić pewien podział. W zasadzie wszystkie wieże ciśnień są obiektami infrastruktury wodociągowej, jednak należy je podzielić na: wodociągowe (komunalne, zwane także miejskimi), przemysłowe

⁷⁸ Atmosfera techniczna (at) jest jednostką ciśnienia; $1 \text{ at} = 1 \text{ kG/cm}^2 = 98066,5 \text{ N/m}^2 = 0,0980665 \text{ Mpa} = 0,980665 \text{ bar}$.

(fabryczne), folwarczne (wiejskie) i kolejowe⁷⁹. Wieże szpitalne ze względu na pełnioną funkcję zalicza się do obiektów przemysłowych (fabrycznych).

3. CHARAKTERYSTYKA WYBRANYCH SZPITALNYCH WIEŻ CIŚNIEŃ

Wieża ciśnień w gnieźnieńskiej „Dziekance” powstała na przełomie XIX i XX w. jako część zaplecza technicznego nowo budowanego szpitala psychiatrycznego, który rozpoczął działalność w 1894 r. Usytuowana na obrzeżu głównej części kompleksu (osi założenia), w sąsiedztwie budynków administracyjnych i gospodarczych, pełniła kluczową rolę w zapewnieniu odpowiedniego ciśnienia w sieci wodociągowej całego założenia. Jej architektura przyciąga wzrok smukłą, pięciokondygnacyjną ceglana bryłą na planie kwadratu wieńczącą część zbiornikową. Wysokość obiektu sięga około 30 metrów, a jego elewację zdobią lizeny, gzymsy wieńczące, okna z ceglanymi nadprożami czy blendy okienne, typowe dla stylistyki przełomu wieków (ryc. 2).



Ryc. 2. Wojewódzki Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych SPZOZ w Gnieźnie, widok z lotu ptaka
Źródło: Wojewódzki Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych SPZOZ – HotMed.pl

W Kocborowie, dzisiejszej dzielnicy Starogardu Gdańskiego, wieża ciśnień została wzniesiona równolegle z budową zakładu dla osób chorych psychicznie, który rozpoczął działalność w 1895 r. Zlokalizowana w części gospodarczej zespołu, w pobliżu pralni i kotłowni, stanowiła istotny element nowoczesnej infrastruktury technicznej. Wykonana z czerwonej cegły, osadzona na planie ośmioboku, wyróżnia się wyraźnym podziałem na smukły cylindryczny trzon i masywną głowicę zbiornikową. Jej wysokość szacowana jest na 33–35 metrów. Charakterystyczne dla tej budowli są neogotyckie detale: gzymsy (pośrednie, wieńczące) lizeny, okna rozetowe, okna z ceglanymi nadprożami, blendy okienne czy charakterystyczne zegary na wystawkach dachowych. Wieża ciśnień nadal pełni swoją pierwotną funkcję (ryc. 3).

Międzyrzecka wieża ciśnień, zlokalizowana w dzielnicy Obrzyce, powstała w ramach budowy jednego z największych kompleksów szpitalnych w Europie, realizowanego w latach 1897–1901. Umiejscowiona w strefie gospodarczej, w pobliżu kotłowni i warsztatów (na osi założenia szpitalnego), pełniła funkcję centralnego punktu systemu wodociągowego. Jej forma jest prosta i funkcjonalna a cylindryczny trzon na planie okręgu wykonany jest z cegły, zwieńczony ośmioboczną głowicą

⁷⁹ P. Brzeziński, *Kujawsko-pomorskie wieże ciśnień – stan zasobu, systematyka i współczesna rola w przestrzeni*, Rozprawa doktorska, Zachodniopomorski Uniwersytet Technologiczny w Szczecinie, Szczecin, 2017, s. 31

ze zbiornikiem w górnej partii. Budynek został urozmaicony gzymsami pośrednimi i wieńczącymi, dekoracyjnym, różnobarwnym układem cegieł oraz charakterystycznymi zegarami na wystawkach dachowych. Obiekt mierzy około 28–30 metrów wysokości (ryc. 4).



Ryc. 3. Szpitalna wieża ciśnień w Kocborowie
Źródło: <https://dziennikbałtycki.pl/>



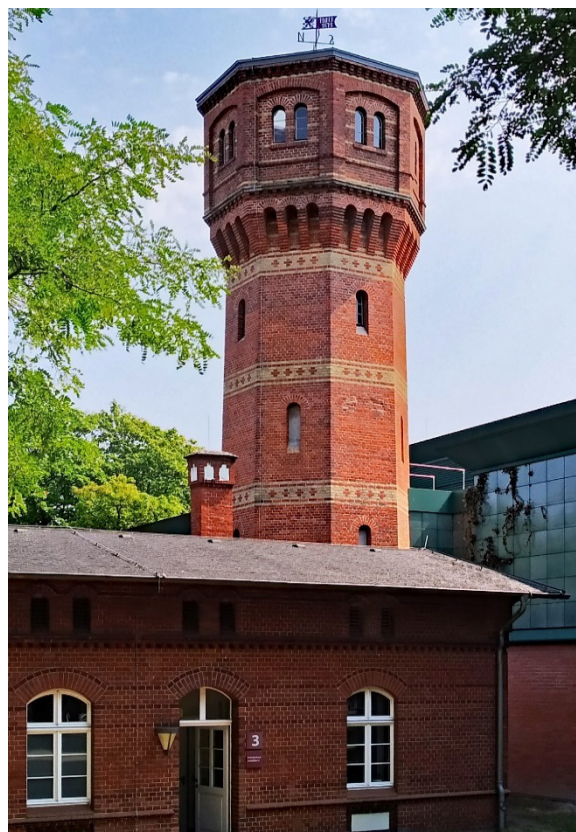
Ryc. 4. Szpitalna wieża ciśnień w Międzyrzeczu
Źródło: <http://www.psychiatria.miedzyrzecz.pl/>

W Stralsundzie, na terenie dawnego szpitala psychiatrycznego w Meklemburgii-Pomorzu Przednim, wieża ciśnień została zbudowana pod koniec XIX w. jako część zaplecza technicznego. Architektura obiektu wpisuje się w stylistykę neogotycką, wieża posiada trzon na planie czworoboku, zbudowana jest z cegły, zwieńczona dachem mansardowym. Zauważalny jest brak widocznego podziału na trzon i głowicę. W jej górnej części na każdym z boków widnieje zegar. Jej sylwetkę kształtują pionowe podziały, a w przyziemiach znajduje się budynek gospodarczy, ponad którym wydobywa się wieża ciśnień. Łącznie konstrukcja ma około 35 metrów wysokości (ryc. 5).

Ueckermünde, położone w północno-wschodnich Niemczech, również posiada wieżę ciśnień związaną z działalnością miejscowego zakładu psychiatrycznego, otwartego w 1902 r. Obiekt znajduje się w części technicznej zespołu, w sąsiedztwie budynków gospodarczych. Wieża zbudowana jest na planie ośmiobocznym z wyraźnym podziałem na trzon i głowicę zbiornikową. Zwieńczona została dachem – ostrosłup ośmioboczny. Jej dekoracja ogranicza się do prostych podziałów horyzontalnych i wertykalnych, wykonanych z profilowanej cegły. Charakterystyczny jest gzyms wieńczący trzon oraz blendy i okna w części głowicy. Wysokość budowli to około 27 metrów (ryc. 6).



Ryc. 5. Szpitalna wieża ciśnień w Stralsund
Źródło: Oberlausitzerin64 (www.commonswikimedia.org)



Ryc. 6. Szpitalna wieża ciśnień w Ueckermünde
Źródło: Oberlausitzerin64 (www.commonswikimedia.org)

W tabeli 1 zestawiono informacje dotyczące omówionych wyżej obiektów.

Tab. 1. Zestawienie zbiorcze

Lokalizacja	Data powstania	Umiejscowienie względem szpitala	Cechy dystynktywne
Dziekanka (Gniezno)	Koniec XIX w., budowa wraz z otwarciem szpitala (1894)	Na obrzeżu głównej części, blisko zabudowań administracyjno-gospodarczych	Na planie kwadratu, ceglana, ok. 30 m wysokości. Lizeny, gzymsy wieńczące, okna z ceglanymi nadprożami, blendy okienne, dach namiotowy
Kocborowo (Starogard Gdański)	Oddana wraz z zakładem dla chorych psychicznie (1895)	W części gospodarczej, obok pralni i kotłowni	Cylindryczny trzon, ośmioboczna głowica, ceglana, ok. 33–35 m wysokości. Gzymsy wieńczące i pośrednie, lizeny, łuki, okna rozetowe, kształt dachu: ostrosłup ośmioboczny z czterema wystawkami dachowymi z zegarami
Międzyrzecz (Obrzyce)	Powstała przy budowie kompleksu (1897–1901)	W strefie gospodarczej, przy kotłowni i warsztatach	Cylindryczny trzon, ośmioboczna głowica, ceglana, ok. 28–30 m wysokości. różnobarwne pasy ceglane, kształt dachu: ostrosłup ośmioboczny z czterema wystawkami dachowymi z zegarami
Stralsund (Niemcy)	Koniec XIX w., część szpitala psychiatrycznego.	Przy obrzeżu kompleksu, w strefie technicznej	Na planie kwadratu (wychodząca z budynku), ceglana, ok. 35 m wysokości. Bez podziału na trzon i głowicę, lizeny, ozdobny zegar, dach mansardowy
Ueckermünde (Niemcy)	Szpital wraz z wieżą ciśnień od 1902 r.	W części techniczno-gospodarczej	Na planie ośmioboku, ceglana, ok. 27 m wysokości. Szeroka ceglana ośmioboczna głowica, gzyms wieńczący trzon, blendy, kształt dachu: ostrosłup ośmioboczny

4. ZAKRES I UWARUNKOWANIA PRZEKSZTAŁCEŃ OBIEKTÓW WIEŻOWYCH

Rozważając zmianę funkcji wież ciśnień – zwłaszcza tych, których pierwotne przeznaczenie traci dziś rację bytu – warto pamiętać, że mamy do czynienia z obiektami historycznymi, objętymi ochroną konserwatorską. To nie oznacza, że ingerencja w ich strukturę jest wykluczona. Wręcz przeciwnie: ochrona nie powinna zamykać drogi do przekształceń, o ile są one przemyślane, uzasadnione i prowadzone z szacunkiem dla ich wartości. Kluczowe jest jednak określenie jasnych wytycznych dotyczących adaptacji nieczynnych obiektów, uzależnionych od ich wartości. Zmiana funkcji zabytku nie jest tożsama ze zmianą jego formy czy konstrukcji, które bezpośrednio wpływają na materialną substancję obiektu. Doktryna dopuszcza wszystkie typy zmian, o ile są one uzasadnione i korzystne dla zabytku. Forma i konstrukcja nie oddziałują tak silnie na polu społecznym jak funkcja. Zmiany zachodzące w funkcji w sposób naturalny są o wiele istotniejsze i niemożliwe do wyeliminowania. Dlatego ochrony funkcji nie można, moim zdaniem, utożsamiać z ochroną zabytku⁸⁰.

Jednym z możliwych modeli postępowania w przypadku szpitalnych wież ciśnień jest określona przez prof. Tajchmana kolejność działań przy obiektach zabytkowych, tj. prace przedprojektowe, prace projektowe, prace realizacyjne oraz dokumentację powykonawczą⁸¹.

Zakres możliwych przekształceń wież jest zróżnicowany i zależy od wielu czynników. Kluczowe znaczenie mają: planowana nowa funkcja, parametry konstrukcyjne obiektu, uwarunkowania lokalizacyjne oraz aktualny stan techniczny.

Zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa budowlanego⁸², adaptacja może obejmować zarówno działania inwestycyjne, takie jak budowa, odbudowa, rozbudowa czy nadbudowa, jak i roboty budowlane w postaci przebudowy, montażu, remontu lub rozbioru. W świetle definicji ustawowych przebudowa polega na wykonaniu robót, w wyniku których następuje zmiana parametrów użytkowych lub technicznych istniejącego obiektu, z wyłączeniem podstawowych cech, takich jak kubatura, powierzchnia zabudowy, wysokość, długość, szerokość czy liczba kondygnacji⁸³.

Wieże ciśnień były pierwotnie projektowane do realizacji jednej, ściśle określonej funkcji technicznej. Z tego względu zakres możliwych adaptacji jest ograniczony, a wachlarz nowych funkcji – stosunkowo wąski. Wymaga to indywidualnego podejścia projektowego, uwzględniającego zarówno aspekty konstrukcyjne, jak i wartości zabytkowe obiektu.

Schemat możliwości przekształceń budynków wież ciśnień⁸⁴ przedstawia wariantowe rozwiązania. Najprostszą formą adaptacji jest nadanie obiektowi nowej funkcji bez ingerencji w jego strukturę. W przypadku wież ciśnień jest to jednak rozwiązanie trudne do realizacji ze względu na specyficzną konstrukcję i ograniczoną przestrzeń użytkową. W praktyce, aby wprowadzić nową funkcję, w większości przypadków konieczne staje się przekształcenie istniejącej struktury. W takiej sytuacji pojawia się kilka możliwych kierunków działań projektowych, obejmujących różny zakres ingerencji.

Wieże ciśnień, które w większości przypadków zlokalizowane są w obrębie zabudowy szpitalnej na jej zamkniętej i niedostępnej dla wszystkich przestrzeni, pozostają pod wpływem pasywnej⁸⁵ części tkanki miejskiej. Obiekty położone w strefie pasywnej pozostają w mniejszym stopniu powiązane z bieżącymi procesami urbanistycznymi, co wpływa na ich potencjał adaptacyjny i sposób włączenia w strukturę współczesnego miasta.

⁸⁰ R. Barełkowski, *Funkcja jako nośnik continuum w zabytku architektury*, [w:] *Wartość funkcji w obiektach zabytkowych*, B. Szmygin (red.), Polski Komitet Narodowy ICOMOS, Muzeum Pałac w Wilanowie, Politechnika Lubelska, Warszawa 2014, s. 63–64.

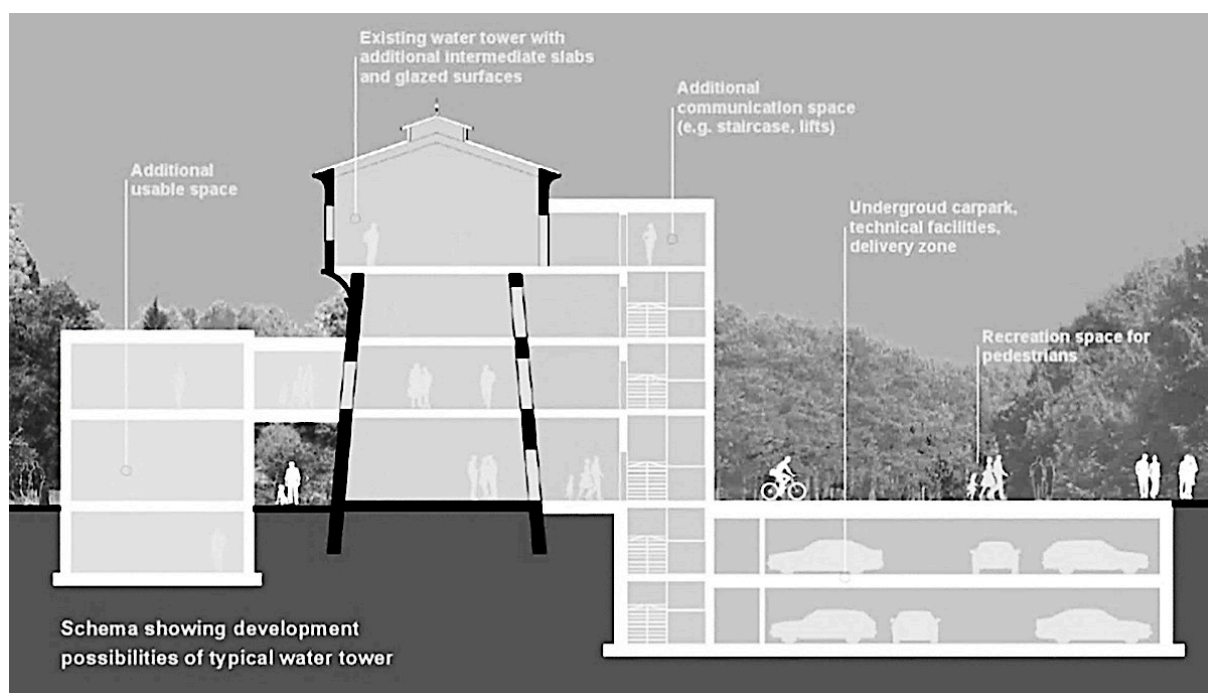
⁸¹ J.J. Tajchman, *Standardy w zakresie projektowania, realizacji i nadzorów prac konserwatorskich dotyczących zabytków architektury i budownictwa*, Narodowy Instytut Dziedzictwa, Toruń – Warszawa 2014, s. 1–2.

⁸² Ustawa z dnia 7 lipca 1994 r. – Prawo budowlane; Ustawa z dnia 27 marca 2003 r. o planowaniu i zagospodarowaniu przestrzennym; Rozporządzenie Ministra Infrastruktury z dnia 12 kwietnia 2002 r. w sprawie warunków technicznych, jakim powinny odpowiadać budynki i ich usytuowanie.

⁸³ Zakres i terminologia prac związanych z możliwością przekształceń wg obowiązującej ustawy Prawo Budowlane.

⁸⁴ P. Brzeziński, *Late 19th and early 20th century water towers as means to revitalize urban space*, [w:] *Approaches for the Intervention in the Architectural Heritage of the 20th Century*, J.M. Hernandez Leon (ed.), 14–16 June, Escuela Tecnica Superior de Arquitectura de Madrid ETSAM, ICOMOS 20th Century Committee, Madrid 2011, s. 1–6.

⁸⁵ Należy rozróżnić lokalizację w strefie pasywnej i aktywnej. Jako aktywną uważa się taką lokalizację, która bezpośrednio oddziałuje na zabudowę sąsiednią i funkcjonalnie może być z nią związana.



Ryc. 7. Schemat możliwości przekształcenia budynków wież ciśnień (opracowanie własne)

Ograniczony dostęp do obiektów, specyfika funkcji szpitalnej oraz brak swobodnych powiązań z tkanką miejską w znacznym stopniu utrudniają proces adaptacji nieczynnych wież ciśnień. Analizując ich przydatność adaptacyjną, należy uwzględnić cztery kluczowe kryteria: stan techniczny, lokalizację, parametry (gabaryty) oraz atrakcyjność obiektu. Ocena stanu technicznego wymaga przeprowadzenia szczegółowych badań i inwentaryzacji, z zastosowaniem metod wizualnych i czasowych. Znajomość zależności pomiędzy rodzajem budowli a ich trwałością pozwala na określenie „wieku technicznego budynków”⁸⁶. Przy tej metodzie bierze się także pod uwagę wiek techniczny poszczególnych elementów oraz wyposażenia⁸⁷.

Badania wizualne, realizowane przy użyciu nieuzbrojonego oka lub przyrządów optycznych, stanowią pierwszy etap diagnostyki, pozwalając na wstępne określenie ewentualnych uszkodzeń i niezgodności. Dopiero na tej podstawie można planować dalsze analizy, w tym badania materiałowe i konstrukcyjne.

„Drugim istotnym kryterium jest lokalizacja, która w przypadku wież powiązanych funkcjonalnie z dawnymi kompleksami szpitalnymi znacząco ogranicza możliwości wprowadzenia nowych funkcji (strefa pasywna)”. Pod względem gabarytów obiekty te osiągają średnio 30 m wysokości, co kwalifikuje je jako budowle dużych rozmiarów, wymagające specjalistycznych rozwiązań adaptacyjnych. Atrakcyjność obiektu, choć w dużej mierze subiektywna, zależy od formy architektonicznej, detalu oraz potencjału konstrukcyjnego umożliwiającego przekształcenia. W celu porównania obiektów można zastosować skalę punktową od 1 (najniższa wartość) do 5 (najwyższa), określając rangę poszczególnych parametrów, co pozwala na obiektywizację procesu oceny i ułatwia podejmowanie decyzji projektowych określając możliwości wprowadzenia nowej funkcji (tab. 2).

Z powyższych ustaleń wynika, że ze względu na specyfikę wież ciśnień oraz ich lokalizację, najczęściej na terenach wydzielonych, gdzie dominuje funkcja szpitalna, możliwości wprowadzenia nowych funkcji są znacznie ograniczone. Funkcja mieszkalna może być jedynie rozważana jako uzupełniająca, na przykład w formie lokum dla gości lub osób wizytujących, a nie jako pełnoprawna zmiana przeznaczenia obiektu na mieszkalny.

⁸⁶ M. Buchner, A. Buchner, J. Laube, *Zarys Projektowania i Historii Architektury*, Wydawnictwo Szkolne i Pedagogiczne, Warszawa, 1983, s. 307–314.

⁸⁷ Tabela wg W. Sikorskiego – *Studia nad metodą określania stopnia zużycia technicznego budynków mieszkalnych*, Warszawa 1971.

Tab. 2. Określenie kryteriów adaptacyjnych oraz kategoryzacja funkcji

Szpitalne wieże ciśnień									
Obiekt, lokalizacja		Kryteria adaptacyjne				Rodzaj nowej funkcji			
Lp.	Wieża ciśnień – miejscowość	Stan techniczny	Lokalizacja	Parametry	Atrakcyjność	Funkcja mieszkalna – jednorodzinna	Funkcja mieszkalna – wielorodzinna	Obiekt użyteczności publicznej	Funkcja reprezentacyjna (wystawiennicza/muzealna)
1.	Dziekanka (Gniezno)	ST3-4*	L1	P4	A3	x	x	●/○	●/○
2.	Kocborowo (Starogard Gdański)**	ST3-4*	L1	P5	A5	x	x	●	●
3.	Międzyrzecz (Obrzyce)**	ST3-4*	L1	P4	A5	x	x	●	●
4.	Stralsund (Niemcy)	ST3-4*	L1	P5	A4	x	x	●/○	●/○
5.	Ueckermünde (Niemcy)	ST3-4*	L1	P4	A4	x	x	○	○
Legenda: ● - funkcja możliwa bez zmiany parametrów obiektu (jedynie przy ingerencji w przestrzeni wewnętrznej) lub przy zmianie parametrów (w zależności od potrzeb i skali adaptacji) ●/○ - funkcja możliwa przy zmianie parametrów budynku – w zależności od skali adaptacji ○ - funkcja możliwa jedynie przy znacznej ingerencji w strukturę obiektu - x - funkcja nie rekomendowana * - wymagana jest szczegółowa ocena stanu technicznego ** - czynna wieża ciśnień, proces adaptacyjny jedynie po zaprzestaniu pełnienia pierwotnej funkcji									

Możliwe jest uzupełnienie zabudowy szpitalnej o funkcje użytkowe lub reprezentacyjne, które wzbogacają przestrzeń i nadają jej nowe znaczenie. Wśród potencjalnych kierunków adaptacji warto wskazać takie rozwiązania, jak punkt widokowy, przestrzeń wystawiennicza, strefa biurowo-konferencyjna czy nawet funkcja gastronomiczna. Tego typu przekształcenia mogą nie tylko ożywić nieczynne obiekty, ale również wpisać je w aktualne potrzeby. Powyższe możliwości adaptacyjne powinny zostać zestawione z potrzebami danego szpitala i odpowiednio do nich dostosowane.

Dodać należy, że w dobie powszechnej cyfryzacji, przed rozpoczęciem prac koncepcyjnych i projektowych, warto posługiwać się szczegółowym modelem komputerowym obiektu, który wiernie odwzorowuje jego charakterystyczne parametry. Taki trójwymiarowy model pozwala na przeprowadzenie symulacji, umożliwiającej porównanie stanu tkanki przed i po planowanej ingerencji. Dzięki temu możliwe jest precyzyjne określenie, czy proponowane działania są właściwe i korzystne z punktu widzenia zachowania wartości obiektu.

5. PODSUMOWANIE

Wieże ciśnień, te zlokalizowane na terenach dawnych szpitali psychiatrycznych, stanowią nie tylko świadectwo rozwoju infrastruktury technicznej, lecz także istotny element dziedzictwa kulturowego i przestrzennego. Ich charakterystyczna forma, detal architektoniczny oraz znaczenie historyczne sprawiają, że są one wyrazistymi punktami w krajobrazie urbanistycznym, dokumentującymi przemiany społeczne i techniczne minionych epok.

Niniejsze opracowanie stanowić może wprowadzenie do pogłębionej refleksji nad możliwościami adaptacyjnymi tych obiektów, zwłaszcza tych nieczynnych. Podkreślić należy, że każda wieża ciśnień wymaga indywidualnego podejścia, uwzględniającego jej główne kryteria tj. lokalizację, kontekst historyczny, rolę w strukturze zespołu szpitalnego oraz cechy konstrukcyjne i techniczne. Szczególną uwagę należy poświęcić właściwemu doborowi nowej funkcji, która nie tylko odpowiada współczesnym potrzebom użytkowników, ale również respektuje charakter i wartość obiektu. Proces ten wymaga przemyślenia, uwzględniając złożone uwarunkowania techniczne, lokalizacyjne czy konserwatorskie.

Od pewnego czasu obserwuje się tendencję do rewitalizacji wież ciśnień i nadawania im nowych funkcji. Przykładami takich przekształceń są: obiekt mieszkalny w Kennington (Londyn), hotel sieci Mövenpick w Hamburgu (Niemcy), budynek biurowy w Bussum (Holandia), muzeum w Mülheim an der Ruhr (Niemcy) oraz Miejsko-Gminny Ośrodek Kultury w Janowcu Wielkopolskim. Są to jednak głównie wieże miejskie lub kolejowe. Przypadki adaptacji szpitalnych wież ciśnień są trudne do znalezienia.

W procesie adaptacji kluczowe jest zachowanie świadomego podejścia, które łączy szacunek dla wartości historycznej z otwartością na przekształcenia. Adaptacja tych obiektów nie powinna być traktowana jako zagrożenie, lecz jako szansa na ich zachowanie i ponowne włączenie w życie współczesnej przestrzeni. Wyzwania projektowe, wynikające z konieczności zachowania wartości kulturowych, mogą być twórczym impulsem do poszukiwania innowacyjnych rozwiązań. Takie podejście pozwala nie tylko na zachowanie obiektów, ale także na ich aktywizację i nadanie im nowego znaczenia w kontekście zrównoważonego rozwoju oraz racjonalnego wykorzystania istniejącej infrastruktury.

Bibliografia

- Barełkowski R., *Funkcja jako nośnik continuum w zabytku architektury*, [w:] *Wartość funkcji w obiektach zabytkowych*, B. Szmygin (red.), Polski Komitet Narodowy ICOMOS, Muzeum Pałac w Wilanowie, Politechnika Lubelska, Warszawa, 2014, s. 63–64.
- Brzeziński P., *Late 19th and early 20th century water towers as means to revitalize urban space*, [w:] *Approaches for the Intervention in the Architectural Heritage of the 20th Century*, J.M. Hernandez Leon (ed.), 14-16 June, Escuela Tecnica Superior de Arquitectura de Madrid ETSAM, ICOMOS 20th Century Committee, Madrid 2011, s. 1–6.
- Brzeziński P., *Kujawsko-pomorskie wieże ciśnień – stan zasobu, systematyka i współczesna rola w przestrzeni*, Rozprawa doktorska, Zachodniopomorski Uniwersytet Techniczny w Szczecinie, Szczecin 2017, s. 31.
- Buchner M., Buchner A., Laube J., *Zarys Projektowania i Historii Architektury*, Wydawnictwo Szkolne i Pedagogiczne, Warszawa, 1983, s. 307–314.
- Tabela wg W. Sikorskiego – *Studia nad metodą określania stopnia zużycia technicznego budynków mieszkalnych*, Warszawa 1971.
- Tajchman J.J., *Standardy w zakresie projektowania, realizacji i nadzorów prac konserwatorskich dotyczących zabytków architektury i budownictwa*, Narodowy Instytut Dziedzictwa, Toruń – Warszawa, 2014, s. 1–2.
- Ustawa z dnia 27 marca 2003 r. o planowaniu i zagospodarowaniu przestrzennym, Rozporządzenie Ministra Infrastruktury z dnia 12 kwietnia 2002 r. w sprawie warunków technicznych, jakim powinny odpowiadać budynki i ich usytuowanie.
- Ustawa z dnia 7 lipca 1994 r. – Prawo budowlane (Dz.U. 2025, poz. 418), Zakres i terminologia prac związanych z możliwością przekształceń.

Nota o autorze

dr inż. architekt Piotr Brzeziński – adiunkt w Katedrze Architektury i Urbanistyki na Wydziale Budownictwa, Architektury i Inżynierii Środowiska Politechniki Bydgoskiej. Pracę doktorską z wyróżnieniem o tematyce związanej z wieżami ciśnień obronił na Wydziale Architektury Zachodniopomorskiego Uniwersytetu Technicznego w Szczecinie. Jest absolwentem Wydziału Architektury i Urbanistyki Politechniki Wrocławskiej. Specjalizuje się w dziedzinie architektury i urbanistyki, łącząc działalność naukową z praktyką projektową. Jego zainteresowania obejmują m.in. projektowanie przestrzeni publicznych, architekturę usługową i mieszkaniową oraz zagadnienia związane z tożsamością miejsca.

Kontakt: piotr.brzezinski@pbs.edu.pl

THE THERAPEUTIC POTENTIAL OF THE ARCHITECTURAL ENVIRONMENT OF THE DR. J. BABIŃSKI CLINICAL HOSPITAL IN KOBIERZYN – PAST AND PRESENT

POTENCJAŁ TERAPEUTYCZNY ŚRODOWISKA ARCHITEKTONICZNEGO SZPITALA KLINICZNEGO IM. DR. J. BABIŃSKIEGO W KOBIERZYNIE – KIEDYŚ I DZISIAJ

Abstract

The article examines the architectural environment of the psychiatric hospital in Kobierzyn, built in the early 20th century, in terms of therapeutic needs. These needs are based on historical requirements present when the hospital was constructed and current understanding. This goal is achieved by reviewing available archival materials and conducting studies in environmental psychology, sociology, and architectural theory. The analysis highlights features of the hospital environment that support its therapeutic potential and those that may cause environmental stress.

Keywords: architecture, plan analysis, territorial needs, environmental stress, psychiatric hospital

Streszczenie

W publikacji przeanalizowano środowisko architektoniczne powstałego na początku XX w. szpitala psychiatrycznego w Kobierzynie, pod względem wymogów terapeutycznych, wynikających z potrzeb aktualnych w momencie tworzenia szpitala i z uwzględnieniem aktualnej wiedzy. Ten cel jest realizowany poprzez kwerendę dostępnych materiałów archiwalnych, a także poprzez studia z dziedziny psychologii środowiskowej, socjologii, i teorii architektury. Przeprowadzona analiza prowadzi do wskazania cech środowiska szpitala, które wspierają potencjał terapeutyczny instytucji i takich, które mogą stanowić czynniki stresu środowiskowego.

Słowa kluczowe: architektura, analiza planu, potrzeby terytorialne, stres środowiskowy, szpital psychiatryczny

1. INTRODUCTION

Like many other contemporary fields of science, the modern concept of medicine has its origins in European Enlightenment culture. At that time, the prevailing view that illness was a punishment for sins was replaced by a belief similar to the modern one, namely that individuals and society are responsible for health. Understood in this way, health became a valuable asset and a right that must be sought after, as well as a 'moral obligation' of individuals linked to their 'sense of responsibility for themselves'⁸⁸.

Hospitals established in the eighteenth century (e.g., the hospital in Vienna) were often located far from city centres, which certainly had practical reasons, including the need for free, undeveloped space. However, as Michel Foucault (1987) observed, the decision to locate hospitals outside the everyday lives of most healthy citizens may also have been related to the meanings of 'purification and exclusion' attributed to these areas (17). This may have been particularly true of psychiatric hospitals. Since mental illness ceased to be treated as a kind of possession, mentally ill people began to be seen as individuals requiring some kind of pro-health isolation from the rest of society. Foucault writes about this: 'At a time when illness and poverty were becoming private matters for individuals and families for the first time in the Christian world, insanity automatically acquired a public status and a designated enclosed space to protect society from it' (386). This isolation from society often meant isolation from other patients within hospital institutions. One example is the hospital ward for the mentally ill built in the form of a round tower (the so-called '*Narrenturm*' - 'tower of fools') at the end of the 18th century in Vienna, standing on the edge of the hospital complex and clearly different from the other hospital buildings.

And although the idea of a hospital complex in Kobierzyn originated in a somewhat more modern context at the beginning of the 20th century, and the location outside the town (7 km from the town's edge at that time) was likely guided by new ideas of a self-sufficient town-garden, this plan can also be

⁸⁸ B. Outram, *Panorama Oświecenia*, Arkady, Warszawa 2008, s. 273.

seen as a kind of Enlightenment project. The Kobierzyn hospital's concept was characterised by expansiveness and a unique form of rationality typical of the earlier period of classicism. The plan was both functional (in this sense closer to early modernist principles) and aesthetically designed in a butterfly shape, primarily visible from above but also inspiring the imagination, reminiscent of the classicist '*architecture parlante*' created by C.N. Ledoux and J-F. Blondel⁸⁹. An additional reason to view the Kobierzyn hospital as a classicist design is its clear tendency to resemble a park layout⁹⁰, with pavilions serving specific purposes and forming different places connected by streets, squares, and viewing axes.

Completed just before World War I, the hospital project (which opened in 1917) gained even more significance when considering the legal and civilisational conditions in Galicia at the time regarding mental health care. As described by the first director of the Kobierzyn hospital (then called the Institution for the Mentally and Nervously Ill), these conditions were at least 'outdated' and desperately needed reform⁹¹. One sign of the inadequacy of the existing regulations and standards – based on the quoted text – was the failure to properly distinguish between mentally ill individuals and other cases requiring state care, including those who threaten 'public safety or public morals' (727). Additionally, there was a lack of adequate facilities for their care, both in terms of expert support (at that time, there were no psychiatric clinics at either of the two universities in Galicia – Lviv and Jagiellonian) and space for patients (reflected in the very low number of 'beds' for the mentally ill). The only mental health treatment center in Galicia at that time was the hospital in Kulparków (near Lviv), established in 1875 as an extension of an existing hospital in Lviv, part of a regional hospital founded in 1790⁹² Mazurkiewicz further notes: "*Communal care for the mentally ill does not really exist in Galicia. In rural communities and smaller towns, the mentally ill are left to their own fate, and only in the two capital cities [Lviv and Krakow – author's note] are there cases with several hundred people, both adults and children, mentally ill or physically disabled and healthy, housed together. Plans are underway in both cities to build new municipal shelters, organised rationally, i.e., taking into account, above all, the proper segregation of various elements of the shelters*".

Built from scratch over a century ago, the hospital in Kobierzyn continues to treat people with mental illnesses. Since its initial conception, the hospital has changed little in terms of its physical environment (several buildings have been added to the complex, including one hospital building opened in the 1980s), although at the same time there has been enormous progress in medicine, especially in the approach to treating people with mental illness, which is also reflected in a completely different method of treatment (rather than care), and a different ratio of medical staff to patients⁹³. The aim of this study is, therefore, to analyse the architectural environment of the Kobierzyn hospital in terms of the characteristic spatial and quality parameters that define this place. This view is based on the assumption, defined by the contemporary field of environmental psychology, that health – and especially mental health – is the result of maintaining balance in the entire system, which consists of both the individual and their social environment, but also the physical environment, which is an element that contributes to the therapeutic environment⁹⁴.

⁸⁹ E. Kaufmann, *Architecture In The Age Of Reason: Baroque and Post-Baroque in England, Italy, and France*. Harvard University Press, Cambridge (MA) 1955; A. Fortry, *Words and Buildings: A Vocabulary of Modern Architecture*, Thames & Hudson, London 2000

⁹⁰ A. Vidler, *The Scenes of the Street: Transformations in Ideal and Reality, 1750-1871*, [in:] *On Streets*, S. Anderson (ed.), The MIT Press, Cambridge (MA) 1986, s. 29–112.

⁹¹ J. Mazurkiewicz, *O opiece nad umysłowo chorymi w Galicyi i o nowym Zakładzie Krajowym w Kobierzynie*, „Przegląd Lekarski” 1912, nr 51, s. 727–735.

⁹² A. Staniewska, H. Petryshyn, H. Lukashuk, T. Kliusa, K. Koprynia, *Walory historycznych założeń parków i ogrodów wokół szpitali psychiatrycznych w Kulparkowie i Kobierzynie jako podstawa ich rewaloryzacji*, „Wiadomości Konserwatorskie” 2021, nr 61, s. 22–34.

⁹³ According to information provided a few years ago by the hospital spokesperson in Kobierzyn, the hospital initially admitted 600 patients when it opened in 1917. This figure increased to 800, and then to 1,100 at the end of its first period of operation in 1939. The hospital currently has 800 inpatient beds and 135 day ward places. There are approximately 120 doctors, 360 nurses, and around 100 psychologists and therapists on the medical staff (<https://archiwum.rpp.gov.pl/blaski-psychiatrii/szpital-w-kobierzynie-jego-historia-i-dzien-dzisiejszy>). It should be noted that during the hospital's initial period of operation, the number of permanently employed doctors was to be six (Mazurkiewicz, op.cit.).

⁹⁴ A. Bańka, *Spoleczna psychologia środowiskowa*, Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa 2002.

The idea of linking the importance of the physical environment and therapy is relatively new, and it was certainly not defined in terms of science and medicine at the time when the hospital was built. Until recently, this issue was viewed somewhat differently, with therapy being seen primarily as a relationship between the patient and the doctor/therapist, and hospital architecture as primarily a functional and technological solution. However, a modern space that complies with ergonomic principles and medical requirements is not always conducive to therapy; instead, it can create a '<technically> humanised environment, rather than a human environment'⁹⁵. In this sense, the words of Antoni Kępiński, one of the founders of the first psychological clinic in Poland, opened in 1950 at the hospital in Kobierzyn, referring to the 'atmosphere' of a place as the 'third therapeutic layer'⁹⁶, seem radically contemporary, even though he did not refer directly to the physical environment. When writing about the 'atmosphere' or "climate" of a hospital, Kępiński had in mind something he called an 'indeterminate factor' which makes 'there are places where people feel good and are drawn to them, and others where they feel bad and avoid them'⁹⁷. The aim of this paper is therefore to attempt to define this 'factor', at least insofar as it relates to the architectural environment that contributes to the place.

2. ARCHITECTURAL AND URBAN DESIGN OF THE HOSPITAL IN KOBIERZYN

The current Babiński Hospital was built in its primary form between 1909 and 1914, although additional work was carried out during the interwar period and then, to a relatively small extent, after World War II. The institution was established by a resolution of the Parliament of the Kingdom of Galicia and Lodomeria (a province of the Austro-Hungarian Empire) in 1907. In the same year, Dr Jan Mazurkiewicz was appointed director of the institution, and design work began under the supervision of Władysław Klimczak, later a professor at the Lviv Polytechnic. The design team included architects Antoni Budkowski, Tadeusz Zieliński, Zygmunt Jarlany, and Andrzej Dodkowski⁹⁸. Klimczak, the head of the design team, was a specialist in designing hospital and spa facilities, such as those in Krynica. In the Kobierzyński project, he was responsible for the overall urban plan (1909) and the designs of several buildings on the hospital grounds⁹⁹. As Mazurkiewicz (1912) emphasises in his article, the design was also consulted by several doctors and hospital inspectors, including the director of the hospital in Kulparków (Dr Kohlberger), as well as several professors (Halban, Piltz and Nowak) and many technical specialists (including the vice-president of Krakow, engineer Sary, and Prof. Ossowski). The plan for the park (1909) was entrusted to the professional company 'Pomona'¹⁰⁰.

The hospital's urban design clearly refers to the concept of the garden city, which was already familiar in Cracow before Ebenezer Howard arrived in the city in 1912. As Howard described it, Cracow was 'a garden city created as a result of natural development'¹⁰¹. This feature was visible in the city's structure and resulted from significant restrictions on urban development in the 19th century caused by the ring of fortifications and military communications with which the Austrian administrators surrounded the city. During the design work on the hospital complex in Kobierzyn, the garden city ideas were presented at the Architecture and Interior Design in Garden Surroundings exhibition organised in Cracow in 1912. This exhibition promoted new types of development, primarily low-density housing in green surroundings, as well as the planning concepts presented in the 1910 competition for the expansion of Cracow (the so-called Greater Cracow plan).

⁹⁵ A. Bańka, op.cit., s. 316; H. Osmond, *Function as the Basis of Psychiatric Ward Design*, "Mental Hospitals" 1957, nr 8, s. 23–30.

⁹⁶ A. Kępiński, *Psychopatologia nerwic*, Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, Warszawa 1973.

⁹⁷ Ibidem, s. 304.

⁹⁸ Z. Beiersdorf, *Kobierzyński szpital*, „Dziennik Polski” 2001, 2 czerwca 2001, <https://dziennikpolski24.pl/kobierzyński-szpital/ar/c3-2393878>; <https://babiński.pl/szpital/historia>

⁹⁹ Z. Beiersdorf, op.cit.

¹⁰⁰ <https://babiński.pl>. op.cit.

¹⁰¹ M. Motak, *Ebenezer Howard's Ideas in relation to the Planning of Krakow: a short history*, [in:] *International Planning History Society Proceedings, 17th IPHS Conference, History-Urbanism-Resilience*, Carola Hein (ed.) TU Delft 17–21 July 2016, V.02 s. 237–350. <http://dx.doi.org/10.7480/iphs.2016.2.1239>.

The hospital complex was designed on an area of approximately 60 hectares, most of which (52 hectares) was located south of the road leading from Cracow to Skawina; a section of land on the other side of the road was designated for agricultural use. Most of this area is a plateau with a slight slope towards the south, offering attractive views: to the north, towards Cracow, located below, and to the south, towards the Beskids and further on to the Tatra Mountains. Designed in 1909, the urban complex (Fig. 1) consisted of 15 hospital and residential pavilions, a complex of public facilities such as a theatre, a chapel (and a separate cemetery chapel with a cemetery), a 'playhouse' (with a large common room and dining room for patients, as well as a nursery for employees' children and a casino); service facilities, such as administrative buildings, a kitchen, a bakery, and a laundry; as well as many auxiliary and technical buildings. The complex also included a housing estate for hospital employees, including houses for doctors (3), administrative staff (3), lower administrative staff (1) and lower nursing staff (2), as well as the hospital director's villa. This part of the complex also included a workshop building (tailor's, shoemaker's, carpenter's, painter's, bookbinder's, and upholsterer's workshops) with additional flats on the first floor for domestic staff. All buildings were designed to be surrounded by parkland. In addition, part of the area was set aside for a farmstead to the north (the farm buildings were located by the road dividing the cultivated area) and an orchard to the south, which provided food for the hospital town.



Fig. 1. Original drawing of the urban plan for the hospital complex in Kobierzyn, at a scale of 1:1000, dating from 1909. The illustration shows an enlarged legend for the plan (source: National Archives in Cracow, photo: A. Lasiewicz-Sych, 2025).

The urban and architectural layout of Kobierzyn is characterised by a well-thought-out spatial arrangement, low building density, relatively large distances between buildings and a style of buildings characteristic of that period, which is a mixture of neo-baroque, art nouveau and early modernism¹⁰².

¹⁰² A. Staniewska, *Between tradition and modernity and in search of a national style at the beginning of 20th century – A chapel of Our Lady of Częstochowa at the institution for nervously and mentally ill in Kraków-Kobierzyn*, 6th International Multidisciplinary Scientific Conference on Social Science & Arts SGEM 2019. <https://doi.org/10.5593/sgemsocial2019V/6.1>.

The main entrance to the site is located in the upper right corner of the plan, where the gatehouse is located. The road then turns west and leads along the employees' housing estate to the roundabout where the main administrative building (opposite), the theatre building and, opposite the administrative building, the director's villa are located. On the extension of the road axis to the west, on a small hill on the outskirts of the complex, there is a hospital chapel. The main road continues south to another administrative building, which initially also housed warehouses and a pharmacy, and further along the axis marked by this road is the largest hospital building, the 'infirmary for the physically ill'¹⁰³. In the southern part of the project, on both sides of the infirmary, there are pavilions for patients. In the southern part of the project, on both sides of the infirmary, there are pavilions for patients. In their layout, apart from the fanciful arrangement of roads, attention is drawn to the very symmetrical and logically consistent spatial arrangement.

The plan maintains a precise division into hospital buildings for women (in the eastern part – marked in lilac on the plan) and for men (in the western part – marked in blue), as well as areas designated for buildings for different types of patients. Closer to the centre, between the building housing the pharmacy and the infirmary, there are 'observation' pavilions (symmetrical for both genders), while on the extension of the transverse axis along the infirmary there are pavilions 'for the restless', further on there are pavilions for the 'calm, chronically ill', and furthest from the infirmary there are 'open door' pavilions¹⁰⁴. In addition, there were two pavilions for wealthier patients (behind the main administrative building) and one walled pavilion for male patients with court sentences, as well as the westernmost pavilion for acute infectious cases. Most of the pavilions have a latitudinal layout, with the longer side facing south, and the pavilions intended for longer stays of patients had (and still have) adjoining gardens and terraces on the south side, separated from the general park space (Fig. 2). The original design provided for 500 patients, which was then increased to 550 with the possibility of further expansion (made possible by the technical infrastructure, including water and heat supply) to 800 patients.



Fig. 2. Pavilion IV B according to the 1909 plan (an 'open door' pavilion intended for women). The photograph shows the garden adjacent to the building on the south side, separated from the public space of the Kobierzyn park (photo: P. Winskowski, 2025)

¹⁰³ J. Mazurkiewicz, op.cit.

¹⁰⁴ Ibidem.

3. ANALYSIS OF THE ARCHITECTURAL FACTORS THAT CONTRIBUTE TO THE ATMOSPHERE OF A HOSPITAL

According to the environmental psychology paradigm, a hospital's architectural space is not only where treatment occurs, but also an active therapeutic element. It strongly influences people's well-being and social interactions, which can affect the treatment process regardless of health status or type of illness. However, these interactions take on particular significance in the case of patients with mental illness. Humphry Osmond¹⁰⁵, a psychiatrist and pioneer in the fields of socio-architecture and environmental psychology, lists several key patient-centred factors that should be considered when designing architecture for the treatment of mental illness. These factors can be summarised as follows: 1) avoiding crowding; 2) avoiding excessive stimuli; 3) providing a place to 'withdraw'; 4) providing a private space; 5) enabling group contact with other patients; 6) providing a sense of security at the perceptual level; 7) avoiding ambiguity in the form and structure of the environment; 8) moderation in the choice of places and people to interact with; 9) providing patients with the opportunity to personalise their space; and 10) avoiding the segregation of patients by gender¹⁰⁶. Most of these factors relate to two types of issue: territorial behaviours and needs (e.g. crowding, escape spaces, private/personalised spaces, meeting places and avoidance of chance encounters) and reduction of environmental stress (e.g. crowding, reduction of stimuli and clarity of the environment).

Issues related to territorialism are particularly important in hospital institutions, which, like prisons, nursing homes and children's homes, have an institutional and 'reversed' nature of residence. In these institutions, unlike in a traditional home, the person living there does not control the space. A classic example of an inverted building is the previously discussed Narrenturm (1784), where the patients' rooms (isolation cells resembling prison cells) are located around the perimeter of a circle and the supervisors are located at the centre, in the deepest and therefore most private part of the building. This 'inverted' layout serves to both control the space and 'segregate', the latter of which, in the case of such facilities, takes the form of 'social knowledge pathology'¹⁰⁷. To mitigate the effects of institutional living, contemporary hospitals are moving away from such mechanistic schemes and introducing various spatial hierarchies (from public to semi-private or private), as well as elements of temporary spatial division in shared rooms. This allows patients to temporarily personalise and enjoy some privacy.

When analysing plans and archival photographs of hospital wards in Kobierzyn, it is easy to see that issues related to the territorial needs of patients may pose a problem here (Fig. 3a, b). Visible on the infirmary plan (3a), the three large rooms are patient rooms arranged in a row, in such a way that access to the bathroom (for patients) or access for staff always leads through rooms occupied by other patients. This layout, and in particular the size of the rooms in relation to the number of patients accommodated there (according to the 1912 plans, the wing of the hospital shown on this plan was designed to accommodate 50 women on a maximum of three levels), indicates that the patients' beds also had to be placed in the middle of the room, which made it impossible to separate any private space, especially in a situation where the room was connected to other rooms. The archival photograph (3b) confirms this layout. This amphillade solution, typical of pre-modernist hospitals, is obviously not used in the building (pavilion 102), which was opened in 1986 and was based on the adaptation of a typical modernist design for a hospital ward for 180 mentally ill patients, approved in 1971 (Fig. 4). The basic difference in the layout is the introduction of corridor layout and a reduction in the size of the rooms, which allows them to accommodate (according to the information contained in the design) from 1 person (room area - 10.3 m²) to 5 persons (room size - 27.6 m²), with beds arranged, presumably, with the headboards against the wall, which in turn improves some comfort and offers patients a minimum of privacy.

¹⁰⁵ H. Osmond, *Function as the Basis of Psychiatric Ward Design*, "Mental Hospitals" 1957, nr 8, s. 23–30.

¹⁰⁶ Ibidem.

¹⁰⁷ B. Hillier, J. Hanson, *The social logic of space*, Cambridge University Press, Cambridge 1993, s. 187.

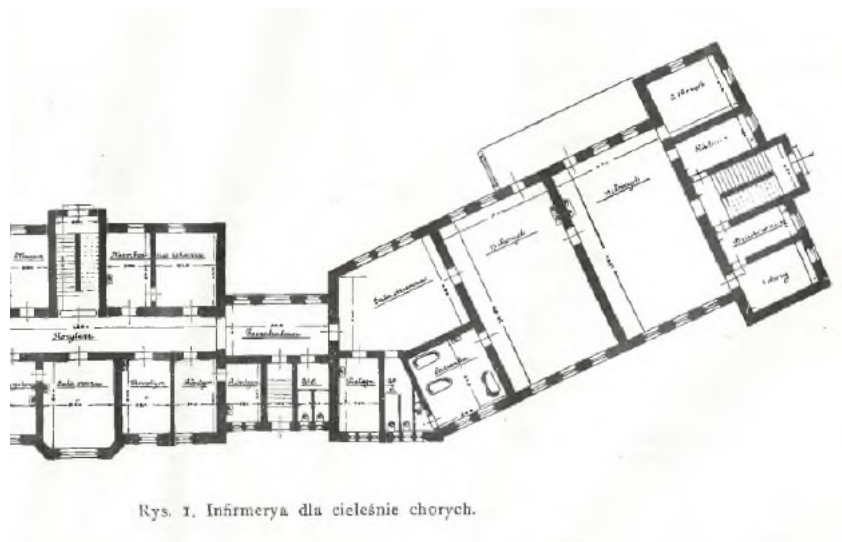


Fig. 3a. Fragment of the infirmary plan (east wing – women's block)
Source: Mazurkiewicz, 1912 ('Przegląd Lekarski' No. 51)



Fig. 3b. View of the patient room in one of the treatment pavilions (no information about the building).
Source: <https://wiadomosci.onet.pl/cracow/szpital-im-babinskiego-w-kobierzynie-na-fotografiach-z-lat-30-xx-w/7fsmqh4>

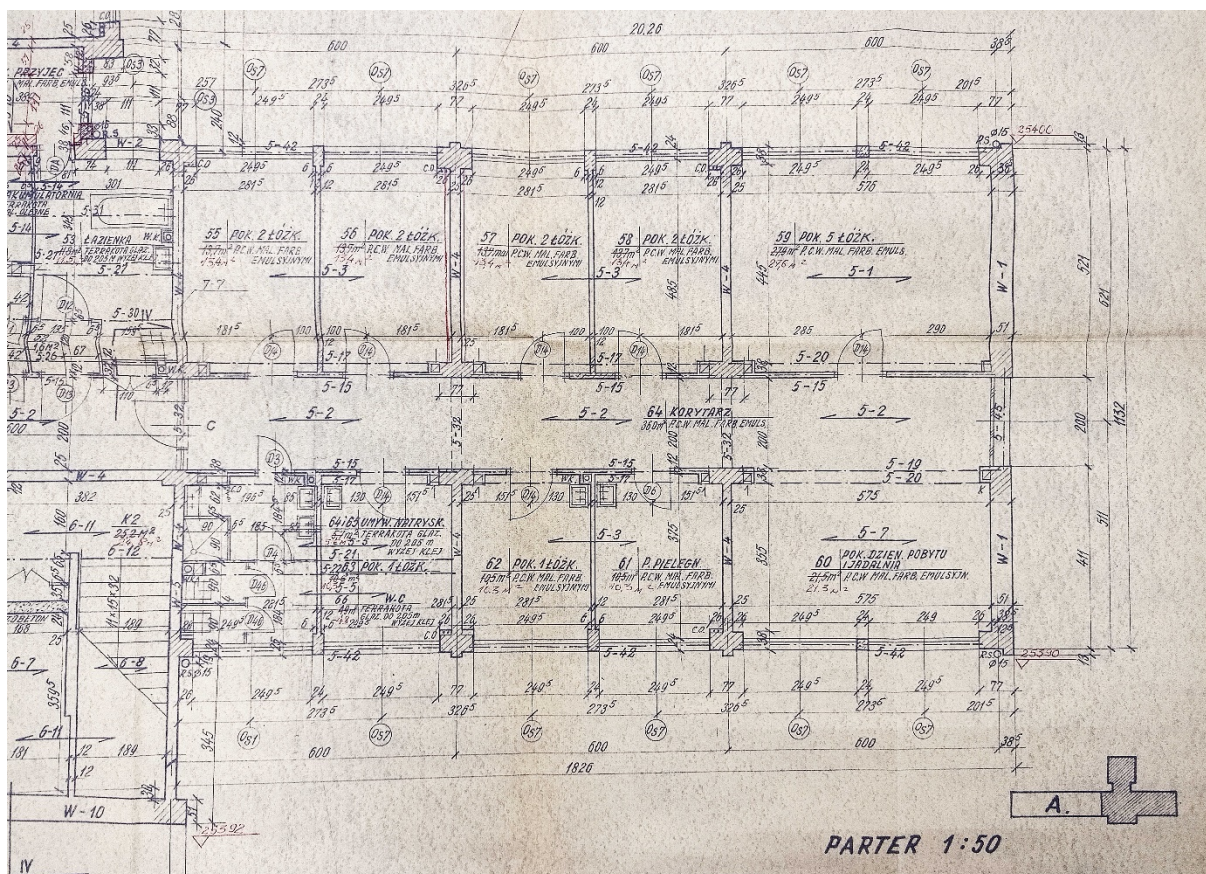




Fig. 5. Building 102 opened for use in 1986, current view (photo: P. Winskowski, 2025). The size and style of this building significantly distinguish it from other buildings in Kobierzyn, and its location in an important part of the hospital, right next to the chapel, may cause a perceptual conflict in the perception of the landscape and atmosphere of the place

When it comes to reducing stress stimuli in the hospital environment, it is certainly necessary to analyse the hospital separately as an urban complex and a park, as well as the internal spaces of individual buildings. Although these spaces are interrelated, the view from inside the pavilions to the outside (and vice versa) is often limited by barred windows, small windows (in most original wards), and room arrangement, which further limits visibility. Additionally, these two types of space function on different principles. The park is a public space, accessible to everyone, unlike the interior of individual buildings, where outsiders are kept to a minimum (and so the ability to assess the current state of the space is limited), as is the mobility of most patients.

The park itself and the entire complex can certainly be seen as a place that supports stress therapy by providing a kind of stimulus shelter. The vast green space is free from stressful sensory stimuli such as crowds, noise, bright colours, and smells. It offers fascinating and somewhat mysterious views¹⁰⁹ and is quite different from the environment in which people undergoing treatment in hospital wards function daily (fig. 6). This may positively impact the treatment of certain mental disorders where there is a need for 'asylum' and temporary isolation from one's environment¹¹⁰ and the associated stressors. Conversely, the current state of the area may raise concerns regarding a lack of landscape coherence, legibility, and associated sense of control¹¹¹. This is due to the area's transformation by new facilities (e.g. Pavilion 102), the technical condition of currently unused facilities (e.g. the psycho-infectious ward), the new use of certain areas (e.g. the solar farm and sewage treatment plant at the eastern end of the park), and the unclear 'demarcation line' of the hospital, which includes fenced and unfenced sections and various types of unofficial and ambiguous entrances to the area¹¹².

¹⁰⁹ S. Kaplan, R. Kaplan, *The Experience of Nature: A Psychological Perspective*, Cambridge University Press, Cambridge 1989; G.W. Evans, J.M. McCoy, *When buildings don't work: The role of architecture in human health*, "Journal of Environmental Psychology" 1998, vol. 18, s. 85–94.

¹¹⁰ A. Kępiński, op.cit., s. 307.

¹¹¹ G.W. Evans, J.M. McCoy, op.cit.

¹¹² P. Model, *Szpital psychiatryczny – poza granicami miasta i wyobraźni*, „Kultura i Wartości” 2023, nr 36, s. 108.



Fig. 6. The hospital park in Kobierzyn in autumn, with several of the original hospital pavilions visible (photo by A. Lasiewicz-Sych, 2024)

4. CONCLUSIONS

Designed at the beginning of the 20th century, the urban and architectural layout of the hospital complex in Kobierzyn was certainly inspired by many sources. Available information suggests that the hospital's main designer, Władysław Klimczak, undertook¹¹³ a study tour of 33 hospitals in Germany, Austria, and the Netherlands in 1908. During this tour, he must have become familiar with the design of the psychiatric hospital in Steinhof, Vienna, which was designed by Otto Wagner and considered a model example of such an institution at the time. Another source of inspiration for the design may have been the concept of the garden city, as mentioned on the hospital's official website. The resulting hospital town

was entered in the register of monuments in 1999. However, when the hospital was being built, the most important considerations were certainly the development of a hospital for the mentally ill. The term 'open doors', which appears in the 1909 plan, suggests that the hospital's initial concept may have been inspired by small English hospitals from the mid-19th century. These hospitals were modelled on the idea of a 'therapeutic community', where small groups of patients and doctors lived, ate, and spent time together¹¹⁴.

The concept of a hospital based on the idea of a 'therapeutic community' had to compete at that time with the concept of a large, modern hospital, which promoted the overall efficiency of the patient care system but hindered the implementation of the community concept. The concept of community is evident at Kobierzyn hospital, despite its significantly larger size compared to the 'therapeutic communities' discussed here. According to Kępiński, the number of patients should not exceed 100 in such communities. However, the Kobierzyn hospital was implemented in the form of many pavilions scattered throughout the area, with a maximum capacity of 100 patients (this number was accepted for the

¹¹³ This was reported in an article entitled: *Psychiatric hospital in Kobierzyn* in the "Lwowski Tygodnik Lekarski" from 1908 (source: Staniewska et al., 2021).

¹¹⁴ A. Kępiński, op.cit., s. 311.

largest facility – the infirmary). This concept is also evident in the hospital's description by its first director and organiser, Mazurkiewicz (1912), who provides a wealth of information about hospital life, including the housing estate for employees and all the necessary institutions planned there. This meant that the hospital could function independently as a small, idyllic garden city. Archival photographs from the hospital's early years (until 1939) also depict community life, with people playing music together, cooking, and working in workshops or gardens. Patients working for the hospital, which would be impossible today, was at that time considered part of therapy and certainly an activity for the benefit of the community. The connection between the hospital's concept and the urban idea of a garden city is also apparent in the design of the hospital in Kobierzyn, emphasised by its 'semi-residential' function and the inclusion of the healing environment theme in urban development¹¹⁵.

Based on archival research and site visits (within the limits of hospital operations), certain features of the architectural environment created by the hospital in Kobierzyn can be identified as contributing to a specific therapeutic potential, while other parameters should be considered as potential stress factors. The undeniably therapeutic aspect, as this analysis reveals, is the site itself and its unique 'atmosphere', which is somewhat conveyed by the photograph of the park (fig. 6) in autumn weather. At this time of year, the park appears to be a captivating place, with its subdued colour palette and composition radiating a calm 'warmth' conducive to therapy (Kępiński, 1973). Another benefit of the site is the dispersal of the hospital's size through the form of pavilions, which may foster therapeutic relationships, along with characteristic spaces in the building layout that can serve as either 'withdrawal' areas or communal spaces for patients. Conversely, the large, multi-person dormitories in most pavilions – particularly in their original early 20th-century design—do not support privacy or personalisation of space, and should be viewed as potential stress factors. Additionally, the hospital's architecture includes certain negative elements related to accessibility and control of space. These include: closed doors instead of 'open' ones in many wards (limiting freedom of movement), bars on windows, a somewhat complex and sometimes confusing layout of internal corridors, and the organization and demarcation of the hospital grounds.

References

- Bańka A., *Spoleczna psychologia środowiskowa*, Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa 2002.
- Beiersdorf Z., *Kobierzyński szpital*, "Dziennik Polski" 2001, 2 czerwca 2001, <https://dziennikpolski24.pl/kobierzyński-szpital/ar/c3-2393878>
- Evans G.W., McCoy J.M., *When buildings don't work: The role of architecture in human health*, "Journal of Environmental Psychology" 1998, vol. 18, s. 85–94.
- Fortry A., *Words and Buildings: A Vocabulary of Modern Architecture*, Thames & Hudson, London 2000.
- Foucault M., *Historia szaleństwa w dobie klasycyzmu*, Państwowy Instytut Wydawniczy, Warszawa 1987.
- Hillier B., Hanson J., *The social logic of space*, Cambridge University Press, Cambridge 1993.
- <https://archiwum.rpp.gov.pl/blaski-psychiatrii/szpital-w-kobierzynie-jego-historia-i-dzien-dzisiejszy/>
- <https://babiński.pl/szpital/historia>
- <https://wiadomosci.onet.pl/krakow/szpital-im-babinskiego-w-kobierzynie-na-fotografiach-z-lat-30-xx-w/7fsmqh4>
- Kaplan S., Kaplan R., *The Experience of Nature: A Psychological Perspective*, Cambridge University Press, Cambridge 1989.
- Kaufmann E., *Architecture In The Age Of Reason: Baroque and Post-Baroque in England, Italy, and France*. Harvard University Press, Cambridge (MA) 1955.
- Kępiński A., *Psychopatologia nerwic*, Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, Warszawa 1973.
- Mazurkiewicz J., *O opiece nad umysłowo chorymi w Galicji i o nowym Zakładzie Krajowym w Kobierzynie*, „Przegląd Lekarski” 1912, nr 51, s. 727–735.
- Model P., *Szpital psychiatryczny – poza granicami miasta i wyobraźni*, „Kultura i Wartości” 2023, nr 36, s. 101–122.
- Motak M., *Ebenezer Howard's Ideas in relation to the Planning of Krakow: a short history*, [in:] *International Planning History Society Proceedings, 17th IPHS Conference, History-Urbanism-Resilience*, Carola Hein (ed.) TU Delft 17-21 July 2016, V.02 s. 237-350, <http://dx.doi.org/10.7480/iphs.2016.2.1239>
- Osmond H., *Function as the Basis of Psychiatric Ward Design*, "Mental Hospitals" 1957, vol. 8, p. 23–30.
- Outram B., *Panorama Oświecenia*, Wydawnictwo Arkady, Warszawa 2008.
- Staniewska A., *Between tradition and modernity and in search of a national style at the beginning of 20th century – A chapel of Our Lady of Częstochowa at the institution for nervously and mentally ill in Kraków-Kobierzyn*,

¹¹⁵ M. Motak, op.cit.

6th International Multidisciplinary Scientific Conference on Social Science & Arts SGEM 2019.
<https://doi.org/10.5593/sgemsocial2019V/6.1>

Staniewska A., Petryshyn H., Lukashuk H., Kliusa T., Koprynia K., *Walory historycznych założeń parków i ogrodów wokół szpitali psychiatrycznych w Kulparkowie i Kobierzynie jako podstawa ich rewaloryzacji*, „Wiadomości Konserwatorskie” 2021, nr 61, s. 22–34.

Vidler A., *The Scenes of the Street: Transformations in Ideal and Reality, 1750–1871*, [in:] *On Streets*, S. Anderson (ed.), The MIT Press, Cambridge (MA) 1986, s. 29–112.

Nota o autorce

dr inż. arch. Angelika Lasiewicz-Sych – architektka i adiunkt badawczo-dydaktyczny w Katedrze Architektury Miejsc Pracy, Sportu i Usług na Wydziale Architektury Politechniki Krakowskiej (od 2013 r.). Absolwentka WAPK w 1994 r.; w latach 1996–2000 była doktorantką w ramach programu Tempus Phare (we współpracy z IUAV w Wenecji). W latach 2001–2006 była adiunktem w Katedrze Psychologii Społecznej na Wydziale Psychologii Uniwersytetu Warszawskiego. Prowadzi badania z pogranicza teorii architektury i psychologii środowiskowej, ze szczególnym uwzględnieniem społecznego oddziaływania przestrzeni architektonicznych. Prowadzi wykłady, seminaria i zajęcia z projektowania; jest też opiekunem studenckiej grupy badawczej Percepcja na Wydziale Architektury Politechniki Krakowskiej.

Kontakt: alasiewicz-sych@pk.edu.pl

HISTORIA KONSTANCINA JAKO PRZYKŁAD UZDROWISKA. WYBRANE ASPEKTY KRAJOBRAZOWE WE WSPOMAGANIU LECZENIA

THE HISTORY OF KONSTANCIN AS AN EXAMPLE OF A SPA RESORT. SELECTED LANDSCAPE ASPECTS IN SUPPORTING TREATMENT

Streszczenie

Celem pracy było zbadanie kształtowania podwarszawskiego uzdrowiska. Tłem analiz było powstanie jedyne go mazowieckiego uzdrowiska o obecnej nazwie „Konstancin-Jeziorna”, przestrzeni odpoczynku i odzyskania zdrowia przełomu XIX i XX w., rewolucji przemysłowej i wzmożonej urbanizacji. W roku 1917 rozwijające się letnisko Konstancin uzyskało status uzdrowiska od okupacyjnych władz niemieckich, odzyskany w 1972 r., a w 1978 r. otrzymało rangę Stołecznego Uzdrowiska. W metodyce badania wykorzystano przegląd literatury i wizyty terenowe. W ich wyniku przedstawione zostały naturalne uwarunkowania dziedzictwa urbanizacji na terenie Konstancina i okolic.

Słowa kluczowe: architektura dziedzictwa, historia urbanistyki, uzdrowisko, przedmieście, rozwój przestrzenny

Abstract

The aim of this study was examining of the only Masovian spa town near Warsaw. The context of the “Konstancin-Jeziorna”, development was an answer to seeking spaces for health recovery at the turn of the 19th and 20th centuries, industrial revolution and urbanization. In 1917, the summer resort of was granted spa status by the German occupation authorities, a status regained only in 1972, transformed in 1978 into a Capital Spa. The method utilized a literature review and field visits. This resulted in an overview of aspects of natural and landscape conditions in the urban heritage light.

Keywords: architectural heritage health resort, suburb, urban development

1. WSTĘP

Zbadanie kształtowania przestrzeni podwarszawskiego uzdrowiska na tle ówczesnych tendencji architektoniczno-urbanistycznych było celem przedstawionego przedsięwzięcia badawczego. Parcelacja dóbr pod rozwój przyszłego uzdrowiska zbiegła się w czasie z powstaniem i rozpowszechnieniem angielskich idei „miast-ogrodów”.

Kontekstem analiz było powstanie jedyne go mazowieckiego uzdrowiska o obecnej nazwie „Konstancin-Jeziorna”, wpisujące się w międzynarodowy trend poszukiwania przestrzeni odpoczynku i odzyskania zdrowia przełomu XIX i XX w. Potrzebę tworzenia letnisk i sanatoriów wzmogły efekty rewolucji przemysłowej i wzmożonej urbanizacji. Były nimi również liczne epidemie w miastach. W efekcie tych zmian ludność gromadziła się w miastach, często w niehigienicznych warunkach. Opuszczenie mniejszych miejscowości wiązało się z ograniczeniem możliwości korzystania z prozdrowotnych walorów przyrody.

W roku 1917 rozwijające się letnisko Konstancin uzyskało status uzdrowiska od okupacyjnych władz niemieckich, który odzyskało oficjalnie dopiero w 1972 r. W 1978 r. zyskało rangę Stołecznego Uzdrowiska.

Wykorzystano metody badawcze, takie jak przegląd literatury przedmiotu i wizyty terenowe. W ich wyniku przedstawiony został przegląd wybranych aspektów uwarunkowań naturalnych i krajobrazowych oraz założeń zagospodarowania urbanistyczno-uzdrowiskowego, sprzyjające na przestrzeni lat wspieraniu zdrowia i procesu zdrowienia pensjonariuszy i pacjentów początkowo letniska, a następnie także uzdrowiska w podwarszawskim Konstancinie.

W końcowej dyskusji zebrane dane o kształtowaniu konstancińskiego uzdrowiska zestawione zostały ze współczesnymi trendami w kształtowaniu krajobrazu dla potrzeb wypoczynku i rekonwalescencji.

2. KONSTANCIN JAKO PODMIEJSKA OSADA (UZDROWISKOWA)

Poszukiwanie udostępnienia terenów do wykorzystania jako rekreacyjne, w odpowiedzi na wzmożoną urbanizację końca XIX w., widoczne było w Europie, a zwłaszcza w krajach, w których gwałtownie wzrosło uprzemysłowienie.

2.1. ROZWÓJ PRZESTRZENNY KONSTANCINA

Dzisiejszy Konstancin-Jeziorna położony jest powiecie piaseczyńskim, w województwie mazowieckim, w odległości ok. 20 km od centrum Warszawy. Gmina zajmuje 78,63 km² (część miejska 17,75 km², część wiejska 60,87 km²), na Równinie Warszawskiej. Liczba mieszkańców współcześnie zbliża się do 24 000 osób. To gmina miejsko-wiejska o uzdrowiskowej naturze¹¹⁶.

2.1.1. Moda na uzdrowiska

Warunki życia w dużych miastach, postępujące stłoczenie i zanieczyszczenie powietrza, były także odczuwalne w Warszawie, gdzie carskie restrykcje Twierdzy Warszawa ograniczały rozwój przestrzenny poza ścisły obrys pasma obronnego dwóch pierścieni obronnych, skutkując dogęszczaniem tkanki miejskiej do wewnątrz. Szerzyły się w Europie epidemie, związane z przemieszczaniem się ludności, w tym przemarszami wojsk i niehigienicznymi warunkami życia w miastach, a zwłaszcza w uboższych dzielnicach, niewyposażonych w kanalizację i bieżącą wodę. Zamożniejsi mieszkańcy miast poszukiwali obszarów na letnie pobyty wypoczynkowe, z dala od zgiełku, zapewniających dostęp do natury, zieleni i świeżego powietrza.

Do rozwoju tego typu obszarów przyczyniało się doprowadzenie kolei i transportu zbiorowego, umożliwiające dojechanie do podmiejskich terenów. Warto wspomnieć, że poszerzenie granic Warszawy poza jej XIX-wieczny obrys nastąpiło dopiero w 1916 r.

Zagospodarowanie zabudową i doprowadzenie infrastruktury przypadły na okres po odzyskaniu niepodległości, zjednoczeniu ziem polskich z trzech zaborów, w dwudziestolecie międzywojennym, kiedy uzupełniano nowoczesną infrastrukturę dla polskiego społeczeństwa doby II RP. Tereny podwarszawskie w końcu XIX w., czyli dzisiejsze dzielnice, takie jak Bielany czy Mokotów, wówczas pełniły rolę przedmieść. Urządzano wycieczki na Saską Kępę czy w okolice Świdra.

Znane koncepcje urbanistyczno-operacyjne, takie jak „miasto-ogród” Ebeneзера Howarda w Wielkiej Brytanii były stopniowo wdrażane, zachęcając właścicieli posiadłości ziemskich do parcelacji i sprzedaży działek pod budowę nowych osad, często o podmiejskim profilu willowym, z ekstensywną zabudową otoczoną ogrodami.

2.1.2. Historia uzdrowiska

Założenie kurortu Konstancin-Jeziorna nastąpiło w końcu XIX w., kiedy rodzina Potulickich zdecydowała się na parcelację ziem pod swoje miasto-ogród wzdłuż rzeki Jeziorki. Witold Skórzewski dziedzicząc tereny, nazywał je na cześć matki Konstancji.

Konstancin miał charakter ekskluzywny. Standard infrastruktury oferował m.in.: wybrukowane ulice, wodociągi i kanalizację, elektryczność, później także linię telefoniczną. W parku stało pałacowe „Kasyno” (z kawiarnią, restauracją i pokojami gościnnymi). Przybysze korzystać mogli ze spacerów, kąpeli w Jeziorce, kajaków, gry w tenisa i przejażdżek konnych. Letniskowy charakter miejscowości ilustrują dane ze spisu ludności, dokonanego wiosną 1938 r. Stałych mieszkańców naliczono ok. 630, natomiast mieszkańców podczas sezonu letniego ok. 1800, co potrajało liczbę całorocznie przebywających osób.

¹¹⁶ *Diagnoza gmin uzdrowiskowych w Polsce* (dostęp 05.2020 r.).

2.2. URBANISTYKA I PARCELACJA PODWARSZAWSKIEJ MIEJSCOWOŚCI

Konstancin rozbudowano jako letnisko w latach 1900–1914. Park Zdrojowy zaprojektowano w duchu parku angielskiego, o naturalnie wyglądających nasadzeniach.

2.2.1. Tereny Konstancina. Od wsi do eleganckiego przedmieścia

Dobra ziemskie, wchodzące dziś w skład gminy miejskiej „Konstancin-Jeziorna” historycznie rozproszone były w mniejszych miejscowościach i prywatnych majątkach.

Plan utworzenia podmiejskiego letniska powzięto we dworze w Oborach. Posiadłość ta położona była poniżej poziomu Skarpy Warszawskiej, na obszarze rozlewisk rzeki Jeziorki. Sam dwór właścicieli, zbudowany w XVII w., usytuowany był na środku osi kompozycyjnej, uzupełnionej prostopadłe położonymi zabudowaniami gospodarskimi. Położony był w parku, w otoczeniu stawów i systemu kanałów.

Dwór, a od 1897 r. letnisko i początek XX w.

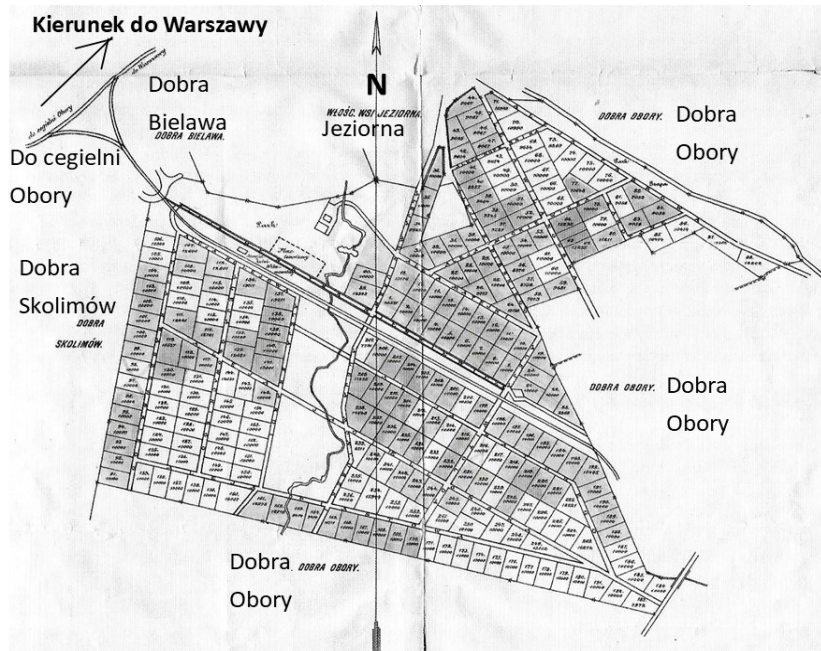
Własność ziemską okolic Konstancina związana jest z dobrami w Oborach. W założeniu przestrzennym był to dwór z oficynami, stawami i rozległymi gruntami.

Przygotowano plan parcelacyjny Skolimowa, a także Konstancin (ryc. 1), opracowany przez Kazimierza Madalińskiego. Obejmował on podział gruntów na zbliżone wielkością działki pod prywatną zabudowę willową. Letnisko Konstancin położone było w kierunku północno-zachodnim od dóbr oborskich.

W 1927 r. powstało Towarzystwo Właścicieli Nieruchomości w Osadzie Konstancin. Z jego inicjatywy prowadzono prace porządkowe. W miejscu działającej od 1902 r. apteki, w willi Janówka otwarto przychodnię lekarską Kasy Chorych w 1933 r. W początku trzeciej dekady XX w. i tu odczuwalne były skutki światowego kryzysu ekonomicznego.

W latach 30. XX wieku Można było dojechać autobusem Dworca Głównego lub placu Unii Lubelskiej.

W roku 1939 obchodzono czterdziestolecie (1899–1939) Osady Konstancin, założonej przez Witolda Skórzewskiego. Wybuch wojny zniweczył plany rozwoju Konstancina. W 1939 r. ok. 30% własności było w posiadaniu ludności żydowskiej, o polskim obywatelstwie.



Ryc. 1. „Plan parcelacyjny miejscowości letnicznych Konstancin” z 1903 r., ilustrujący zamysł przestrzenny układu letniska Konstancin. Koncepcję opracował Kazimierz Madaliński, jak wówczas określano – geometra (przysięgły, klasy drugiej), w XXI wieku – geodeta. Plan opracowano w skali 1:5000, dziś znajduje się w zbiorach Archiwum Państwowego m.st. Warszawy. Podpisami pokazano sąsiednie osady i dobra, strzałką oznaczono kierunek Warszawa. Widoczny jest układ ulic oraz park w części centralnej, położony nad rzeką.

Źródło: opracowanie własne na podstawie materiału zamieszczonego w monografii autorstwa Tomasza Lachowskiego, pt. *Konstancin-Jeziorna. Obrazy z przeszłości (Pictures from the past)*, wydanej przez Definition Design Sp. z o.o., 2023, s. 88.

2.2.2. Infrastruktura lotniskowa, struktura przestrzenna i okoliczne miejscowości, architektura sanatoryjna i rezydencjonalna (willowa), początki Villegiatury

Rozwój podmiejskiej sieci kolei wąskotorowej

Kwestie dojazdu były kluczowe zarówno dla miejscowej ludności, dostarczającej towary do stolicy lub dojeżdżającej do pracy, jak i dla potencjalnych letników. Posiadanie samochodu na początku XX w. należało do luksusów, niedostępnych dla rzesz mieszkańców miast i okolic. Możliwość dojazdu konno, rowerem czy Wisłą również ograniczała powszechny dostęp do transportu na średnie dystanse dla szerszych grup ludności. Również koszty transportu stanowiły barierę dla wielu. Nie było wówczas dostępnej darmowej komunikacji publicznej, w dzisiejszym rozumieniu. Konne tramwaje miejskie miały kilka klas dla użytkowników o zróżnicowanym statusie majątkowym. Z Warszawy dojeżdżała tu Kolejka Wilanowska.

Połączenie kolejowe z Warszawą

Jesienią 1945 r. przywrócono transport kolejowy między Belwederem w Warszawie a Piasecznem. Wtedy też połączenie kolejki grójeckiej (d. wilanowskiej) wznowiono do Konstancina. W 1952 r. Polskie Koleje Państwowe zamknęły bocznice kolejki grójeckiej na trasie rozjazd oborski – stacja Konstancin – cegielnia w Oborach, co odcięło dawne lotnisko od Warszawy.

Prawa miejskie, losy willi i nowa blokowa zabudowa

W 1950 r. powołano Prezydium Gminnej Rady Narodowej w połączonym Skolimowie-Konstancinie. W roku 1952 gminie tej nadano prawa miejskie, włączając ją do powiatu piaseczyńskiego. Konstancin-Jeziorna stało się miastem w 1968 r.

Po wojnie wielu właścicieli nie wróciło do willi. Wtedy zajmowali je lokatorzy bez kwaterunku. W latach 1958-1963 zbudowano osiedle blokowe na obszarze parku Grapa, ingerując w układ przestrzenny miasta i zaburzając założenie parkowe.

3. NATURALNE I KRAJOBRAZOWE ASPEKTY WSPIERANIA LECZENIA – KONSTANCIN JAKO UZDROWISKO DZIŚ

Rozwój medycyny przyczynił się do identyfikacji schorzeń cywilizacyjnych związanych z trybem życia, takich jak choroby płuc (np. gruźlica), stawów (np. krzywica), krwi (anemia), czy też psychicznego niedomagania.

Zalecano przebywanie na słońcu (wzmocnienie kości), świeżym powietrzu (leśnym, górskim, morskim), a także ruch i bogatą w składniki odżywcze i świeże produkty z ogrodu i farmy. Niebagatelne znaczenie miały minerały, obecne np. w głębinowych wodach z lokalnych źródeł. Wśród zamożnej społeczności popularne stały się wyjazdy „do wód”, często już rozwiniętych sanatoriów, umożliwiających spożywanie i kąpiele w wodach o wysokiej zawartości minerałów.

3.1. LECZNICZE ZNACZENIE SIŁ NATURY I KRAJOBRAZU

Popularne stały się ośrodki górskie i nadmorskie a także te, w których tradycyjnie podejmowano leczenie wodami, błotami etc. W podwarszawskim Grodzisku Mazowieckim otwarto zakład Hydropatyczny w 1884 r., a w Otwocku w roku 1893 powstało pierwsze sanatorium chorób płucnych, położone na terenie nizinnym.

3.2. KONSTANCIN – UZDROWISKO DZIŚ

W 1917 r., z uwagi na dostrzeżone walory klimatyczne Konstancina, uzyskał on status uzdrowiska (choć do 1939 r. nie powstał w nim żaden obiekt przyrodoleczniczy). Działał jako lotnisko o korzystnych uwarunkowaniach naturalnych. Dopiero powojenne odwierty w badaniach geologicznych, wykonane dla pozyskiwania naturalnych wód mineralnych, spowodowały rozwój uzdrowiska. Ośrodki sanatoryjne zaczęły działać w latach 60. XX w. W 1967 r.

znów nadano miejscowości status uzdrowiska. W 1979 r. uruchomiono tężnię solankową (Lecznictwo uzdrowiskowe w Polsce w latach 2000-2010¹¹⁷).

3.2.1. Działalność uzdrowiskowa i status uzdrowiska

Po zniszczeniu Warszawy, po powstaniu warszawskim do tzw. Pałacu Glassa przeniesiono Szpital św. Ducha, a następnie utworzono Szpital Chirurgii Kostnej (założony przez prof. Grucę), w którym leczone są narządy ruchu.

Szpital

W 1954 r. obiekt przekształcony został w Stołeczne Centrum Rehabilitacji (STOCER), początkowo funkcjonujący w zaadaptowanych do celów leczniczych willach. Od 1963 r. przyłączano kolejne obiekty nowo zbudowanego zespołu budynków szpitalnych. Renomowany szpital rehabilitacyjny wzbogacił się o blok operacyjny z laboratoriami, sale terapii, sale zajęciowe i obiekty gimnastyczne.

W okolicy zaczęły powstawać zakłady lecznicze i sanatoria, jak np. Biały Dom, zbudowany w latach 1949-1950, w którym mieści się dziś Centrum Terapii Narządu Ruchu (od 2011 r. należącego do Uzdrowiska Konstancin Zdrój).

Lokalne surowce lecznicze

Do naturalnych surowców leczniczych wykorzystywanych w uzdrowisku należą: solanka oraz czynniki klimatyczne („Diagnoza gmin uzdrowiskowych w Polsce” – maj 2020 r.)

W Parku Zdrojowym zlokalizowana jest przestronna tężnia, czyli naturalne inhalatorium. Solanka spływając po faszynie odparowuje i wytwarza swoisty mikroklimat, dodatkowo rozbijana jest w sposób mechaniczny przez inhalator (grzybek) wytwarzający aerozol. Służy ona rozpylaniu w powietrzu solanki (wydobywanej z głębokości ponad 1,5 km).

Działanie lecznicze konstancińskiej solanki

Szczególne właściwości solanki korzystnie wpływają na układ nerwowy, układ oddechowy, układ gruczołów dokrewnych oraz odporność organizmu. Minerale i mikroelementy znajdujące się w solance wchłaniane są przez błony śluzowe dróg oddechowych i skórę uzupełniając niedobór tych mikroelementów w organizmie człowieka¹¹⁸.

Walorem Konstancina-Jeziorny jako uzdrowiska jest klimat tzw. umiarkowanie bodźcowy, z wieloma dniami słonecznymi w roku, moderowany przez otaczające lasy sosnowe. Lasy te oczyszczają powietrze, nasycając je dodatkowo olejkami eterycznymi, o wspierającym leczenie i rekonwalescencję działaniu. Klimat ten sprzyja profilaktyce schorzeń m.in. kardiologicznych i laryngologicznych w procesie leczenia i regeneracji sił.

3.3. STATUS UZDROWISKOWY – JEDYNE UZDROWISKO NA MAZOWSZU

Decyzją władz podczas okupacji niemieckiej od 1917 r. wyznaczono uzdrowiska, jednak po wojenne władze Polskiej Rzeczypospolitej Ludowej nie podjęły spójnych z tym nurtem decyzji.

3.3.1. Architektura uzdrowiskowa, powojenna historia odkrycia wody solankowej w Konstancinie-Jeziornie; otwarcie, położenie i lecznicze działanie tężni solankowej w Konstancinie (Konstancinie-Jeziornie)

W latach 60. XX wieku rozwinęto infrastrukturę leczniczą, co związane było z odkryciem i wydobyciem źródlanej solanki. W 1965 roku odkryto złoża leczniczej wody solankowej w Konstancinie-Jeziornie. Po wykonaniu odwiertu, otworzono sanatorium – „Przy Źródle” oraz rozbudowano willę pod sanatorium uzdrowiskowe Warszawianka (znane po ustrojowej transformacji jako Konstancja). Odkry-

¹¹⁷ K. Jakóbiak (red.), Główny Urząd Statystyczny, Urząd Statystyczny w Krakowie, Kraków 2011, s. 37.

¹¹⁸ <https://www.konstancinjeziorna.pl/nasza-gmina/miasto-i-gmina/poznaj-gmine#cnt> (dostęp: 24.04.2020).

cie to potwierdziło tradycje wykorzystywania tego miejsca dla celów zdrowotnych, uzupełniając je o wiedzę naukową i nowe szanse na wykorzystanie lokalnego bogactwa złóż naturalnych.

W 1967 r. powołano Przedsiębiorstwo Państwowe Uzdrowisko Konstancin. Połączono administracyjnie w 1968 r. miasto Skolimów-Konstancin z Jeziorną, tworząc miasto Konstancin-Jeziorna (w którym znalazły się także: Klarysew, , Obory i Skolimów).

W 1972 r. Konstancin-Jeziorna zyskał powtórnie status uzdrowiska (uchwałą Wojewódzkiej Rady Narodowej Konstancin-Jeziorna). Cytując za T. Lachowskim Konstancin-Jeziorna. Obrazy z przeszłości, utworzono strefy ochronne (A i B1), w uzasadnieniu nadanego statusu ww. uchwały w § 2, w punkcie 1. Podano: „W celu ochrony warunków naturalnych, niezbędnych do prowadzenia i rozwijania lecznictwa uzdrowskiego (...) ustala się obszar ochronny uzdrowski (...).” W 1978 r. podniesiono status do rangi Stołecznego Uzdrowiska. Latem tegoż roku (po 12 latach przygotowań) otwarto tężnię solankową z rozpylaczami w Parku Zdrojowym.

3.3.2. Budowa tężni solankowej

W 1977 r. (12 lat po odkryciu źródeł mineralnych) rozpoczęto budowę tężni solankowej. W 1978 r. ukończono pierwszą część budowy (ryc. 2). Sosnową konstrukcję drewnianą wzniesli górale, a gałęzie tarniny pokrywającej tężnię społecznie zebrali mieszkańcy okolic. W późniejszym okresie (w latach 1979–1980) zrealizowano drugą część tężni i uruchomiono drugi „grzybek – inhalator”. Tężnia jest zasilana wodą solankową z pobliskiego odwiertu, zasila ją lokalne źródło wody mineralnej Julian. Dostarcza ono wodę mineralną z warstw pokładów podziemnych jurajskich (borową, żelazistą, jodkową, bromkową i chlorkowo-sodową) w temperaturze 29–31,9°C, o właściwościach leczniczych, dzięki zmineralizowaniu na poziomie 6,7–6,8% do 7,5%.

Technika zasilania i oddziaływanie tężni solankowej

Tężnia solankowa rozpyla podziemną solankę. Technika zasilania lokalnej tężni opiera się na tłoczeniu wody solankowej z podziemnych źródeł, położonych ponad 1750 metrów pod powierzchnią ziemi, transportowaniu jej na wysokość 6 metrów, skąd spływa grawitacyjnie i rozpraszana jest na gałązkach tarniny wpartych na drewnianej konstrukcji, tworząc mgiełkę do wdychania.

Budowa tężni

Tężnia ma prostą, piętrową budowę i jest obiektem leczniczym. W drewnianym szkielecie o zamkniętym układzie umieszczone są piętrowo stopy gałęzi tarniny, do których doprowadzona jest instalacja wodna. Solanka pompowana jest na najwyższy poziom konstrukcji (wysokość 6 m), z którego stopniowo, grawitacyjnie spływa, po tzw. faszynie z gałązek tarniny, ulegając odparowaniu i rozproszeniu w powietrzu, także pod wpływem wiatru.



Ryc. 2. Tężnia solankowa w Konstancinie, widok z lotu ptaka, strzałkami pokazano schematycznie unoszące się w różnych kierunkach powietrze, nasycone wodą solankową

Źródło: opracowanie własne na podstawie fotografii lotniczej tężni: https://uzdrowisko-konstancin.pl/wp-content/uploads/2017/08/teznia-solankowa_1.jpg

Właściwości profilaktyczno-lecznicze seansów inhalacyjnych w plenerze

Oprócz skraplania przez kaskady gałęzek, uzupełniająco woda rozbijana jest mechanicznie przez inhalator (grzybek) generujący aerozol wewnątrz tężni, na poziomie człowieka. Wpływa to na charakterystyczny mikroklimat. W wielobocznie ukształtowanym obiekcie o układzie zamkniętego, wydłużonego wieloboku o obwodzie dł. 140 m, dodatkowo na poziomie człowieka wodę solankową rozpraszają dwa „grzybki” (ryc. 4), przy których można stać, przechadzać się lub usiąść na specjalnie do tego celu zamontowanych ławkach usytuowanych po wewnętrznej stronie zabudowań tężni. Opadająca mgła (zwłaszcza w bezpośredniej bliskości źródeł rozpraszania) zostawia na skórze (lecnicze oddziaływanie), a także wyposażeniu obiektu i na ubraniu odwiedzających biały, mineralny, solankowy osad.

Liczne wejścia (ryc. 3) pozwalają na swobodne spacerowanie wewnątrz i po zewnętrznym obwodzie obiektu, zmieniając położenie względem źródeł emitujących opary solanki. Obecnie wejście jest biletowane, także ze względów zdrowotnych zaleca się limitować czas przebywania w obiekcie.



Ryc. 3. Budowa konstrukcji drewnianej, podtrzymującej gałęzie tarniny w tężni

Źródło: opracowanie własne na podstawie fotografii z czasu budowy tężni,

https://uzdrowisko-konstancin.pl/wp-content/uploads/2017/08/budowa-tezni_1.jpg



Ryc. 4. „Grzybek” na tle konstrukcji drewnianej, podtrzymującej gałęzie tarniny w tężni. Widoczne są otaczające go ławki, umożliwiające wdychanie solankowego aerozolu w bliskości źródła

Źródło: https://uzdrowisko-konstancin.pl/wp-content/uploads/2017/08/budowa-tezni_2.jpg

3.3.3. Lecznicze właściwości inhalacji w tężni Solankowej w Konstancinie-Jeziornie

Oddychanie solankowym aerozolem ma działanie profilaktyczne i lecznicze. Minerale i mikroelementy z powietrza z drobinami solankowej wody (istotne zdrowotnie pierwiastki: jod, brom, wapń oraz magnez) wchłaniane są przez błony śluzowe dróg oddechowych i skórę, uzupełniając ich niedobór w organizmie. Działanie lecznicze inhalacji korzystnie wpływa na układ nerwowy, układ gruczołów dokrewnych, a także działa stymulująco na pracę układu odpornościowego. Seanse oddechowe w tężni są także zalecane w chorobach tarczycy, schorzeniach alergicznych skóry i w leczeniu nadciśnienia tętniczego krwi. Odczuwalne jest także relaksacyjne, uspokajające działanie seansów plenerowo-inhalacyjnych.

Tężnia solankowa (pozostająca w zarządzie Uzdrowiska Konstancin-Zdrój S.A.) to rozpoznawalne inhalatorium zewnętrzne o właściwościach leczniczych. Usytuowana w miejskim Parku Zdrojowym o wyjątkowych walorach krajobrazowych, przyciąga na inhalacje oddechowe kuracjuszy, turystów i mieszkańców Konstancina-Jeziorny, zawdzięczających solankowej bryzie unikatowy mikroklimat swojej miejscowości. Stanowi także odniesienie krajobrazowe, symbol i marketingowy akcent identyfikacji dla przybywających do Konstancina.

4. PODSUMOWANIE

W wyniku parowania wody solankowej i jej swobodnych ruchów pod wpływem wiatru na otwartym powietrzu tworzy się specyficzny mikroklimat, zbliżony do klimatu nadmorskiego z uwagi na stężenie soli i innych minerałów oraz oparów wodnych. Ten mikroklimat jest cechą charakterystyczną uzdrowiska Konstancin.

4.1. POWIETRZE WOKÓŁ TĘŻNI NASYCONE OPARAMI SOLANKI WPLYWA NA LOKALNY MIKROKLIMAT

Dookoła obiektu w Parku Zdrojowym również można korzystać z nasyconego oparami powietrza, co dostrzegają w sezonie ciepłym liczni odwiedzający, układając koce wokół płotu tężni i przebywając swobodnie wokół obiektu wspomagającego zdrowie (a zwłaszcza układ oddechowy i nerwowy) przez wdychanie wilgotnych, mineralnych oparów. Park Zdrojowy przez bliskość Jeziora i starodrzew dają wytchnienie wśród zieleni.

Istotne jest dostosowanie wykorzystania właściwości prozdrowotnych inhalacji solankowej do indywidualnej kondycji pacjentów, ponieważ jej oddziaływanie może okazać się niekorzystne. Zalecenia i przeciwwskazania wymienione są na tablicach przy wejściach i kasach biletowych.

Wskazania lecznicze i profilaktyczne to: przewlekłe i nawracające stany zapalne układu oddechowego, nerwica, nadciśnienie tętnicze, praca w: znacznym zapyleniu, w wysokiej temperaturze; przebywanie w dużej aglomeracji miejskiej, palenie tytoniu, niedoczynność tarczycy, alergie, zapalenie zatok.

Przeciwwskazania to: ostre choroby przebiegające z podwyższoną temperaturą, niewydolność naczyń wieńcowych serca (zwłaszcza u pacjentów z niskim ciśnieniem krwi), stan po świeżo przeżytym zawale mięśnia sercowego, choroby nowotworowe, nadwrażliwość na brom, jod lub inne jony zawarte w solance; nadczynność tarczycy.

4.2. KONSTANCIŃSKIE LECZNICTWO UZDROWISKOWE W XXI WIEKU

Leczenie uzdrowiskowe prowadzone jest w kierunkach: choroby ortopedyczno-urazowe, choroby reumatologiczne, choroby kardiologiczne i nadciśnienie, choroby górnych i dolnych dróg oddechowych oraz choroby układu nerwowego¹¹⁹.

Usługi świadczą specjalistyczne zakłady dla pacjentów: cierpiących na schorzenia narządu ruchu, niepełnosprawnych ruchowo oraz osób z następstwami uszkodzenia układu nerwowego. Są to ośrodki leczniczo-uzdrowiskowe i rehabilitacyjne: Mazowieckie Centrum Rehabilitacji „Stocer”, Centrum Kompleksowej Rehabilitacji CKR, Uzdrowisko Konstancin-Zdrój S.A.

¹¹⁹ Diagnoza gmin..., op.cit.

4.3. PODTRZYMANA TRADYCJA I KIERUNKI DAJSZYCH BADAŃ

Działająca od ponad 47 lat tężnia (od 21.08.1978 r.), obecnie otwarta jest całorocznie. Konstancin-Jeziorna zmienia się, ale pozostaje willowym uzdrowiskiem, którego najcenniejszym, naturalnym skarbem pozostaje solanka zasilająca tężnię. Jest to drugie, po tężni w Ciechocinku, najstarsze inhalatorium plenerowe w Polsce.

Wśród kierunków dalszych badań w zakresie wpływu uzdrowiskowych uwarunkowań lokalizacji Konstancina wymienić można powiązanie architektoniczno-urbanistycznego aspektu zabudowy i ukształtowania przestrzeni oraz ich ewentualnego wpływu na proces leczenia pacjenta. Znaczącym elementem architektury lokalnej, wykazującym działanie prozdrowotne jest funkcjonująca tężnia. Obiekt działa od wielu lat, co wykazano w tekście

Autorka dostrzega zapotrzebowanie na badania empiryczne w zakresie ilościowym zmian stanu zdrowia osób korzystających kuracyjnie z inhalacji tężniowych, w powiązaniu z opracowaniem wskaźników wpływu na leczenie, wynikające z uwarunkowań lokalnego krajobrazu i mikroklimatu. Mogą być one dalszymi kierunkami działań badawczych.

4.3.1. Inne dzisiejsze atrakcje Konstancina

Rejestr zabytków

Układ urbanistyczny charakterystyczny dla Konstancina wpisano w 1990 r. do rejestru zabytków razem ze znajdującymi się na jego obszarze poszczególnymi obiektami architektury. Poszczególne wille objęte są całkowitą lub częściową ochroną, co wymaga od właścicieli dbałości o dostosowanie się do wytycznych konserwatorskich podczas remontów. Część obiektów popada w ruinę, zdarzyły się także nielegalne wyburzenia historycznych willi. Na terenie Konstancina-Jeziorny powstają także liczne osiedla jednorodzinne i wille.

Zwiększającą się liczbę odwiedzających powoduje także remont Starej Papierni (przy ul. Wojska Polskiego 3), której część spłonęła w 1984 r. W 2000 r. sprzedana nowemu inwestorowi, została rozbudowana i zrewitalizowana (proj. Bulanda Mucha Architekci), a w 2002 r. otwarto w niej nowe centrum handlowo-usługowe. W pobliżu znajduje się także teren targowiska, który przyciąga licznych sprzedawców i kupujących nie tylko z okolic, ale także z Warszawy. Obecnie przedsiębiorstwo Arche remontuje kolejny obiekt przemysłowy (Królewska Fabryka Papieru na terenie Mirkowa).

Atrakcje kulturalne i turystyczne

Willa la Fleur, znajdująca się w prywatnych rękach muzeum sztuki Szkoły Paryskiej, tzw. École de Paris, otworzyła swoje podwoje dla zwiedzających w 2010 r. Kolekcję malarstwa, rzeźby i sztuk dekoracyjnych tworzonych przez polskie środowisko twórców działających w Paryżu pod wpływem rozwijających się tam awangardowych nurtów w sztuce przełomu XIX i XX w., zgromadzoną przez jej właściciela, Marka Roeflera, wzbogacają wystawy czasowe na światowym poziomie (jak np. Tamary Łempickiej na przełomie 2022 i 2023 roku czy Władysława Biegasa w 2025 r.). W skład galerii wchodzi wyremontowana w 2022 r. willa Granke i ogród między dwiema willami, wyposażony w rzeźby plenerowe.

W dawnym zakładzie przyrodoleczniczym Hugona Sydla, zwanym Hugonówką, mieści się od 2014 r. Konstanciński Dom Kultury, który organizuje m.in. liczne wydarzenia plenerowe, takie jak wystawy o historii Konstancina i jego mieszkańców czy koncerty i potańcówki. Władze gminy remontują kolejne wille i obiekty z przeznaczeniem na użyteczność publiczną. Przykładami mogą być: dawny Dom Ludowy w Jeziornie (obecnie Muzeum Wycinanki), willa Kamilin (informacja turystyczna i sala ślubów) i willa Gryf (filia Domu Kultury z biblioteką i świetlicą).

Dzisiejsza rola Konstancina

Podsumowując, tradycje Konstancina jako letniska, a następnie uzdrowiska i ośrodka kuracji są podtrzymane do dziś i rozwijane, wzbogacając przestrzeń miasta wraz z jego ofertą

usługową i kulturalną. Wysoka specjalizacja ośrodków rehabilitacji ruchu uzupełniona jest szerokim zakresem dostępnych komercyjnie basenów solankowych i parkowo-leśnych terenów spacerowo-rekreacyjnych z tężniami do zewnętrznych inhalacji solankowych. Miejsce to pozostaje jedynym uzdrowiskiem na Mazowszu. Mimo konkurencji terenów rekreacyjnych na północy Warszawy, zachowało rolę eleganckiego azylu zdrowotno-wypoczynkowego dla warszawiaków. Nadal spośród innych willowych przedmieść wyróżnia go aspekt uzdrowiskowy.

Bibliografia

- Bańka A., *Spoleczna psychologia środowiskowa*, Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa 2002.
- Cooke S.J., Carlotti M., Velepini K., Heavers N., Wang Z., Moula Z., Hou Q., Howarth A., Harper M., Kadykalo A.N., Kondo Y., Che Y., Wang H., Wang Y., Gao W., LaRosa D., Zhang J., *Twelve strategies for realizing the promise of ecopracticology* (Perspective essay), „Socio-Ecological Practice Research” 2025, vol. 7, p. 135-147, (Published online: 28 June 2025, Springer Nature Singapore Pte Ltd. 2025), <https://doi.org/10.1007/s42532-025-00221-4> (dostęp: 5.09.2025).
- Diagnoza gmin uzdrowiskowych w Polsce* (dostęp: 05.2020).
- Gehl J., *Miasta dla ludzi*, Wydawnictwo RAM, Kraków 2014.
- Gzell, S., *Wykłady o współczesnej urbanistyce*, Oficyna Wydawnicza Politechniki Warszawskiej, Warszawa 2015. <http://teznia.com.pl/> (dostęp: 10.08.2025).
- <https://uzdrowisko-konstancin.pl/teznia-solankowa/> (dostęp: 10.07.2025).
- Iwan Ł., Grochowski P., Żmijewska A., *Królewska Papiernia w Konstancinie odzyska swój urok sprzed lat. Pracownia Arche przewiduje jak najmniejszą ingerencję w istniejącą tkankę*, <https://architektura.muratorplus.pl/warsztat/krolewska-papiernia-w-konstancinie-jeziornie-odzyska-swoj-urok-sprzed-lat-pracownia-arche-aa-2FDw-ny7b-fp63.html> (dostęp: 10.08.2025).
- Jakóbk K. (red.), Główny Urząd Statystyczny, Urząd Statystyczny w Krakowie, Kraków 2011, s. 37.
- Konstancinjeziorna.pl, <https://www.konstancinjeziorna.pl/nasza-gmina/miasto-i-gmina/poznaj-gmine#cnt> (dostęp: 24.04.2020).
- Konstancinjeziorna.pl, <http://www.konstancinjeziorna.pl/assets/konstancinJeziorna/media/files/55ade26d-2a43-48b7-a14a-9a182fd3a4bb/biuletyn-06-07-2017.pdf> (dostęp: 10.09.2025).
- Królewska Papiernia, krolewskapapiernia.pl, <https://www.krolewskapapiernia.pl/> (dostęp: 10.09.2025).
- Lachowski T., *Konstancin-Jeziorna. Obrazy z przeszłości* (Pictures from the past), Wydawnictwo Definition Design Sp. z o.o., Warszawa 2023, s. 1-166.
- Lecznictwo uzdrowiskowe w Polsce w latach 2000–2010*, (red.) K. Jakóbk, Główny Urząd Statystyczny, Urząd Statystyczny w Krakowie, Kraków 2011, s. 37.
- Maciejewska A., Geppert A., Kupidura A., *Zintegrowane podejście do dziedzictwa kulturowego w gospodarowaniu przestrzeni na przykładzie gminy Konstancin-Jeziorna*, Oficyna Wydawnicza Politechniki Warszawskiej, Warszawa 2017, s. 1–84
- Pokropiński, B., Kolej wilanowska, w serii *Warszawskie koleje dojazdowe*, Wydawnictwa Komunikacji i Łączności, Warszawa 2001.
- Pokropiński, B., Kolej grójecka, w serii *Warszawskie koleje dojazdowe*, Wydawnictwa Komunikacji i Łączności, Warszawa 2002.
- Trojanowska M., *Metoda oceny wartości terapeutycznych krajobrazów kulturowych na przykładzie parków miejskich*, [w:] *Prace Komisji Krajobrazu Kulturowego*, (Dissertations of Cultural Landscape Commission) 2021, 46 (2): 27–46, DOI 10.30450/202107.
- Wejchert K., *Elementy kompozycji urbanistycznej*, Wydawnictwo Arkady, Warszawa 1984.
- Ziobrowski, Z., Kozłowski, S., Jeżak, J. (red.), *Vademecum gospodarki przestrzennej* (2. ed.), Instytut Rozwoju Miast, Kraków 2005.

Nota o autorce

Dr inż. arch., *docteure de l'Université Sorbonne*, Joanna Koszewska jest architektką i urbanistką. Obroniła międzynarodowy, polsko-francuski doktorat z zakresu urbanistyki porównawczej, nagrodzony Nagrodą Ministra Rozwoju i Technologii w 2020 r. Pracuje jako nauczyciel akademicki, ucząc architektury, urbanistyki i planowania przestrzennego. Adiunkt w Katedrze Architektury Instytutu Inżynierii

Lądowej Wydziału Budownictwa i Inżynierii Środowiska Szkoły Głównej Gospodarstwa Wiejskiego. Jest także związana z Uniwersytetem Paryskim – Sorboną, prowadząc współpracę badawczą. Wielokrotna stypendystka Rządu Francuskiego. Uczestniczyła w międzynarodowych programach naukowych, zakończonych publikacjami raportów i artykułów. Publikuje teksty naukowe i książki, jak *space-owniki architektoniczne „MOK PN”, „MOK PD”* (wyd. Fundacja Centrum Architektury) oraz artykuły popularyzatorskie z zakresu architektury, urbanistyki, varsavianistyki. W ramach popularyzacji prowadzi też działania dziennikarskie (radiowe, w czasopismach branżowych). Praca zarówno w prywatnych biurach projektowych, jak i lokalnej administracji w zakresie urbanistyki i gospodarki przestrzennej pozwoliła jej zrozumieć dynamikę procesów przemian miejskich i zainteresować się badawczo kwestiami polityk regulowania rozwoju regionalnego. Do zagadnień rozwoju przestrzennego podchodzi w sposób interdyscyplinarny, pozwalający badać i rozumieć wieloaspektową naturę problemów planowania obszarowego. Działa w Stowarzyszeniu Architektów SARP, w Oddziale Warszawskim; w Towarzystwie Urbanistów Polskich oraz w międzynarodowych towarzystwach badawczych.

Kontakt: joanna_koszewska@sggw.edu.pl, joanna.koszewska@insead.edu

FROM PROSECTORIUM TO THE DEPARTMENT OF FORENSIC MEDICINE. A HISTORICAL APPROACH TO THE DESIGN OF MEDICAL FACILITIES DEDICATED TO POST-MORTEM DIAGNOSTICS

OD PROSEKTORIUM DO ZAKŁADU MEDYCYNY SĄDOWEJ. HISTORYCZNE PODEJŚCIE DO PROJEKTOWANIA OBIEKTÓW MEDYCZNYCH DEDYKOWANYCH DIAGNOSTYCE POŚMIERTNEJ

Abstract

This article presents the historical-architectural evolution of prosectorial facilities in Łódź, treating architecture as a material record of medical developments, social changes and biopolitical strategies. Historical, architectural-functional analysis and hermeneutic interpretation were applied. The results show how thanatological architecture, constrained by ideology and economics, mediated between technical requirements and the need to humanise death.

Keywords: forensic medicine, history of architecture, history of medicine, prosectorium, thanatological architecture

Streszczenie

W publikacji przedstawiono historyczno-architektoniczną ewolucję obiektów prosektoryjnych w Łodzi, traktując architekturę jako materialny zapis rozwoju medycyny, przemian społecznych i strategii biopolitycznych. Zastosowano analizę historyczną, architektoniczno-funkcjonalną oraz interpretację hermeneutyczną. Wyniki ukazują, jak architektura tanatologiczna, ograniczona ideologią i ekonomią, mediowała między wymogami technicznymi a potrzebą humanizacji śmierci.

Słowa kluczowe: architektura tanatologiczna, historia architektury, historia medycyny, medycyna sądowa, prosektorium

1. INTRODUCTION

Architecture dedicated to post-mortem diagnostics is a specialised field that is rarely the subject of comprehensive scientific studies. Its design is a complex process that requires specialist knowledge and deep sensitivity. Designing these facilities requires reconciling two antagonistic paradigms: “biomedical functionalism” and a humanistic dimension. On one hand, the space must meet rigorous technological, sanitary, and ergonomic requirements¹²⁰. On the other, it must be shaped with respect for the dignity of the deceased and the psychological needs of their families and staff. Today’s solutions are the culmination of a long evolutionary process, shaped by medical advances, sanitary requirements, demographics, and changing cultural attitudes towards death.

Initially, in anatomical theatres, autopsies were didactic and symbolic in nature, demonstrating the triumph of human reason over the mystery of death¹²¹. With the development of medicine, the focus shifted from public display to systematic analysis. The establishment of professional municipal morgues in the 19th century was a response to the challenges of the industrialisation era: a growing urban popu-

¹²⁰ K. Barełkowska, *Technologia jako pojęcie architektoniczne (technology – the notion of architecture)*, [in:] *Przestrzeń idei i materii (The space of vision and matter)*, R. Barełkowski (ed.), Wydawnictwo Exemplum, Poznań 2014, p. 40–43.

¹²¹ B. Di Matteo, V. Tarabella, G. Filardo, A. Viganò, P. Tomba, L. Bragonzoni, M. Marcacci, *Art in science: the stage of the human body — the anatomical theatre of Bologna*, „Clinical Orthopaedics and Related Research” 2015, vol. 473, no 6, p. 1873–1878.

lation, the need to control epidemics and the necessity to identify anonymous deceased persons¹²². This was a key moment when the state, as part of the emerging biopolitics¹²³, began to systematically manage the deaths of its citizens. The final stage of this evolution is the modern prosectorium. It serves medical and legal purposes, becoming an element of social order. In the traditional approach to the history of science, including medicine, the main source of knowledge is the analysis of written sources. However, it is worth noting that architecture is also a carrier of history. A building is a three-dimensional testimony that encodes the realities of an era in its structure, and its analysis is a form of hermeneutics¹²⁴. Consequently, the study of architectural objects (form and function) is of fundamental importance for the history of architecture, medicine and the social sciences. It is also crucial for understanding the links between material space and cultural-political priorities. In this context, the architecture of post-mortem diagnostics becomes a physical manifestation and tool of **biopolitics**. It is in this space that the individual body, after death, is ultimately incorporated into the state's domain of knowledge and control.

Łódź is an example of a city that underwent a rapid transformation from a small settlement into one of Europe's largest industrial centres. This dynamic development, driven by representatives of many nationalities and cultures, generated enormous sanitary and social challenges. An analysis of the mortuary infrastructure that emerged at the turn of the century allows us to examine how a multinational community dealt with issues of death, disease and public order. Furthermore, it should be noted that at the turn of the 19th and 20th centuries, the city functioned under various state systems: Russian partition, German occupation during World War I, the Second Polish Republic, German occupation during World War II, and finally the Polish People's Republic. Each of these political regimes had a different approach to medicine, law and population control. This makes Łódź a unique case study, focusing on broader European modernisation processes and political strategies for managing life and death.

1.1. RESEARCH OBJECTIVE

The primary objective of the research is to conduct an interdisciplinary, multi-faceted historical and architectural analysis of the evolution of facilities dedicated to post-mortem diagnostics in Łódź, treating architecture as a material record of the development of medical science and social change, as well as changing paradigms of biopolitical strategies. The research aims to demonstrate the close links between architectural form and medical-forensic, showing how the designed space conditioned and responded to the evolving needs of *post-mortem* diagnostics. The ultimate goal is to interpret the studied objects within the concept of "thanatological architecture", which will allow for an analysis of how designers dealt with the dualism of requirements: technology and functionality, and the need to respect the dignity of the deceased and sensitivity to the finality of death.

1.2. SOURCE BASE, SUBJECT AND RESEARCH METHOD

This study analyzed the chronological development of prosectorial facilities in Łódź, utilizing unpublished sources from the Łódź State Archives and Public Library. The methodology integrated complementary methods:

1. **Historical analysis** (source criticism, comparative analysis) to reconstruct the institutional context of post-mortem diagnostics.
2. **Architectural and functional analysis** of plans (layouts, circulation, ergonomics, hygiene), supplemented by administrative and iconographic materials.
3. **Hermeneutic synthesis** interpreting the architecture's form and function as a "material text" reflecting the eras scientific paradigms, social norms, and biopolitical strategies.

¹²² A. Mitchell, *The Paris morgue as a social institution in the nineteenth century*, „Francia” 1976, vol. 4, p. 581–596.

¹²³ M. Foucault, *Trzeba bronić społeczeństwa. Wykłady w Collège de France, 1976*, przeł. M. Kowalska, Wydawnictwo KR, Warszawa 1998, passim.

In this thesis, the term biopolitics is understood as a mode of governance, focused on the management of the life processes of an entire population (health, mortality, procreation). In this context, the prosectorium is a key tool of biopolitics, as it is within its walls that the death of an individual is transformed into useful knowledge. Data on the causes of death and disease become the basis for state intervention in public health and therefore for the management of the lives of the living.

¹²⁴ Hermeneutics is the art or theory of interpreting and understanding texts, symbols, works of art and other cultural phenomena.

2. RESULTS AND DISCUSSION

2.1. DEVELOPMENT OF THE PROSECTORIAL FUNCTION IN ŁÓDŹ – HISTORICAL CONTEXT

The first municipal prosectorium in Łódź was established in 1916 when Łódź was under German occupation. Previously, the only public morgue was located at St. Alexander's Hospital¹²⁵. The facility failed to meet urban needs, particularly amid escalating epidemics (typhus, cholera, measles). The storage of infected corpses was highly problematic, overcrowding rendered the space insufficient for autopsies, and the autopsy room itself provided inadequate working conditions¹²⁶. In response to the epidemiological crisis in the autumn of 1915, the Department of Public Health allocated one of the buildings of the former Monopoly Rectification Plant on Zagajnikowa Street to serve as the headquarters of the Municipal Prosectorium¹²⁷. This choice was dictated by the lack of other locations and the need to reduce costs¹²⁸. The "Municipal Anatomical-Pathological Laboratory" was officially opened on 1 April 1916, and its management was entrusted to Dr Wiktor Grzywo-Dąbrowski¹²⁹, widely regarded as the father of Polish forensic medicine¹³⁰.

After Poland regained independence in 1918, there was an urgent need to return the buildings of the former Monopoly for industrial purposes. Plans to build a new headquarters were thwarted by the poor financial situation of the state, which forced the temporary adaptation of the building that had previously served as an epidemic hospital on Łąkowa Street. However, this location was problematic from the outset. Already in 1919, the building was in poor technical condition, and throughout the interwar period, its condition was classified as critical and qualifying it for demolition¹³¹.

In 1921, a concept emerged to build a Forensic Medicine Department in Łódź near Rynek Wodny, but this did not come to fruition for financial reasons¹³². Despite its terrible condition, the makeshift prosectorium on Łąkowa Street survived until 1944¹³³. The facility also operated for four years during the German occupation. At that time, it was headed by Friedrich Wegener¹³⁴, who repeatedly reported on the terrible working conditions¹³⁵. In response to the escalating need to establish modern facilities for post-mortem diagnostics, the German medical administration attempted to build a new Municipal Prosectorium as early as 1940. The facility was planned to be built on a plot of land belonging to the Health Department at Adolf-Hitler-Strasse 113, (Piotrkowska Street)¹³⁶. Ultimately, however, the facil-

¹²⁵ Archiwum Państwowe w Łodzi, Akta Miasta Łodzi, Wydział Techniczny, sygn. 20407, Prosektorium, p. 3.

¹²⁶ M. Hertz, *Łódź w czasie wielkiej wojny*, t. I, Polskie Towarzystwo Historyczne Oddział w Łodzi, Łódź 1933, p. 218; Archiwum Państwowe w Łodzi, sygn. 20407, p. 147; Archiwum Państwowe w Łodzi, Akta Miasta Łodzi, Zarząd Miejski w Łodzi 1915–1939, Wydział Zdrowia, Oddział Szpitalnictwa (Lecznictwa), sygn. 19122, Prosektorium Miejskie ulica Łąkowa nr 32, p. 18–22.

¹²⁷ Archiwum Państwowe w Łodzi, sygn. 20407, p. 182.

¹²⁸ Archiwum Państwowe w Łodzi, sygn. 19122, p. 1–7.

¹²⁹ Ibidem, p. 12.

¹³⁰ K. Grządziel, *Medycyna sądowa*, [in:] *Polskie szkoły medyczne: mistrzowie i uczniowie: wybrane zagadnienia*, A. Śródka (ed.), Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2017, p. 161–170; K. Włodarczyk, *Prof. dr hab. Wiktor Grzywo-Dąbrowski (1885–1968)*, „Forum Bibliotek Medycznych” 2011, R. 4, nr 2, p. 468–475.

¹³¹ Archiwum Państwowe w Łodzi, Akta Miasta Łodzi, Zarząd Miejski w Łodzi 1915–1939, Wydział Techniczny, sygn. 20631, Städtisches Grundstück Wiesenstrasse nr 32 Seuchen-Hospital [Szpital dla zakaźnych przy ul. Łąkowej], p. 225; Archiwum Państwowe w Łodzi, sygn. 19122, p. 156.

¹³² Archiwum Państwowe w Łodzi, sygn. 19122, p. 175–190.

¹³³ Wojewódzka Biblioteka Publiczna w Łodzi (Biblioteka Cyfrowa), *Litzmannstadt erhielt ein modernes Pathologisches Institut*, Litzmannstädter Zeitung mit dem amtlichen Bekanntmachungen für Stadt und Kreis Litzmannstadt, 1944–05–16 Jg. 27 no 137, p. 3.

¹³⁴ Archiwum Państwowe w Łodzi, Akta Miasta Łodzi, Zarząd Miejski w Łodzi (Stadtverwaltung Litzmannstadt) 1939–1945, Zarząd Ogólny (Allgemeine Verwaltung), Wydział Personalny (Personalamt), sygn. 55758, Wegener Friedrich [akta personalne], p. 1–156.

¹³⁵ Archiwum Państwowe w Łodzi, Akta Miasta Łodzi, Zarząd Miejski w Łodzi (Stadtverwaltung Litzmannstadt) 1939–1945, *Zarząd Zdrowia i Wychowania Fizycznego (Verwaltung des Gesundheitswesens und der Volks- und Jugendertüchtigung)*, Wydział Zdrowia (Gesundheitsamt), sygn. 31835, Sprawozdania ogólne z działalności Wydziału, oddziałów i instytucji podległych, p. 73–74; 103–104; 196, 201–202, 265.

¹³⁶ Archiwum Państwowe w Łodzi, Akta Miasta Łodzi, Akta Miasta Łodzi, Zarząd Miejski w Łodzi (Stadtverwaltung Litzmannstadt) 1939–1945, *Zarząd Zdrowia i Wychowania Fizycznego (Verwaltung des Gesundheitswe-*

ity was not built. In 1941, design work began on the expansion of the existing small and modern prosectorium at the August Bier Hospital and the relocation of the Municipal Prosectorium there¹³⁷. However, the ambitious project of a comprehensive post-mortem diagnostics centre in Litzmannstadt, which was also to serve scientific and educational functions, never progressed beyond the planning stage. In 1941, the entire August Bier Hospital complex was taken over by the Wehrmacht, which resulted in its transformation into Reservelazarett III and the abandonment of expansion plans¹³⁸. This is a rather striking example of how, in wartime conditions, military needs take absolute precedence over other spheres of state and social life.

The new investment was not completed until May 1944, at a time when the German Reich was facing an ever-deepening military and economic crisis. The institution headed by Wegener was then moved to Schneestrass 18 and was renamed the Pathological Institute¹³⁹.

The propaganda dimension given to the launch of the Institute was not without significance. The grand opening of the facility was reported in the press, emphasising its modernity¹⁴⁰. This type of narrative was intended to build an image of an efficient occupation administration that cared about standards, despite the obvious difficulties on the front and in the economy¹⁴¹.

2.2. FUNCTIONAL AND SPATIAL STRUCTURE

2.2.1. Transport and storage of corpses

In the Municipal Prosectorium on Zagajnikowa Street, the room for storing corpses was located in the basement. Direct access to the morgue was provided by external stairs leading from ground level. The autopsy rooms were located on the ground floor, which meant that vertical transport had to be provided. Due to the lack of an internal staircase, this transport was carried out using a manually operated freight lift (Fig. 1).

Analogous functional principles, based on storing corpses in the basement, were used in the prosectorium on Łąkowa Street. However, the 1919 project provided for religious segregation by introducing two rooms for storing corpses: for Christian corpses and for Jewish faith. Remarkably, the autopsy protocols contained a separate column for the religion of the deceased¹⁴². These practices were likely dictated by both strict Jewish religious regulations and the legal status of Jewish communities. In liberated Poland, they possessed formal autonomy in religious matters, a right guaranteed to national and religious minorities and constitutionally confirmed on 17 March 1921¹⁴³. The declared autonomy was less a result of liberal Polish policy than a necessary response to systemic discrimination and social isolation. This isolation, rooted in 19th-century anti-Semitism, led to growing hostility in the Second Republic, fueled by dominant centrist and right-wing parties. In the political struggle, they openly used

sens und der Volks und Judendertüchtigung), Wydział Zdrowia (Gesundheitsamt), sygn. 31833, Verwaltungsberichte, p. 241–242; Archiwum Państwowe w Łodzi, Zbiór kartograficzny Archiwum Państwowego w Łodzi, sygn. 596, Die Ortsgruppen der NSDAP [Nationalsozialistische Deutsche Arbeiterpartei] im Kreise Litzmannstadt. Oznaczone granice Getta Łódzkiego, p. 1.

¹³⁷ Archiwum Państwowe w Łodzi, Zarząd Miejski w Łodzi (Stadtverwaltung Litzmannstadt) 1939–1945, Zarząd Budownictwa, Osiedli i Mieszkań (Verwaltung des Bau, Wohnungs und Siedlungswesen), Wydział Budownictwa Naziemnego (Hochbauamt), sygn. 32264, Rozbudowa prosectorium w szpitalu przy ul. Kopcińskiego nr 22, p. 1–20; Archiwum Państwowe w Łodzi, sygn. 31833, p. 241–242;

¹³⁸ Archiwum Państwowe w Łodzi, sygn. 31833: 26; Archiwum Państwowe w Łodzi, Akta Miasta Łodzi, Zarząd Miejski w Łodzi 1915–1939, Zarząd Podatków i Finansów (Finanz- und Steuerverwaltung), Wydział Nieruchomości (Liegenschaftsamt), sygn. 32460, Przejęcie przez Zarząd Miejski nieruchomości położonej przy ul. Zagajnikowej 22 – Szpital Mościckiego, p. 1–232; Archiwum Państwowe w Łodzi, sygn. 31833, p. 241–242.

¹³⁹ Wojewódzka Biblioteka Publiczna w Łodzi (Biblioteka Cyfrowa), *Litzmannstadt erhielt* ..., p. 3; Archiwum Państwowe w Łodzi, sygn. 31833, p. 373; Archiwum Państwowe w Łodzi, Urząd Dzielnicowy Łódź-Bałuty, sygn. 3577, Dokumentacja architektoniczno-budowlana Sędziowska 18 – Towarzystwo „Kropla Mleka”, p. 1–94; Archiwum Państwowe w Łodzi, sygn. 596, p. 1.

¹⁴⁰ Wojewódzka Biblioteka Publiczna w Łodzi (Biblioteka Cyfrowa), *Litzmannstadt erhielt* ..., p. 3.

¹⁴¹ M. Ostrowski, *Kreacja z niczego. Propaganda faszystowska w Litzmannstadt*, [in:] *Tropami retoryki, stylistyki i dziennikarstwa. Tom dedykowany Profesor Barbarze Bogolębskiej*, J. Puzynina, A. Miller-Klejsa, A. Filipczak-Białkowska (ed.), Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2019, p. 99–115.

¹⁴² Archiwum Państwowe w Łodzi, Akta Miasta Łodzi, Zarząd Miejski w Łodzi 1915–1939, Wydział Zdrowia, Oddział Szpitalnictwa (Lecznictwa), sygn. 19125, Prosectorium Miejskie. Protokoły sekcyjne, p. 1–141.

¹⁴³ Ustawa z dnia 17 marca 1921 roku Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej, Dz.U. 1921 Nr 44, poz. 267.

anti-Jewish rhetoric in the difficult times after the First World War, which eventually led to an escalation of the phenomenon in the 1930s¹⁴⁴.

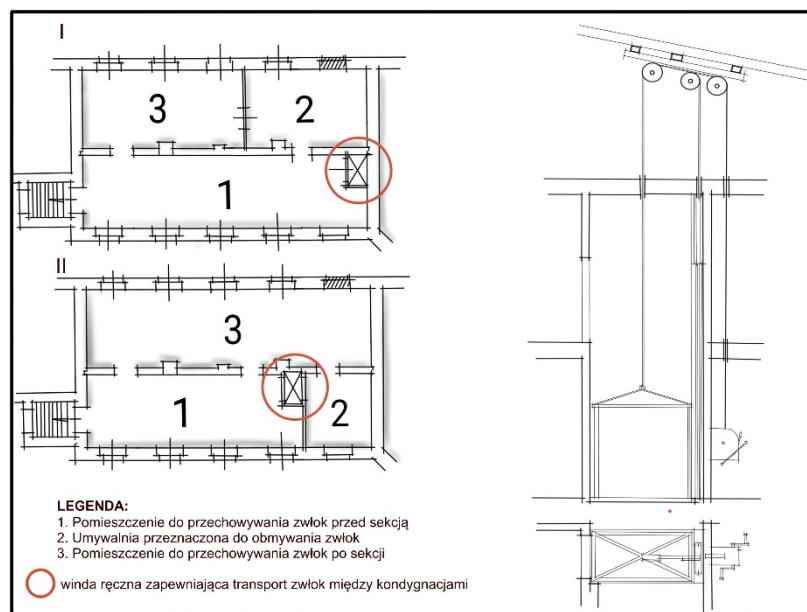


Fig. 1. Prosectorium on Zagajnikowa Street, diagram of the basement and manual lift¹⁴⁵
Authors' own illustration based on archival materials¹⁴⁶.

In the context of the Łódź's prosectorium, however, a key role in the segregation of rooms in the 1919 project may have been played by the need to respect Jewish laws regarding the handling of the body of the deceased. There are no indications to suggest that it was anti-Semitic in nature. Nor was it the product of the occupying forces. In fact, the project for the adaptation of the building on Łąkowa Street was already studied after the restoration of independence. Regardless of the reason for introducing separate rooms for storing corpses, this fact is material evidence of how the multicultural social structure of pre-war Łódź was reflected in a facility dedicated to post-mortem diagnostics. Access to the basement and transport of corpses was carried out via an internal staircase. However, the key element connecting the basements with the autopsy room on the ground floor was a goods lift, which was moved here from Zagajnikowa Street. Its location was precisely planned to provide access to both morgues, the autopsy room and the chapel, thus creating an efficient technological sequence (Fig. 2).

The August Bier Hospital's prosectorium extension planned two separate routes for delivering corpses to the basement: a vehicle ramp for external bodies and an existing underground tunnel for deceased hospital patients. It is worth noting that the transport of bodies to the prosectorium via routes inaccessible to non-staff members is considered a desirable standard even today¹⁴⁷. Importantly, both routes converged at a goods lift, which transported the bodies to the autopsy rooms on the ground floor (Fig. 2).

The real operational problem faced by the facilities on Zagajnikowa and Łąkowa Streets was the issue of storing corpses. It should be emphasised that neither of these locations had refrigeration equipment (Fig. 1; 2). Without cold storage, corpses decomposed rapidly, creating a strong odor. Wegener's correspondence confirms this, citing regular "*disruption of autopsies*" due to rapid decay caused by the

¹⁴⁴ M. Pielka, *Radykalizacja nastrojów antysemitycznych w latach trzydziestych w Drugiej Rzeczypospolitej*, „Słupskie Studia Historyczne” 2015, nr 21, p. 123–149.

¹⁴⁵ The archival materials contain two variants of the functional and spatial programme for the building located on Zagajnikowa Street. Variant I is characterised by a more extensive and complex functional programme compared to variant II. However, the identified differences do not significantly affect the overall assessment of the functional assumptions of the facility.

¹⁴⁶ Archiwum Państwowe w Łodzi, sygn. 20407, p. 98; 141; 207.

¹⁴⁷ A. Gawlak, P. Springer, *Sztuka projektowania przestrzeni schyłku życia*, „Przestrzeń Urbanistyka Architektura” 2018, nr 2, p. 107–118.

“lack of space... and refrigeration”¹⁴⁸. He also complained of a “stench” that was a “nuisance to employees and pedestrians”¹⁴⁹. This was a chronic, year-round problem that even lower seasonal temperatures could not alleviate.



Fig. 2. The prosectorium on Łąkowa Street (left) and the concept for the expansion of the prosectorium at the August Bier Hospital (right), functional diagram of the basements
 Authors' own illustration based on archival materials¹⁵⁰.

A breakthrough in the storage of corpses came with the project for the August Bier Hospital. It provided for the implementation of two refrigerated rooms, and at the junction of these chambers, a room was placed which, following the example of the Forensic Medicine Department at the University of Vienna¹⁵¹, should be interpreted as a refrigerator for preparations or freshly obtained biological material. (Fig. 2) Importantly, refrigeration technology had been developing since the second half of the 19th century¹⁵², and the use of cold stores in prosectoria was already being proposed in professional literature at the beginning of the 20th century¹⁵³. From this perspective, the lack of a cold store in the prosectorium on Łąkowa Street, which persisted until the 1940s, should be seen as a technological backwardness.

The project involved storing corpses in an open system on free-standing stands (37 in total) in a generally cooled room, rather than in individual cold boxes, which was common in the early 20th century¹⁵⁴. Interestingly, cooling the entire room was considered modern at the time¹⁵⁵. Although today

¹⁴⁸ Archiwum Państwowe w Łodzi, sygn. 31835, p. 73–74.

¹⁴⁹ Archiwum Państwowe w Łodzi, sygn. 31835, p. 201–202.

¹⁵⁰ Archiwum Państwowe w Łodzi, sygn. 19122, p. 136; Archiwum Państwowe w Łodzi, sygn. 32264, p. 9.

¹⁵¹ A. Haberda, *Das Institut für gerichtliche Medizin an der Universität in Wien*, [in:] *Methods and problems of medical education (ninth series)*, Division of Medical Education, The Rockefeller Foundation, New York, 1928, p. 9–21.

¹⁵² E. Smith, *Pioneers of refrigeration*, "Nature" 1943, nr 151, p. 412–413.

¹⁵³ No authors listed, *The Mortuary Unit: Institutional Interests-II*, "The Hospital" 1913, nr 53 (1384), p. 405–407.

¹⁵⁴ A. Haberda, 'Das Institut ...', p. 9–21; F. Strassmann, *Das Institut für gerichtliche Medizin an der Universität Berlin*, [in:] *Methods and problems of medical education (ninth series)*, Division of Medical Education, The Rockefeller Foundation, New York, 1928, p. 55–62; V. Grzywo-Dabrowski, *L'Institut de Médecine Légale de Varsovie, Warsaw, Poland*, [in:] *Methods and problems of medical education (ninth series)*, Division of Medical Education, The Rockefeller Foundation, New York, 1928, p. 133–139; F. Naville, E. Rosselet, *Institute of Legal Medicine at Geneva, Switzerland*, [in:] *Methods and problems of medical education (ninth series)*, Division of Medical Education, The Rockefeller Foundation, New York, 1928, p. 233–241.

¹⁵⁵ W. Lewiński, *Zakłady Medycyny Sądowej w Austrii, w Budapeszcie i w Pradze. (Wrażenia z wycieczki, odbytej latem 1937)*, "Czasopismo Sądowo-Lekarskie" 1937, nr 10 (3), p. 239–240.

the use of refrigerators, analogous to historical boxes, is considered standard, the implementation of a system considered progressive at the time testifies to the ambitions of the German authorities. The design decision was followed by technical solutions, including the introduction of thermal insulation of the cold store walls and the use of a suspended ceiling, creating the space necessary for the distribution of the cooling system.

However, the first documented cold store in the Łódź prosectorium did not appear until 1944 at the Pathological Institute at Schneestrasse. According to the surviving descriptions (the project plans have not survived), the refrigeration equipment was installed in the basement¹⁵⁶. However, the available materials do not specify what system of body storage was used (open or box). The basement also housed an autopsy room equipped with two tables, directly adjacent to which was a vestibule that could accommodate up to 15 bodies on stone tables. This space could serve as a temporary storage facility, improving internal logistics.

The location of the body storage area in the basement was initially dictated mainly by practical considerations and the need to maintain the lowest possible temperature. In addition, it was a social element, minimising potential interest from outsiders. The introduction of goods lifts enabled efficient logistics within the facility. It is worth emphasising that a functional and discreet solution for the transport of corpses is a fundamental condition for the proper functioning of a mortuary¹⁵⁷, and care for the separation and screening of the corpse reception area remains the standard in contemporary projects of Forensic Medicine Departments.

2.2.2. Functional and spatial structure and medical activities

The Municipal Anatomical-Pathological Laboratory on Zagajnikowa Street performed a wide range of tasks, constituting a key element of the municipal public health and justice system¹⁵⁸.

The facility's functional programme included both autopsies and microscopic examinations. In addition, it also played an important role in combating epidemics, and an important part of its work was to provide samples for typhus research conducted by the Imperial District physician¹⁵⁹. It is worth noting that the epidemiological situation at the time was directly reflected in the functional design of the building. In order to minimise the risk of cross-contamination, the project provided for two separate autopsy rooms – one for infectious and one for non-infectious corpses (Fig. 3). The facilities were to include instruments and at least one laboratory, although a variant with two laboratories and a library was also considered¹⁶⁰.

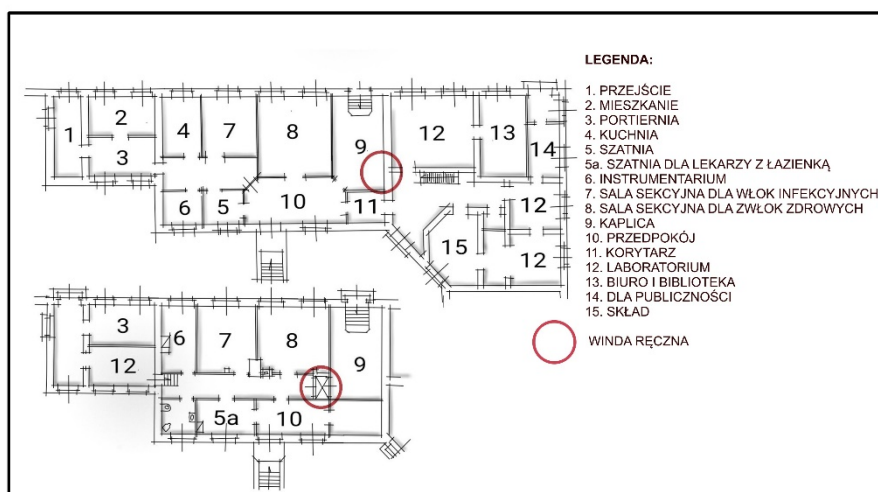


Fig. 3. Prosectorium on Zagajnikowa Street, functional diagram of the ground floor. (top – extended functional layout version; bottom – reduced functional layout version)

Authors' own illustration based on archival materials¹⁶¹.

¹⁵⁶ Wojewódzka Biblioteka Publiczna w Łodzi (Biblioteka Cyfrowa), *Litzmannstadt erhielt* ..., p. 3.

¹⁵⁷ J. Eldredge, *How to plan an efficient autopsy room*, „Modern hospital” 1960, nr 94, p. 136–140.

¹⁵⁸ Archiwum Państwowe w Łodzi, sygn. 19122, p. 12.

¹⁵⁹ Archiwum Państwowe w Łodzi, sygn. 19122, p. 22.

¹⁶⁰ Archiwum Państwowe w Łodzi, sygn. 20407, p. 226.

¹⁶¹ Archiwum Państwowe w Łodzi, sygn. 20407, p. 44; 142.

The scope of medical activities, and thus the functional programme of the prosectorium at Łąkowa Street, was essentially the same as at the previous location. However, the adaptation project provided for only one autopsy room, thus abandoning the division into zones for infectious and non-infectious corpses. Despite these concessions, space was set aside in the building for a laboratory and a library connected to an office and a place for scientific collections. This confirms that, despite the difficult conditions, the profile of the facility's activities was to be maintained at a professional, albeit clearly limited, level (Fig. 4).

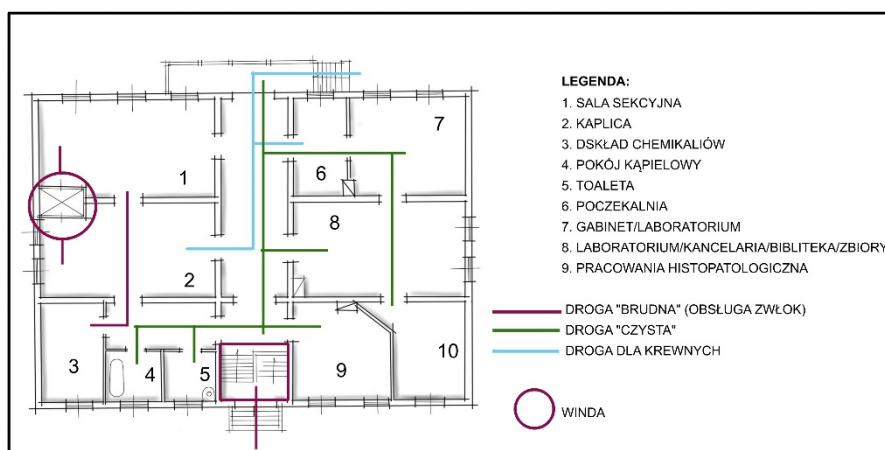


Fig. 4. Prosectorium on Łąkowa Street, functional diagram of the ground floor
Authors' own illustration based on on archival materials¹⁶².

A much more advanced project for the August Bier Hospital included two autopsy rooms and extensive laboratory facilities (Figs. 5, 6). This made it possible to conduct advanced research, similar to other German institutions¹⁶³. The planned high throughput of the facility is evidenced by both the project of a large, four-station autopsy room and F. Wegener's forecasts from 1943. He predicted 1,200-1,800 autopsies and 1,900-3,200 microscopic examinations per year, which was comparable to the results of a medium-sized German university institute¹⁶⁴.

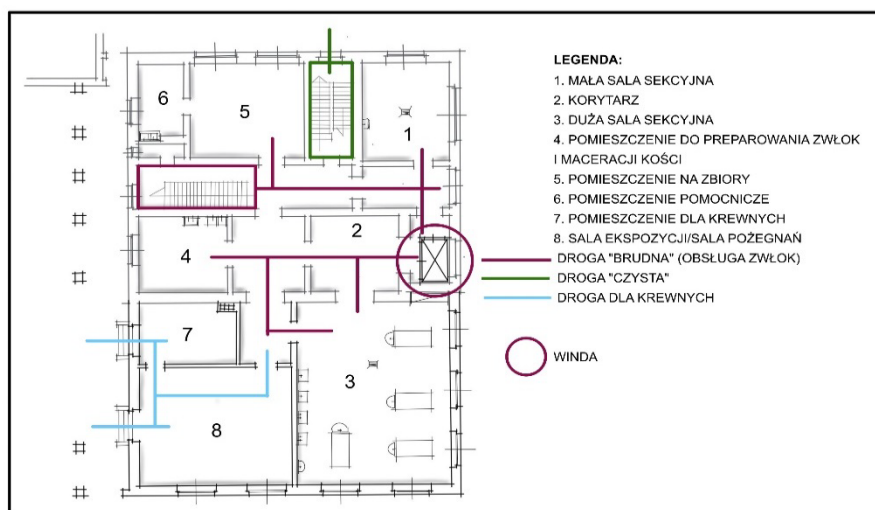


Fig. 5. Concept for the expansion of the prosectorium at the August Bier Hospital, functional diagram of the ground floor.
Authors' own illustration based on on archival materials¹⁶⁵.

¹⁶² Archiwum Państwowe w Łodzi, sygn. 19122, p. 137.

¹⁶³ F. Strassmann, *Das Institut...*, p. 55–62.

¹⁶⁴ Archiwum Państwowe w Łodzi, sygn. 31833, p. 241–242.

¹⁶⁵ Archiwum Państwowe w Łodzi, sygn. 32264, p. 10.

The functional programme of the prosectorium was also enriched with a library and a photographic studio, which emphasises the innovative nature of the project (Fig. 6). In addition, it is worth noting that the project also included specialised rooms for the preparation and maceration of corpses and a room for anatomical collections, which gave the facility scientific and educational potential at the university level. Although the presence of a crematorium or maceration laboratory (Fig. 2) in the context of World War II raises ethical questions, they were part of the standard functional programme of an institution dealing comprehensively with post-mortem diagnostics.

The final German project on Schneestrasse was much more modest. The new facility abandoned the extensive programme in favour of maximum efficiency. A single autopsy room was planned, located in the basement. A microscopy laboratory, intended mainly for histopathological research, was placed on the better-lit and more easily accessible ground floor. Importantly, despite the overall modesty of the project, the building's structure included a room for anatomical collections. The maintenance of this function testifies to the Nazis' consistent pursuit of their scientific ambitions.

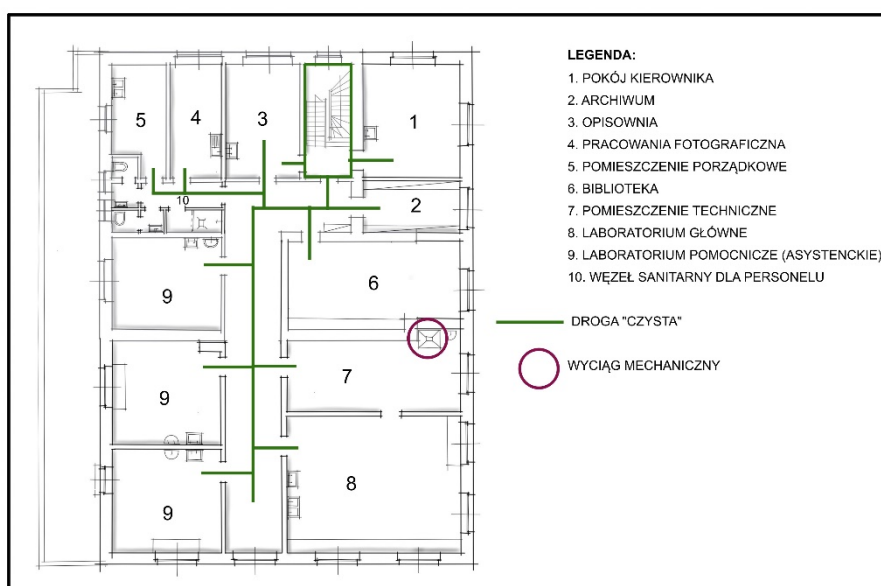


Fig. 6. Concept for the extension of the prosectorium at the August Bier Hospital, functional diagram of the floor. Authors' own illustration based on archival materials¹⁶⁶.

After regaining independence, in February 1945, the Pathological Institute, headed by Wegener, was launched in the building of the Pathological Institute, which was administered by the city¹⁶⁷. The facility also became the seat of the Department of Pathological Anatomy of the Second Faculty of Medicine, University of Łódź (UŁ), and served educational purposes¹⁶⁸. It worked closely with the university's Chair of Pathological Anatomy¹⁶⁹. In 1950, however, the Pathological Institute was dissolved and incorporated into the Chair of Pathological Anatomy, becoming its affiliate¹⁷⁰. Finally, after the renovation was completed at the turn of 1968/69, the building became the seat of the Forensic Medicine Department of the Medical Academy of Łódź (continuing the tradition of the Faculty of Medicine of the

¹⁶⁶ Archiwum Państwowe w Łodzi, sygn. 32264, p. 11.

¹⁶⁷ E. Ajnenkiel, *Osiągnięcia i cele w dziedzinie zdrowia publicznego m. Łodzi*, [in:] *Dziennik Zarządu Miejskiego w Łodzi* 1945, nr 2, p. 3–7.

¹⁶⁸ Uniwersytet Łódzki. Skład osobowy i spis wykładów na rok akademicki 1946–1947, Wydawnictwo „Książka”, Łódź, 1947, p. 44;

¹⁶⁹ Wojewódzka Biblioteka Publiczna w Łodzi (Biblioteka Cyfrowa), *Instytut Patologiczny w Łodzi ułatwia pracę praktyków*, *Głos Robotniczy*: pismo Polskiej Partii Robotniczej, 1947-02-11 R. 3 nr 42, p. 5; Katedra i Zakład Anatomii Patologicznej [in:] *XXV lat Akademii Medycznej w Łodzi*. *Annales Academiae Medicae Lodzensis*, J. Fijałek, J. Goldstein, J. Indulski, S. Pytlaś. (ed.), vol. 13, suppl. 6. Akademia Medyczna w Łodzi, 1970, p. 17–31.

¹⁷⁰ Katedra i Zakład Anatomii Patologicznej, [in:] *XXV lat Akademii Medycznej w Łodzi*. *Annales Academiae Medicae Lodzensis*, p. 17–31.

University of Łódź)¹⁷¹. It is a function it continues to hold today within the structure of the Medical University of Łódź (2025).

2.2.3. Farewell Areas

Municipal prosectoria, as public infrastructure, faced a fundamental dichotomy: they were sites for scientific inquiry and medico-legal procedures, yet also the last point of contact for the deceased's families. This dual role necessitated both sterile workspaces and rooms for the emotional needs of loved ones, such as chapels or farewell rooms. Their implementation was not merely logistical, but ultimately an act of humanising the process of dealing with death. Early 20th-century literature recommended that these rooms be easily accessible but functionally and spatially separated from the main working areas of the prosectorium. Emphasis was placed on creating an atmosphere of respect and avoiding a sombre aesthetic¹⁷². The analysed facilities largely meet the requirements, although their specific responses vary, conditioned by differing socio-economic and historical contexts.

In the prosectorium on Zagajnikowa Street, the functional programme of the farewell zone was limited to the chapel (Fig. 3). This solution was in line with the common standards applicable in European prosectoria in the first half of the 20th century¹⁷³. To ensure the autonomy of the farewell zone (at the first facility), an independent entrance from Zagajnikowa Street was introduced, and a goods lift for corpse transport was strategically placed near the chapel for logistical optimization. The Łąkowa Street prosectorium also featured a chapel integrated with a lift, but this represented a **functional regression**. The key principle of separation was abandoned; lacking a separate entrance, families were forced to use the main working corridor, creating an inevitable confrontation between the sacred and profane. This solution, however, must be contextualized. It was not due to a lack of design awareness, but was a necessary compromise dictated by the severe financial constraints and urgency of the immediate post-WWI period.

The August Bier Hospital's prosectorium extension project included two ground-floor family rooms with separate entrances and discreet internal lift access. However, this high, humanistic design standard was exclusionary. During the German occupation, the hospital was accessible only to Germans; consequently, these advanced architectural solutions for the farewell zone manifested selective care, intended solely for the comfort and dignity of German patients and their families (Fig. 5).

A special **room for displaying corpses with a separate exit** was also included in the Prosectorium at Schneestrasse¹⁷⁴, although the lack of construction documentation prevents an in-depth analysis of the solutions used.

The architecture of farewell areas serves as a litmus test for the era's priorities, reflecting the clash between humanising death and the constraints of economics or ideology. The quality of these ritual spaces was politically determined. The first prosectorium was pragmatic sanitary infrastructure; the Łąkowa facility reflected the compromises of post-war scarcity; and the August Bier Hospital project revealed biopolitics in action. Its high standard was not universal but a selective privilege for Germans, transforming the prosectorium into an ideological tool of biopower.

2.2.4. Ergonomics and occupational health

Hygiene and ergonomics were fundamental to the development of prosectoria in Łódź, evolving based on technological and economic possibilities, which have always been the key factors determining the standard of a prosectorium.

The analysis of specific hygiene and ergonomics solutions in individual prosectoria is not only a study of technology, but also an insightful look at the priorities and limitations of particular periods. Among the most important solutions provided for in the Prosectorium at Zagajnikowa Street, it is worth mentioning

¹⁷¹ Katedra i Zakład Medycyny Sądowej, [in:] *XXV lat Akademii Medycznej w Łodzi*. Annales Academiae Medicae Lodzensis, J. Fijałek, J. Goldstein, J. Indulski, S. Pytlaś. (ed.), vol. 13, suppl. 6. Akademia Medyczna w Łodzi, 1970, p. 137–144; Ustawa z dnia 27 lipca 2002 r. o utworzeniu Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, Dz.U. z 2002 r. Nr 141, poz. 1184.

¹⁷² No authors listed, *The Mortuary Unit: Institutional Interests-II*, p. 405–407; No authors listed, *The Mortuary Unit: The Public Part of the Mortuary.-III, The Hospital*, 1913, nr 53 (1391), p. 599–600.

¹⁷³ No authors listed, *The Mortuary Unit: Institutional Interests-II*, p. 405–407; No authors listed, *The Mortuary Unit: The Public Part of the Mortuary.-III*, p. 599–600.

¹⁷⁴ Wojewódzka Biblioteka Publiczna w Łodzi (Biblioteka Cyfrowa), *Litzmannstadt erhielt...*, p. 3.

a special washroom for washing corpses, as well as changing rooms and a bathroom for medical staff (Figs. 1, 3). In addition, a cement floor was used here and laid with a slope to ensure water drainage. Semi-cement plaster was applied to the walls, and *terracotta* tiles were laid on the ground floor and grouted with cement. In the autopsy rooms, "grooved" tiles were laid with a slope and a drain was also installed. The walls, up to a height of 2 m from the floor, were painted with oil paint, and small windows were installed in the windows to ventilate the premises¹⁷⁵. A fan was also installed in one of the autopsy rooms.

However, the main problem of the unit was its dependence on the neighbouring "shelter", from which water was drawn. The lack of coal often prevented the steam pump from operating, which resulted in interruptions in the water supply to the prosectorium. In order to make the facility independent, it was finally proposed to replace the pump with an electric one¹⁷⁶.

A particularly important project was a biological filter for sewage treatment. It was to serve the prosectorium and the neighbouring shelter. The project was designed to serve 320 people, assuming a consumption of 20 litres per person per day and a 5-day decomposition process in the filter¹⁷⁷.

The prosectorium on Łąkowa Street included basic staff sanitary facilities (a toilet and bathing room). However, the greatest emphasis was placed on adapting the autopsy room: to enable disinfection, the original wooden floor was coated with tar, sand, and a layer of sloped bricks, then plastered with sharp cement mortar (a mosaic finish was also considered)¹⁷⁸.

A more advanced approach to functional safety, focusing on clear zoning and collision-free traffic routes¹⁷⁹ defined the August Bier Hospital project. It consistently implemented separate "clean" and "dirty" zones using two staircases. The "dirty" staircase connected the basement (cold stores, incinerator) with the autopsy rooms, while the "clean" staircase served offices, laboratories, and living quarters (Figs. 2, 5, 6). This dual-circulation design met the developing hygiene standards of the early 20th century¹⁸⁰.

This attention to hygiene was also evident in the building's detailed design, which included numerous water supply points and floor drains in workrooms, mechanical and gravity ventilation, toilets on each floor, a staff shower, and a separate room for tool sterilisation¹⁸¹.

2.3. ARCHITECTURAL FORM

The history of Łódź's Municipal Prosectoriums is marked by a tension between pragmatism and ideological representation. None of these facilities was designed and built with this function in mind. Each time, due to the need to reduce costs, they were merely adaptations of existing facilities, but the motivations and standards of these adaptations varied, reflecting the priorities of successive systems of power.

The first prosectorium, was located in a former industrial building. It was a single-storey building with a basement in a frontage development, built of brick, with a wooden, gabled roof with a ridge arrangement, covered with roofing felt (photo 1).

The scope of the work clearly shows that the overriding objective was function, not "representation". Intervention in the external architectural form was minimal and limited to necessary changes, such as the addition of a door to the chapel for functional improvement or the construction of new chimneys, which had to do with the introduction of heating and ventilation. The changes were mainly utilitarian in nature. Efforts and resources were concentrated on rebuilding the interior and adapting it to its new function. The realisation of the project, carried out in the reality of the First World War, is a testament to the logistical and material challenges of the era. The story of this adaptation is thus not so much a record of ideological ambitions as a frugal yet pragmatic response by the occupation authorities to the sanitary crisis in the conditions of the occupied city.

The same pragmatism, but this time dictated by the extremely poor financial situation of the reborn state, characterised the adaptation of the building on Łąkowa Street. It was a two-storey wooden building with a simple, compact body, topped by a gabled roof. Its architectural form was distinguished by characteristic details such as decorative gables and rafter finials (Photo 2). The building, although charming, was in a critical technical condition. However, due to financial constraints, the adaptation works were

¹⁷⁵ Archiwum Państwowe w Łodzi, sygn. 20407, p. 67–74; 190.

¹⁷⁶ Archiwum Państwowe w Łodzi, sygn. 19122, p. 41–46.

¹⁷⁷ Archiwum Państwowe w Łodzi, sygn. 20407, p. 178–187.

¹⁷⁸ Archiwum Państwowe w Łodzi, sygn. 19122, p. 143.

¹⁷⁹ J. Eldredge, *How to plan ...*, p. 136–140.

¹⁸⁰ V. Grzywo-Dabrowski V, *L'Institut ...*, p. 133–139; F. Naville, E. Rosselet, *Institute of Legal Medicine ...*, p. 233–241.

¹⁸¹ Archiwum Państwowe w Łodzi, sygn. 32264, p. 1–20.

purely interventionist in nature and amounted only to the ongoing repairs necessary to make the facility operational. The architectural form of the building was not interfered with. As with the first building, priority was given to function.



Photo 1. Municipal Prosectorium in Łódź, Zagajnikowa Street, Łódź¹⁸². Author: W. Pfeiffer.



Photo 2. Municipal Prosectorium in Łódź on Łąkowa Street, 1938¹⁸³. Author: W. Pfeiffer.

A radical change is evident in the occupying German authorities' plans for the August Bier Hospital prosectorium, which represented an ideological transformation rather than simple adaptation. Every project element served as a political tool manifesting German domination. The aestheticisation of the entrance area (greenery, flower beds) had a dual purpose: it normalised a place associated with death, creating a façade of civilised, scientific order, while simultaneously manifesting German cultural superiority. By contrasting the modern German facility with the "disastrous state" of the Polish prosectorium (Łąkowa Street), the building became a political argument for German organisational efficiency. This aestheticising trend was later replicated in the Municipal Prosectorium at Schneestrasse, with press reports highlighting the greenery as proof of high standards¹⁸⁴. This confirms the thesis that the aestheticisation of medical space was not an accident, but a permanent and conscious element of the German strategy, in which even the architecture of death was intended to serve political ends.



Photo 3, 4. The prosectorium building of the later August Bier Hospital during the construction period (1928-1929)¹⁸⁵

¹⁸² Archiwum Państwowe w Łodzi, Archiwum Włodzimierza Pfeiffera (księgarza i fotografa łódzkiego), Polski Monopol Spirytusowy, Łódź, 6.

¹⁸³ Archiwum Państwowe w Łodzi, Archiwum Włodzimierza Pfeiffera (księgarza i fotografa łódzkiego), Prosektorium Miejskie przy ulicy Łąkowej, Łódź, 1.

¹⁸⁴ Wojewódzka Biblioteka Publiczna w Łodzi (Biblioteka Cyfrowa), *Litzmannstadt erhielt*, p. 3.

¹⁸⁵ Archiwum Państwowe w Łodzi, Archiwum fotograficzne Wiesława Lisowskiego, sygn. 43, Zespół Klinik Okręgowego Związku Kas Chorych imienia Prezydenta Ignacego Mościckiego, Łódź ulica Zagajnikowa. Budowa, 13 i 15.

The most ideological change, however, was the planned rebuilding of the roof (photo 3, 4; Fig. 8). The flat construction was replaced by a high, steeply pitched building with dormers, which was a conscious reference to the style of protecting the homeland (*Heimatschutzstil*), adapted and ideologically transformed by the German Reich¹⁸⁶. The imposition of the indigenously “German” style was an act of symbolic Germanisation of the Polish city. The steep roof of the prosectorium was intended as a material sign of the new order, of permanent cultural domination. All these activities were part of the occupier’s overarching goal: the transformation of Łódź into a model, purely “Germanic” city¹⁸⁷.

The adaptation of the building at Schneestrass was the final, pragmatic chapter in the wartime history of Łódź’s prosectoriums. A free-standing, single-storey block with a modernist character (photo 5), it had nothing to do with medicine or the idealistic *Heimatschutzstil*¹⁸⁸. However, the solid masonry construction, functional basement and good interior lighting made the building a good enough candidate for rapid redevelopment. The close proximity to the Łódź Ghetto may also have been significant¹⁸⁹.

August Bier Hospital prosectorium

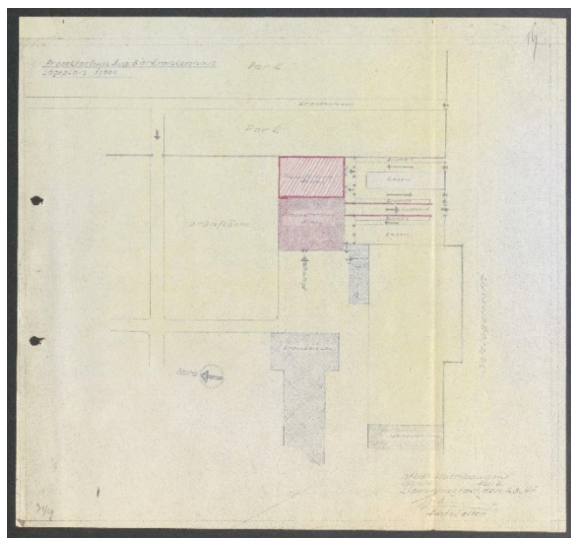


Fig. 7. Project for the extension of; site development concept¹⁹⁰

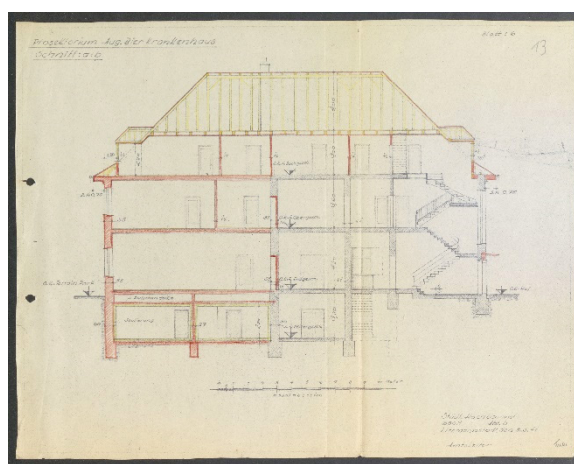


Fig. 8. Project for the extension; cross-section with high timber-framed roof¹⁹¹

Despite the pragmatic nature of this adaptation, its official opening was a propaganda spectacle intended to “mask reality”. The emphasis on its modernity and aesthetic surroundings aimed to project an image of unwavering control and a civilizing mission, even as the Reich’s foundations were crumbling.

¹⁸⁶ M. Urbaniak, *Urbanistyka i architektura okresu III Rzeszy w Polsce*, ed. Karolina Jara, Aleksandra Paradowska, Wydawnictwo Nauka i Innowacje, Poznań 2019, ss.225, ill., „Śląski Kwartalnik Historyczny Sobótka” 2021, nr 76 (2), p. 215–233.

¹⁸⁷ J. Wróbel, M. Turski, *Polityka niemiecka w mieście*, [in:] *Łódź historia miasta poprzez wieki 1914–1945*, P. Waingertner (ed.), Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2024, p. 447–468.

¹⁸⁸ Wojewódzka Biblioteka Publiczna w Łodzi (Biblioteka Cyfrowa), *Litzmannstadt erhielt*, p. 3.

¹⁸⁹ Archiwum Państwowe w Łodzi, Zbiór kartograficzny Archiwum Państwowego w Łodzi, sygn. 596, *Die Ortsgruppen der NSDAP [Nationalsozialistische Deutsche Arbeiterpartei] im Kreise Litzmannstadt. Oznaczone granice Getta Łódzkiego*, p. 1.

¹⁹⁰ Archiwum Państwowe w Łodzi, sygn. 32264, p. 14.

¹⁹¹ Archiwum Państwowe w Łodzi, sygn. 32264, p. 13.

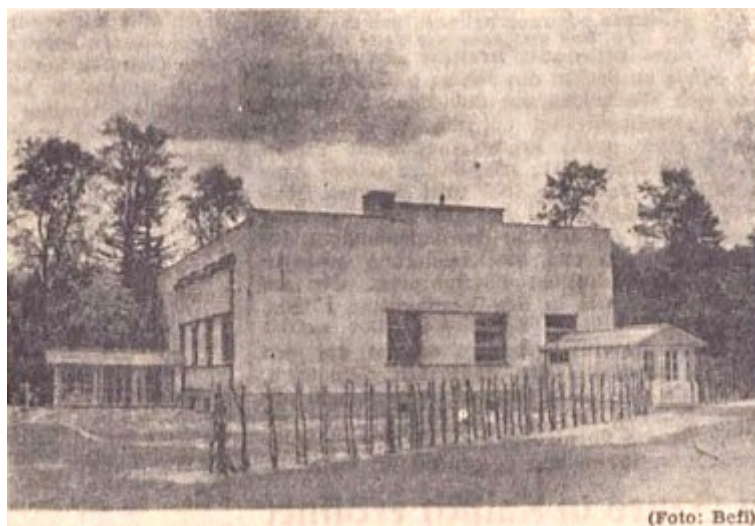


Photo 5. Patolhological Institute at Schneestrasse¹⁹²

SUMMARY AND CONCLUSIONS

The evolution of Łódź's prosectoria is a material record of biopolitical strategies, reflecting the priorities and limitations of successive systems of power. The analysis shows a transition from the pragmatism of the German administration during WWI (Zagajnikowa Street), through a functional compromise resulting from the underinvestment of the Second Polish Republic (Łąkowa Street), an advanced but unrealised occupation project (August Bier Hospital), to the pragmatic Pathological Institute, which became the basis for the modern Forensic Medicine Department at the Medical University. In each of these stages, thanatological architecture had to mediate between two orders:

- The technical and scientific regime, whose development manifested itself in the evolution of the functional programme (from the basic autopsy room to laboratories, photographic studios and anatomical collections) and technology (from basements to refrigeration systems).
- The necessity of managing the emotional sphere, which materialised in the organisation of farewell spaces (chapels).

The quality of this mediation, however, as well as the technical standard, were derived from the prevailing philosophy and economic opportunities. The Łódź case study demonstrates that the architecture of post-mortem diagnostics facilities is not a passive backdrop to history, but an active medium that records the value systems and medical and social practices of an era.

References

- Ajnenkiel E., *Osiągnięcia i cele w dziedzinie zdrowia publicznego m. Łodzi*, [in:] *Dziennik Zarządu Miejskiego w Łodzi* 1945, nr 2, p. 3–7.
- Archiwum Państwowe w Łodzi, Akta Miasta Łodzi, Akta Miasta Łodzi, Zarząd Miejski w Łodzi (Stadtverwaltung Litzmannstadt) 1939–1945, Zarząd Zdrowia i Wychowania Fizycznego (Verwaltung des Gesundheitswesens und der Volks und Judendertüchtigung), Wydział Zdrowia (Gesundheitsamt), sygn. 31833, Verwaltungsberichte.
- Archiwum Państwowe w Łodzi, Akta Miasta Łodzi, Wydział Techniczny, sygn. 20407, Prosektorium.
- Archiwum Państwowe w Łodzi, Akta Miasta Łodzi, Zarząd Miejski w Łodzi 1915–1939, Wydział Zdrowia, Oddział Szpitalnictwa (Lecznictwa), sygn. 19122, Prosektorium Miejskie ulica Łąkowa nr 32.
- Archiwum Państwowe w Łodzi, Akta Miasta Łodzi, Zarząd Miejski w Łodzi 1915–1939, Wydział Techniczny, sygn. 20631, Städtisches Grundstück Wiesenstrasse nr 32 Seuchen-Hospital [Szpital dla zakaźnych przy ul. Łąkowej].
- Archiwum Państwowe w Łodzi, Akta Miasta Łodzi, Zarząd Miejski w Łodzi 1915–1939, Wydział Zdrowia, Oddział Szpitalnictwa (Lecznictwa), sygn. 19125, Prosektorium Miejskie. Protokoły sekcyjne.

¹⁹² Wojewódzka Biblioteka Publiczna w Łodzi (Biblioteka Cyfrowa), *Litzmannstadt erhielt*, p. 3

- Archiwum Państwowe w Łodzi, Akta Miasta Łodzi, Zarząd Miejski w Łodzi (Stadtverwaltung Litzmannstadt) 1939–1945, Zarząd Ogólny (Allgemeine Verwaltung), Wydział Personalny (Personalamt), sygn. 55758, Wegener Friedrich [akta personalne].
- Archiwum Państwowe w Łodzi, Akta Miasta Łodzi, Zarząd Miejski w Łodzi (Stadtverwaltung Litzmannstadt) 1939–1945, Zarząd Zdrowia i Wychowania Fizycznego (Verwaltung des Gesundheitswesens und der Volks- und Judendertüchtigung), Wydział Zdrowia (Gesundheitsamt), sygn. 31835, Sprawozdania ogólne z działalności Wydziału, oddziałów i instytucji podległych.
- Archiwum Państwowe w Łodzi, Akta Miasta Łodzi, Zarząd Miejski w Łodzi 1915–1939, Zarząd Podatków i Finansów (Finanz- und Steuerverwaltung), Wydział Nieruchomości (Liegenschaftsamt), sygn. 32460, Przejście przez Zarząd Miejski nieruchomości położonej przy ul. Zagajnikowej 22 – Szpital Mościckiego.
- Archiwum Państwowe w Łodzi, Archiwum fotograficzne Wiesława Lisowskiego, sygn. 43, Zespół Klinik Okręgowego Związku Kas Chorych imienia Prezydenta Ignacego Mościckiego, Łódź ulica Zagajnikowa. Budowa, Archiwum Państwowe w Łodzi, Archiwum Włodzimierza Pfeiffera (księgarza i fotografa łódzkiego), Polski Monopol Spirytusowy, Łódź.
- Archiwum Państwowe w Łodzi, Archiwum Włodzimierza Pfeiffera (księgarza i fotografa łódzkiego), Prosektorium Miejskie przy ulicy Łąkowej, Łódź.
- Archiwum Państwowe w Łodzi, Urząd Dzielnicowy Łódź-Bałuty, sygn. 3577, Dokumentacja architektoniczno-budowlana Sędziowska 18 – Towarzystwo „Kropla Mleka”.
- Archiwum Państwowe w Łodzi, Zarząd Miejski w Łodzi (Stadtverwaltung Litzmannstadt) 1939–1945, Zarząd Budownictwa, Osiedli i Mieszkań (Verwaltung des Bau, Wohnungs und Siedlungswesen), Wydział Budownictwa Naziemnego (Hochbauamt), sygn. 32264, Rozbudowa prosektorium w szpitalu przy ul. Kopcińskiego nr 22.
- Archiwum Państwowe w Łodzi, Zbiór kartograficzny Archiwum Państwowego w Łodzi, sygn. 596, Die Ortsgruppen der NSDAP [Nationalsozialistische Deutsche Arbeiterpartei] im Kreise Litzmannstadt. Oznaczone granice Getta Łódzkiego.
- Barełkowska K., *Technologia jako pojęcie architektoniczne (technology – the notion of architecture)*, [in:] *Przestrzeń idei i materii (The space of vision and matter)*, R. Barełkowski (ed.), Wydawnictwo Exempulum, Poznań 2014, p. 38-49.
- Di Matteo B., Tarabella V., Filardo G., Viganò A., Tomba P., Bragonzoni L., Marcacci M., *Art in science: the stage of the human body—the anatomical theatre of Bologna*, „Clinical Orthopaedics and Related Research” 2015, vol. 473, no 6, p. 1873–1878.
- Eldredge J., *How to plan an efficient autopsy room*, „Modern hospital” 1960, nr 94, p. 136–140.
- Foucault M., *Trzeba bronić społeczeństwa. Wykłady w Collège de France, 1976*, przeł. M. Kowalska, Wydawnictwo KR, Warszawa 1998.
- Gawlak A., Springer P., *Sztuka projektowania przestrzeni schyłku życia*, „Przestrzeń Urbanistyka Architektura” 2018, no 2, p. 107–118.
- Grządziel K., *Medycyna sądowa*, [in:] *Polskie szkoły medyczne: mistrzowie i uczniowie: wybrane zagadnienia*, A. Śródka (ed.), Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2017, p. 161–170.
- Grzywo-Dąbrowski V., *L’Institut de Médecine Légale de Varsovie, Warsaw, Poland*, [in:] *Methods and problems of medical education (ninth series)*, Division of Medical Education, The Rockefeller Foundation, New York 1928, p. 133–139.
- Haberda A., *Das Institut für gerichtliche Medizin an der Universität in Wien*, [in:] *Methods and problems of medical education (ninth series)*, Division of Medical Education, The Rockefeller Foundation, New York 1928, p. 9–21.
- Hertz M., *Łódź w czasie wielkiej wojny*. Tom I, Polskie Towarzystwo Historyczne Oddział w Łodzi, Łódź 1933.
- Katedra i Zakład Anatomii Patologicznej [in:] *XXV lat Akademii Medycznej w Łodzi*. Annales Academiae Medicae Lodzensis, J. Fijałek, J. Goldstein, J. Indulski, S. Pytlaś. (ed.), vol. 13, suppl. 6. Akademia Medyczna w Łodzi, Łódź 1970, p. 17–31.
- Katedra i Zakład Medycyny Sądowej [in:] *XXV lat Akademii Medycznej w Łodzi*. Annales Academiae Medicae Lodzensis, J. Fijałek, J. Goldstein, J. Indulski, S. Pytlaś. (ed.), vol. 13, suppl. 6. Akademia Medyczna w Łodzi, Łódź 1970, p. 137–144.
- Lewiński W., *Zakłady Medycyny Sądowej w Austrii, w Budapeszcie i w Pradze. (Wrażenia z wycieczki, odbytej latem 1937)*, „Czasopismo Sądowo-Lekarskie” 1937, nr 10 (3), p. 239–240.
- Mitchell A., *The Paris morgue as a social institution in the nineteenth century*, „Francia” 1976, no 4, p. 581–596.
- Naville F., Rosselet E., *Institute of Legal Medicine at Geneva, Switzerland*, [in:] *Methods and problems of medical education (ninth series)*, Division of Medical Education, The Rockefeller Foundation, New York 1928, p. 233–241.
- No authors listed, *The Mortuary Unit: The Public Part of the Mortuary.-III, The Hospital*, 1913 no 53 (1391), p. 599–600.
- No authors listed, *The Mortuary Unit: Institutional Interests-II*, „The Hospital” 1913, no 53 (1384), p. 405–407.

- Ostrowski M., *Kreacja z niczego. Propaganda faszystowska w Litzmannstadt*, [in:] *Tropami retoryki, stylistyki i dziennikarstwa. Tom dedykowany Profesor Barbarze Bogolebskiej*, J. Puzynina, A. Miller-Klejsa, A. Filipczak-Białkowska (ed.), Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2019, p. 99–115.
- Pielka M., *Radykalizacja nastrojów antysemickich w latach trzydziestych w Drugiej Rzeczypospolitej*, „Słupskie Studia Historyczne” 2015, no 21, p. 123–149.
- Smith E., *Pioneers of refrigeration*, „Nature” 1943, no 151, p. 412–413.
- Strassmann F., *Das Institut für gerichtliche Medizin an der Universität Berlin*, [in:] *Methods and problems of medical education (ninth series)*, Division of Medical Education, The Rockefeller Foundation, New York 1928, p. 55–62.
- Uniwersytet Łódzki. Skład osobowy i spis wykładów na rok akademicki 1946–1947, Wydawnictwo „Książka”, Łódź 1947.
- Urbaniaś M., *Urbanistyka i architektura okresu III Rzeszy w Polsce*, ed. Karolina Jara, Aleksandra Paradowska, Wydawnictwo Nauka i Innowacje, Poznań 2019, ss.225, ill., „Śląski Kwartalnik Historyczny Sobótka” 2021, no 76 (2), p. 215–233.
- Ustawa z dnia 17 marca 1921 roku Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej, Dz.U. 1921 Nr 44, poz. 267.
- Ustawa z dnia 27 lipca 2002 r. o utworzeniu Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, Dz.U. 2002 Nr 141, poz. 1184.
- Włodarczyk K., *Prof. dr hab. Wiktor Grzywo-Dąbrowski (1885–1968)*, „Forum Bibliotek Medycznych” 2011, R. 4, no 2, p. 468–475.
- Wojewódzka Biblioteka Publiczna w Łodzi (Biblioteka Cyfrowa), *Instytut Patologiczny w Łodzi ułatwia pracę praktyków*, Głos Robotniczy: pismo Polskiej Partii Robotniczej, 1947–02–11 R. 3, no 42, p. 5.
- Wojewódzka Biblioteka Publiczna w Łodzi (Biblioteka Cyfrowa), *Litzmannstadt erhielt ein modernes Pathologisches Institut*, Litzmannstädter Zeitung mit dem amtlichen Bekanntmachungen für Stadt und Kreis Litzmannstadt, 1944–05–16 Jg. 27 no 137, p. 3.
- Wróbel J., Turski M., *Polityka niemiecka w mieście*, [in:] *Łódź historia miasta poprzez wieki 1914–1945*, P. Waingartner (ed.), Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2024, p. 447–468.

Nota o autorach

dr inż. arch. Adriana Cieślak-Arkuszewska – architekt i urbanista, adiunkt w Instytucie Architektury i Urbanistyki Politechniki Łódzkiej. Posiada pełne uprawnienia projektowe. Członek Polskiego Komitetu Narodowego Międzynarodowej Rady Ochrony Zabytków ICOMOS, członek Stowarzyszenia Architektów Rzeczypospolitej Polskiej oraz Towarzystwa Urbanistów Polskich. Łączy działalność naukową z praktyką projektową, specjalizując się w rewitalizacji małych miast, ochronie dziedzictwa kulturowego oraz aspektach prawnych planowania przestrzennego.

Architect and urban planner, assistant professor at the Institute of Architecture and Urban Planning of the Technical University of Łódź. Holds full design qualifications. Member of the Polish National Committee of the International Council for Monuments Preservation ICOMOS (PKN ICOMOS), member of the Architects Association of the Republic of Poland (SARP) and the Society of Polish Town Planners (TUP). She combines scientific activity with design practice, specialising in revitalisation of towns, protection of cultural heritage and legal aspects of spatial planning.

Kontakt: adriana.cieslak@p.lodz.pl

dr n. med. Piotr Arkuszewski – specjalista medycyny sądowej. Adiunkt w Zakładzie Biomedycyny i Chirurgii Doświadczalnej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi. Członek Polskiego Towarzystwa Medycyny Sądowej i Kryminologii (PTMSiK). Członek Okręgowej Izby Lekarskiej w Łodzi.

Autor i współautor licznych publikacji naukowych, szczególnie z zakresu traumatologii sądowo-lekarskiej, opiniowania sądowo-lekarskiego oraz historii łódzkiej medycyny sądowej.

Specialist in forensic medicine. Assistant Professor at the Department of Biomedicine and Experimental Surgery, Medical University of Lodz. Member of the Polish Society of Forensic Medicine and Criminology (PTMSiK). Member of the District Medical Chamber in Lodz.

Author and co-author of numerous scientific publications, especially in the field of forensic traumatology, forensic medical opinion and history of forensic medicine in Łódź.

Kontakt: piotr.tomasz.arkuszewski@umed.lodz.pl

REWITALIZACJA TERENÓW ZIELENI PRZY SZPITALACH ZDROWIA PSYCHICZNEGO NA PRZYKŁADZIE OŚRODKA W ŚWIECIU

REVITALIZATION OF GREEN SPACES AT MENTAL HEALTH HOSPITALS AT THE EXAMPLE OF THE HOSPITAL IN ŚWIECIE

Streszczenie

Ogrody przy szpitalach i obiektach zdrowia psychicznego mają długą tradycję sięgającą czasów starożytnych. Kolejne epoki rozwijały sztukę tworzenia ogrodów nadając im charakter rozległych parków i doceniając ich wizualną, estetyczną i terapeutyczną rolę. Dzięki prowadzonym badaniom nad rolą zieleni i jej właściwościami leczniczym stworzono podstawy programów funkcjonowania ogrodów terapeutycznych. Zespół Wojewódzkiego Szpitala Zdrowia Psychicznego im. J. Bednarza w Świeciu jest przykładem takiego rozwiązania parku krajobrazowego, w którym lecznicze oddziaływanie terenów zieleni jest istotnym elementem przywracania zdrowia psychicznego pacjentów. Założenia parkowe szpitala utworzone w połowie XIX w., od 2025 r. są poddawane analizie i ocenie przestrzennej, która wykazała, że tereny te utraciły założony cel i właściwą kompozycję. Posiadając historyczny układ urbanistyczny wymagają nowych rozwiązań i wkomponowania w otaczający krajobraz. Celem publikacji jest prezentacja rozwoju kompozycji ogrodów terapeutycznych przy szpitalach zdrowia psychicznego na przykładzie terenów zielonych przy obiektach szpitala w Świeciu, poddawanych rewitalizacji.

Słowa kluczowe: kompozycja urbanistyczna, ogrody terapeutyczne, rewitalizacja, szpitale zdrowia psychicznego

Abstract

Gardens at hospitals and mental health facilities have a long tradition dating back to ancient times. Successive eras have developed the art of creating gardens, giving them the character of extensive parks and appreciating their visual, aesthetic, and therapeutic role. Research into the role of greenery and its healing properties has provided the foundation for therapeutic garden programs. The J. Bednarz Provincial Mental Health Hospital in Świecie is an example of such a landscape park, where the healing effects of green spaces are a crucial element in restoring patients' mental health. The hospital's park complex, created in the mid-19th century, has been undergoing spatial analysis and assessment since 2025, which has revealed that these areas have lost their intended purpose and proper composition. With their historic urban layout, they require new solutions and integration into the surrounding landscape. The aim of this article is to present the development of therapeutic gardens at mental health hospitals, using the example of the green areas at the hospital facilities in Świecie, which are undergoing revitalization.

Keywords: urban composition, therapeutic gardens, revitalization, mental health hospitals

1. WSTĘP

Tereny zieleni tworzą warunki do harmonijnego życia w zgodzie z przyrodą, realizacji kontaktów społecznych w bezpiecznym i pięknym otoczeniu. Obcowanie z zielenią w estetycznych, podporządkowanych zasadom ładu wizualnego przestrzeniach, wpływa także na stan zdrowia ludzi. Jedną z form zieleni miejskiej są ogrody terapeutyczne. Obszarom tym nadano specjalistyczną funkcję. Pełnią rolę prozdrowotną, społeczną i edukacyjną. Tworzone są głównie przy placówkach medycznych, obiektach edukacyjnych, domach pomocy społecznej. Przeznaczone są do wykorzystania jako element programu terapeutycznego lub rehabilitacyjnego. Uznać je można za lecznicze, jeżeli zaprojektowano je tak, aby zaspokajały potrzeby konkretnego użytkownika lub grupy. Zajęcia w tego typu przestrzeniach prowadzi terapeuta ogrodniczy, który angażuje uczestnika w prace ogrodnicze¹⁹³. Zgodnie z definicją terapii ogrodniczej, składają się na nią cztery elementy: pacjent musi posiadać postawioną diagnozę, zajęcia

¹⁹³ <https://www.ahta.org> (dostęp: 01.09.2025).

prowadzi wykwalifikowany pracownik według określonej procedury terapeutycznej wykorzystując zajęcia ogrodnicze i wyznaczony cel terapii¹⁹⁴.

Funkcja terapeutyczna obszarów zieleni skierowana jest zarówno do osób zdrowych, jak i chorych. Kompozycja wnętrz ogrodowych powinna być dostosowana do prowadzonej działalności leczniczej, której formami mogą być m.in.: hortiterapia, terapie z udziałem zwierząt, ekoterapia, terapia leśna, w otoczeniu dzikiej natury i inne. Zagospodarowanie uzależnione jest również od możliwości użytkowników, w tym ich stanu zdrowia fizycznego, psychicznego i stanu emocjonalnego. W specjalistycznych terenach zielonych mogą być leczeni pacjenci cierpiący na m.in.: demencję, stres pourazowy, wyczerpanie zawodowe, choroby nowotworowe, osoby niedowidzące i niewidome. Można tam też prowadzić rehabilitację ruchową¹⁹⁵.

Studia literatury przedmiotu wykazały, że dotychczasowe badania naukowe dotyczące ogrodów leczniczych w województwie kujawsko-pomorskim nie były publikowane. Wyniki analiz powyższych zagadnień stanowiły jedynie uzupełnienie innych tematów badawczych¹⁹⁶. Brak szerokiego spektrum badań w tym zakresie stał się impulsem do przeprowadzenia studiów nad stosowanymi i planowanymi rozwiązaniami kompozycji obszarów terapeutycznych. W publikacji przeanalizowano kompozycję ogrodów terapeutycznych przy szpitalach zdrowia psychicznego na przykładzie terenów zielonych przy obiektach Wojewódzkiego Szpitala Zdrowia Psychicznego w Świeciu im. dr. J. Bednara.

Uwzględniając istniejący stan wiedzy, przyjęto metody badań odpowiednie dla urbanistycznych studiów przestrzennych. Wykonano analizy widokowe, funkcjonalne, kompozycyjne, historyczne, inwentaryzacyjne roślinności oraz sformułowano wnioski do dalszych badań. W opracowaniu prezentowane są wyniki waloryzacji przestrzeni ogrodów przyszpitalnych, przeprowadzonej metodą obserwacji zastosowaną do oceny stanu istniejącego, historyczno-interpretacyjną, w tym kwerendę publikacji i źródeł internetowych, wywiadu, w celu uzyskania informacji o oczekiwanych rozwiązaniach projektowych oraz eksperymentu intelektualnego do formułowania wniosków. Celem badań terenowych było rozpoznanie obszaru, analiza oryginalnego układu przestrzennego i stanu zieleni istniejącej oraz ocena walorów estetycznych miejsca. Dokonano opisu obszarów, ich kompozycji, w tym zabudowy i roślinności wraz z detalami architektoniczno-urbanistycznymi. Wartość terenów zieleni określono w kategoriach: układ architektoniczno-urbanistyczny, powiązania z otaczającą strukturą szpitala, stan roślinności, zmiany funkcjonalne. Studenci kierunku architektura wykonali siedemnaście projektów koncepcyjnych zagospodarowania obszarów zielonych przyległych do szpitala zdrowia psychicznego w Świeciu, pod kierunkiem autorki. Dwa z proponowanych rozwiązań wdrożono do realizacji w wybranych fragmentach otoczenia budynków szpitala latem w roku 2025.

2. RYS HISTORYCZNY

Ogrody terapeutyczne wywodzą się z terenów, w których podejmowano uprawy roślin leczniczych. W starożytnej Mezopotamii, Egipcie, Chinach i Indiach zbierano informacje o działaniu zdrowotnym wielu gatunków. Na podstawie takich roślin, jak m.in.: rumianek, szafran, mięta, kolendra czy mak opracowywano skład leków i pachnidel, opisując ich wpływ na ludzki organizm. Pierwotną formę szpitali w antycznej Grecji wpisywano w otoczeniu świętych gajów i świątyń. W starożytnym Rzymie tworzone waletudinarium przy obozowiskach wojsk i w otoczeniu twierdz. Obiekty służące ochronie zdrowia powstawały również w Azji, gdzie oprócz sal dla chorych funkcjonowały apteki, biblioteki, sale

¹⁹⁴ P.D. Relf, S. Dorn, *Horticulture: meeting the needs of special populations*, "HortTechnology" 1995, no 5, p. 93–105.

¹⁹⁵ M. Trojanowska, *Ogrody terapeutyczne w placówkach służby zdrowia*, „Zeszyty Naukowe Politechniki Gdańskiej, Inżynieria Lądowa i Wodna”, nr II, z. 630, Politechnika Gdańska, Gdańsk 2013, s. 96.

¹⁹⁶ D. Bręczewska-Kulesza, *Architektura w służbie medycyny Ewolucja układów architektoniczno-urbanistycznych szpitali dla psychicznie chorych na przykładzie pruskich prowincjalnych zakładów leczniczo-opiekuńczych z XIX i początku XX stulecia*, Wydawnictwa Uczelniane Uniwersytetu Technologiczno-Przyrodniczego w Bydgoszczy, Bydgoszcz 2020; *Wojewódzki Szpital Zdrowia Psychicznego w Świeciu. 170 lat historii (1855–2025)*, R. Kujawski (red.), Wydawca Wojewódzki Szpital Zdrowia Psychicznego im. dr. Józefa Bednara w Świeciu, Świecie 2025.

wykładowe. Jak podają źródła, od starożytności badano także terapeutyczny wpływ kolorów na pacjentów, dobierając barwy do rodzaju choroby¹⁹⁷.

W średniowieczu wyprawy krzyżowców przyczyniły się zakładania szpitali na terenie Europy. Od XII w. placówki te zakładano w Londynie, Paryżu, Florencji i innych miastach. Szczególną rolę otrzymał wirydarz, czyli zamknięty ogród zlokalizowany przy klasztorach i zamkach, w którym hodowano rośliny lecznicze, zioła. Obszary te pełniły także funkcję medytacyjną i kontemplacyjną wykorzystywaną w medycynie.

W kolejnych wiekach, dzięki rozwojowi sztuki ogrodowej, tworzone kolekcję roślin leczniczych w ogrodach botanicznych. Do najstarszych tego typu ogrodów zalicza się Ogród Botaniczny Uniwersytetu w Pizie z 1543 r., kompleks w Padwie utworzony w roku 1545, a także w Montpellier z 1593 r. i Oksfordzie z 1612 r.

Przestrzenie otwarte przy szpitalach, pierwotnie prowadzonych głównie przez zakonników, od XVIII w. zaczęły przejmować władze świeckie. Terapię zajęciową prowadzoną w ogrodach do leczenia depresji po raz pierwszy zastosowano we Francji. Lekarz Philippe Pinel zlecał swoim pacjentom prowadzenie prac pielęgnacyjnych w terenach zielonych. Powstawały traktaty ogrodnicze dotyczące zasad kompozycji dla obszarów leczniczych m.in. Johna Howarda i Christiana Cay Lorenza Hirschfelda¹⁹⁸, który zwracał uwagę na doznania sensoryczne. W tym czasie rolę leczniczą zaczynały pełnić powstające uzdrowiska, wykorzystujące właściwości klimatyczne, przyrodnicze, zasoby naturalne, położenie geograficzne, a także ukształtowanie krajobrazu i jego walory estetyczne dla rehabilitacji pacjentów.

Począwszy od XIX w. ogrody terapeutyczne tworzone przy szpitalach często zwiększały swoją powierzchnię oraz nadawaną im funkcję konieczną do prowadzenie dwóch rodzajów terapii: aktywnej (hortiterapii) i biernej.

Po zakończeniu II wojny światowej wiele obszarów ogrodów terapeutycznych ograniczono, tworząc w ich miejscu przestrzenie parkingowe i zabudowę szpitalną. W terenach zielonych prowadzono terapię dla weteranów wojennych. W latach 60. XX w. opracowano koncepcję ogrodu sensorycznego, autorstwa Hugo Kukelhausa, skierowaną na potrzeby ludzi niedowidzących¹⁹⁹.

Przełomowe dla koncepcji profesjonalnych ogrodów terapeutycznych okazały się wyniki badań architekta krajobrazu, Rogera Ulricha. Jako autorytet w tej dziedzinie przyjął tezę, że większość krajobrazów naturalnych wywołuje pozytywne stany emocjonalne oraz pomaga złagodzić stres. Badania te obecnie są już powszechnie wdrażane przez projektantów i menedżerów ośrodków opieki medycznej²⁰⁰. Na podstawie analiz Ulrich udowodnił tzw. „teorię redukcji stresu”, która dowodzi, że pięć do siedmiu minut kontaktu z naturą lub patrzenia na naturalny krajobraz może: zmniejszyć fizjologiczne wskaźniki stresu, poprawić nastrój i wspomóc rekonwalescencję.

R. Ulrich w swoich publikacjach przedstawił „teorię ogrodów wspierających”²⁰¹, które omawiały aspekty: architektoniczne, projektowania wnętrza placówek służby zdrowia oraz kompozycję wraz z funkcją otaczających je ogrodów. Wskazywał, że zdolność zieleni do wywierania uzdrawiającego wpływu wynika w dużej mierze z ich skuteczności w ułatwianiu powrotu do zdrowia. Badacz dowiódł, że ogrody są ważnymi zasobami łagodzącymi stres pacjentów, a także pozytywnie wpływają na poprawę wyników klinicznych. Tereny zieleni powinny jednakże spełniać kilka wytycznych: stwarzać możliwości ruchu i ćwiczeń fizycznych, zapewniać prywatność, dawać poczucie kontroli i bezpieczeństwa. Kolejne założenia obejmowały zasady kompozycji otoczenia, która: zachęca do spotkań oraz uła-

¹⁹⁷ Za: K. Pudelska, A. Dudkiewicz, W. Durlak, A. Parzmies, *Ranga dawnych i współczesnych ogrodów terapeutycznych*, „Acta Scientiarum Polonorum, Formatio Circumiectus” 2016, nr 15 (1), s. 127–128.

¹⁹⁸ J. Howard „Hospitals in Marsalis, Pisa, Istanbul, Trist, Vienna and Florence with the chance for wandering in the gardens”, 1726; Ch.C.L. Hirschfeld, „Theorie der Gartenkunst”, 1775.

¹⁹⁹ A. Luescher, *Experience Field for the Development of the Senses: Hugo Kukelhaus' Phenomenology of Consciousness*, „International Journal of Art & Design Education” 2006, vol. 25, no 1, s. 67–73.

²⁰⁰ R.S. Ulrich, 1984, *View through a window may influence recovery from surgery*, „Science” 1984, 27 Apr. no 224 (4647), p. 420–421, DOI: 10.1126/science.6143402. PMID: 6143402.

²⁰¹ Idem, *Influences of passive experiences with plants on individual well-being and health*, [w:] *The role of horticulture in human well-being and social development*, Chapter 15, s. 93–105, Wydawnictwo Timber Press, Portland 1992.

twia dostęp do natury. Roger Ulrich wykazał także korzyści dla służby zdrowia: możliwość pomiaru wskaźników klinicznych i relacji pomiędzy pacjentem i personelem oraz wyniki ekonomiczne.

Znaczenie ogrodów w wielu państwach na świecie w kolejnych latach wzrastało. W 1973 r. w Stanach Zjednoczonych powołano Amerykańskie Towarzystwo Terapii Ogrodniczej, którego misją jest promowanie hortiterapii. Stowarzyszenie od roku 1995 publikuje wytyczne oraz programy tworzenia przestrzeni leczniczych i zasad przeprowadzenia w nich zajęć. W Wielkiej Brytanii działa fundacja Sensor Trust, której podstawą działalności jest projektowanie ogrodów sensorycznych. Międzynarodowa organizacja Therapeutic Landscape Network gromadzi i udostępnia informacje o terenach leczniczych, projektantach i naukowcach zajmujących się tą tematyką. Działalność architektów krajobrazu, naukowców oraz lekarzy i terapeutów przyczyniła się współcześnie do dynamicznego rozwoju tej dziedziny projektowania, czego efekty widać w postaci zrealizowanych założeń w wielu krajach²⁰².

3. TERENY ZIELONE WOKÓŁ WOJEWÓDZKIEGO SZPITALA ZDROWIA PSYCHICZNEGO IM. DR. J. BEDNARZA W ŚWIECIU

Zakład leczenia zdrowia psychicznego powstał w Świeciu w roku 1855. Lokalizację zespołu obiektów wybrano ze względu na położenie terenu na wyniesieniu brzegu rzeki Wdy, wysokie walory krajobrazowe, otoczenie zielenią, oddalenie od stacji kolejowej i dogodną komunikację z miastem. Kompleks szpitalny zaprojektował Eduard Römer. Założono go na planie wydłużonego prostokąta. Pierwotnie składał się z siedmiu obiektów o układzie korytarzowym z pokojami od zewnątrz i korytarzami wewnątrz kompleksu, co zapewniało widok z sal chorych na otaczającą obiekty zieleni.

Główny wjazd podkreślono reprezentacyjnym, symetrycznym założeniem zieleni ozdobnej. Zgodnie z XIX-wiecznymi zaleceniami medycznymi, każdy budynek posiadał ogród, który był otoczony murem ze względów bezpieczeństwa. Wewnątrz tych przestrzeni mogli przebywać pacjenci niespokojni, a spokojni poza nimi. W terenie zajęтым przez przestrzenie dla mężczyzn znajdowała się kręgielnia oraz plac do ćwiczeń fizycznych. Kompozycja wnętrza ogrodowych była symetryczna, osiowa, częściowo geometryczna i swobodna. Kwartale od strony wewnętrznej, centralnego dziedzińca podzielono na cztery fragmenty, które wypełniały trawniki, rabaty kwiatowe i ozdobne krzewy. Od strony wschodniej i zachodniej wprowadzono dwie odmienne stylistyki projektowe – krajobrazową i regularną z punktem wspólnym, którym były kolisty ozdobne gazony. Ścieżki piesze poprowadzono w układzie, który zapewniał czytelne połączenia z obiektami szpitala oraz wyznaczały trasy spacerowe dla chorych. Dominantę architektoniczną stanowił budynek dyrekcji zamykający zespół od strony południowej. Fronton obiektu nakierowany był na otwarty półkolisty plac z fontanną oraz zdobiące go rabaty bylinowe. Do szpitala od południa i wschodu przylegał park krajobrazowy, w którym na początku XX stulecia umieszczono kolejne pawilony. W trakcie przebudowy szpitala kompozycje ogrodowe uproszczono wprowadzając rozległe trawniki oraz dodano do zespołu gospodarstwo rolne (ryc. 1), o powierzchni 300 mórg magdeburskich, w którym pracowali pacjenci. Rozwiązanie to pozwoliło na uzyskanie samowystarczalności finansowej szpitala²⁰³.

²⁰² Przykłady realizacji ogrodów terapeutycznych w Polsce: warsztat terapii zajęciowej przy ośrodku Caritas we Wrocławiu, ogród przy Szpitalu im. św. Ludwika w Krakowie, ogród terapeutyczny „Ogród rodzinny Mazurówka”, ogród sensoryczny w Muszynie, Park Lema w Krakowie, park przy Stawie Młyńskim w Gdańsku, Ogród Botaniczny w Kielcach, ogród „Ostoja” we Wrocławiu; w Europie: we Francji – L’EHPAD Nauton Truquez w Peyerhorade dans les Landes, w Szwecji – Swedish University of Agricultural Sciences Alnarp Campus, w Ameryce Północnej: ogrody przy szpitalach Sideman Cancer Center w Cleveland, Mercy Medical Center w Baltimore; w Australii: Royal Talbot Rehabilitations Center w Kew.

²⁰³ Wojewódzki Szpital Zdrowia Psychicznego w Świeciu. 170 lat historii (1855–2025), R. Kujawski (red.), Wydawca Wojewódzki Szpital Zdrowia Psychicznego im. dr. Józefa Bednara w Świeciu, Świecie 2025, s. 39.



Ryc. 1. Zagospodarowanie terenu otaczającego zespół budynków szpitala w Świeciu, stan na wiosnę 2025 r., przed przystąpieniem do zmian kompozycyjnych i funkcjonalnych terenu
Źródło: zdjęcia autorki.

Zespół zabudowy w okresie jego 170-letniej działalności wielokrotnie przebudowywano, zmieniając również założenia ogrodowe. Współcześnie główny kompleks otoczony jest zielenią wysoką, która dominuje wzdłuż głównych ciągów komunikacji kołowej. Wśród najważniejszych gatunków drzew liściastych wyróżniają się: lipa drobnolistna, brzoza brodawkowata, kasztanowiec pospolity, klon zwyczajny, głóg dwuszykowy. Punktowo we wnętrzach dziedzińców znajdują się krzewy ozdobne, a wśród nich forsycja pośrednia, jaśminowiec wonny, ligustr pospolity, cis pospolity, lilak pospolity oraz ozdobne hortensje i azalie. Wzdłuż dróg pieszych nasadzono wiele odmian róż o barwnej kolorystyce. Największą powierzchnię zajmują trawniki znajdujące się wokół obiektów. Stan sanitarny roślin jest dobry, prowadzone są regularne prace pielęgnacyjne. Z elementów małej architektury w przestrzeni obszarów otwartych znajdują się ławki, szczególnie w części parkowej, oświetlenie na masztach, kosze na śmieci, domki dla owadów, altany, tablice informacyjne, fontanna oraz pomnik z okazji 100-lecia szpitala z 1955 r. We wschodniej części obszaru wydzielono przestrzeń dla nieformalnego boiska do siatkówki oraz miejsce na cyklicznie odbywające się ogniska, wokół których położono pocięte bale pni pełniących rolę siedzisk. Kompozycja całości, mimo starannego utrzymania, częściowo nowych nasadzeń, szczególnie od strony północnej i południowej kompleksu, nie spełnia zasadniczej, przypisanej im pierwotnie roli i funkcji ogrodów terapeutycznych, jak i nie posiada cech reprezentacyjnych, ozdobnych i wypoczynkowych.

4. ZAŁOŻENIA PROJEKTOWE KOMPOZYCJI TERENÓW ZIELENI

Na prośbę dyrekcji szpitala, w latach 2024-2025 pracownicy Katedry Architektury Politechniki Bydgoskiej przeprowadzili analizy architektoniczne, konserwatorskie i kompozycji terenów zieleni. Efektem tych prac były studenckie projekty koncepcyjne, przygotowane pod kierunkiem prowadzących je naukowców. Przystępując do opracowania programu funkcjonalnego działania projektowe rozpoczęto od zajęć terenowych, których zadaniem było:

- waloryzacja stanu istniejącego zagospodarowania i ocena zachowania oryginalnej kompozycji przestrzennej,
- wstępna inwentaryzacja zieleni, z określeniem stanu fitosanitarnego roślin,
- dokumentacja fotograficzna,
- pomiary terenowe,
- inwentaryzacja małej architektury,
- wywiady z pracownikami szpitala w celu ustaleniu przyszłego programu ogrodów.

Pytania skierowano do trzech grup pracowników: osób zarządzających kompleksem, terapeutów osób dorosłych i terapeutów dzieci. Kadra kierownicza przedstawiła swoje najważniejsze założenia: przyszłe ogrody powinny stanowić przestrzeń wielofunkcyjną dla wypoczynku i terapii biernej (spacerów, oglądania przyrody i jej kontemplacji) i aktywnej (hortiterapii, fizjoterapii i innych). Nowa koncepcja ogrodów powinna stanowić teren otwarty dla pacjentów oraz mieszkańców Świecia. Opiekunowie kuracjuszy dorosłych postulowali utworzenie stref dla zajęć terapeutycznych, w tym m.in. hortiterapii, ogrodu sensorycznego i strefy sportu. Założenie powinno posiadać zielone ściany utworzone z roślinności, aby zapewnić poczucie bezpieczeństwa i prywatność, ukrywając tym samym wydzielający je płot. W terenie należy uwzględnić funkcje: aktywnych zajęć sportowych, terapeutyczną i wypoczynkową oraz opracować elementy małej architektury dostosowanej dla dzieci. W trakcie wywiadu ustalono, że z jednym opiekunem przebywa na zewnątrz maksymalnie 15 osób, co pozwoliło na przyjęcie wytycznych powierzchniowych, funkcjonalnych i kompozycyjnych.

Koncepcje projektowe uwzględniały również wytyczne Amerykańskiego Towarzystwa Terapii Ogrodniczej do organizacji ogrodów terapeutycznych:

- utworzenie przestrzeni ogólnodostępnej, wielofunkcyjnej, uniwersalnej, zachęcającej swoją kompozycją do wizyt, dostosowanej do różnych grup wiekowych i schorzeń,
- budowa ogrodu pozbawionego barier, możliwego do zmiany funkcjonalnej, pobudzającego zmysły,
- stosowanie gatunków roślin, które dostarczają wrażeń sensorycznych,
- wytyczenie wyraźnych granic terenowych dla poszczególnych wnętrz tematycznych,
- aranżacja obszarów bezpiecznych pod względem układu, aranżacji roślin, stosowanych gatunków roślin, elementów małej architektury, materiałów oraz używanych substancji pielęgnacyjnych,
- zastosowanie spójnej, czytelnej, łatwej do zapamiętania kompozycji o nadanej, spójnej z otoczeniem, tożsamości miejsca²⁰⁴.

5. KONCEPCJE PROJEKTOWE OGRODÓW TERAPEUTYCZNYCH

Po wykonanych pomiarach, analizach miejsca, opracowano koncepcje projektów wyróżniające się przemyślanym programem terenów zielonych, dostosowanym do zakresu działalności szpitala. Zaproponowane rozwiązania przedstawiono jako układy zachowujące kompozycję geometryczną lub krajobrazową. Zastosowano rośliny polecane m.in. w instrukcjach wdrożeniowych do aranżacji wnętrz terapeutycznych²⁰⁵. Z siedemnastu prac, przykłady dwóch koncepcji najpełniej prezentują podjęte działania.

Studentki Nicole Trojanowska oraz Natalia Nowak opracowały kompozycję geometryczną z czytelnym podziałem na strefy ogrodowe. Autorki zaproponowały wielofunkcyjny ogród terapeutyczny na terenie szpitala psychiatrycznego w Świeciu, uwzględniając potrzeby pacjentów oraz personelu placówki. Obszar zaprojektowano tak, by tworzył przestrzeń wspierającą różnorodne formy terapii w krajobrazie – od hortiterapii, przez arteterapię i muzykoterapię, aż do terapii sensorycznej. Uwzględniono strefy aktywności fizycznej i relaksu. Rośliny komponowano piętrowo dobierając gatunki do funkcji terapeutycznych. Ogród składa się z sześciu części, w tym: reprezentacyjnej, owocowo-warzywnej, sportowo-rekreacyjnej, terapii słuchowej, terapii dotykowej, alei zapachowych.

²⁰⁴ https://irp.cdn-website.com/c876b665/files/uploaded/therapeuticgardencharacteristics_ahtareprintpermission.pdf (dostęp: 01.09.2025).

²⁰⁵ B. Szewczyk-Taranek, *Instrukcje wdrożeniowe ogrodów terapeutycznych*, Centrum Doradztwa Rolniczego w Brwinowie oddział w Krakowie, Kraków 2021, s. 59–60.

Strefa reprezentacyjna (strona północna, wjazdowa) to przestrzeń wejściowa, w której zlokalizowano wnętrza do muzykoterapii z fontanną, której szum wody wspomaga wyciszenie i koncentrację. Obok ulokowano część do arteterapii – z otwartą altaną otoczoną kwiatami, które można zasuszyć i tworzyć bukiety. Mieszczą się tu także sztalugi do malowania w plenerze. W tym fragmencie znajdują się również dwa niewielkie parkingi dla samochodów elektrycznych oraz osób niepełnosprawnych.

Strona zachodnia to fragment owocowo-warzywny, obszar przeznaczony do hortiterapii oraz terapii sensorycznej ukierunkowanej na zmysł smaku. Znajdują się tu wyniesione rabaty z warzywami, krzewy owocowe, szklarnia umożliwiająca uprawę roślin przez cały rok oraz kuchnia letnia w formie altany, która umożliwia organizację warsztatów kulinarnych.

Strefa sportowo-rekreacyjna (strona wschodnia) wspiera aktywność fizyczną i integrację społeczną. Znajduje się tu boisko do siatkówki, siłownia zewnętrzna, ogródkowe kino plenerowe oraz wyniesione palenisko. Umieszczono tu również ogrodzony teren dla dzieci, z boiskiem do piłki nożnej, boiskiem do koszykówki, miejscem do gry w szachy naziemne, podwyższonymi grządkami oraz strefą wypoczynku. W sąsiedztwie oddziału męskiego zaprojektowano miejsce do grillowania z zadaszoną pergolą.

We wnętrzu dla terapii słuchowej (południowy fragment założenia, w pobliżu bufetu) zaprojektowana została strefa do fizycznego i psychicznego wyciszenia i regeneracji. Oferuje ona strefę z fontanami i roślinami oddziałującymi na zmysł słuchu. Można tu także spożyć posiłek przy stolikach.

Centralny fragment przeznaczony dla terapii sensorycznej (centrum kompleksu). Zaproponowano rozwiązania do przeprowadzania terapii dotykowej. Znajdują się tu dwie ścieżki sensoryczne o zróżnicowanej nawierzchni oraz wyniesione donice z roślinami stymulującymi zmysły. Przestrzeń sprzyja eksploracji i świadomemu doświadczaniu bodźców zewnętrznych.

Zaprojektowano aleje zapachowe (prowadzące do strefy reprezentacyjnej), prowadzące do wejścia głównego i obsadzono je roślinami intensywnie pachnącymi, które aktywują zmysł węchu wprowadzając odwiedzających w przyjazną, kojącą atmosferę (ryc. 2).

Projekt ogrodu opracowano uwzględniając terapeutyczne właściwości roślin oraz potrzeby różnych grup pacjentów. Strefy czytelnie określają funkcje i wspierają proces leczenia poprzez kontakt z naturą, aktywność fizyczną i artystyczną, a także przez wspólne spędzanie czasu pacjentów. Obszar zieleni stanowi spójną, zrównoważoną i estetyczną przestrzeń integrującą elementy terapii w krajobrazie.

Druga koncepcja projektowa studentek Karoliny Deki i Juli Krajewskiej prezentuje kompozycję o organicznym układzie elementów, z przenikającymi się wnętrzami ogrodowymi o funkcji leczniczej, reprezentacyjnej i wypoczynkowej. Założenia funkcjonalne prawidłowo łączą rolę prozdrowotną i społeczną obszaru.

W przestrzeni ogrodu zaplanowano poszczególne części do realizacji zadań leczniczych, w tym ścieżkę sensoryczną oraz ścieżkę terapeutyczną, które prowadzą przez zróżnicowane ciągi ogrodowe, umożliwiając spokojne spacerowanie i kontakt z naturą. Ważną rolę estetyczną, podnoszącą walory wizualne szpitala, pełnią dwa ogrody reprezentacyjne. Pierwszy zaprojektowano przy bramie wjazdowej, drugi w osi głównej przed budynkiem administracyjnym. Rozwiązaniem kompozycyjnymi, w tym doбором roślin i ich kolorystyką oraz użytymi materiałami w układach komunikacyjnych, podkreślono wjazdy i wejścia, zaakcentowano dominanty architektoniczne i znaczeniowe. Obszarom wprowadzającym do założenia architektonicznego przywrócono właściwą rangę.

Dobór roślinności zaplanowano w projekcie tak, aby ogród był atrakcyjny przez cały rok i dostosowany do zajęć terapeutycznych, sportowych i rekreacyjnych. Zastosowano kolorystykę liści i kwiatów w barwach ciepłych i neutralnych. Selekcja gatunków roślin charakterystyczna jest dla ogrodów sensorycznych oddziałujących na wszystkie zmysły.

Elementy małej architektury, odpowiednie szerokości ścieżek, lokalizacja punktów oświetleniowych, podniesione rabaty, zapewniają dostępność dla osób z niepełnosprawnościami. Celem obszaru zaproponowanego w rozwiązaniu koncepcyjnym jest wsparcie procesu terapeutycznego, budowanie poczucia bezpieczeństwa oraz regeneracja psychiczna w harmonii z naturą (ryc. 3).



Ryc. 2. Koncepcja projektowa zagospodarowania ogrodów terapeutycznych wokół Wojewódzkiego Szpitala Zdrowia Psychicznego im. dr. J. Bednarza w Świeciu, autorki: Nicole Trojanowska, Natalia Nowak, pod kierunkiem dr Igi Grześkow

Źródło: koncepcja projektowa Nicole Trojanowska, Natalia Nowak.



Ryc. 3. Koncepcja projektowa zagospodarowania ogrodów terapeutycznych wokół Wojewódzkiego Szpitala Zdrowia Psychicznego im. dr. J. Bednarza w Świeciu, autorki: Karolina Deka, Julia Krajewska, pod kierunkiem dr Igi Grześkow
Źródło: koncepcja projektowa Karolina Deka, Julia Krajewska.

6. PODSUMOWANIE

Współczesne opracowania badawcze ogrodów terapeutycznych dowodzą pozytywnych wyników terapii ogrodolecznictwem u pacjentów zmagających się z wieloma problemami zdrowotnymi. Prowadzone w szpitalach psychiatrycznych analizy udowadniają, że zaburzenia o podłożu umysłowym i emocjonalnym mogą być efektywnie łagodzone w otoczeniu zieleni. Stanowią one dopełnienie innych klasycznych metod leczniczych, jak farmakologia czy psychoterapia. Organizacja przestrzeni zielonych wokół szpitali, domów opieki, hospicjów jest niezbędna do uzupełnienia tradycyjnych metod leczenia medycznego. Ogrody i tereny zieleni zapewniają wiele form spędzania czasu, są także przestrzeniami, które można kontemplować z okien sal chorych, gdy niemożliwe jest wyjście na zewnątrz. Zaprezentowane przykłady projektów koncepcyjnych oraz zrealizowane aranżacje terapeutyczne potwierdzają tezę, że specyfika tych przestrzeni wymaga starannego opracowania kompozycji urbanistycznej, która wyróżnia się czytelnością układu, ładem przestrzennym, zmiennością wnętrza oraz bogactwem starannie dobranych gatunków roślin. Tereny te to enklawy zieleni służące przywracaniu zdrowia ich użytkownikom.

Znaczenie ogrodów terapeutycznych ponownie jest dostrzegane jako ważny element współtworzący obiektom leczniczym. Jest to także jeden z dynamicznie rozwijających się działów nauk medycznych i architektury krajobrazu. Powstają nowe formy projektowe, takie jak *biophilic design* oraz rewitalizowane są założenia historyczne, ponieważ krajobraz, natura i roślinność zapewniają chorym pozytywne doświadczenia, niemożliwe do zrealizowania w innych warunkach.

Bibliografia

- Bręczewska-Kulesza D., *Architektura w służbie medycyny Ewolucja układów architektoniczno-urbanistycznych szpitali dla psychicznie chorych na przykładzie pruskich prowincjonalnych zakładów leczniczo-opiekuńczych z XIX i początku XX stulecia*, Wydawnictwa Uczelniane Uniwersytetu Technologiczno-Przyrodniczego Bydgoszczy, Bydgoszcz 2020.
- Hirschfeld Ch.C.L., *Theorie der Gartenkunst*, 1775.
- Howard J., *Hospitals in Marsalis, Pisa, Istanbul, Trist, Vienna and Florence with the chance for wandering in the gardens*, 1726.
- https://irp.cdn-website.com/c876b665/files/uploaded/therapeuticgardencharacteristics_ahtareprintpermission.pdf (dostęp: 01.09.2025).
- <https://www.ahta.org> (dostęp: 01.09.2025).
- Luescher A., *Experience Field for the Development of the Senses: Hugo Kukulhaus' Phenomenology of Consciousness*, "International Journal of Art & Design Education" 2006, vol. 25, no 1.
- Pudelska K., Dudkiewicz A., Durlak W., Parzmies A., *Ranga dawnych i współczesnych ogrodów terapeutycznych*, „Acta Scientiarum Polonorum, Formatio Circumiectus” 2016, nr 15 (1).
- Relf P.D., Dorn S., *Horticulture: meeting the needs of special populations*, "HortTechnology" 1995.
- Szewczyk-Taranek B., *Instrukcje wdrożeniowe ogrodów terapeutycznych. Centrum Doradztwa Rolniczego w Brwinowie oddział w Krakowie*, Kraków 2021.
- Trojanowska M., *Ogrody terapeutyczne w placówkach służby zdrowia. Zeszyty Naukowe Politechniki Gdańskiej, „Inżynieria Lądowa i Wodna”, nr II, z. 630, Politechnika Gdańska, Gdańsk 2013.*
- Ulrich R.S., *Influences of passive experiences with plants on individual well-being and health*, [in:] *The role of horticulture in human well-being and social development*, Chapter 15, s. 93-105, Wydawnictwo Timber Press, Portland 1992.
- Ulrich R.S., *View through a window may influence recovery from surgery*, "Science" 1984, Apr. 27, no 224 (4647), p. 420-421. DOI: 10.1126/science.6143402. PMID: 6143402.
- Wojewódzki Szpital Zdrowia Psychicznego w Świeciu. 170 lat historii (1855-2025)*, R. Kujawski (red.), Wydawca Wojewódzki Szpital Zdrowia Psychicznego im. dr. Józefa Bednara w Świeciu, Świecie 2025.

Nota o autorce

dr Iga Grzeszkow – adiunkt Politechniki Bydgoskiej im. Jana i Jędrzeja Śniadeckich. Naukowo zajmuje się projektowaniem urbanistycznym, architekturą krajobrazu, tożsamością miejsca, rewitalizacją przestrzeni publicznych w miastach. Ukończyła studia na Uniwersytecie Kazimierza Wielkiego w Bydgoszczy oraz studia doktoranckie na Wydziale Architektury Politechniki Warszawskiej.

Kontakt: iga.grzeszkow@pbs.edu.pl

**WIELOZMYŚLOWE ROZWIĄZANIA PROJEKTOWE WYNIKAJĄCE
Z POTRZEB PACJENTÓW MOŻLIWE DO ZASTOSOWANIA
W HISTORYCZNEJ ZABUDOWIE SZPITALA ZDROWIA
PSYCHICZNEGO IM. DR. JÓZEFA BEDNARZA
W ŚWIECIU NAD WISŁĄ**

**MULTI-SENSORY DESIGN SOLUTIONS RESULTING
FROM PATIENT NEEDS APPLICABLE IN THE HISTORICAL
BUILDINGS OF PhD JÓZEF BEDNARZ MENTAL
HEALTH HOSPITAL IN ŚWIECIE**

Streszczenie

Architektura ma wpływ na zdrowie psychiczne człowieka. Liczne badania w obszarze neuronauki dowodzą, że zmiany są widoczne w zachowaniu, subiektywnym odczuwaniu, ale również w procesach fizjologicznych zachodzących w organizmie ludzkim. Współczesne realizacje placówek medycznych rozwijają dobre praktyki zaczerpnięte z XIX i XX w., kiedy następował intensywny rozwój szpitali psychiatrycznych, oraz wdrażają nowe rozwiązania będące odpowiedzią na aktualne potrzeby przestrzenne współczesnej psychiatrii. Jednak modernizacja historycznych obiektów zgodnie ze współczesnymi potrzebami wymaga opracowania innego rodzaju rozwiązań w celu uzyskania podobnych korzyści dla użytkowników szpitala. Publikacja ma na celu analizę trudności zastosowania rozwiązań realizowanych w nowo budowanych placówkach na przykładzie jednego z oddziałów w Wojewódzkim Szpitalu Zdrowia Psychicznego im. dr. Józefa Bednarza w Świeciu i wskazanie możliwych działań zastępczych w tym zakresie. Wyniki badań potwierdzają, że wielozmysłowe rozwiązania w drobnych, czasami ograniczających się do obszaru architektury wnętrz działach, mogą przynieść korzyści dla przebywających tam pacjentów.

Słowa kluczowe: architektura i zdrowie psychiczne, wpływ neuronauki na projektowanie architektoniczne, wielozmysłowe działania architektoniczne

Abstract

Architecture has an impact on human mental health. Numerous studies in the field of neuroscience prove that changes are visible in behaviour, subjective perception, but also in physiological processes occurring in the human body. Contemporary medical facilities develop good practices drawn from the 19th and 20th centuries, when psychiatric hospitals underwent intensive development, and implement new solutions that respond to the current spatial needs of modern psychiatry. However, the modernisation of historic buildings in line with contemporary needs requires the development of different types of solutions to achieve similar benefits for hospital users. The article aims to analyse the difficulties of applying solutions implemented in newly built facilities on the example of one of the wards at the Dr Józef Bednarz Provincial Mental Health Hospital in Świecie and to indicate possible alternative measures in this area. The results of the research indicate that multisensory solutions, sometimes limited to the area of interior design, can bring benefits to patients staying there.

Keywords: architecture and mental health, the influence of neuroscience on architectural design, multisensory architectural activities

1. WSTĘP

Koniec XX w. i XXI w. to okres intensywnych badań nad zagadnieniem tzw. *healing architecture*²⁰⁶. Wyniki badań przyniosły przydatne i ważne wnioski. Dokonano typizacji i systematyzacji założeń szpitalnych oraz założeń, które wykorzystują projektanci nowoczesnych, wiodących ośrodków, o czym pisze Rafał Strojny²⁰⁷. W aktualnych publikacjach podkreśla się, że w dużej mierze uzyskane rezultaty oparte są na subiektywnych doznaniach użytkowników, zależą od reprezentatywnej grupy oraz miejsca. Tematem badań jest wpływ architektury na proces leczenia. Zauważalny jest brak jednolitych i możliwych do weryfikacji wyników; badania są często ogólne z podziałem na poszczególne zagadnienia wpływające na samopoczucie. Brakuje badań konkretnych, pojedynczych czynników architektonicznych wpływających na zdrowie. Peter Kaiser²⁰⁸ w 1984 r. zbadał niektóre sygnały ludzkiego ciała, w tym ciśnienie krwi, oddech, tętno, częstotliwość mrugania powiekami jako efekt obcowania z kolorem. Frank Mahnke²⁰⁹ badał, jak poprzez światło i kolor impuls wzrokowy wpływa na szyszynkę i przysadkę mózgową oraz produkcję hormonów. Mimo to, architekci rzadko łączą badania nad percepcją struktury, formy i przestrzeni z fizjologicznymi reakcjami człowieka. Ludzie postrzegają przestrzeń za pomocą pięciu zmysłów a intensywność ich doznań zależy do indywidualnych preferencji, jednak jest mierzalna i możliwa do określenia nawet na etapie projektu. Dowodem na to, jak ważnym aspektem jest to, co widzimy są badania, które przeprowadził Lindsey Gruson²¹⁰ określając wpływ kolorów na osoby niewidome. Przełomowe wydawało się też odkrycie negatywnego wpływu stresu na zdrowie w latach 50. XX w. przez Hans Selye²¹¹. Temat ten przez projektantów podejmowany jest od niedawna. Aktualnie wyraźnie widać nurt tworzenia architektury szpitalnej jako narzędzia kreacji pozytywnych doświadczeń w czasie pobytu w szpitalu. Na potrzeby opracowania dokonano analizy porównawczej, która pozwoliła przeanalizować współczesne rozwiązania i architektoniczne metody projektowe w kontekście ich zastosowania w obiekcie szpitalnym o statucie zabytku.

2. SZPITAL ZDROWIA PSYCHICZNEGO IM. DR. JÓZEFA BEDNARZA W ŚWIECIU NAD WISŁĄ JAKO MIEJSCE WDROŻEŃ WYNIKÓW BADAŃ ARCHITEKTONICZNYCH

Na przedmiot badań i działań przyjęto Szpital Zdrowia Psychicznego im. dr. Józefa Bednarza w Świeciu nad Wisłą, a dokładnie oddział X obejmujący parter budynku, w obrębie którego znajduje się oddział psychiatrii ogólnej przeznaczony dla 31 mężczyzn. Szpital w Świeciu zgodnie z kategoryzacją opartą na długości pobytu pacjenta w placówce zaliczany jest do długoterminowego, ale aktualna strategia działania zakłada ograniczenie okresu pobytu w szpitalu do minimum potrzebnego do dalszej kontynuacji leczenia w formie ambulatoryjnej, dziennej i domowej.

XIX-wieczny budynek nastrocza wiele trudności w zastosowaniu współczesnych rozwiązań projektowych. Układ L-liniowy z korytarzem zlokalizowanym na zewnątrz w mniej niż połowie długości spełnia wymogi prawne, ale nie realizuje współczesnych przesłanek projektowych polegających na większym dostępie światła naturalnego²¹² do wnętrza szpitali niż wymagany stosunek 1/8 powierzchnia

²⁰⁶ *Healing Architecture*, tłumacz. „architektura sprzyjająca leczeniu” [w:] T. Simonsen, J. Sturge, C. Duff, *Healing Architecture in Healthcare: A Scoping Review*, “Health Environments Research & Design Journal” 2022, vol. 15 (3), p. 315–328

²⁰⁷ R. Strojny, *Współczesne tendencje w projektowaniu szpitali specjalistycznych w Europie*, Wydawnictwo Politechniki Lubelskiej, Lublin 2024, s. 95.

²⁰⁸ P.K. Kaiser, *Physiological response to color: A critical review*. Color research&Application 1984, no 9 (1), p. 29–36.

²⁰⁹ F.H. Mahnke, R.H. Mahnke, V. Reinhold, *Color and Light in Man-made Environments*, Van Nostrand Reinhold, New York 1993.

²¹⁰ L. Gruson, *Color Has A Powerful Effect on Behavior*, Researchers Assert. “The New York Time”s 1982, October 19.

²¹¹ H. Selye, *Stres okiełznany*, Państwowy Instytut Wydawniczy. Warszawa 1977.

²¹² R. Strojny, op.cit., s. 243.

przeszklenia do powierzchni podłogi. Istniejący układ konstrukcyjny oraz ilość okien wpływają na ograniczenia zmian aranżacyjnych, co wynika z wytycznych konserwatorskich i troski o dziedzictwo narodowe. Budynek historycznie zakończony z obu stron formą wysuniętą z lica ściany głównej ze wszystkich stron (zgodnie z archiwalną dokumentacją fotograficzną), zwieńczoną dachem prostopadłym do części środkowej, w późniejszych latach XX w. otrzymał dwukondygnacyjne dobudówki z obu stron. Było to wynikiem wymogów technicznych związanych z bezpieczeństwem przeciwpożarowym i wprowadzeniem dodatkowych dróg ewakuacji. Historia tragicznego w skutkach pożaru filii szpitala w Górnej Grupie z 1980 r. wywołała szczególną wrażliwość w tym obszarze, niestety wpłynęło to niekorzystnie na warunki wewnątrz budynku. Pierwotne elewacje boczne, domykające osie układu, miały przeszklenia w środku traktu, które doświetlały zbiorowe sale obserwacji pacjentów, a potem po zmianach aranżacyjnych, fragmenty korytarzy wewnątrz założenia. Aktualnie dostęp naturalnego światła do tych przejść odbywa się poprzez przeszklenia wykonane w górnych fragmentach równoległych do okien ścian wydzielających sale chorych. Pozostałe fragmenty korytarzy doświetlono od strony zachodu i południa, jednak z uwagi na dwukondygnacyjną dobudówkę do oddziału XIV i znaczny gabarytowo drzewostan, okna nie spełniają swojego zadania w pełni i wewnątrz wydaje się być zbyt zacienione. Istniejące okna, poprzez wymianę z drewnianych na plastikowe, pozbawiono walorów sensorycznych. Zachowano podział okien, co wraz ze znaczną grubością ram, dodatkowo wpływa na ograniczenie ilości światła wewnątrz oddziału, jednak jest konieczne z uwagi na zachowanie wizualnego charakteru architektury.

Kondygnacja obejmuje 7 sal chorych, w tym dwie sale obserwacyjne, pomieszczenie diagnostyki, pokój pielęgniarek, pokój ordynatora, pomieszczenia higieniczno-sanitarne, pomieszczenie jadalni i przygotowalni oraz pokój terapii psychologicznej (ryc. 1).



Ryc. 1. Schemat funkcjonalno-przestrzenny Oddziału X Szpitala Zdrowia Psychicznego im. dr. Józefa Bednarza w Świeciu

Źródło: D. Bręczewska-Kulesza, M. Kaus, 2025.

Wstępne analizy wykazały szereg niedogodności związanych z ilością wymaganych łóżek 4–5 sztuk na każdą z sal. Zwrócono uwagę na chaos w układzie funkcjonalno-przestrzennym, brak strefo-

wania funkcji i niedoświetlenie pomieszczenia socjalnego personelu. Klatka schodowa używana jako główna komunikacja i wejście na oddział została zlokalizowana w zbiegu ramion układu L-liniowego, co zaburza percepcję przestrzeni jako czytelnej i ciągłej komunikacji. Bezpośrednie wejście z klatki schodowej w zbieg korytarzy pozbawia osoby wchodzące możliwości adaptacji z miejscem i ujawnia brak strefy wejścia, którą ewentualnie może stanowić klatka schodowa²¹³. Decyzje projektowe, wybory materiałowe i wyposażenia wewnątrz to zderzenie ekonomii, ergonomii, estetyki i wymogów medycznych dla tego typu placówek.

Na dalszym etapie analiz wyodrębniono dwie grupy użytkowników: pacjentów i personel medyczny. Z uwagi na charakter miejsca zebrano jedynie informacje z wywiadów z pracownikami. Zaskakującym spostrzeżeniem jest brak potrzeb własnych personelu, a jedynie zaznaczanie potrzeb pacjentów, takich jak: prywatność, komfort, integracja, przynależność, skupienie i rozproszenie uwagi, stymulacja, wyciszenie, troska, bezpieczeństwo. Z ogólnie dostępnych badań²¹⁴ wynika, że personel zwraca uwagę na efektywność, bezpieczeństwo, potrzebuje ciszy i skupienia.

3. UKŁAD FUNKCJONALNO-PRZESTRZENNY ODDZIAŁU SZPITALA ZDROWIA PSYCHICZNEGO IM. DR. JÓZEFA BEDNARZA W ŚWIECIU NAD WISŁĄ

W przypadku analizy omawianego oddziału X można określić charakter przestrzeni i podzielić ją umownie na przestrzenie półprywatne i półpubliczne. Sale pacjentów, pomieszczenie socjalne, sale personelu medycznego, z uwagi na wydzieloną grupę osób z nich korzystających, powinno zaliczyć się do przestrzeni półprywatnych. Pozostałe przestrzenie: korytarze, sale diagnostyki, pomieszczenia higieniczno-sanitarne, dostępne dla wszystkich pacjentów i personelu, niedostępne dla ludzi z zewnątrz oddziału, można określić jako półpubliczne. Strefy te różnią się formą spędzania czasu i przeznaczeniem, dlatego powinny być analizowane osobno. Strefowość w środowisku leczenia wprowadza uporządkowanie przestrzeni, jasność komunikacji, poprawia ergonomię pracy i wpływa na samopoczucie pacjenta o czym szerzej pisał Duff²¹⁵.

Podział na strefy omawianej kondygnacji, z uwagi na liczne zmiany funkcjonalne, został zachwiany lub nigdy nie był jasno wprowadzony. Przestrzenie personelu powinny być zgrupowane nie tylko w jednym obszarze, ale w dwóch lub trzech punktach: w sąsiedztwie strefy wejściowej i w obszarze dwóch korytarzy budynku. Czytelność tego podziału wzmocnić może wykorzystanie koloru jako czynnika przekazu informacji i drogowskazu intuicyjnej orientacji przestrzennej²¹⁶ (ryc. 2), co jest związane z potrzebą przynależności terytorialnej²¹⁷ a w konsekwencji ma wpływ na wzrost poczucia bezpieczeństwa.

²¹³ Administracja szpitala właściwie odczytała brak strefy wejścia, co może być czynnikiem stresogennym dla pacjentów, i wykorzystała klatkę schodową jako przestrzeń, w której poprzez piękne fotografie założenia architektoniczno-parkowego szpitala podjęła działania adaptacyjne.

²¹⁴ I. Glind, S. Roode, A. Goossensen, *Do patients in hospitals benefit from single rooms? A literature review*, "Health Policy" 2007, vol. 84, issues 2–3, p. 153–161.

²¹⁵ C. Duff, T. Simonsen, J. Sturge, s. 390.

²¹⁶ H. Dalkea, J. Little, E. Niemann, N. Camgoza, G. Steadman, S. Hill, L. Stott, *Colour and lighting in hospital design*, "Optics & Laser Technology" 2006, no 38, p. 343–365.

²¹⁷ A. Bańka, *Przywiązanie do miejsca i jego znaczenie w kontekście współczesnych zagrożeń cywilizacyjnych*, Stowarzyszenie Psychologia i Architektura, Poznań 2014.



Ryc. 2. Propozycja zmian funkcjonalno-przestrzennych wraz z oznaczeniem miejsca atraktorów Oddziału X Szpitala Zdrowia Psychicznego im. dr. Józefa Bednarza w Świeciu, praca studencka autor: Martyna Wojtania, Magdalena Książek pod kier.: dr inż. arch. M. Kaus, 2025

Współczesne realizacje założeń szpitali psychiatrycznych często opierają się na koncepcji tworzenia otwartych układów, które zapewniają większą widoczność korytarzy i wejść do sal, a u pacjentów wpływają na pewność i spokój w poruszaniu się. Duże założenia dzielone są na mniejsze sektory, z których każdy ma spójną, otwartą i obszerną strefę komunikacji. To przestrzenie wypoczynku, integracji pacjentów, nieprzypominające typowych, długich, wąskich korytarzy, będących zgodnie z wynikami badań²¹⁸ miejscami, w których dochodzi do agresywnych zachowań pacjentów. Obie linie w kształtowaniu komunikacji i skracające dystans z personelem, otwarte stanowiska pielęgniarek są wdrażanymi wytycznymi projektowymi w nowo budowanych szpitalach psychiatrycznych. Nie ma możliwości wprowadzenia takich zmian w zabudowie zwartych brył historycznej tkanki szpitala w Świeciu. Można jedynie wprowadzić niewielkie otwarcia pomieszczeń i zaaranżować w nich stanowiska otwarte dyżurującej obsługi²¹⁹ (ryc. 2). Wizualną płynność komunikacji można uzyskać stosując przejścia kolorystyczne na ścianach w zgięciach korytarzy. Zachowanie spójności i harmonii w wykończeniu tych przestrzeni zaciera granicę pomiędzy korytarzami obu ramion układu budynku. Ważnym czynnikiem w procesie leczenia jest odpowiedni widok²²⁰. Jego brak możemy rekompensować poprzez zastosowanie prac plastycznych w postaci fotografii, grafik itp. efektów wizualnych. Wykorzystanie ich w półpublicznych

²¹⁸ R.S. Ulrich, L. Bogren, S.K. Gardiner, S. Lundin, *Psychiatric Ward Design Can Reduce Aggressive Behavior*, "Journal of Environmental Psychology" 2018, vol. 57, p. 64.

²¹⁹ Rozwiązanie przynosi korzyści pacjentom, ujawnia się wyraźna potrzeba pomieszczenia wyciszenia i relaksu dla personelu. [za] R. Strojny, op.cit., s. 243.

²²⁰ Roger S. Ulrich badanie przeprowadził w latach 1972–1981 w szpitalu w Pensylwanii dotyczące związku pomiędzy widokiem z sali pacjenta a procesem gojenia. Ulrich R.S. (1984). *View through a Window May Influence Recovery from Surgery*. "Science, New Series", vol. 224, issue 4647, p. 420–421.

przestrzeniach zamiast przejść kolorystycznych może wpłynąć na poprawę płynności i zachowanie pacjentów. Lokalizacja dzieła plastycznego jest ważnym czynnikiem, który wpływa na wykorzystanie przestrzeni, ponieważ działa jak atraktor, spowalniacz i nawigator w procesie przemieszczania się na oddziale oraz wpływa na samopoczucie odbiorcy. Nie bez znaczenia jest również przedstawiony w pracy temat i wyraz estetyczny dzieła. Badania²²¹ wykazały, że korzystny wpływ na poprawę samopoczucia mają dzieła przedstawiające naturę a w mniejszym stopniu abstrakcje. Jednak realistyczne prace budzą silniejsze, subiektywne odczucia i kontrowersje wywołane różnicą gustów obserwujących.

Korzystnym rozwiązaniem w zabytkowym kontekście jest wprowadzenie minimalistycznych, całkowicie przeszklonych werand, dostępnych od wnętrza budynku. Takie rozwiązanie nie zaburza odbioru architektury historycznej, a nawet zwiększa możliwość obcowania z nią oraz jednocześnie poszerza pole wizualnego kontaktu z otaczającą budynek naturą, stanowi dodatkową przestrzeń relaksu i integracji społecznej.

Podział na strefy dotyczy również sal pacjentów. To miejsca, które poprzez swoje układy funkcjonalne powinny umożliwiać wprowadzenie rytmu dobowego. Wyposażenie jedynie w łóżka zaburza podział na dzień i noc, dlatego wskazane jest kreowanie przestrzeni, najlepiej przy oknie, wyposażonej w minimum stół i krzesło. Projektanci nowo projektowanych szpitali psychiatrycznych preferują stosowanie jednoosobowych sal chorych z prywatną łazienką. Badania jednak nie potwierdzają jednoznacznie, że takie rozwiązania wpływają korzystnie na zdrowie pacjentów²²², jednak są wynikiem rosnących potrzeb poczucia komfortu i prywatności. Aktualne zapotrzebowanie na pomoc w zakresie zdrowia psychicznego oraz układ konstrukcyjny i brak wystarczającej liczby okien nie zezwala na takie rozwiązania w publicznej placówce zdrowia, jaką jest szpital w Świeciu. Dla zwiększenia poczucia komfortu można, w miarę możliwości, zmniejszać liczbę chorych przebywających w jednej sali. Możliwe jest również poszukiwanie częściowej izolacji wizualnej poprzez aranżacje wnętrz, stosowanie oddzielających zabudów meblowych, stosowanie przepierzeń. Akustyczna izolacja jest zdecydowanie trudniejsza i może być uzyskana jedynie poprzez stosowanie materiałów wygłuszających jako wykończenia ścian, konstrukcje meblowe i wykończenie posadzki. Stosowanie sufitów wygłuszających w dużym obszarze jest niewskazane, z uwagi na walory architektoniczne sklepień i komfort wymiany powietrza.

Stosunek wielkości powierzchni do liczby chorych w sali jest determinantą w projektowaniu funkcjonalnym stref półprywatnych. Każdy dodatkowy element wyposażenia zabiera cenną przestrzeń, dlatego szczególnie w historycznej zabudowie warto stosować rozwiązania innowacyjne, na przykład takie, jak system bezpośredniego ogrzewania powierzchniowego w postaci cienkiej warstwy 0,4 mm farby grzewczej do ścian, sufitów i podłóg, który całkowicie wyeliminuje potrzebę stosowania tradycyjnych grzejników.

4. ESTETYKA WNĘTRZ PÓLPUBLICZNYCH I PÓLPRYWATNYCH ODDZIAŁÓW SZPITALI PSYCHIATRYCZNYCH

Wiodące, współczesne realizacje szpitali psychiatrycznych opierają się na idei minimalizmu²²³, harmonii, jednolitości, jakości materiałowej, które mają wspierać wyciszenie pacjenta. Najczęściej badanym czynnikiem wpływającym na nastrój i samopoczucie człowieka jest kolor. Istnieje wiele metod weryfikacji, w jaki sposób kolorystyka wpływa na człowieka. Jednak kolor nie powinien być badany w oderwaniu od otoczenia, wykończenia materiałowego i światła. Przyjmuje się, zgodnie z wynikami badań Philip Thiel²²⁴ i europejskiego kontekstu kulturowego, że barwy chłodne wyciszają, jasne kolory wywołują uczucie szczęścia i wolności, neutralne kolory relaksują, pastelowe cieszą. Obszar działania kolorów wykracza poza powierzchnię ścian i wchodzi w korelację z oświetleniem, które zmienia jego

²²¹ R. Strojny, op.cit., s. 249.

²²² I. Glind, S. Roode, A. Goossensen, op.cit., s. 153–161.

²²³ R. Strojny, op.cit., s. 243.

²²⁴ P. Thiel, *Visual awareness and design: an introductory program in conceptual awareness, perceptual sensitivity, and basic design skills*, University of Washington Press, Seattle 1981.

odbior. Postrzeganie koloru zmienia jego rozproszenie, zdolność pochłaniania i odbijania światła, sąsiedztwo kolorystyczne, również materiał i faktura. Architektura historyczna **sprz**ed modernizmu, często bogatsza w detal, posiadająca istotne walory architektoniczne w formie i konstrukcji, nie powinna przegrywać z ilością i intensywnością użytej kolorystyki. Dlatego bezpieczna, naturalna paleta tła z elementami skupiającymi uwagę w formie właściwego dodatku, dopełnienia kolorystycznego, kontrastu niesie mniejsze ryzyko niekorzystnego oddziaływania na pacjenta i jest bardziej pożądana w przestrzeni założeń, których przykładem jest szpital w Świeciu (ryc. 3).



Ryc. 3. Propozycja palety kolorystycznej i materiałowej w Sali chorych Oddziału X Szpitala Zdrowia Psychicznego im. dr. Józefa Bednarza w Świeciu nad Wisłą, praca studencka autor: Sandra Naumann, Julia Koniczna, pod kier. dr inż. arch. M. Kaus, 2025

Zasadne wydaje się wprowadzanie punktowo form plastycznych, które spełniają ogólne założenia wnętrza i w sposób harmonijny podkreślają jego atuty i funkcję. Rolins²²⁵ wyodrębnił 15 form, w jakich sztuka występuje w szpitalach. Niewątpliwie w placówce medycznej o specyfice psychiatrycznej sztuka powinna pojawić się w celu ukojenia i pocieszenia, ewentualnie pobudzenia inspiracji i nadziei. Obłe, płynne kształty oraz ciepła paleta barw to czynniki, które wpłynęły na decyzję wyboru projektu plastycznej pracy i końcową formę wizualną zrealizowanego muralu na terenie jednego z oddziałów Szpitala Zdrowia Psychicznego w Świeciu (ryc. 4 i 5). Wykonana praca²²⁶ powstała w odniesieniu do istniejących uwarunkowań i w dalszym etapie ma służyć jako materiał do badań nad wpływem koloru, kształtu i formy na samopoczucie pacjentów i ich percepcję przestrzeni.

²²⁵ Za: R. Strojny, op.cit., s. 249.

²²⁶ Projekt i wykonanie: inż. arch. Julia Kubiak, inż. arch. Julia Szymańska, dr Beata Fertala-Harlender, dr inż. arch. Małgorzata Kaus, 2025.



Ryc. 4 i 5. Dokumentacja zdjęciowa z realizacji pracy plastycznej Projekt i wykonanie: inż. arch. Julia Kubiak, inż. arch. Julia Szymańska, dr Beata Fertala-Harlender, dr inż. arch. Małgorzata Kaus, autor fot. M. Kaus, 2025

Gra światła i cienia może podobnie jak dzieło sztuki skupiać uwagę i pobudzać zmysły (ryc. 6). Jednak z uwagi na brak kontroli nad intensywnością światła naturalnego warto skupić się na kreacji wnętrza poprzez światło sztuczne. Wprowadzanie rozwiązań elastycznych, łatwych w modyfikacji, może w sposób umiejętny zapewniać nie tylko rytm dobowy, ale przede wszystkim wpływać na nastrój i zachowanie pacjentów. Sterowanie powinno być zdalne i prowadzone w umiejętny sposób, ponieważ z uwagi na nierównomierne natężenie oświetlenia przestrzeni może powodować niepokój i potrzebę adaptacji widzenia użytkownika. Technologia umożliwia dopasowywanie intensywności i rodzaju oświetlenia do schorzenia, płci czy wieku pacjenta.

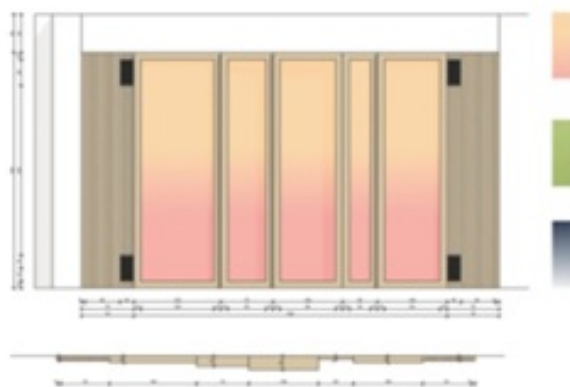


Ryc. 6. Propozycja aranżacji Oddziału X Szpitala Zdrowia Psychicznego im. dr. Józefa Bednarza w Świeciu nad Wisłą za pomocą gradacji światła, praca studencka autor: Laura Gabrych, Justyna Kruzel, pod kier. dr inż. arch. M. Kaus, 2025

Zmienność i kontrowanie wyrazu wnętrza powinno być realizowane w formie świadomej dla personelu medycznego a niezauważalnej dla pacjenta. Możliwe jest wprowadzenie terapii światłem i kolorem za pomocą elementów dekoracyjnych (ryc. 7), rozlokowanych w przestrzeniach dostępnych dla wszystkich użytkowników oddziału.



CHROMOTERAPIA



Ryc. 7. Propozycja wykorzystania koloroterapii we wspólnej przestrzeni Oddziału X Szpitala Zdrowia Psychicznego im. dr. Józefa Bednarza w Świeciu nad Wisłą, praca studencka autor: Paulina Antowska, Mateusz Kwaśniewski, pod kier. dr inż. arch. M. Kaus, 2025

Wielozmysłowe oddziaływanie architektury możliwe jest do realizacji poprzez obłe (ryc. 8), morficzne i bezpieczne kształty zarówno mobilnego, jak i trwale zamontowanego wyposażenia przestrzeni półprywatnych i półpublicznych. Dla uzyskania komfortu pacjenta powinno się dążyć do kreacji wnętrza zharmonizowanego, które w sposób zrównoważony wpływa na cały układ sensoryczny²²⁷ (ryc. 9). Spełnianie wymagań Sanepidu wynikających z funkcji medycznej, nie powinno ograniczać kreatywności w poszukiwaniu rozwiązań. Pozytywny wpływ roślin lub symulacji jej występowania, dotyka takich zagadnień, jak aromaterapia, terapia sensoryczna, higiena oczu itp., które wprowadzane subtelnie nie muszą być terapią, tylko czynnikiem podnoszącym jakość przestrzeni.

²²⁷ Zrównoważone działanie na przykład jako aromaterapia, pozytywne w odbiorze zapachy mogą zmniejszać poczucie stresu poprzez obniżenie ciśnienia krwi i zwiększyć wydzielanie endorfin. Zapachy niewłaściwe, intensywnie wprowadzane mogą działać odwrotnie i zwiększać poczucie strachu i zagubienia. K. Connellan, M. Gaardboe, D. Riggs, C. Due, A. Reinschmidt, L. Mustillo, *Stressed Spaces: mental health and architecture*. „Health Environments Research and Design Journal” 2013, vol. 6 (4), p. 127–168.



Ryc. 8. Propozycja wyposażenia w meble o owalnych kształtach i miękkich liniach wspólnej przestrzeni Oddziału X Szpitala Zdrowia Psychicznego im. dr. Józefa Bednarza w Świeciu nad Wisłą, praca studencka autor: Weronika Czekalska, Weronika Piotrowska, pod kier. dr inż. arch. M.Kaus 2025



Ryc. 9. Propozycja kreacji wspólnych przestrzeni Oddziału X Szpitala Zdrowia Psychicznego im. dr. Józefa Bednarza w Świeciu nad Wisłą, praca studencka autor: Martyna Wojtania, Magdalena Książek pod kier.: dr inż. arch. M. Kaus, 2025

Poniższe zestawienie udowadnia (tabela 1), że stosując różne, dopasowane do charakteru architektury rozwiązania, możliwe jest zaspokojenie tych samych potrzeb pacjentów zarówno w przestrzeniach nowo budowanych, jak i w tkance zabytkowej.

Tab. 1. Zestawienie tabelaryczne rozwiązań architektonicznych wpływających na zaspokojenie potrzeb pacjentów szpitali psychiatrycznych

Potrzeba użytkownika	Rozwiązania aktualne	Rozwiązania w zabytku
Komforty wizualny prywatność	1-osobowe pokoje	rozwiązania aranżacyjne, przepierzenia meblarskie
Komforty akustyczny prywatność	1-osobowe pokoje z prywatnymi łazienkami	wykończenia ścian materiałami pochłaniającymi dźwięk, stosowanie drewna, tkanin, kamienia
Poczucie bezpieczeństwa we wnętrzu, czytelność i płynność komunikacji	forma obła, płynna korytarzy, otwarte przestrzenie komunikacji	stosowanie atraktorów, spowalniaczy i nawigatorów w formie koloru, prac plastycznych itd.
Dobowy podział dnia	przestrzenie o różnej funkcji i walorach estetycznych	rozwiązania elastyczne w zakresie oświetlenia, kolorystyki, umeblowania
Niwelacja dystansu	otwarte pomieszczenia, strefy, stanowiska pielęgniarek	wolnostojące laby jako stanowiska pielęgniarek
Integracja społeczna	obszerne przestrzenie komunikacyjne, otwarte przestrzenie relaksu, sportu itp.	wydzielone miejsca wspólne na siedzisko, przeszklone werandy jako formy dodane
Widok, kontakt wizualny z naturą, otoczeniem zewnętrznym	przeszklenia na całą wysokość i szerokość pomieszczeń, izolowane ogrody i ogrody zimowe, dziedzińce wewnętrzne	przeszkłone werandy jako formy dodane, zielone ściany wertykalne
Poprawa nastroju, odczuwania spokoju i bezpieczeństwa	kontakt z naturą, współczesne przestrzenie o estetyce minimalistycznej w przyjaznym wykończeniu, działania wielozmysłowe	drobne ingerencje w przestrzeń poprzez zrównoważone rozwiązania wielozmysłowe

Źródło: opracowanie autora, 2025.

5. PODSUMOWANIE I WNIOSKI

Analizy stosowanych i preferowanych, współczesnych rozwiązań w strukturach szpitali w kontekście modernizacji założeń istniejących, to ważne zagadnienie, które wydaje się nieodzowne w kontekście ocalenia dziedzictwa architektonicznego, ale i dopasowania szpitali psychiatrycznych do aktualnych wymogów psychiatrii, potrzeb i oczekiwań użytkowników. Jest to trudne zadanie, ale możliwe poprzez zintegrowanie działań personelu medycznego i administracji szpitali, architektów i przy zaangażowaniu odpowiednich środków finansowych.

Dalsze szerokie badania w tym zakresie są konieczne, ponieważ wyniki badań zarówno wynikające z doświadczeń, jak i osiągnięć neuronauki powinny być implikowane do projektowania jako prototypy testowane oraz po weryfikacji i opracowaniu wdrażane jako wytyczne projektowe dla administracji szpitali psychiatrycznych. Opracowanie wskaźników i zasad działań wykorzystujących interdyscyplinarną wiedzę i doświadczenia jest kluczowe dla osiągnięcia pożądanego rezultatu, czyli dostosowania miejsca udzielającego wysokiej jakości usługi medyczne do potrzeb pacjentów i wykorzystania przestrzeni o zabytkowych walorach architektonicznych w procesie leczenia chorych. Być może zmiana organizacji leczenia w przyszłości spowoduje potrzebę reorganizacji przestrzeni w taki sposób, żeby oddziały z 1–2-osobowymi salami chorych były lokalizowane w dobudowywanych nowych obiektach, a terapie w historycznej tkance, co wydaje się korzystne dla obu funkcji.

Wprowadzane aktualnie zmiany mają małe pole oddziaływania, dlatego ich stosowanie powinno być przemyślane, zbadane, oparte na schematach i procedurach. Istnieje ryzyko, że w tym zakresie decyzje projektowe podejmują władze placówek oraz personel, a nie badacze i projektanci. Dlatego dobre praktyki współpracy interpersonalnej i próby wprowadzenia wytycznych w kontekście konkretnych sytuacji architektonicznych powinny być popularyzowane. Korzystne zmiany w obszarze architektury założeń placówek medycznych wymagają współpracy na polu gospodarczym, społecznym i środowiskowym.

Bibliografia

- Bańka A., *Przywiązanie do miejsca i jego znaczenie w kontekście współczesnych zagrożeń cywilizacyjnych*, Stowarzyszenie Psychologia i Architektura, Poznań 2014.
- Connellan K., Gaardboe M., Riggs D., Due C., Reinschmidt A., Mustillo L., *Stressed Spaces: mental health and architecture*, „Health Environments Research and Design Journal” 2013, vol. 6 (4), p. 127–68.
- Dalkea H., Little J., Niemann E., Camgoza N., Steadman G., Hill S., Stott L., *Colour and lighting in hospital design*, „Optics & Laser Technology” 2006, no 38, p. 343–365.
- Glind I., Roode S., Goossensen A., *Do patients in hospitals benefit from single rooms? A literature review*, „Health Policy” 2007, vol. 84, issues 2–3, p. 153–161.
- Gruson L., *Color has a powerful effect on behavior*, Researchers Assert, „The New York Times” 1982, October 19.
- Kaiser P. K., *Physiological response to color: A critical review*, „Color Research & Application” 1984, no 9 (1), p. 29–36.
- Mahnke F.H., Reinhold V., *Color and light in man-made environments*, Van Nostrand Reinhold, New York 1993.
- Selye H., *Stres okiełznany*, Państwowy Instytut Wydawniczy, Warszawa 1977.
- Simonsen T., Sturge J., Duff C., *Healing Architecture in Healthcare: A Scoping Review*, „Health Environments Research & Design Journal” 2022, vol. 15 (3), p. 315–328.
- Strojny R., *Współczesne tendencje w projektowaniu szpitali specjalistycznych w Europie*, Wydawnictwo Politechniki Lubelskiej, Lublin 2024, s. 95.
- Thiel P., *Visual awareness and design: an introductory program in conceptual awareness, perceptual sensitivity, and basic design skills*, University of Washington Press, Seattle 1981.
- Ulrich R.S., *View through a window may influence recovery from surgery*, „Science” 1984, vol. 224, issue 4647, p. 420–421.
- Ulrich R.S., Bogren L., Gardiner S.K., Lundin S., *Psychiatric ward design can reduce aggressive*, „Behavior, Journal of Environmental Psychology” 2018, vol. 57, p. 64.

Nota o autorce

Małgorzata Kaus – adiunkt, nauczyciel akademicki na Politechnice Bydgoskiej im. Jana i Jędrzeja Śniadeckich, architekt, członek KPOIA RP, przedmiotu badań: wielozmysłowa percepcja przestrzeni i formy, uniwersalna architektura, styk sztuki i architektury
Kontakt: malgorzata.kaus@pbs.edu.pl

**WYBRANE ASPEKTY BEZPIECZEŃSTWA POŻAROWEGO
NA PRZYKŁADZIE ZABYTKOWEGO KOMPLEKSU BUDYNKÓW
WOJEWÓDZKIEGO SZPITALA ZDROWIA PSYCHICZNEGO
IM. DR. JÓZEFA BEDNARZA W ŚWIECIU**

**SELECTED ASPECTS OF FIRE SAFETY ON THE CASE
OF THE HISTORIC BUILDING COMPLEX OF THE PROVINCIAL
PSYCHIATRIC HOSPITAL NAMED AFTER
DR. JÓZEF BEDNARZ IN ŚWIECIE**

Streszczenie

Tematem prezentowanych badań jest kwestia bezpieczeństwa pożarowego złożonego zabytkowego zespołu urbanistycznego, jakim jest znajdujący się w Świeciu kompleks budynków Wojewódzkiego Szpitala Zdrowia Psychicznego im. dr. Józefa Bednarza. Celem tych badań jest rozpoznanie problemów w zakresie ochrony przeciwpożarowej – zarówno tych dawnych, jak i współczesnych.

Badanie zrealizowano stosując przede wszystkim metodę historyczno-interpretacyjną, która głównie polegała na kwerendzie źródeł literaturowych, aktów prawnych i internetowych. Ważne też było zastosowanie w pracy badawczej analizy krytycznej, jak i metody obserwacyjnej, dzięki którym otrzymane rezultaty i wyniki bardziej kompleksowo odzwierciedlały fakty.

Słowa kluczowe: zabytki architektury, urbanistyka, bezpieczeństwo pożarowe, psychiatria, Wojewódzki Szpital Zdrowia Psychicznego im. dr. Józefa Bednarza

Abstract

The subject of the present study is the issue of fire safety in a complex historic urban ensemble—namely, the building complex of the Provincial Psychiatric Hospital named after Dr. Józef Bednarz in Świecie. The aim of the study is to identify problems in the field of fire protection, both those currently present and those that may emerge with the further development of the ensemble under consideration.

The research was conducted primarily using a historical-interpretive approach, based chiefly on a survey of sources – both archival and contemporary. Equally important were the application of critical analysis and observational methods, which together enabled the findings and results presented herein to reflect the actual conditions more comprehensively.

Keywords: cultural heritage, urban planning, fire safety, psychiatry, the Provincial Psychiatric Hospital named after Dr. Józef Bednarz

1. WSTĘP

Przedstawiona w pracy problematyka leży na styku kilku odrębnych dziedzin, jakimi są architektura i urbanistyka, ochrona zabytków, bezpieczeństwo pożarowe i wreszcie medycyna, w których występują pewne, nie zawsze oczywiste, powiązania.

Zespół obiektów tworzących obecny Wojewódzki Szpital Zdrowia Psychicznego im. dr. Józefa Bednarza, znajdujący się w pobliżu historycznego centrum Świecia, miasta powiatowego w województwie kujawsko-pomorskim, zaczął być budowany od roku 1847²²⁸. Po siedmioletniej budowie, w 1855 r. otwarto podwoje placówki dla pierwszych pacjentów²²⁹.

²²⁸ W pracy korzystano m.in. z obszernych informacji na temat historii placówki zawartych na oficjalnej stronie internetowej Wojewódzkiego Szpitala Zdrowia Psychicznego im. dr. Józefa Bednarza w Świeciu, <https://www.szpital-swiecie.pl/o-nas/historia#:~:text=Za%20zal%C4%85%C5%BCek%20Szpitala%20Psychiatrycznego%20w,pacjent%C3%B3w%2C%20a%20w%201889%20r> (dostęp: 28.09.2025).

²²⁹ R. Kujawski, K. Muszyńska, D. Rutkowski, M. Urbańska, Ł. Kwiatkowski, W. Schmelter, *Wojewódzki Szpital Zdrowia Psychicznego w Świeciu – 170 lat historii (1855–2025)*, Wydawca Wojewódzki Szpital Zdrowia Psychicznego, Świecie 2025.

Szpital w Świeciu jest jednym z najstarszych i największych, nadal działających zakładów tego typu w Polsce. Pod względem urbanistycznym cały kompleks, a w skali architektonicznej zdecydowana większość tworzących go budynków posiada znaczące walory zabytkowe i znajduje się pod ochroną konserwatorską. Jednym z istotnych problemów, które dotyczą tak całości, jak i pojedynczych składowych Szpitala jest kwestia zapewnienia odpowiedniego poziomu bezpieczeństwa pożarowego. Dotyczy to zarówno elementów związanych z zagospodarowaniem terenu, jak i samych budynków, a w szczególności ich wnętrza.

W pierwszym przypadku istotnymi zagadnieniami są odpowiednie odległości pomiędzy budynkami, instalacja wodociągowa z hydrantami przeciwpożarowymi zewnętrznymi, a także dostęp do obiektów dla straży pożarnej, w tym drogi pożarowe. Natomiast drugi aspekt dotyczy jeszcze większej ilości spraw, takich jak m.in. podział na strefy pożarowe i ich dopuszczalna wielkość, klasy odporności pożarowej budynków, klasy odporności ogniowej elementów budynków, przegrody oddzielenia przeciwpożarowego, klasy reakcji na ogień materiałów budowlanych, przejścia i drogi ewakuacyjne (minimalne wymiary, dopuszczalne długości), obudowane i zamykane drzwiami przeciwpożarowymi klatki schodowe ewakuacyjne (automatycznie oddymiane lub wyposażone w urządzenia zapobiegające zadymieniu). W niniejszej pracy starano się zestawiać te różne problemy związane z ochroną ppoż. w odniesieniu do tkanki historycznej, w przypadku której istotne jest zachowanie autentyzmu i innych wartości kulturowych.

Tytułowy temat opracowania, dotyczący konkretnego zespołu urbanistyczno-architektonicznego, wpisuje się w szeroki kontekst badawczy. Warto przytoczyć niżej w tej części choćby tylko wybrane opracowania, które stały się tłem dla rozważań ujętych w kolejnych rozdziałach.

Na wstępie omawiania literatury przedmiotu warto zwrócić uwagę na monografię naukową Katarzyny Słuchockiej pt. *Forma, obraz, słowo. Architektura, idea, sztuka / Form, image, word. Architecture, idea, art*, która jest próbą spojrzenia na architekturę oraz na przestrzeń. Zdaniem tej autorki są one zbiorem emocji, kompozycją poskładaną z idei, marzeń i refleksji, ale też precyzyjnych obliczeń. Przestrzeń ta, pełna tajemnic, budzących raz podziw, innym razem zadumę czy lęk, gwarantuje równocześnie bezpieczeństwo²³⁰.

Wielopoziomową integrację planowania i projektowania, na bazie doświadczeń ich implementacji dla terenu w Gminie Swarzędz, opisali Robert Barełkowski i Sławomir Rosolski²³¹. Ich zdaniem transformacja środowiska w sposób, który maksymalizuje jakość życia człowieka jest istotą projektowania urbanistycznego.

Przechodząc do problematyki bliższej zagadnieniom psychiki i zdrowia psychicznego, ale dalej w nurcie architektonicznym, nie sposób nie wspomnieć o badaniach w zakresie psychologii architektury prowadzonych przez J. Krzysztofa Lenartowicza. Jednym z ich efektów było powstanie popularnego podręcznika dla studentów architektury zatytułowanego *Słownik psychologii architektury*, który nie ogranicza się do prostego i krótkiego wyjaśnienia poszczególnych znaczeń, lecz w przypadkach niektórych terminów zawiera nad wyraz rozległe teoretyczne rozważania na ich temat²³².

Problematyczny brak instytucjonalnego wsparcia dla rozwoju cenionych polskich placówek ochrony zdrowia mieszczących się w zabytkowych obiektach zauważyła Katarzyna Dankiewicz. Jej zdaniem niesatysfakcjonujący stan pod tym względem w rodzimych jednostkach znacząco odbiega od sytuacji wiodących zagranicznych szpitali²³³. Temat historycznych szpitali wielokrotnie poruszał też Piotr Gerber, m.in. w artykule na temat tego, jak twierdzi, zapomnianego dziedzictwa²³⁴, jak i w artykule²³⁵ oraz w monografii²³⁶ poświęconym problemom modernizacji zabytkowych szpitali.

²³⁰ K. Słuchocka, *Forma, obraz, słowo. Architektura, idea, sztuka / Form, image, word. Architecture, idea, art*, Wydawnictwo Politechniki Poznańskiej, Poznań 2021.

²³¹ R. Barełkowski, S. Rosolski, *Multilevel Integration of Design and the Quality of Life in Urban Space Issue*, "Space & FORM | Przestrzeń i Forma" 2022, nr 50, s. 251–274, <https://doi.org/10.21005/pif.2022.50.C-01> (dostęp: 01.11.2025).

²³² J.K. Lenartowicz, *Słownik psychologii architektury*, Politechnika Krakowska, Kraków 2010.

²³³ K. Dankiewicz, *Zabytkowy szpital – problematyczna koegzystencja podmiotu z przedmiotem ochrony konserwatorskiej*, „BUILDER” 2021, nr 290 (9), s. 41–43, <https://doi.org/10.5604/01.3001.0015.0685> (dostęp: 01.11.2025).

²³⁴ P. Gerber, *Historyczne szpitale – zapomniane dziedzictwo. Historical Hospitals: Forgotten Heritage*, „Wiadomości Konserwatorskie” 2022, nr 70, <https://doi.org/10.48234/WK70HOSPITALS> (dostęp: 01.11.2025).

²³⁵ Idem, *Problemy modernizacji zabytkowych szpitali*, „Wiadomości Konserwatorskie” 2007, nr 22, s.109–11, <https://bibliotekanauki.pl/articles/217508.pdf> (dostęp: 01.11.2025).

²³⁶ Idem, *Ochrona i modernizacja zabytkowych szpitali*, Oficyna Wydawnicza Politechniki Wrocławskiej, Wrocław 2019.

Tematykę projektowania architektury dla przyszłych seniorów, w aspekcie tworzenia zdrowego do zamieszkania przez nich miejsca, ujęła w monografii naukowej Agata Gawlak²³⁷. Ta sama badaczka, razem z Darią Smyl, podejmowała też kwestię projektowania architektonicznego szpitali psychiatrycznych w Polsce, które wspierałoby procesy terapii²³⁸. W kolejnym artykule obie autorki opisały społeczną percepcję leczenia psychiatrycznego w Polsce w kontekście jakości powierzchni szpitalnej, starając się spojrzeć na ten problem z perspektywy pacjentów²³⁹.

2. RYS HISTORYCZNY

Zespół szpitalny w Świeciu jest obecnie najstarszym tego typu działającym kompleksem w Polsce. Starsze były tylko dwa – w Warszawie i Owińskach (pod Poznaniem), które jednak nie przetrwały II wojny światowej. Kompleks powstawał stopniowo. Jego budowę rozpoczęto w 1847 r., żeby po siedmiu latach, w 1855 r., formalnie uruchomić działalność Zakładu Psychiatrycznego²⁴⁰. Warto tu dodać istotną wzmiankę o tym, że jego początki można wiązać z jeszcze wcześniejszym okresem, a mianowicie już z rokiem 1822. W początkach XIX w. teren obecnego Szpitala należał do zakonu bernardynów. W okresie zaboru pruskiego znajdujący się w Świeciu klasztor oo. Bernardynów został zsekularyzowany. Pozwoliło to na utworzenie w 1822 r., na jego dawnym terenie, Szpitala Krajowego²⁴¹. Mógł on przyjąć 100 pacjentów, z czego 20 miejsc przeznaczono dla osób psychicznie chorych. Można to uznać za załóżkę przyszłego zespołu szpitalnego, który ćwierć wieku później zaczął być budowany po południowej stronie od zabudowań dawnego klasztoru.

W kontekście poruszanej w pracy problematyki pożarniczej, na uwagę zasługuje w tym miejscu wzmianka o kilku działaniach, które miały miejsce na przełomie XIX i XX w., a które już wtedy znacząco poprawiły stan bezpieczeństwa pożarowego. Otóż, instalacja wodociągowa, wraz z kanalizacyjną, a także centralne ogrzewanie były wprowadzone na terenie Szpitala już w początkach XX w. W tym czasie zamontowane zostały w budynkach hydranty wewnętrzne, które były stosowane w Prusach już pod koniec XIX w. Oświetlenie elektryczne we wszystkich budynkach zostało zamontowane już około 1908 r., zastępując wcześniejsze lampy naftowe, a tym samym znacząco zmniejszając ryzyko pożaru. Inną pozytywną zmianę w zakresie zapewnienia odpowiedniego dostępu do budynków w celu prawidłowego prowadzenia akcji ratowniczo-gaśniczej, chociaż pod tym względem prawdopodobnie niezamierzoną, można zaobserwować już w połowie lat 20. XX w., kiedy to dokonano rozbiórki wysokiego muru, który do tej pory otaczał teren Szpitala.

Po odzyskaniu przez Polskę niepodległości, po pierwszej wojnie światowej, Szpital przeszedł w 1920 r. pod kuratelę polską jako Krajowy Pomorski Zakład Psychiatryczny. W 1980 r. Szpital w Świeciu przyjął imię doktora Józefa Bednarza, który był jego dyrektorem od 1932 r. aż do pierwszych miesięcy okupacji. Pomimo tego, że nie musiał wówczas ginąć i mógł się uratować, to jednak odmówił hitlerowcom opuszczenia pacjentów znajdujących się pod jego kuratelą i pozostał z nimi do końca, aż do męczeńskiej śmierci podczas ich eksterminacji pod koniec roku 1939.

Omawiając problematykę ochrony ppoż. kompleksu szpitalnego w Świeciu, nie sposób przemilczeć tragedii, jaką był pożar jego filii znajdującej się w Górnej Grupie, na północ od Świecia. Miał on miejsce w nocy z 31 października na 1 listopada 1980 r. i pochłonął 55 ofiar, a ponadto w wyniku niego ciężko poparzonych zostało kilkudziesięciu pacjentów. Chociaż po nim filia ta już nie funkcjonowała, to ta tragedia przyczyniła się do stopniowej likwidacji wszystkich zamiejscowych filii Szpitala, w tym

²³⁷ A. Gawlak, *Mieszkanie dla zdrowia. Projektowanie dla przyszłych seniorów*, Wydawnictwo Politechniki Poznańskiej, Poznań 2022.

²³⁸ A. Gawlak, D. Smyl, *Projektowanie architektury wspierającej procesy terapii na przykładzie wybranych szpitali psychiatrycznych w Polsce i w oparciu o ocenę percepcji leczenia wśród młodzieży*, „Teka Komisji Architektury, Urbanistyki i Studiów Krajobrazowych PAN Oddział w Lublinie” 2023, nr 19 (2), s. 106-123, <https://doi.org/10.35784/teka.3712> (dostęp: 01.11.2025).

²³⁹ Eidem, *Social perception of psychiatric treatment of adolescents in Poland and quality of hospital space from the perspective of potential patients*, „Acta Neuropsychologica” 2024, nr 22(2), s. 241-259, <https://doi.org/10.5604/01.3001.0054.5442> (dostęp: 01.11.2025).

²⁴⁰ Ówczesna oryginalna pełna nazwa w języku niemieckim brzmiała: *Westpreußische Provinzial-Irren-Heil und Pflege-Anstalt zu Schwetz*.

²⁴¹ Za: R. Kujawski i in., op.cit., s. 14.

też tego w Górnej Grupie. Pacjenci zostali z nich przeniesieni do głównego kompleksu szpitalnego w Świeciu. W nim natomiast zostały wprowadzone wówczas surowsze niż dotychczas standardy w zakresie bezpieczeństwa pożarowego. Ten ostatni wątek został rozwinięty w dalszej części pracy – w rozdziale 4.

3. PROBLEMATYKA ARCHITEKTONICZNO-URBANISTYCZNA I KONSERWATORSKA

Urbanistyka terenu zajętego przez Wojewódzki Szpital Zdrowia Psychicznego im. dr. Józefa Bednarza jest wytworzona przede wszystkim przez układ kilkunastu obiektów architektonicznych, w większości zabytkowych. Z natury swojej urbanistyka jest nierozdzielnie związana z architekturą²⁴², a w tym przypadku przez fakt, że przedstawiane założenie inwestycyjne posiada już ponad półtorawieczną historię, łączy się dodatkowo z kwestią ochrony zabytków lub szerzej dziedzictwa kulturowego.

Od zarania budowy Szpitala w połowie XIX w. przyświecała jej, popularna w tamtym czasie na terenie państw niemieckich²⁴³, aplikowana do tego typu ośrodków idea urbanistyki prozdrowotnej. Tematykę lokalizowania na terenie Prus Wschodnich i Zachodnich w drugiej połowie XIX w. i w początkach XX stulecia wielkich założeń szpitalnych, zarówno państwowych, jak i prywatnych, szeroko opisała Anita Jaśkiewicz-Sojak w dedykowanym temu zagadnieniu artykule²⁴⁴. Z kolei Daria Bręczewska-Kulesza omawia tę kwestię właśnie na przykładzie Szpitala w Świeciu w poświęconej temu osobnej publikacji²⁴⁵. Zainteresowani tym zagadnieniem niewątpliwie mogą znaleźć więcej informacji na temat rozwoju prowincjonalnych pruskich założeń szpitalnych dla osób psychicznie chorych w XIX w. i w początkach XX w. w monografii naukowej²⁴⁶ i w innej publikacji²⁴⁷ tej samej autorki. Jak widać, problem ówczesnych założeń szpitalnych na terenie Prus Zachodnich posiada już pewną literaturę, w której można znaleźć wiele informacji na temat tego ciekawego zjawiska w urbanistyce.

Kompleks zabudowań szpitalnych w Świeciu został zlokalizowany w malowniczej okolicy na skraju jego starówki, w miejscu gdzie łączy się ona z przestrzenią otwartą doliny rzeki Wdy, która niewiele dalej wpływa do Wisły. Naprzeciwko zespołu od strony południowej znajdują się ruiny zamku krzyżackiego. Zarówno po tej stronie, jak i od wschodu znajdują się przestrzenie pełne zróżnicowanej zieleni. Zgodnie z ówczesnymi trendami już w XIX w. i później w XX w. ośrodek posiadał własne tereny rolnicze. W sąsiedztwie obszaru zajętego przez budynki znajdowały się ogrody, gospodarstwo hodowlane i niemałej wielkości grunty uprawne. Ich zadaniem było nie tylko wyżywienie pacjentów, ale też umożliwienie pacjentom pracy fizycznej na tych przydatkach, co było dla nich pewną formą leczenia i miało walor terapeutyczny. Z czasem przestrzenie ogrodów w zakładzie psychiatrycznym w Świeciu i w jego sąsiedztwie spowodowały wzrost jego atrakcyjności. Jak zauważyła Anna Staniewska fenomen ogrodów szpitali

²⁴² Znalazło to swoje potwierdzenie między innymi w tym, że obie tworzą łącznie jedną dyscyplinę naukową o nazwie *architektura i urbanistyka*.

²⁴³ Świecie znajdowało się w tamtym czasie w zaborze pruskim.

²⁴⁴ A. Jaśkiewicz-Sojak, *Wielkie założenia szpitalne Prus Wschodnich i Zachodnich – zarys problematyki*, „Warmińsko-Mazurski Biuletyn Konserwatorski”, Towarzystwo Opieki nad Zabytkami, Oddział w Olsztynie 2014, s. 22-33, https://tonz.olsztyn.pl/wp-content/uploads/2019/12/BK-2014_internet-pages-23-34.pdf (dostęp: 29.09.2025).

²⁴⁵ D.M. Bręczewska-Kulesza, *Humanitarne trendy w psychiatrii w I połowie XIX wieku i ich wpływ na architekturę zakładów zdrowotnych. Teoria i praktyka – kasus zakładu w Świeciu nad Wisłą*, [w:] *Przestrzeń jako laboratorium. Perspektywy, studia, interwencje*, R. Barełkowski (red.), Wydawnictwo Exemplum, Poznań 2014, s. 102-117.

²⁴⁶ D. Bręczewska-Kulesza, *Architektura w służbie medycyny. Ewolucja układów architektoniczno-urbanistycznych szpitali dla psychicznie chorych na przykładzie pruskich, prowincjonalnych zakładów leczniczo-opiekuńczych z XIX i początku XX stulecia*, Wydawnictwa Uczelniane UTP, Bydgoszcz 2020.

²⁴⁷ D. Bręczewska-Kulesza, *Timelessness. The Phenomenon of Prussian Hospitals for the Mentally and Nervously Ill from the Turn of the 19th and 20th Centuries*, [w:] *Definiowanie przestrzeni architektonicznej – tradycja i nowoczesność architektury/Defining the Architectural Space – Tradition and Modernity in Architecture*, T. Kozłowski (red.), t. 4, Oficyna Wydawnicza ATUT – Wrocławskie Wydawnictwo Oświatowe, Wrocław 2019, s. 55-68.

psychiatrycznych z przełomu XIX i XX w., dzięki ich współczesnej reinterpretacji, może zostać wykorzystany do powstawania wartościowych zespołów architektoniczno-krajobrazowych²⁴⁸.

Pierwotny plan założenia był regularny – osiowy i symetryczny – oraz posiadał układ pawilonowy. Był on stopniowo rozbudowywany wraz z rozwojem Szpitala. Początkowy regularny układ urbanistyczny polegał na wytworzeniu centralnego, w przybliżeniu prostokątnego, reprezentacyjnego dziedzińca poprzez budowę czterech budynków szpitalnych dla pacjentów na jego obrzeżach i dodatkowych zabudowań o funkcji usługowej dla nich w części środkowej pomiędzy nimi. Powstające stopniowo pawilony posiadały kilka kondygnacji i zasadniczo prostokątny kształt rzutu poziomego, z niewielkimi ryzalitami i skośnymi wielospadowymi dachami pokrytymi dachówką ceramiczną w kolorze naturalnym. Budynki te były pierwotnie połączone ze sobą zadaszonymi galeriami, które w późniejszym okresie zostały rozebrane.

Obiekty zabytkowe można zaliczyć do architektury ceglanej w nurcie historyzmu. Charakter zabudowy i jego estetyka są spójne, konsekwentnie były one utrzymywane, chociaż z pewnymi dodającymi uroku kompleksowi różnicowaniami, od początku budowy przez kolejne lata jego rozwoju.

Na rycinie 1 przedstawiono widok z kierunku północno-wschodniego na rozległy plac wytworzony przez budynki znajdujące się na północ od pierwotnego centralnego dziedzińca, domknięty od strony północnej wpisany do rejestru zabytków zespołem dawnego zsekularyzowanego klasztoru oo. Bernardynów²⁴⁹. Zespół Szpitala dla Nerwowo i Psychicznie Chorych przy ulicy Sądowej w Świeciu posiada aż 17 wpisów w prowadzonym przez Wojewódzkiego Konserwatora Zabytków w Toruniu spisie dla Powiatu Świeckiego, Miasta i Gminy Świecie pn. *Zabytki nieruchomości niewpisane do rejestru zabytków ujęte w wojewódzkiej ewidencji zabytków*²⁵⁰. Znajdują się w nim kolejno: budynek dyrekcji, pawilony Ia i Ib, II, III, IV/V, VI/XIII, IX, X, XI, XVI, kuchnia, apteka, domy nr 26, 2, 27 oraz park. Tak duża reprezentacja obiektów tworzących zespół architektoniczno-urbanistyczny świadczy o docenieniu przez służbę konserwatorską jego wartości kulturowych. Ten ostatni problem – wartości zabytku – jest kluczowy, jeżeli chodzi o formułowanie wniosków i wytycznych konserwatorskich. W przeszłości autor niniejszej pracy omawiał już szerzej istotne zasady, którymi warto się kierować działając przy zabytkach, m.in. związane z wartościami, potrzebami oraz immanentnie z nimi powiązaną odpowiedzialnością w obszarze dziedzictwa kulturowego²⁵¹. Wśród wielu reguł postępowania w tej dziedzinie najpowszechniej respektowana wydaje się być, przypisywana Hipokratesowi, maksyma etyczna *primum non nocere*, czyli z łaciny „po pierwsze nie szkodzić”. Więcej na temat zasad postępowania z zabytkami i terenami zabytkowymi można znaleźć w dwóch fundamentalnych dokumentach doktrynalnych w tym przedmiocie, jakimi są *Karta Ateńska Ochrony Zabytków i Sztuki*²⁵² oraz *Karta Wenecka*²⁵³.

²⁴⁸ A. Staniewska, *Ogrody szpitali psychiatrycznych z przełomu XIX i XX wieku – reinterpretacja*, „Wiadomości Konserwatorskie” 2018, nr 53, s. 55-66,

https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&opi=89978449&url=https://yadda.icm.edu.pl/baztech/element/bwmeta1.element.baztech-ac14e206-3d61-4907-9ce7-6e9b8428bc43/c/StaniewskaA_Ogrody-Szpitali.pdf&ved=2ahUKEwiB9tratdSQAxXi9AIHHaEMOmKQFnoEC-BsQAQ&usq=AOvVaw2saKQmjVoSbnrYLYXewwIAL (dostęp: 29.09.2025).

²⁴⁹ W rejestrze zabytków można znaleźć dwa wpisy dotyczące budynków przy ulicy Sądowej w Świeciu. Pierwszy dotyczy kościoła w stylu gotyckim z pocz. XV w., który obecnie jest kościołem parafialnym pw. Niepokalanego Poczęcia Najświętszej Marii Panny. Drugi z kolei dotyczy klasztoru, obecnie szpitala psychiatrycznego z lat 1696-1718, wybudowanego w stylu barokowym – został włączony w poczet zabudowań szpitalnych, aczkolwiek nie jest on oryginalnie i stylistycznie zintegrowany z zespołem szpitalnym budowanym po jego południowej stronie od połowy XIX w.

²⁵⁰ Wojewódzki Konserwator Zabytków w Toruniu, *Zabytki nieruchomości niewpisane do rejestru zabytków ujęte w wojewódzkiej ewidencji zabytków* – dla Powiatu Świeckiego, Miasto i Gmina Świecie. Źródło – strona internetowa Wojewódzkiego Konserwatora Zabytków w Toruniu, <https://www.torun.wkz.gov.pl/bip/art/files/136?utm> (dostęp: 29.09.2025).

²⁵¹ A.F. Furmanek, *Odpowiedzialność etyczna architekta w dziedzinie materialnego dziedzictwa kulturowego w Polsce* (rozprawa doktorska), Politechnika Warszawska, Wydział Architektury, Warszawa 2013, <https://repo.pw.edu.pl/docstore/download/WUT9028dd1fb87044e0ab21f2804dcd6e59/A.F.Furmanek+rozprawa+doktorska+WA+PW.pdf> (dostęp: 29.09.2025).

²⁵² Postanowienia Konferencji w Atenach w 1931 r. (zwane: Karta Ateńska Ochrony Zabytków i Sztuki).

²⁵³ Międzynarodowa Karta Konserwacji i Restauracji Zabytków i Miejsc Zabytkowych (zwana w skrócie: Karta Wenecka) – Postanowienia i Uchwały Międzynarodowego Kongresu Architektów i Techników Zabytków w Wenecji w 1964 r., Wenecja 1964.



Ryc. 1. Świecie. Widok na zespół budynków Wojewódzkiego Szpitala Zdrowia Psychicznego im. dr. Józefa Bednarza (fot. autor)

4. PROBLEMATYKA POŻARNICZA

Konieczność zapewnienia odpowiedniego bezpieczeństwa pożarowego w odniesieniu do istniejącego zespołu obiektów budowlanych oraz przyszłych inwestycji budowlanych w jego obszarze wynika z odpowiednich przepisów w tym zakresie²⁵⁴. Na ich podstawie, zupełnie generalizując, można stwierdzić, że ochrona przeciwpożarowa „polega [...] na realizacji przedsięwzięć mających na celu ochronę życia, zdrowia, mienia lub środowiska przed pożarem, klęską żywiołową lub innym miejscowym zagrożeniem [...]”²⁵⁵. Nie można też utracić z pola widzenia wielu innych aktów prawnych regulujących proces budowlany, ochronę zabytków i ochronę przeciwpożarową. Najważniejszymi z nich, które warto tu przytoczyć, są *Ustawa – Prawo budowlane*²⁵⁶ i *Ustawa o ochronie zabytków i opiece nad zabytkami*²⁵⁷. Wiele wspomnianych na kolejnych stronach problemów ochrony, jak i urządzeń przeciwpożarowych jest szerzej uregulowanych w podstawowym rozporządzeniu w tym zakresie²⁵⁸. Problem styku zespołów urbanistycznych, obejmujących architekturę zabytkową, z zagadnieniem ochrony przeciwpożarowej posiada już literaturę przedmiotu. Wśród prac na ten temat, przygotowanych przez polskich badaczy, można tu wspomnieć artykuły naukowe, np. dotyczące aktualnych norm dla potrzeb oceny i klasy-

²⁵⁴ Ustawa z dnia 24 sierpnia 1991 r. o ochronie przeciwpożarowej (t.j. Dz.U. 2022, poz. 2057 z późn. zm.).

²⁵⁵ Ibidem, art. 1.

²⁵⁶ Ustawa z dnia 7 lipca 1994 r. – Prawo budowlane (t.j. Dz.U. 2002, poz. 682, 553, 967 z późn. zm.).

²⁵⁷ Ustawa z dnia 23 lipca 2003 r. o ochronie zabytków i opiece nad zabytkami (t.j. Dz.U. 2022, poz. 840).

²⁵⁸ Rozporządzenie Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z dnia 7 czerwca 2010 r. w sprawie ochrony przeciwpożarowej budynków, innych obiektów budowlanych i terenów (t.j. Dz.U. 2023, poz. 822).

fikacji zagrożenia pożarowego historycznych budynków²⁵⁹ czy potrzeby systemowego zarządzania bezpieczeństwem na przykładzie Starego Miasta w Warszawie autorstwa Mariusza Pecia²⁶⁰, wpływu wymogów ochrony ppoż. na dziedzictwo kulturowe polskich starówek opracowane przez autora niniejszej pracy²⁶¹, a także studium przypadku ochrony przeciwpożarowej na przykładzie historycznych budynków w Słowacji²⁶². Istotną kwestią w nich podkreślaną jest odpowiednie zarządzanie w tym zakresie.

W przepisach techniczno-budowlanych obowiązujących w Polsce istnieje wiele zapisów, które mają istotne znaczenie dla przedmiotowego założenia architektoniczno-urbanistycznego. Nie ma oczywiście tu miejsca na ich szczegółowe omawianie, zasadne jednak jest wyszczególnienie podstawowych problemów, na które warto zwrócić uwagę. Wśród nich na pewno wymienić wypada wymóg zapewnienia odpowiedniej odległości pomiędzy budynkami²⁶³. Kolejny to dostęp dla straży pożarnej do budynków, a więc przede wszystkim zapewnienie dojazdu do chronionych budynków w formie drogi pożarowej, która powinna posiadać odpowiednie parametry, określone w dedykowanym między innymi temu zagadnieniu rozporządzeniu²⁶⁴. Należy mieć na względzie, że pomiędzy drogą pożarową a chronionym budynkiem nie powinno być przeszkód w postaci stałych elementów zagospodarowania terenu lub drzew i krzewów o wysokości przekraczającej 3 metry, które uniemożliwiałyby dostęp do elewacji budynku realizowany przy użyciu podnośników i drabin mechanicznych²⁶⁵. W tym aspekcie rewizji wypadaloby poddać istniejącą zieleń w postaci drzew znajdujących się pomiędzy drogą pożarową a chronionymi budynkami, a także zwracać na ten problem uwagę w przypadku nowych nasadzeń. Sensowne jest też wyznaczenie w terenie miejsca lub miejsc zbiórki na wypadek pożaru.

Na rycinie 2 pokazano przykładowy budynek z oddziałem szpitalnym, o charakterystycznych dla całego kompleksu rozwiązaniach bryłowo-materiałowych, przede wszystkim w postaci ceglanej elewacji i skośnego dachu pokrytego dachówką ceramiczną. Wyróżnia się on od pozostałych tym, że ma wyraźnie ukształtowany w rzucie poziomym kształt litery L, przez co wytwarza domknięcie narożnikowe wewnętrznego dziedzińca przy prostokątnym skrzyżowaniu dróg wewnętrznych. Ma też pewne zróżnicowania stylistyczne artykulacji elewacji w porównaniu z pozostałymi obiektami. W budynku tym znajdują się obecnie dwa oddziały Szpitala: Oddział VII – Dzieci i Młodzieży (na I piętrze) i Oddział X/XA – Ogólny Męski (na parterze). Poddasze w trakcie wizyty *in situ* autora w 2024 r. było w trakcie adaptacji na cele użytkowe (co widać na kolejnych ilustracjach ryc. 3 i 4), która już obecnie dobiegła końca i jest ono użytkowane.

W kontekście zapewnienia wody do gaszenia pożaru, poza oczywistymi, niewymagającymi omawiania tu zagadnieniami, takimi jak sieć i instalacja wodociągowa przeciwpożarowa czy hydranty przeciwpożarowe zewnętrzne i wewnętrzne, warto rozważyć stworzenie zapasowego źródła wody do gaszenia pożaru np. w formie podziemnego zbiornika. Mógłby on pozwolić zwiększyć jakość ochrony szczególnie wrażliwych pomieszczeń poprzez zainstalowanie w nich stałych urządzeń gaśniczych wodnych (tzw. instalacji tryskaczowej). W takim przypadku konieczne byłoby uruchomienie też przepompowni przeciwpożarowej.

²⁵⁹ A. Jurecki, W. Grześkowiak, M. Wieruszewski, *Current Standards for the Purposes of Assessing and Classifying Fire Hazards in Historic Buildings*. *Fire* 2025, 8, 410, <https://doi.org/10.3390/fire8110410> (dostęp: 01.11.2025).

²⁶⁰ M. Pecio, *Model zarządzania bezpieczeństwem pożarowym obiektów zabytkowych*, „Zeszyty Naukowe SGSP” 2018, nr 1, s. 77–96, <https://zeszytynaukowe-sgsp.pl/api/files/view/1381269.pdf> (dostęp: 29.09.2025).

²⁶¹ A.F. Furmanek, *Impact of the Fire Protection Requirements on the Cultural Heritage of the Polish Old Towns – Selected Problems*, „Sustainability” 2025, nr 17 (1), s. 176, <https://doi.org/10.3390/su17010176> (dostęp: 29.09.2025).

²⁶² J. Jaďuďová, L.M. Osvaldová, S. Gašpercová, D. Řehák, *The Analysis of Fire Protection for Selected Historical Buildings as a Part of Crisis Management: Slovak Case Study*, „Sustainability” 2025, nr 17 (15), s. 6743, <https://doi.org/10.3390/su17156743> (dostęp: 28.09.2025).

²⁶³ Rozporządzenie Ministra Infrastruktury z dnia 12 kwietnia 2002 r. w sprawie warunków technicznych, jakim powinny odpowiadać budynki i ich usytuowanie (t.j. Dz.U. 2022, poz. 1225 z późn. zm.), § 271 ÷ § 273.

²⁶⁴ Rozporządzenie Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z dnia 24 lipca 2009 r. w sprawie przeciwpożarowego zaopatrzenia w wodę oraz dróg pożarowych (Dz.U. 2009 Nr 124, poz. 1030).

²⁶⁵ Ibidem, § 12 ust. 2.



Ryc. 2. Świecie. Widok na jeden z przebudowywanych budynków Szpitala (fot. autor)

Priorytety ochrony przeciwpożarowej w razie zagrożenia dla tego rodzaju terenów z budynkami, w których może przebywać dużo osób, są następujące – najważniejszą wartością jest zdrowie i życie ludzkie, a dopiero w dalszej kolejności mienie i środowisko. Dobitnie to przypomina pożar filii w Górnej Grupie w 1980 r. Jak już wspomniano wyżej, przyczynił się on do istotnych zmian w zakresie bezpieczeństwa pożarowego w głównym kompleksie w Świeciu, które stopniowo wprowadzano w kolejnych latach po tej tragedii. Dzięki temu w istniejących budynkach tego zespołu przeprowadzono przeglądy instalacji grzewczych i elektrycznych. W obiektach wprowadzono nowe instalacje systemu alarmu pożarowego, a także czujniki dymu.

O wiele trudniejszą, ale niezwykle potrzebną zmianą, która czekała na Szpital po 1980 r., było rozpoczęcie sukcesywnej adaptacji obiektów (w zależności od sytuacji była to przebudowa lub rozbudowa) pod kątem zapewnienia w nich klatek schodowych ewakuacyjnych, przy czym proces ten tylko częściowo można uznać za ukończony. Jest to ważny element jednego z najistotniejszych problemów ochrony przeciwpożarowej w odniesieniu do omawianej instytucji, jakim jest ewakuacja. Częściowo wiąże się on z podziałem budynków na strefy pożarowe. Stworzenie przynajmniej dwóch alternatywnych dróg ewakuacyjnych z pomieszczeń pacjentów znacząco zwiększa ich szanse na uratowanie w razie pożaru lub innego zagrożenia. W praktyce umożliwia też zastosowanie o wiele mniej rygorystycznych standardów, jeżeli chodzi o długości dojść na drogach ewakuacyjnych. Warto tu przytoczyć w skrócie odpowiednie przepisy tego dotyczące²⁶⁶. Otóż, dla strefy zagrożenia ludzi ZL II (odpowiednich dla osób z trudnościami w poruszaniu się, a więc np. pacjentów oddziałów szpitalnych) dopuszczalna maksymalna długość dojścia ewakuacyjnego przy jednym dojściu wynosi tylko 10 metrów, a przy dwóch dojściach – 40 metrów dla dojścia krótszego i 80 metrów dla dojścia dłuższego.

²⁶⁶ Rozporządzenie Ministra Infrastruktury z dnia 12 kwietnia 2002 r...., § 253 ust. 3.



Ryc. 3. Świecie. Widok fragmentu wnętrza poddasza budynku widocznego na ryc. 2 podczas robót budowlanych (fot. autor)



Ryc. 4. Świecie. Widok innego fragmentu wnętrza poddasza budynku widocznego na ryc. 2 podczas robót budowlanych (fot. autor)

Związana z powyższym jest też kwestia, czy wyjście z klatki schodowej jest wyjściem ewakuacyjnym bezpośrednio na zewnątrz budynku (rozwiązanie lepsze pod kątem bezpieczeństwa pożarowego), czy też prowadzi pośrednio przez odcinek drogi ewakuacyjnej przez strefę pożarową ZL, co jest rozwiązaniem dopuszczalnym, ale tylko pod pewnymi rygorystycznymi warunkami, często trudnymi do spełnienia, zwłaszcza w istniejących budynkach. W przypadku obiektów zabytkowych zazwyczaj trzeba się zmierzyć z tym drugim wariantem. Kierunek otwierania drzwi jest również istotny, a zarazem w przypadku zabytków architektury często trudny do spełnienia. Powinny one otwierać się zgodnie z kierunkiem ewakuacji do przodu, jeżeli znajdują się na drogach ewakuacyjnych, ale też na wyjściu z pomieszczeń, dla których taki wymóg istnieje, oraz na wyjściach ewakuacyjnych z budynku.

Kończąc te dość ogólne, z uwagi na formę i dopuszczalną wielkość niniejszego tekstu, rozważania na temat stanu ochrony przeciwpożarowej zespołu szpitalnego w Świeciu warto zauważyć, że wypada on stosunkowo korzystnie pod względem trwałości i reakcji na ogień materiałów budowlanych zastosowanych w przegrodach zewnętrznych, gdyż ściany i pokrycie dachów są przeważnie ceramiczne, w niektórych przypadkach elewacje zostały dodatkowo otynkowane, chociaż w większości elewacje są nieotynkowane. Elementy drewniane na zewnątrz są nieliczne. W większym stopniu można je zauważyć we wnętrzach, przede wszystkim w postaci stolarki drzwiowej i więźby dachowej (ryc. 3). Wprowadzane izolacje termiczne stropodachów są wykonywane z wełny mineralnej miękkiej, co widać na ryc. 4. Jest to rozwiązanie korzystne zarówno z uwagi na poprawę warunków ochrony ppoż., jak i zasady fizyki budowli (izolacyjność termiczną przegród budowlanych).

5. DYSKUSJA I PODSUMOWANIE

Od czasów powstania Szpitala w Świeciu wielokrotnie zmieniały się metody leczenia, jak i zasady organizacji pracy. Skupiając się na ostatnich latach, można zauważyć wyraźną tendencję polegającą na odejściu od przestarzałych instytucjonalnych rozwiązań w tym zakresie na rzecz tworzenia i wprowadzania nowych standardów projektowych i funkcjonalnych dla placówek psychiatrycznych. Priorytetem jest to, aby były one oparte na dowodach naukowych, a także zasadach opieki skoncentrowanej na pacjencie. Powinny zostać stworzone ujednolicone standardy projektowania, które kładłyby większy nacisk na komfort i godność pacjenta. Jakość przestrzeni terapeutycznej powinna być istotnym elementem oceny placówki szpitalnej, a nie tylko liczba miejsc dla pacjentów. Współcześnie projektując szpital należy brać pod uwagę różnorodne wytyczne projektowe, które łączą wysokie standardy bezpieczeństwa z kreowaniem przyjaznego i leczniczego otoczenia. Wśród nich można wyróżnić środowisko terapeutyczne i prozdrowotne, funkcjonalność, która równocześnie zakłada możliwość nienachalnej obserwacji pacjentów, poszanowanie ich godności, autonomii i prywatności, a także fizyczne bezpieczeństwo przebywających w obiekcie osób. Istotnym elementem tej ostatniej wytycznej jest problem bezpieczeństwa pożarowego.

Kolejnym ważnym trendem, obserwowanym od dawna za granicą, a stopniowo również w kraju, jest integracja szpitali psychiatrycznych z siecią ogólnomedyczną, a więc z ogólnym systemem ochrony zdrowia. W myśl tej idei opieka psychiatryczna nie powinna być oferowana gdzieś na obrzeżach społeczeństwa, lecz stać się integralną częścią systemu medycznego i lokalnej społeczności, gdyż jest to korzystne nie tylko ze względów terapeutycznych, ale też organizacyjnych i ekonomicznych. Dodatkowym walorem takiego podejścia jest ograniczenie stygmatyzacji pacjentów. Jednym z aspektów takiej integracji jest tworzenie sieci oraz powiązań organizacyjnych pomiędzy poszczególnymi placówkami medycznymi. Ma to praktyczne zalety, np. pozwala ograniczyć koszty dzięki optymalizacji infrastruktury w celu lepszego wykorzystania posiadanych zasobów, a także zwiększyć efektywność organizacyjną działań. To zjawisko wpisuje się w tendencję do stopniowego otwierania lecznictwa psychiatrycznego w stronę społeczeństwa, oczywiście w dopuszczalnych ramach, zamiast trzymania się dotychczasowego zamkniętego systemu leczenia, który – jak pokazała praktyka – nie do końca się sprawdził.

Trzecim, wyraźnie zauważalnym na świecie, współczesnym zjawiskiem dotyczącym dużych historycznych założeń szpitali psychiatrycznych, dawniej często nazywanych azylami, jest ich adaptacja na nowe funkcje, a przy tej okazji zmiana ich niegdyś zamkniętego charakteru na korzyść otwarcia dla społeczeństwa. W architekturze światowej, jak i polskiej znane są przypadki z ostatniego półwiecza, kiedy to poddawano je daleko zakrojonym transformacjom w celu nadania funkcji przede wszystkim mieszkaniowej o wysokiej jakości, jak i na inne przeznaczenia – kulturowe, edukacyjne, społeczne, czy wielofunkcyjne (usługowo-mieszkaniowe).

Historyczny zespół obiektów architektonicznych Szpitala w Świeciu okazał się dobrym przykładem do przeprowadzenia analizy pod kątem wymagań ochrony przeciwpożarowej. Przeprowadzone badania skłaniają do refleksji, że zadanie to, niewątpliwie trudne i kosztowne, jest stopniowo, aczkolwiek konsekwentnie, w miarę posiadanych możliwości organizacyjnych i ekonomicznych, realizowane w praktyce. Poziom bezpieczeństwa pożarowego znacząco wzrósł od początków tej instytucji, a więc na przełomie ostatnich 170 lat, a szczególnie od lat 80. XX w.

Nie wszystkie zaobserwowane w Szpitalu w Świeciu kierunki zmian w substancji budowlanej i otoczeniu nie pozostawiają wątpliwości. Są też i takie, które skłaniają do krytycznej refleksji. W ostatnim czasie kilka budynków zostało rozbudowanych o smukłe, przeszklone zewnętrzne dobudowy będące obudową szybów dźwigowych. Niewątpliwie kwestia dostępności – z poziomu terenu do nadziemnych kondygnacji użytkowych – dla osób niepełnosprawnych ruchowo zostanie dzięki nim rozwiązana. Ze strony pożarniczej ważnym, podkreślonym wyżej problemem jest odpowiednia ewakuacja. Znacząco poprawia sytuację w tym zakresie stworzenie obudowanej przeciwpożarowo ewakuacyjnej klatki schodowej. Mogłaby ona obejmować szyb dźwigowy czy platformę hydrauliczną. Jak widać, na realizowanych przykładach nie zdecydowano się na to. Pewnie przeważały względy nie tylko ekonomiczne, ale też estetyczne. Inną perspektywiczną potrzebą może być budowa wspomnianego w poprzednim rozdziale zbiornika na wodę do celów przeciwpożarowych, a także przepompowni przeciwpożarowej. Warto już dziś rozważyć ich potencjalne lokalizacje, aby stworzyć na te przyszłe cele rezerwę terenu.

W przypadku większości zabudowań placówki w Świeciu istotne są nie tylko koszty finansowe adaptacji i przystosowania do współczesnych rygorystycznych wymogów ochrony przeciwpożarowej. Fundamentalną kwestią dla tego założenia jest szeroko rozumiana ochrona dziedzictwa kulturowego. Zarządzanie nim jest długofalowym procesem, w którym spotykają się ze sobą różne wartości i potrzeby. W omawianym przypadku architektura i urbanistyka z medycyną, a także ochrona konserwatorska z ochroną przeciwpożarową. Relacje trudne, ale jak widać na przykładzie zespołu szpitalnego w Świeciu możliwe jest znalezienie kompromisu satysfakcjonującego priorytety stanowisk z różnych, tak odmiennych stron.

Bibliografia

- Barełkowski R., Rosolski S., *Multilevel Integration of Design and the Quality of Life in Urban Space Issue*, "Space & FORM/Przestrzeń i Forma" 2022, nr 50, s. 251-274, <https://doi.org/10.21005/pif.2022.50.C-01> (dostęp: 01.11.2025).
- Bręczewska-Kulesza D., *Humanitarne trendy w psychiatrii w I połowie XIX wieku i ich wpływ na architekturę zakładów zdrowotnych. Teoria i praktyka – kasus zakładu w Świeciu nad Wisłą*, [w:] *Przestrzeń jako laboratorium. Perspektywy, studia, interwencje*, R. Barełkowski (red.), Wydawnictwo Exemplum, Poznań 2014, s. 102–117.
- Bręczewska-Kulesza D., *Architektura w służbie medycyny. Ewolucja układów architektoniczno-urbanistycznych szpitali dla psychicznie chorych na przykładzie pruskich, prowincjonalnych zakładów leczniczo-opiekuńczych z XIX i początku XX stulecia*, Wydawnictwa Uczelniane UTP, Bydgoszcz 2020.
- Bręczewska-Kulesza D., *Timelessness. The Phenomenon of Prussian Hospitals for the Mentally and Nervously Ill from the Turn of the 19th and 20th Centuries*, [w:] *Definiowanie przestrzeni architektonicznej – tradycja i nowoczesność architektury / Defining the Architectural Space – Tradition and Modernity in Architecture*, T. Kozłowski (red.), t. 4, Oficyna Wydawnicza ATUT – Wrocławskie Wydawnictwo Oświatowe, Wrocław 2019, s. 55-68.
- Dankiewicz K., *Zabytkowy szpital – problematyczna koegzystencja podmiotu z przedmiotem ochrony konserwatorskiej*, „Builder” 2021, nr 290 (9), s. 41-43, <https://repo.pw.edu.pl/docstore/download/WUTca7711b7118e476fb61c9b37864cd46e/1704645.pdf?entityId=WUTe1966c4ca8b143a6817b15fa657c58c0&entity-Type=article> (dostęp: 01.11.2025).
- Furmanek A.F., *Impact of the Fire Protection Requirements on the Cultural Heritage of the Polish Old Towns—Selected Problems*, "Sustainability" 2025, nr 17 (1), p. 176, <https://doi.org/10.3390/su17010176> (dostęp: 29.09.2025).
- Furmanek A.F., *Odpowiedzialność etyczna architekta w dziedzinie materialnego dziedzictwa kulturowego w Polsce* (rozprawa doktorska), Politechnika Warszawska, Wydział Architektury, Warszawa 2013, <https://repo.pw.edu.pl/docstore/download/WUT9028dd1fb87044e0ab21f2804dcd6e59/A.F.Furmanek+rozprawa+doktorska+WA+PW.pdf> (dostęp: 29.09.2025).
- Gawlak A., *Mieszkanie dla zdrowia. Projektowanie dla przyszłych seniorów*, Wydawnictwo Politechniki Poznańskiej, Poznań 2022.

- Gawlak A., Smyl D., *Projektowanie architektury wspierającej procesy terapii na przykładzie wybranych szpitali psychiatrycznych w Polsce i w oparciu o ocenę percepcji leczenia wśród młodzieży*, „Teka Komisji Architektury, Urbanistyki i Studiów Krajobrazowych PAN Oddział w Lublinie” 2023, nr 19 (2), s. 106-123, <https://doi.org/10.35784/teka.3712> (dostęp: 01.11.2025).
- Gawlak A., Smyl D., *Social perception of psychiatric treatment of adolescents in Poland and quality of hospital space from the perspective of potential patients*, „Acta Neuropsychologica” 2024, nr 22 (2), s. 241-259, <https://doi.org/10.5604/01.3001.0054.5442> (dostęp: 01.11.2025).
- Gerber P., *Historyczne szpitale – zapomniane dziedzictwo. Historical Hospitals: Forgotten Heritage*, „Wiadomości Konserwatorskie” 2022, nr 70, <https://doi.org/10.48234/WK70HOSPITALS> (dostęp: 01.11.2025).
- Gerber P., *Ochrona i modernizacja zabytkowych szpitali*, Oficyna Wydawnicza Politechniki Wrocławskiej, Wrocław 2019.
- Gerber P., *Problemy modernizacji zabytkowych szpitali*, „Wiadomości Konserwatorskie” 2007, nr 22, s.109-111, <https://bibliotekanauki.pl/articles/217508.pdf> (dostęp: 01.11.2025).
- Jadudová J., Osvaldová L.M., Gašpercová S.; Řehák D., *The Analysis of Fire Protection for Selected Historical Buildings as a Part of Crisis Management: Slovak Case Study*, „Sustainability” 2025, nr 17 (15), 6743, <https://doi.org/10.3390/su17156743> (dostęp: 28.09.2025).
- Jaśkiewicz-Sojak A., *Wielkie założenia szpitalne Prus Wschodnich i Zachodnich – zarys problematyki*, „Warmińsko-Mazurski Biuletyn Konserwatorski” 2014, Towarzystwo Opieki nad Zabytkami, Oddział w Olsztynie, s. 22-33, https://tonz.olsztyn.pl/wp-content/uploads/2019/12/BK-2014_internet-pages-23-34.pdf (dostęp: 29.09.2025).
- Jurecki, A., Grześkowiak, W., Wieruszewski, M. *Current Standards for the Purposes of Assessing and Classifying Fire Hazards in Historic Buildings*. „Fire” 2025, vol. 8, 410, <https://doi.org/10.3390/fire8110410> (dostęp: 01.11.2025).
- Kujawski R., Muszyńska K., Rutkowski D., Urbańska M., Kwiatkowski Ł., Schmelter W., *Wojewódzki Szpital Zdrowia Psychicznego w Świeciu – 170 lat historii (1855–2025)*, Wydawca Wojewódzki Szpital Zdrowia Psychicznego, Świecie 2025.
- Lenartowicz J.K., *Słownik psychologii architektury*, Wydawnictwo Politechniki Krakowskiej, Kraków 2010.
- Międzynarodowa Karta Konserwacji i Restauracji Zabytków i Miejsc Zabytkowych (zwana w skrócie: Karta Wenecka) – Postanowienia i Uchwały Międzynarodowego Kongresu Architektów i Techników Zabytków w Wenecji w 1964 r., Wenecja 1964.
- Oficjalna strona internetowa Wojewódzkiego Szpitala Zdrowia Psychicznego im. dr. Józefa Bednarza w Świeciu, <https://www.szpital-swiecie.pl/o-nas/historia#:~:text=Za%20za%C4%85%C5%BCek%20Szpitala%20Psychiatrycznego%20w.pacjent%C3%B3w%2C%20a%20w%201889%20r> (dostęp: 28.09.2025).
- Pecio M., *Model zarządzania bezpieczeństwem pożarowym obiektów zabytkowych*, „Zeszyty Naukowe SGSP” 2018, nr 1, s. 77–96, <https://zeszytynaukowe-sgsp.pl/api/files/view/1381269.pdf> (dostęp: 29.09.2025).
- Portal internetowy Otwarte Dane, *Rejestr zabytków nieruchomych – plik CSV*, https://dane.gov.pl/pl/dataset/1130,rejestr-zabytkow-nieruchomych/resource/67123/table?page=1&per_page=20&q=%C5%9Awiecie&sort= (dostęp: 30.09.2025).
- Postanowienia Konferencji w Atenach w 1931 r. (zwane: Karta Ateńska Ochrony Zabytków i Sztuki).
- Rozporządzenie Ministra Infrastruktury z dnia 12 kwietnia 2002 r. w sprawie warunków technicznych, jakim powinny odpowiadać budynki i ich usytuowanie (t.j. Dz.U. 2022, poz. 1225 z późn. zm.).
- Rozporządzenie Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z dnia 7 czerwca 2010 r. w sprawie ochrony przeciwpożarowej budynków, innych obiektów budowlanych i terenów (t.j. Dz.U. 2023, poz. 822).
26. Rozporządzenie Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z dnia 24 lipca 2009 r. w sprawie przeciwpożarowego zaopatrzenia w wodę oraz dróg pożarowych (Dz. U. 2009 Nr 124, poz. 1030).
- Śluchocka K., *Forma, obraz, słowo. Architektura, idea, sztuka / Form, image, word. Architecture, idea, art*, Wydawnictwo Politechniki Poznańskiej, Poznań 2021.
- Staniewska A., *Ogrody szpitali psychiatrycznych z przełomu XIX i XX wieku – reinterpretacja*, „Wiadomości Konserwatorskie” 2018, nr 53, s. 55-66, https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&opi=89978449&url=https://yadda.icm.edu.pl/baztech/element/bwmeta1.element.baztech-ac14e206-3d61-4907-9ce7-6e9b8428bc43/c/StaniewskaA_Ogrody-Szpitali.pdf&ved=2ahUKFEwiB9tratdSOAxXi9AIHHaEMOmKQFnoEC-BsQAQ&usg=AOvVaw2saKQmjVoSbnrYlXewwIAL (dostęp: 29.09.2025).
- Ustawa z dnia 7 lipca 1994 r. – Prawo budowlane (t.j. Dz.U. 2023, poz. 682, 553, 967 z późn. zm.).
- Ustawa z dnia 23 lipca 2003 r. o ochronie zabytków i opiece nad zabytkami (t.j. Dz.U. 2022, poz. 840).
- Ustawa z dnia 24 sierpnia 1991 r. o ochronie przeciwpożarowej (t.j. Dz.U. 2022, poz. 2057 z późn. zm.).
- Wojewódzki Konserwator Zabytków w Toruniu, *Zabytki nieruchome niewpisane do rejestru zabytków ujęte w wojewódzkiej ewidencji zabytków – dla Powiatu Świeckiego, Miasto i Gmina Świecie*. Źródło – strona internetowa Wojewódzkiego Konserwatora Zabytków w Toruniu, <https://www.torun.wkz.gov.pl/bip/art/files/136?utm> (dostęp: 29.09.2025).

Nota o autorze

Aleksander Filip Furmanek jest adiunktem w Katedrze Architektury i Urbanistyki, na Politechnice Bydgoskiej im. Jana i Jędrzeja Śniadeckich. Ukończył studia doktoranckie uzyskaniem stopnia doktora nauk technicznych w dyscyplinie naukowej architektura i urbanistyka na Wydziale Architektury Politechniki Warszawskiej. Posiada również wykształcenie uzupełniające w postaci ukończenia trzyletnich Studiów Podyplomowych Zabytkoznawstwa i Konserwatorstwa Dziedzictwa Architektonicznego – na Wydziale Sztuk Pięknych Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu. Ponadto, na Akademii Pożarniczej w Warszawie, ukończył dwuletnie studia podyplomowe dla osób ubiegających się o wykonywanie zawodu rzeczoznawcy do spraw zabezpieczeń przeciwpożarowych. Był wielokrotnie nagradzany za swoją działalność dydaktyczną, naukową, społeczną i projektową. Brał udział w EU project SPINAKER "A.I. am here: digital-based business as a path for the sustainable building sector". Opublikował swoją rozprawę doktorską w otwartym repozytorium. Poza tym jego dotychczasowy dorobek publikacyjny obejmuje kilkanaście innych pozycji, w tym przede wszystkim artykuły naukowe i rozdziały w monografiach naukowych. Jest członkiem Krajowego Sądu Dyscyplinarnego Izby Architektów RP. Jego aktywność dydaktyczna dotyczy przede wszystkim architektury, ochrony dziedzictwa kulturowego, projektowania konserwatorskiego, architektonicznego i urbanistycznego oraz etyki zawodowej. Jego zainteresowania obejmują: architekturę, dziedzictwo kulturowe, konserwację zabytków, ochronę przeciwpożarową, technologię 3D, urbanistykę, gospodarkę przestrzenną, zrównoważony rozwój, BIM, CAD, GIS, Python i Toruń.

Kontakt: aleksander.furmanek@pbs.edu.pl

KAZUS WOJEWÓDZKIEGO SZPITALA ZDROWIA PSYCHICZNEGO IM. DR. JÓZEFA BEDNARZA W ŚWIECIU ORAZ CLINICHE DI SAN PIETRO (AOU DI SASSARI) WE WŁOSZECH. KONSEKWENCJE SPOŁECZNE LOKALIZACJI W CENTRUM MIASTA

THE CASE OF THE PROVINCIAL PSYCHIATRIC HOSPITAL NAMED AFTER DR. JÓZEF BEDNARZ IN ŚWIECIE AND THE CLINICHE DI SAN PIETRO (AOU DI SASSARI): SOCIAL IMPLICATIONS OF CENTRAL URBAN LOCATION

Streszczenie

Niniejsza publikacja podejmuje problematykę społeczno-przestrzennych konsekwencji lokalizacji i architektury obiektów służby zdrowia na przykładzie dwóch kontrastujących modeli: historycznego, monoprofilowego Wojewódzkiego Szpitala dla Nerwowo i Psychicznie Chorych im. dr. J. Bednarza w Świeciu oraz wielooddziałowego, akademickiego szpitala Cliniche di San Pietro (AOU di Sassari) – zlokalizowanego centralnie w mieście, w zabudowie współczesnej, pełniącego funkcje kliniczne i akademickie. Celem pracy jest określenie, jak różnice w typie zabudowy, profilu instytucjonalnym i stopniu integracji z tkanką miejską wpływają na odbiór społeczny i funkcjonowanie. Metody obejmują studium przypadku oparte na analizie dokumentów planistycznych, inwentaryzacji terenowej, analizie funkcjonalno-przestrzennej oraz przeglądzie literatury dotyczącej *therapeutic landscapes* i projektowania placówek zdrowia psychicznego. Wyniki wskazują na istotne różnice: obiekt historyczny wykazuje cechy izolacji przestrzennej i utrwalonej symboliki związanej ze stygmatyzacją, zaś szpital akademicki – wyższą intensywność ruchu użytkowników, powiązania z infrastrukturą miejską i wielofunkcyjność. W pracy zaznaczono ograniczenia porównania i zaproponowano rozszerzony zestaw mierników empirycznych do dalszych badań. Publikacja kończy się wskazaniem praktycznych wniosków dla urbanistów, decydentów oraz projektantów polityk zdrowotnych – szczególnie w zakresie planowania przestrzennego instytucji medycznych w kontekście ich społecznego oddziaływania.

Słowa kluczowe: integracja społeczna, lokalizacja instytucji medycznych, przestrzeń miejska, urbanistyka i zdrowie publiczne

Abstract

This article addresses the socio-spatial consequences of the location and architecture of healthcare facilities, using two contrasting models as case studies: the historical, single-specialization Provincial Hospital for Nervous and Mentally Ill Patients named after Dr. J. Bednarz in Świecie, and the multi-departmental academic hospital Cliniche di San Pietro (AOU di Sassari) – centrally located within the city, composed of contemporary buildings, and serving both clinical and academic functions. The aim is to determine how differences in building typology, institutional profile, and degree of integration with the urban fabric influence public perception and operational performance. The methodology is based on a case study approach combining the analysis of planning documents, on-site surveys, functional-spatial analysis, and a review of literature on therapeutic landscapes and the design of mental health facilities. The results indicate significant differences: the historical facility exhibits characteristics of spatial isolation and a symbolic association with stigmatization, whereas the academic hospital demonstrates higher user mobility, stronger connections with urban infrastructure, and greater multifunctionality. The paper acknowledges the limitations of the comparison and proposes an extended set of empirical indicators for further research. The article concludes with practical recommendations for urban planners, policymakers, and health policy designers – particularly in relation to the spatial planning of medical institutions and their broader social impact.

Keywords: medical institutions location, public health and urban planning, social integration, urban space

1. WSTĘP

Lokalizacja instytucji ochrony zdrowia w strukturze miejskiej stanowi przedmiot rosnącego zainteresowania w literaturze z zakresu urbanistyki, socjologii miasta oraz polityki zdrowotnej. W badaniach podkreśla się, że szpitale i kliniki nie są wyłącznie infrastrukturą usługową, lecz pełnią również funkcje społeczne, kulturowe i symboliczne²⁶⁷. Ich usytuowanie wpływa na procesy integracji i segregacji przestrzennej, poziom akceptacji społecznej oraz na kształtowanie lokalnej tożsamości. Szczególnie istotne są przypadki instytucji zlokalizowanych w centrach miast, gdzie oddziaływanie na tkankę społeczną i przestrzenną jest najbardziej widoczne.

Dotychczasowe analizy wskazują na znaczące różnice w odbiorze społeczności lokalnych wobec różnych typów placówek medycznych. Szpitale psychiatryczne, obciążone historycznie stygmatyzacją i praktykami izolacyjnymi²⁶⁸, nierzadko traktowane są jako instytucje marginalizowane, mimo ich centralnego położenia. Odmiennie postrzegane bywają kliniki akademickie, które dzięki powiązaniom z edukacją i badaniami zyskują prestiż oraz status otwartych i społecznie akceptowanych elementów przestrzeni miejskiej²⁶⁹. Ta rozbieżność stanowi punkt wyjścia do porównań między różnymi modelami obecności instytucji zdrowotnych w strukturze urbanistycznej.

Celem niniejszego opracowania jest analiza społecznych konsekwencji lokalizacji dwóch kontrastujących instytucji medycznych: Wojewódzkiego Szpitala Zdrowia Psychicznego im. dr. Józefa Bednarza w Świeciu nad Wisłą (Polska) oraz Cliniche di San Pietro (AOU di Sassari) we Włoszech. Obie jednostki zlokalizowane są w centrach miast, lecz odmienny charakter działalności (psychiatryczna kontra wielospecjalistyczna klinika akademicka) skutkuje różnicami w procesach integracyjnych i społecznej percepcji.

Teza zakłada, że to nie centralna lokalizacja, lecz profil instytucji i stopień jej zakorzenienia w strukturze miejskiej w decydującym stopniu kształtują odbiór społeczny. W konsekwencji, instytucje psychiatryczne – nawet usytuowane w centrum – pozostają często symbolicznie i przestrzennie izolowane, podczas gdy kliniki akademickie funkcjonują jako dynamiczne i prestiżowe elementy tkanki miejskiej.

Analiza opiera się na podejściu interdyscyplinarnym, łączącym urbanistykę, geografie społeczną, socjologię i politykę zdrowotną.

Uwzględniono dokumenty planistyczne, obserwacje terenowe oraz kontekst historyczno-kulturowy obu przypadków. Publikacja ma charakter porównawczy i zmierza do wskazania praktycznych implikacji dla urbanistów, projektantów oraz decydentów politycznych i władz samorządowych, odpowiedzialnych za lokalizację instytucji medycznych w strukturze miasta.

2. TŁO BADAWCZE, METODY BADAŃ I CEL PRACY

W literaturze dotyczącej projektowania obiektów ochrony zdrowia rośnie zainteresowanie wpływem lokalizacji, formy architektonicznej i organizacji przestrzeni na procesy terapeutyczne oraz społeczne postrzeganie instytucji medycznych (*therapeutic landscapes, healing environments*).

Współczesne badania podkreślają, że przestrzeń szpitalna – niezależnie od profilu klinicznego – kształtuje doświadczenia użytkowników, poczucie komfortu i stopień integracji z otoczeniem miejskim.

W Polsce nadal brakuje spójnych wytycznych planistycznych dotyczących lokalizacji oraz form nowych placówek medycznych, mimo dużej różnorodności istniejącej zabudowy – od historycznych kompleksów po nowoczesne ośrodki akademickie.

Celem omawianego badania jest:

²⁶⁷ W.M. Gesler, *Therapeutic Landscapes: Medical Geographic Research in Light of the New Cultural Geography*, "Elsevier" 1992, vol. 34, p. 735-746. Pojęcie *therapeutic landscapes* definiuje przestrzeń sprzyjającą uzdrawianiu – fizycznemu, psychicznemu i duchowemu.

²⁶⁸ E. Goffman, *Asylums: Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates*, Knopf Doubleday Publishing Group, New York 1990. Klasyczna analiza „totalnych instytucji”, w której szpitale psychiatryczne funkcjonują jako oddzielone społecznie przestrzenie.

²⁶⁹ R. Kearns, G. Moon, *From medical to health geography: novelty, place and theory after a decade of change*, "Progress in Human Geography" 2002, vol. 26 (5), p. 605-625. Artykuł opisujący przemiany w geograficznym podejściu do zdrowia, z naciskiem na znaczenie miejsca jako kategorii teoretycznej.

- 1) określenie, które cechy przestrzenne i instytucjonalne wpływają na odbiór społeczny i integrację obiektów służby zdrowia,
- 2) porównanie dwóch typów obiektów – historycznego szpitala psychiatrycznego oraz centralnego, współczesnego szpitala akademickiego z wieloma oddziałami – z punktu widzenia urbanistycznego, funkcjonalnego i symbolicznego,
- 3) zaproponowanie zestawu mierników empirycznych, które umożliwią bardziej obiektywną ocenę wpływu lokalizacji i formy zabudowy na społeczno-przestrzenne funkcjonowanie placówek.

Badanie ma charakter jakościowo-porównawczy (*comparative case study*) i obejmuje dwa przypadki o wyraźnie odmiennym charakterze zabudowy i profilu:

1. Świecie: historyczny, monoprofilowy szpital psychiatryczny – analiza skupia się na cechach związanych z historią zabudowy, izolacją przestrzenną i symboliką miejsca;
2. Sassari (Cliniche di San Pietro): centralny, niehistoryczny szpital akademicki z wieloma oddziałami – analiza koncentruje się na integracji z infrastrukturą miejską, natężeniu ruchu użytkowników oraz współistnieniu funkcji medycznych i akademickich.

Na podstawie analizy historycznej, materiałów prasowych (z lat 1855 – 1956), obserwacji terenowych przeprowadzonych w miesiącach luty–sierpień 2025 r. oraz inwentaryzacji usług towarzyszących w promieniu 500 m, autorzy klasyfikują Szpital w Świeciu jako instytucję o cechach izolacyjnych i z silnym ładunkiem stygmatycznym, natomiast Cliniche di San Pietro jako kompleks akademicki o wysokim prestiżu i szerokiej integracji z życiem miejskim.

Wybór przypadków oparto na kontraście funkcjonalnym: jeden obiekt to historycznie ukształtowany, wyspecjalizowany szpital psychiatryczny (Świecie), drugi – wielospecjalistyczny kompleks akademicki z szerokim zakresem usług medycznych (Sassari). Celem nie jest porównanie skali organizacyjnej czy liczby łóżek, lecz porównanie modeli instytucjonalnych i ich relacji z przestrzenią miejską. Z tego powodu wyniki interpretujemy jako wnioski dotyczące modelu obecności instytucji w tkance miejskiej, a nie jako uogólnienia dotyczące wszystkich szpitali psychiatrycznych czy klinik akademickich.

W ramach analizy porównawczej wykorzystano podejście interdyscyplinarne, łączące elementy urbanistyki, geografii społecznej, socjologii i polityki zdrowotnej. Obejmowało ono:

- analizę materiałów planistycznych i dokumentów strategicznych,
- badanie kontekstu przestrzennego i komunikacyjnego obu lokalizacji,
- obserwacje terenowe,
- analizę uwarunkowań historycznych i kulturowych związanych z funkcjonowaniem instytucji.

Zastosowanie analizy porównawczej w tym ujęciu umożliwia nie tylko opisanie specyfiki każdego z badanych szpitali, ale także wyciągnięcie wniosków o charakterze ogólniejszym. Mogą one stanowić wskazówkę dla urbanistów, projektantów i decydentów w zakresie planowania i integrowania instytucji medycznych z przestrzenią publiczną.

Porównanie dotyczy różnych typów obiektów – historycznego monofunkcyjnego kompleksu i współczesnego, centralnego szpitala akademickiego – dlatego wyniki interpretowane są w kategoriach modeli obecności instytucji w tkance miejskiej, a nie jako uniwersalne właściwości wszystkich szpitali psychiatrycznych czy placówek akademickich. Tam, gdzie to możliwe, autorzy mają świadomość, że wyniki badań należy uzupełnić o wskaźniki ilościowe i ankiety percepcyjne.

3. STUDIUM PRZYPADKU – WOJEWÓDZKI SZPITAL ZDROWIA PSYCHICZNEGO IM. DR. JÓZEFA BEDNARZA W ŚWIECIU

Wojewódzki Szpital Zdrowia Psychicznego w Świeciu został założony w XIX w. jako jeden z największych kompleksów psychiatrycznych w Europie. Lokalizacja w centralnej części miasta wynika z późniejszej ekspansji urbanistycznej – pierwotnie szpital projektowano jako odrębną jednostkę typu „miasto w mieście”²⁷⁰ (ryc. 1). Kompleks funkcjonujący przez dziesięciolecia w modelu izolacyjnym, do dziś zachowuje charakter przestrzeni odseparowanej od tkanki miejskiej²⁷¹.

²⁷⁰ https://www.szpital-swiecie.pl/o-nas/historia?utm_source=chatgpt.com (dostęp: 29.10.2025).

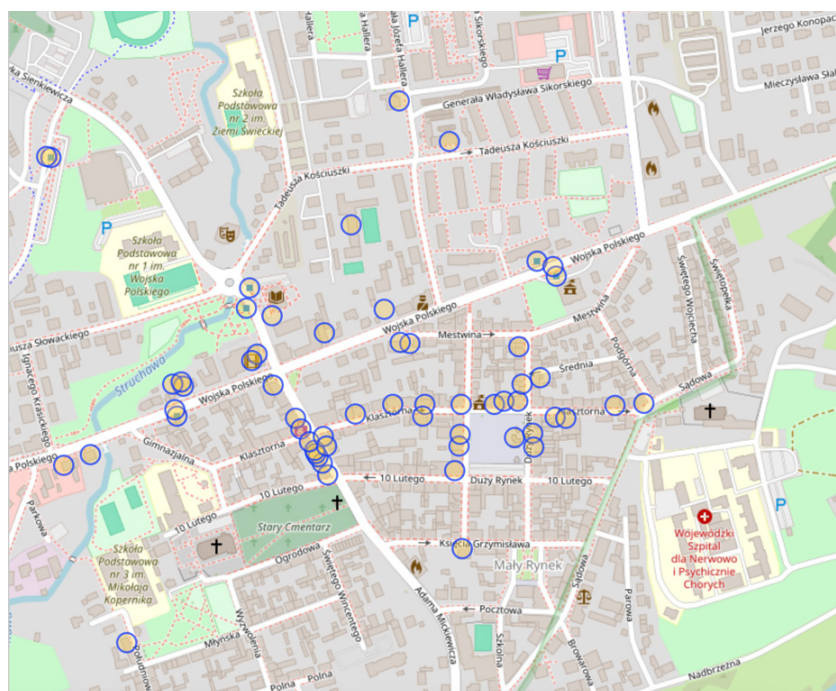
²⁷¹ A. Kowalska, *Stygmatyzacja pacjentów psychiatrycznych w Polsce – ujęcie socjologiczne*, „Psychiatria Polska” nr 58 (5), Polska Akademia Nauk, Warszawa 2024, s. 689-706.



Ryc. 1. Położenie Szpitala Psychiatrycznego w Świeciu w tkance miejskiej

Źródło: <https://bydgoszcz.wyborcza.pl/bydgoszcz/7,48722,30188707,urzednicy-nie-widza-nieprawidlowosci-na-oddziale-psychiatrii.html> (dostęp: 13.09.2025).

Spółeczny odbiór placówki obciążony jest symboliczną stygmatyzacją psychiatrii. Mieszkańcy często traktują teren szpitala jako obszar obcy, niedostępny i budzący dystans²⁷². Choć pojawiają się inicjatywy otwierania instytucji – np. organizacja wydarzeń kulturalnych czy projektów edukacyjnych – dominującym doświadczeniem pozostaje poczucie marginalizacji²⁷³. Pod względem gospodarczym szpital pełni istotną rolę jako jeden z największych pracodawców w regionie. Jednak jego wpływ na ożywienie przestrzeni publicznej jest ograniczony – brak usług towarzyszących i zamknięta struktura nie sprzyjają integracji z życiem miejskim²⁷⁴ (ryc. 2).



Ryc. 2. Rozłożenie usług w promieniu 500 m Wojewódzkiego Szpitala Psychiatrycznego im. dr. J. Bednarza w Świeciu nad Wisłą

Źródło: Opracowanie własne na podstawie obserwacji terenowych (2025) oraz Google Open Street Map.

²⁷² P. Nowak, *Projektowanie architektury wspierającej procesy terapii na przykładzie wybranych szpitali psychiatrycznych w Polsce*, „Studia Urbanistyczne i Architektoniczne”, nr 12 (2), Politechnika Warszawska, Warszawa 2021, s. 45–60.

²⁷³ https://nswiecie.pl/artukul/nowa-nazwa-nowa-jakosc-n1678423?utm_source=chatgpt.com

²⁷⁴ P. Nowak, op.cit.

Podsumowując, szpital w Świeciu, mimo śródmiejskiego usytuowania, pozostaje instytucją o izolacyjnym charakterze – ważną infrastrukturalnie, lecz społecznie i przestrzennie marginalizowaną.

4. STUDIUM PRZYPADKU – CLINICHE DI SAN PIETRO (AOU DI SASSARI)

W kontekście planowania miejskiej opieki zdrowotnej, szpitale wielospecjalistyczne powiązane z uczelniami wyższymi pełnią funkcję nie tylko ośrodków świadczenia usług medycznych, lecz także centrów wiedzy i badań naukowych, zintegrowanych przestrzennie z tkanką miejską²⁷⁵. **Cliniche di San Pietro w Sassari** stanowi przykład takiej instytucji, strategicznie zlokalizowanej w zwartej zabudowie śródmiejskiej, w bezpośrednim sąsiedztwie kampusu Uniwersytetu w Sassari oraz otaczających osiedli mieszkaniowych.

Dostępność komunikacyjna placówki – obejmująca główne arterie drogowe oraz rozwiniętą sieć autobusową – zwiększa jej dostępność i wzmacnia integrację z codziennym funkcjonowaniem miasta²⁷⁶. W otoczeniu Cliniche di San Pietro występuje koncentracja usług towarzyszących (apteki, punkty gastronomiczne, usługi), co przedstawiono na rycinie 3. W niniejszej analizie zrealizowano inwentaryzację punktów usługowych w promieniu 500 m, opartą na rejestrach komercyjnych i mapach miejskich (rok 2025). Pełne określenie wpływu ekonomicznego wymaga danych dotyczących zatrudnienia oraz przepływu pacjentów – dane te nie były dostępne w ramach obecnego badania i są wskazane jako rekomendacja dalszych badań.

Stały przepływ pacjentów, studentów, pracowników i odwiedzających nadaje instytucji charakter otwartego węzła społecznego, w którym funkcje medyczne, edukacyjne i miejskie przenikają się, tworząc model „infrastruktury wiedzy” w przestrzeni miejskiej²⁷⁷. Wysoki prestiż naukowy oraz akceptacja społeczna placówki dodatkowo potwierdzają jej rolę jako katalizatora lokalnego rozwoju i innowacji w planowaniu miejskim²⁷⁸. W rezultacie, Cliniche di San Pietro stanowi przykład udanej integracji instytucji zdrowotnej z przestrzenią publiczną – nowoczesnej, otwartej i prestiżowej, silnie zakorzenionej w strukturze urbanistycznej Sassari.



Ryc. 3. Położenie Cliniche di San Pietro w kontekście urbanistycznym

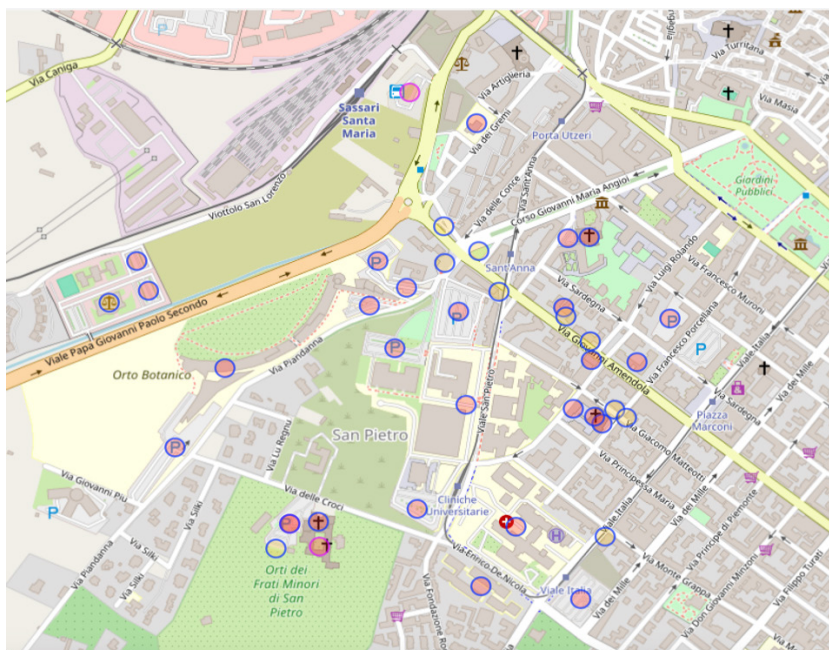
Źródło: <https://modulo.net/it/realizzazioni/nuovo-ospedale-di-sassari> (dostęp: 13.09.2025).

²⁷⁵ I. Bulakh, O. Kozakova, M. Didichenko, *The landscape creation and integration in design and urban planning of medical institutions*, „Landscape Architecture and Regional Planning” 2019, no 4 (4).

²⁷⁶ Puig-Ribera A., et al., *Integrating health into the urban master plan of Vic, Barcelona: A comprehensive approach*, „Urban Planning” 2022, vol. 7 (4).

²⁷⁷ Nowak A., et al., *Medical facilities as an integrated space in a town: Case of the Geriatric Care Centre in Wieliczka*, „Środowisko Mieszkaniowe/Housing Environment” 2024, vol. 47 (2).

²⁷⁸ Zinoski M., Petrunova I., Brsakoska J., *The architecture of public buildings as a transformative model toward health and sustainability*, „International Journal of Environmental Research and Public Health” 2025, vol. 22 (5).



Ryc. 4. Rozłożenie usług w promieniu 500 m Cliniche Di Sant Pietro (AOU) w Sassari
 Źródło: Opracowanie własne na podstawie obserwacji terenowych (2025) oraz Google Open Street Map.

5. ANALIZA PORÓWNAWCZA

Porównanie obu przypadków pozwala dostrzec wyraźny kontrast w sposobie, w jaki instytucje medyczne funkcjonują w przestrzeni miejskiej (tab. 1). Zarówno w Świeciu, jak i w Sassari szpitale zlokalizowane są w centrum, jednak ich rola społeczna i urbanistyczna różni się zasadniczo.

Pierwszy z obiektów wykazuje cechy dawnych kompleksów psychiatrycznych – zamkniętą strukturę i ograniczone powiązania z otaczającą tkanką miejską (ograniczone wejścia publiczne). Drugi wykazuje natomiast silniejsze powiązania z kampusem uniwersyteckim i szersze spektrum funkcji (edukacja, badania, usługi medyczne), co przekłada się na większą liczbę codziennych użytkowników i obecność usług towarzyszących na obrzeżach kompleksu. Te obserwacje opierają się na analizie planów miasta, inwentaryzacji usług oraz obserwacjach terenowych.

Tab. 1. Porównanie funkcjonowania szpitali w strukturze miejskiej

Kryterium	Wojewódzki Szpital Zdrowia Psychicznego w Świeciu	Cliniche di San Pietro (AOU di Sassari)
Lokalizacja	centralna część miasta, dawniej zaprojektowany jako odrębny kompleks	śródmieście Sassari, w bezpośrednim sąsiedztwie kampusu uniwersyteckiego i zabudowy mieszkaniowej
Dostępność komunikacyjna	dobra – dostęp do komunikacji autobusowej i dostęp do dróg wojewódzkich	bardzo dobra – liczne linie autobusowe i tramwaj METROSS zatrzymują się w bezpośrednim sąsiedztwie, co zapewnia silną integrację z tkanką miejską
Integracja przestrzenna	niska – położony w mniej zurbanizowanej części miasta, ograniczona integracja z otoczeniem	wysoka – zlokalizowany w zwartej zabudowie śródmiejskiej, w sąsiedztwie kampusu i osiedli mieszkaniowych
Obecność usług towarzyszących	średnia – znajduje się blisko Rynku Świecia, gdzie dostępne są sklepy, kawiarnie i podstawowe usługi	wysoka – w pobliżu liczne sklepy, kawiarnie, restauracje, apteki i punkty usługowe dla pacjentów i studentów
Liczba pracowników	520 ²⁷⁹	2860 ²⁸⁰

²⁷⁹ <https://kujawsko-pomorskie.pl/aktualnosci/170-lat-psychiatrii-w-swieciu/> (dostęp: 29.10.2025).

²⁸⁰ https://www.asl1sassari.it/wpcontent/uploads/2025/03/PDEL_2024_0000312_ATTO_AZIEN-DALE_2023_DEFINITIVO_26.02.24-n.-271-allegato.pdf?utm_source=chatgpt.com (dostęp: 29.10.2025).

cd. tab. 1

Liczba łóżek	480 ²⁸¹	866 ²⁸²
Profil działalności	szpital psychiatryczny, obciążony historyczną stygmatyzacją	nowoczesny, wielospecjalistyczny kompleks kliniczny o charakterze akademickim
Relacja z przestrzenią miejską	zamknięta struktura, brak otwartych przestrzeni publicznych	silnie powiązany z tkanką miejską, dobrze skomunikowany, obecność usług towarzyszących
Symbolika i odbiór społeczny	postrzegany jako instytucja izolowana, budząca dystans, miejsce marginalizowane	wysoki prestiż społeczny, postrzegany jako centrum wiedzy i rozwoju, otwarty charakter
Wpływ gospodarczy	jeden z największych pracodawców w regionie, ograniczony wpływ na ożywienie przestrzeni publicznej	generator ruchu ekonomicznego, rozwój usług towarzyszących (apteki, bary, punkty usługowe)
Rola w życiu miasta	marginalizowany, symbolicznie odseparowany od codzienności mieszkańców	dynamiczny aktor życia miejskiego, silnie zintegrowany z edukacją i społecznością lokalną

Szpital w Świeciu, mimo śródmiejskiego położenia, zachowuje cechy dawnego modelu izolacyjnego. Symbolika psychiatrii – brak otwartych przestrzeni publicznych wzmacniają poczucie marginalizacji i odizolowania od miasta. Jego wpływ ogranicza się głównie do funkcji gospodarczej i infrastrukturalnej.

Cliniche di San Pietro w Sassari reprezentuje odwrotne podejście – instytucja od początku była projektowana jako część miejskiego i akademickiego organizmu. Funkcjonuje jako prestiżowy i zintegrowany ośrodek, w pełni uczestniczący w życiu miasta. Jego obecność sprzyja procesom integracyjnym, generuje ruch społeczny i gospodarczy oraz wzmacnia atrakcyjność przestrzeni centralnej.

Analiza potwierdza, że sama centralna lokalizacja nie przesądza o stopniu integracji instytucji ze strukturą miejską. Kluczowe znaczenie mają profil placówki oraz jej symbolika społeczna. Szpital psychiatryczny, nawet w śródmieściu, może pozostawać izolowany i stygmatyzowany, podczas gdy klinika akademicka staje się prestiżowym, otwartym elementem tkanki miejskiej.

6. PODSUMOWANIE I WNIOSKI

Wyniki wskazują, że forma zabudowy i profil instytucjonalny są silnymi predyktorami stopnia integracji z miastem, jednak wpływ na rzeczywiste rezultaty zdrowotne i ekonomiczne wymaga dalszych badań ilościowych na szerszej próbie tego typu obiektów.

Rekomenduje się, by przyszłe wytyczne planistyczne uwzględniały nie tylko lokalizację względem centrum, ale także parametry urbanistyczne: dostępność pieszą, obecność przestrzeni publicznych, oraz możliwości adaptacji terenów zielonych w kontekście terapii.

Analiza porównawcza Wojewódzkiego Szpitala Zdrowia Psychicznego im. dr. Józefa Bednarza w Świeciu oraz Cliniche di San Pietro w Sassari dowodzi, że centralna lokalizacja instytucji medycznych nie jest czynnikiem wystarczającym do zapewnienia ich pełnej integracji z przestrzenią publiczną i życiem społecznym miasta. O tym, w jakim stopniu placówka staje się częścią tkanki miejskiej, decydują przede wszystkim jej profil działalności, symbolika społeczna oraz poziom otwartości na współpracę z lokalną społecznością. Szpital psychiatryczny w Świeciu, mimo położenia w centrum, pozostaje instytucją izolowaną i obciążoną stygmatyzacją, podczas gdy nowoczesna klinika akademicka w Sassari funkcjonuje jako dynamiczny i prestiżowy ośrodek, w pełni włączony w struktury miasta.

Wyniki badań podkreślają znaczenie integracji instytucji medycznych z przestrzenią publiczną. Dostępność komunikacyjna, obecność usług towarzyszących, otwarte przestrzenie sprzyjające spotkaniom oraz aktywne uczestnictwo w życiu kulturalnym i edukacyjnym miasta są czynnikami wspierającymi pozytywne postrzeganie szpitali przez mieszkańców. W przypadku placówek psychiatrycznych, które wciąż niosą ze sobą silny ładunek symboliczny, szczególne znaczenie mają działania przełamujące

²⁸¹ <https://kujawsko-pomorskie.pl/aktualnosci/170-lat-psychiatrii-w-swieciu/> (dostęp: 29.10.2025).

²⁸² https://bollinirosa.it/ospedale/azienda-ospedaliero-universitaria-di-sassari-cliniche-di-san-pietro/?utm_source=chatgpt.com (dostęp: 29.10.2025).

społeczne bariery, jak projekty edukacyjne, wydarzenia integracyjne czy otwieranie terenów instytucji na inicjatywy lokalne.

Z perspektywy urbanistów, decydentów i projektantów polityk zdrowotnych istotne jest, aby planowanie nowych obiektów medycznych lub modernizacja istniejących uwzględniały nie tylko aspekty techniczne i infrastrukturalne, lecz także konsekwencje społeczne i kulturowe. Szpital, zwłaszcza zlokalizowany w centrum miasta, powinien być projektowany jako element współtworzący życie miejskie, a nie wyłącznie jako zamknięta infrastruktura usługowa. Wymaga to zarówno odpowiednich rozwiązań przestrzennych, jak i działań komunikacyjnych, które wzmacniają zaufanie, redukują dystans i przeciwdziałają stygmatyzacji.

Podsumowując, kluczowym wnioskiem jest potrzeba traktowania instytucji medycznych jako pełnoprawnych aktorów życia miejskiego, współkształtujących tożsamość i integrację społeczną. Centralna lokalizacja stwarza ku temu potencjał, ale jego realizacja zależy od przyjętego modelu funkcjonowania i otwartości instytucji. Wskazane kierunki dalszych badań obejmują analizę szerszego spektrum przypadków w różnych kontekstach kulturowych oraz badania empiryczne nad percepcją społeczną mieszkańców, które mogą dostarczyć praktycznych wskazówek dla przyszłego planowania urbanistycznego i polityki zdrowotnej.

Bibliografia

- Bulakh I., Kozakova O., Didichenko M., *The landscape creation and integration in design and urban planning of medical institutions*, „Landscape Architecture and Regional Planning” 2019, no 4 (4).
- Gesler W.M., *Therapeutic Landscapes: Medical Geographic Research in Light of the New Cultural Geography*, „Elsevier” 1992, vol. 34, p. 735-746.
- Goffman E., *Asylums: Essays on the social situation of mental patients and other inmates*, Knopf Doubleday Publishing Group, New York 1990.
- Kearns R., Moon G., *From medical to health geography: novelty, place and theory after a decade of change*, „Progress in Human Geography” 2002, no 26 (5), p. 605-625.
- Kowalska A., *Stygmatyzacja pacjentów psychiatrycznych w Polsce – ujęcie socjologiczne*, „Psychiatria Polska”, nr 58 (5), Polska Akademia Nauk, Warszawa 2024, s. 689-706.
- Nevrim S., *Design evolution of healthcare buildings: city hospitals as a new building typology in Turkey*, Middle East Technical University, Ankara 2020.
- Nowak P., *Projektowanie architektury wspierającej procesy terapii na przykładzie wybranych szpitali psychiatrycznych w Polsce*, „Studia Urbanistyczne i Architektoniczne”, nr 12 (2), Politechnika Warszawska, Warszawa 2021, s. 45–60.
- Nowak A. et al., *Medical facilities as an integrated space in a town: Case of the Geriatric Care Centre in Wieliczka*, „Środowisko Mieszkaniowe/Housing Environment” 2024, no 47 (2).
- Puig-Ribera A. et al., *Integrating health into the urban master plan of Vic, Barcelona: A comprehensive approach*, „Urban Planning” 2022, no 7 (4).
- Zinoski M., Petrunova I., Brsakoska J., *The architecture of public buildings as a transformative model toward health and sustainability*, „International Journal of Environmental Research and Public Health” 2025, no 22 (5).

Nota o autorach

Łukasz Rosiak – asystent, nauczyciel akademicki na Politechnice Bydgoskiej im. Jana i Jędrzeja Śniadeckich, architekt, członek KPOIA RP, SARP, TUP. W działalności naukowej realizuje dwa kierunki zainteresowań: pierwszym jest projektowanie partycypacyjne, a drugim – styk architektury współczesnej z tkanką zabytkową.

Kontakt: lukasz.rosiak@pbs.edu.pl

Adam Lehmann – student drugiego stopnia na kierunku architektura na Politechnice Bydgoskiej im. Jana i Jędrzeja Śniadeckich.

Kontakt: adaleh000@pbs.edu.pl

YULIA IVASHKO

ORCID: 0000-0000-0000-0000

Kyiv National University of Construction and Architecture, Ukraine

ANDRII DMYTRENKO

ORCID: 0000-0003-4757-5218

National University "Yuri Kondratyuk Poltava Polytechnic", Ukraine

SERHII BELINSKYI

ORCID: 0000-0003-2359-2507

Knights of the Winter Campaign 28th Separate Mechanized Brigade, Armed Forces of Ukraine

DOI: 10.37660/9788368285444.12

ART THERAPY THROUGH ART

ARTETERAPIA PRZEZ SZTUKĘ

Abstract

Since the beginning of the Russian-Ukrainian war, the authors have been exploring the problem of art therapy using photographic art and watercolor painting. They have studied how PTSD manifests itself in drawings and artistic photography. The evidence base consisted of questionnaires, tests, and exhibitions of artwork by both civilians and military personnel. The goal was to conduct an experimental study with groups of military and civilian personnel to investigate the effects of art on their well-being.

Keywords: Art, Art Therapy, Ukraine

Streszczenie

Od początku wojny rosyjsko-ukraińskiej autorzy zgłębiają problem arteterapii, wykorzystując fotografię artystyczną i malarstwo akwarelowe. Badają, jak PTSD przejawia się w rysunkach i fotografii artystycznej. Bazą dowodową były kwestionariusze, testy i wystawy prac artystycznych cywilów i personelu wojskowego. Celem było przeprowadzenie eksperymentalnego badania z udziałem grup wojskowych i cywilnych, dotyczącego wpływu sztuki na ich stan.

Słowa kluczowe: Arteterapia, sztuka, Ukraina

1. INTRODUCTION

The impact of war affects not only physical trauma related to wounds, loss of limbs, etc., but also negatively affects mental abilities, mental and nervous state.

With the outbreak of the war, the authors began an experimental project aimed at using various types of art to treat mental and nervous disorders in civilians and military personnel. Such measures are already actively used in rehabilitation centres and cultural institutions. Here are just a few examples.

For example, the Kyiv-Pechersk Lavra National Reserve has special cultural and artistic programs for military personnel undergoing rehabilitation. They can participate in archaeological excavations, try their hand at icon painting, and visit museums within the reserve's territory²⁸³.

An art therapy session for the wives of fallen military personnel, organized in Vinnytsia, was held as part of the volunteer project "I Am Alive and I Paint with My Heart". Widows draw their husbands, angels, and the Mother of God. Each woman expresses her grief in her own way; it is often difficult for a person to share her experiences with others, and then reminiscing through drawing becomes a form of relief. Drawing something of her own that personifies her husband, and then telling the group what she wanted to depict, the woman verbalizes her experiences. Notably, all participants in the project are amateurs without a professional art education, so an experienced artist assists them in selecting paints and composing the picture. However, when attending an art therapy session, women most often already have an idea for the picture. The completed pictures are then exhibited in various cities across Ukraine²⁸⁴.

The authors of the article initiated an experimental project at the onset of the war, aiming to utilize art as a therapeutic tool for treating psychological trauma caused by the war. They studied the Polish

²⁸³ Програма «Духовне відновлення у Києво-Печерській лаврі» допомагає знайти моральну та духовну підтримку українським військовим, <https://mcsc.gov.ua/news/programa-duhovne-vidnovlennya-u-kyievo-pecherskij-lavri-do-pomagaye-znajty-moralnu-ta-duhovnu-pidtrymku-ukrayinskym-vijskovym/> (accessed: 12.08.2025).

²⁸⁴ О. Камінська, Малювали спогади про чоловіків: у Вінниці для дружин загиблих військових організували арттерапію, Суспільне-Вінниця, 4 червня 2025, <https://suspilne.media/vinnytsia/1034651-maluvali-spogadi-pro-colovikiv-u-vinnici-dla-druzin-zagiblih-vijskovih-organizovali-artterapiu/> (accessed: 12.08.2025).

experience of using art therapy to treat people with nervous and mental disorders – such activities were carried out in the Auschwitz castle and the Museum of Modern Art in Lodz.

The project aimed to explore the traumatic manifestations reflected in wartime photography and works of art and to argue for the therapeutic role of photography and watercolour painting (which was chosen as an example). All the authors of the project have been in Ukraine since the war began. Serhii Belinskyi is an active military serviceman, so in addition to the experience of others, they explored their own traumatic experiences and ways to improve their condition through artistic creativity.

The objectives of the study were as follows:

- to survey focus groups of civilians staying in Ukraine, refugees, and military personnel to determine the need of different groups for art in general and specific arts in particular;
- to determine through a survey whether different groups are aware of the presence of traumatic experiences and how they plan to return to normal life (12 answer options were provided);
- to offer the groups to draw a picture in colour at will and analyse the results;
- to analyse their own experience of reacting to a stressful, traumatic situation, expressed through artistic photography and watercolour drawing.

Scientific sources were processed in the following areas:

- publications dedicated to the war in Ukraine²⁸⁵;
- works that highlight the specifics of artistic creativity in times of war²⁸⁶;
- publications dedicated to the medical aspects of art therapy²⁸⁷.

²⁸⁵ S. Belinskyi, Y. Ivashko, A. Pawłowska, A. Dmytrenko, *Using Poland Experience in Revitalization for the Reconstruction of Ukrainian Cities Destroyed by the War*, [in:] *Defining the architectural space. Architecture and the city*, T. Kozłowski (ed.), vol.1, Oficyna Wydawnicza ATUT, Wrocław 2023, p. 41–54; S. Belinskyi, A. Dmytrenko, Y. Ivashko, A. Pawłowska, *The Face of the War in Ukraine. War Devastation and Reconstruction Concepts*, [in:] *Oblicza wojny: Narzędzia wojny*, T. Grabarczyk, J. Kita, M. Pogońska-Pol, M.M. Volośuk, t. 8, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2023, p. 15–35; Y. Ivashko, A. Dmytrenko, S. Belinskyi, M. Pabich, D. Kuśnierz-Krupa, J. Kobylarczyk, L. Bednarz, H. Kuzmina, N. Kovtiukh, *The Influence of Colonial Policy on the Destruction of National Cultural Identity and Ways of Overcoming its Consequences*, „International Journal of Conservation Science” 2024, vol. 15, p. 31–42; Y. Ivashko, A. Dmytrenko, O. Molodid, O. Ivashko, V. Molochko, S. Belinskyi, P. Bigaj, *The Destruction of the Established Urban Environment of Borodianka and Irpen as a Result of the Russian-Ukrainian War*, „International Journal of Conservation Science” 2024, vol.15, issue 2, p. 785–800; T. Kozłowski, Y. Ivashko, S. Belinskyi, A. Dmytrenko, O. Ivashko, *Teoretyczne i prawne zasady odbudowy zabytków architektonicznych w Ukrainie, które ucierpały w trakcie agresji rosyjskiej*, „Teka Komisji Urbanistyki i Architektury Oddziału Polskiej Akademii Nauk w Krakowie” 2022, Volume L, s. 391–408; A. Nadolny, Y. Ivashko, K. Słuchocka, I.G. Sandu, P. Bigaj, *In-fill Development Architecture, As Element of Post Second War Reconstruction of City of Poznan. Case Study of Joseph Stübben’s Extension Plan of the City from Years 1902–1918*, „International Journal of Conservation Science” 2023, vol. 14, issue 1, p. 57–74; A. Pawłowska, Y. Ivashko, S. Belinskyi, A. Dmytrenko, *The War in Ukraine: Between the Past and the Future. Historical and Existential Aspect*, „Історико-політичні проблеми сучасного світу” 2023, т. 47, p. 334–346.

²⁸⁶ S. Belinskyi, Y. Ivashko, I.L. Kravchenko, A. Dmytrenko, I. Dreval, *Analysis of fine-art photography techniques in representing the tragedy of war in Ukraine using Serhii Belinskyi’s works*, „Art Inquiry. Recherches sur les arts” 2023, vol. XXV, p. 345–365; J. Iwaszko, A. Pawłowska, O. Iwaszko, *W dobrej i złej doli. Przekształcenia stylistyczne fotografii Sergija Biełińskiego*, LTN, Łódź, 2023; Y. Ivashko, A. Pawłowska, D. Kuśnierz-Krupa, A. Dmytrenko, *Problems of replacing museum exhibitions during the Russian-Ukrainian war*, „Museologica Brunensia”, 2024, vol. 13, no 2, p. 38–45; J. Iwaszko, A. Pawłowska, *Kalejdoskop: Julia Iwaszko i jej akwarele*, LTN, Łódź, 2024; O. Molodid, O. Kovalchuk, Y. Ivashko, D. Kuśnierz-Krupa, P. Tisliar, A. Dmytrenko, L. Bednarz, *Research For Banksy Mural ‘Judoki’ in Borodyanka*, „International Journal of Conservation Science” 2023, vol.14, issue 4, p.1381–1390; Y. Ivashko, A. Pawłowska, *Transformations of Exhibitions in War-Affected Ukraine: 2024 Perspectives on Art-Driven Inclusion and Socialization*, „Muzeológia a kultúrne dedičstvo” 2025, vol.13, no 2, p. 43–63; Y. Ivashko, A. Pawłowska, S. Belinskyi, A. Dmytrenko, *Conveying the Tragedy of War Through Unconventional Photography Methods*, „Faces of war” 2024, no 2, p. 121–140; A. Pawłowska, A. Gralińska-Toborek, P. Gryglewski, O. Sleptsov, O. Ivashko, O. Molodid, M. Początko, *Problems of Expositions and Protection of Banksy’s Murals in Ukraine*, „International Journal of Conservation Science” 2023, vol. 14, issue 1, p. 99–114; A. Pawłowska, J. Iwaszko, A. Dmytrenko, *Sergij Biełinskij. Fotografia*, LTN – Uniwersytet Łódzki, Łódź, 2025; M. Żychowska, I. Sandu, Y. Ivashko, A. Dmytrenko, O. Ivashko, O. Morklyanyk, *Style as a Reflection of Ideology of the Authorities*, „Art Inquiry. Recherches sur les arts” 2022, vol. XXIV, p. 273–297.

²⁸⁷ C.A. Malchiodi (ed), *Medical Art Therapy with Children*, Jessica Kingsley Publishers, London and Philadelphia 1999; D. Edwards, *Art Therapy*, 2nd edition, Sage, Los Angeles 2014; D.E. Gussak, M.L. Rosal, *The Wiley Handbook of Art Therapy*, John Wiley & Sons, Hoboken 2016.

2. PROBLEMS OF THE MENTAL STATE OF MILITARY AND CIVILIAN PERSONS IN TIME OF WAR

We will not touch on the problems of physical injuries resulting from war, but we will focus on mental issues. Concussions, explosive injuries, and constant stress have a direct impact on the mental and nervous system. The peculiarity of concussions is that they may not manifest their consequences immediately. The main consequences of such a negative impact of a combination of factors most often include the following:

- sociophobia, when entering peaceful conditions, the desire to isolate oneself;
- aggression towards civilians living in ordinary conditions;
- indifference to ordinary human joys, former hobbies, any activity in general;
- emotional coldness as a protective reaction of the nervous system, which leads to seclusion, severance of family ties, loneliness, and isolation;
- nervous and mental problems that result in insomnia, nervous breakdowns, bad habits, and suicides;
- inability to do monotonous things, inability to concentrate, need for a quick change of activity, and adrenaline;
- difficulties with memorizing information;
- loss of professional skills;
- anxiety, inability to relax, distrust;
- sharp and uncontrollable reaction to loud sounds.

Today, these disorders are treated in various ways, and along with medication, non-traditional methods are also used – in addition to art therapy, this includes naturotherapy (hiking, river rafting, fishing), various types of zootherapy – hippotherapy (horseback riding), canisterapy (treatment with the help of dogs), etc.

Programs aimed at the socialization of military personnel are already being actively developed, the "Veteran's Assistant" program has been implemented, where the functions of the accompanying specialist include providing primary psychological assistance and assistance in socialization, choosing education, a place of work, etc.

One of the directions of socialization of military personnel today is the offer of their retraining on the basis of technical schools and universities. However, it is most difficult for veterans to enter creative specialties with creative competitions. That is why appropriate courses or preparatory departments can help with this.

The experience accumulated over the years of the Russian-Ukrainian war indicates that rehabilitation should not be limited only to the physical recovery of a person, therefore one of the most popular specialties now is psychology.

3. CONTENT AND DIRECTION OF ART THERAPY

Art therapy is used in various areas. It is used in medical fields, for the treatment of people with mental and neurological disorders, addictions, in geriatrics, as well as in rehabilitation in a broad sense, including family therapy, working with refugees, etc. Art therapy becomes a means of socialization and communication, because through drawing, the patient can express his experience of a traumatic experience or problem, which allows a psychologist to assess his condition and choose a treatment method.

The therapy session is aimed at the creative interaction between the patient and the art therapist in the process of creating a creative product.

Art therapy is a general concept of all artistic directions that are used for therapeutic purposes. These can be visual arts, music, theatre, dance, and rhythmic genres. Lesser-known directions include sand therapy, film therapy, and bibliotherapy.

Art therapy differs from traditional art in that it is aimed not at creating an aesthetic product, but at treating a specific person or group of people. The art therapist must be a psychologist, but should not be a professional artist, just like the patients. A painting or sculpture created during an art therapy session serves as a dialogue with the art therapist in the event that the patient needs to express his feelings in words. An art therapist is a person with a psychology education who can identify a problem through

images and colours. Thus, a work of art becomes an intermediate link between the patient and the art therapist.

When a patient "draws" his experiences, dreams, and feelings, he verbalizes them through artistic means, relieving psychological tension. Stress, tension, and neurotic state can be coordinated by setting the theme of the drawing.

In art therapy, two types of drawings are distinguished: spontaneous and impromptu drawings. In the case of spontaneous drawings, the patient chooses the subject or image; in the case of impromptu drawings, the art therapist asks the patient to draw something without preparation on a free or specific topic. Such sessions can be both individual and in groups; sometimes several participants can work on one project. The task of the art therapist is to identify the problem through the content, ways of expressing the drawings, polychromy, and repetition of plots in one author.

One of the markers of art therapy is the colours that the patient uses the most. Significantly, the interpretation of the meaning of colours in art therapy differs from the classification adopted in design. Most often, red symbolizes both the power of life and blood, war, orange is associated with the sun, happiness, yellow symbolizes both the sun and deception, morbidity, green is the sacred colour of Islam, the colour of plants, but at the same time immaturity and illness, blue is the colour of wisdom and loyalty, but also the colour of sadness and depression, purple symbolizes a combination of opposites, black is the personification of reliability and strength, but also mourning and dirt, white is both purity, the beginning of a new, and ashes and weakness.

4. QUESTIONNAIRE SURVEY AND DRAWING AS AN INITIAL STAGE OF RESEARCH ON THE IMPACT OF ART THERAPY

As mentioned above, since the project was launched as an experimental one, its initial stage was focused on focus group work. Thus, research was conducted among the military, among students of the Kyiv National University of Construction and Architecture, among refugees from Ukraine currently residing in Lodz, and research on drawings was also conducted among students of foreign universities.

The initial stage involved answering the following questions in the questionnaire:

1. Is there a place for art in war?
2. Is artistic photography in war a means of art therapy?
3. Is there a need for painting, music, and poetry among civilians in cities during wartime?
4. Is there a need to visit museums or exhibitions during wartime?
5. Do you think that drawing, music, sculpture, and dancing can improve your mental state during war-time?
6. How do you plan to deal with the war trauma you have experienced and return to normal life?

The following answer options were offered for the last question:

- I don't think I need anything special, it will pass on its own, I can cope on my own
- I need medical help and treatment from specialists
- Talking and communicating with family and friends
- I need to do my favourite things
- Alcohol, smoking
- Adrenaline – fast driving, extreme sports
- Playing sports
- Working in the garden, planting flowers, playing with pets
- Doing repairs or cleaning
- Going to cafes or restaurants
- Going on vacation
- Other.

The respondents were given half an hour to mark the correct option. The generalization of the data yielded the following conclusions: both civilians and military personnel need art in times of war, civilians openly write about the need for medical care, military personnel believe that they can cope on their own. Those who had artistic preferences or a relevant profession before the war actively used them as their own art therapy.

The next stage involved determining the internal state of people based on their drawings. The problem was that many soldiers refused to draw. Those who agreed drew mostly in pencil, graphically, using hatching, images of a mighty tree trunk cut in half, a house with tightly closed windows, a person without arms, the lines were broken. According to the classification of images in graphic tests (in particular, the test "house-tree-person", "my family"), such problems as dysfunction of the nervous system, acute reaction to stress, social phobia, emotional and nervous exhaustion, impaired serotonin production, and the inability to feel joy were manifested.

An experiment was also conducted to see whether directly experiencing a stressful situation personally has such an effect, or whether stress is transmitted even after viewing videos and photos of war by people living in other countries. During lectures on the topic of war at foreign universities, students were shown photos of the destruction of architectural objects (but without naturalistic reportage photos) and were asked to create a colour collage on an A4 sheet of paper or draw a picture in any technique that reflects their emotions after the lecture.

Even though these were people who had not experienced traumatic experiences themselves, and it was a temporary visual contact, the impact of negative information was recorded, which manifested itself in drawings, where danger and the desire for peace were expressed in a figurative form.

Thus, it has been experimentally proven that during times of war, many groups of the population in an acutely stressful situation need art. Over time, when the stressful situation lasts a long time and a person gets used to it, this need becomes less. Drawing, carried out in different groups, has shown the presence of psychological problems in those who have experienced war. Moreover, it has been proven that even visual information related to war has a temporary effect on people who have not been in war conditions.

5. RESEARCHING OUR OWN EXPERIENCE OF ART THERAPY IN TIMES OF WAR

The problem was that some people at a certain stage did not want to make contact and analyse their traumatic experience in detail. This often applies to military personnel. That is why the authors of the article examined in detail their own experience of using art to overcome stress.

Since Yulia Ivashko paints professionally, watercolour painting became such an "outlet" for her, although before the war, she painted in graphics. As noted by the famous art historians of the Institute of Art History of the University of Lodz, Professors Aneta Pawłowska and Piotr Gryglewski, this is how the need for color was expressed, watercolour in this case, becomes an "escape to an ideal world", thus turning into a psychological tool for correcting a person's mental state. Professors Aneta Pawłowska and Piotr Gryglewski noticed another difference: a departure from realism towards convention, an "ideal world". The main themes are not realistic landscapes, architectural objects, portraits, but images of flowers (Fig. 1). Although portraits of people remain, flowers or autumn leaves are depicted in large detail in the foreground, and people are in the background, behind the flowers, often in a romantic or historical image (Fig. 2). Thus, through the composition and plot of the picture, a compensatory reaction to acute stress will manifest.

Yulia Ivashko has been in Ukraine since the beginning of the war, so she could objectively assess her condition in different years of the war, her reaction to stress, and the place of painting in this process. At the beginning, the first year and a half of the war, these were not paintings, but artistic stories – a diary of war experiences. After a year and a half, this became a constant painting of flowers in watercolours, and most actively, after especially heavy shelling. In the fourth year of the war, such an acute need for daily painting for many hours gradually faded away, and the nervous system somewhat adapted to the prolonged stressful situation.



Fig. 1. Dream of a green chrysanthemum about yellow leaves
Source: Y. Ivashko, 2024.



Fig. 2. Theatre. Portrait of the director Józefa Zajac-Jamróz (Ziuta Zajacówna)
Source: Y. Ivashko, 2025.

Serhii Belinskyi was a famous art photographer and musician before the war, and during the war, he was the head of the press service of the combat brigade of the Armed Forces of Ukraine. For him, in the first years of the war, art photography became a means of getting used to stress. During 2022 – 2023, hundreds of photos and videos were taken.

If Yulia Ivashko chose flowers as such a compensatory plot, then Serhii Belinskyi showed the war through, figuratively speaking, “a world without people”. The plots of his photographs “for myself” are abandoned cows, cats, dogs, a child’s slipper on the scene of a destroyed school, ruins, the sky and flowering trees, as well as military equipment (Fig. 3). In contrast, his photographs on the brigade’s page depict fighters, battle scenes, etc. Thus, it is through photographs “for myself” that one feels one’s inner world, experiences, and emotions.

As Serhii said, during the first six months of the war, the camera became a barrier between him and naturalistic scenes. When he saw mutilated human bodies and ruins, he began to look at the world through the camera lens, thereby reducing his sense of reality.

At the end of the second year of the war, he was given a puppy, and this greatly influenced the subject matter of his photographs. A whole series of photographs and videos appeared under the title “Lucky” – Lucky in a car, barking at a magpie, climbing trees, walking in the evening, sleeping. A series of fighters with animals – with dogs and cats – also belongs to this period. As Serhii himself said, “animals are the saviours of hardened soldier souls.”

Just as Yulia’s need for daily drawing gradually decreased, Serhii’s need for such a large number of photographs also decreased. In the third or fourth year of the war, the subjects also changed. These were abstract photos of shadows on the stairs, realistic ruins of Kramatorsk, and lights at night (Fig. 4). Compared to the photographs of the first years of the war, they became less emotional, more realistic; the percentage of black and white images and night scenes increased (Fig. 5).



Fig. 3. Flowers and pink sky
Source: S. Belinskyi, 2023.



Fig. 4. In pretended captivity
Source: S. Belinskyi, 2023.



Fig. 5. Martians
Source: S. Belinskyi, 2025.

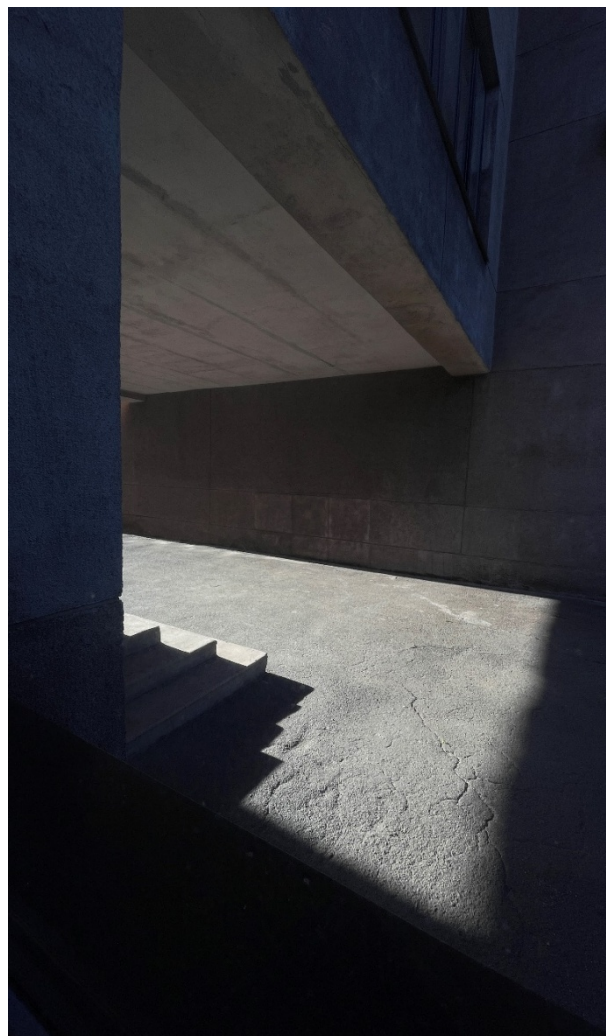


Fig. 6. Shadows
Source: S. Belinskyi, 2024.

6. POPULARIZATION OF MILITARY CREATIVITY AS AN OPTION OF ART THERAPY

A common option for art therapy today is the popularization of veterans' creativity, which becomes an additional incentive for their socialization. A well-known example is the work of the front-line correspondent Orest (Dmytro Kozatskyi), who gained world recognition as the author of photographs from the basements of Azovstal. After being demobilized, Orest is actively involved in public activities, including presenting his photographs at exhibitions and events.

With the outbreak of the war, a scholarship program for scholars from Ukraine was launched at the University of Lodz. The curator from the University of Lodz, Professor Aneta Pawłowska, suggested that Yulia Ivashko conduct a research project dedicated to front-line art photography. This project was selected, and for more than six months, Yulia Ivashko studied the ways of conveying the tragedy of war using the creative work of Serhii Belinskyi as an example. A feature of this collaboration with the military man was that the author commented on his photographs, which made it possible to formulate conclusions about the periods of transformation of the artist at the front, expressed through the means of art photography.

As part of the scholarship, exhibitions of war photography were organized in Poland and other countries, and three short films were made by Yulia Ivashko and Serhii Belinskyi, curated by Aneta Pawłowska. In 2024, a comprehensive study was conducted within the framework of a scholarship from the Visegrad Foundation, which concerned art therapy as a way to overcome PTSD, and a book of watercolours from the Russian-Ukrainian war was published.

7. CONCLUSION

The questionnaire survey revealed the need for all groups of people who have experienced traumatic experiences to engage with art. However, this does not necessarily have to be their own artistic creation; some respondents noted that visiting a theatre, museum, or gallery was an artistic aspect.

An experimental project has shown that the effects of psychological trauma are reflected in drawings. This could help diagnose problems in people and prescribe treatment regimens if they are unwilling or unable to voice them.

It has also been proven that traumatic effects are not only caused by personal experiences, but also by experiences perceived secondarily, through visual information. This is clearly demonstrated by the drawings.

Research and analysis of the authors' own traumatic experiences and the use of art therapy to overcome them allowed us to formulate certain conclusions.

Stressful situations are perceived more emotionally by people who are close to art, while a traumatic situation can give a new impetus and a new direction to their creativity. If drawing is used as art therapy, changes can occur in the technique (graphics are changed to colour), style (realism is changed to conventional and fantastic plots), and the number of paintings drawn (the greater the stress, the greater the need for drawing).

If artistic photography serves as art therapy, the general creative style may be preserved ("a world without people" before the war as well as during wartime), but the context changes (domestic animals in peacetime – abandoned animals in wartime).

So, in these two specific cases, more noticeable changes occurred in drawing compared to artistic photography. What is common is that the need for creativity was acutely manifested during the period of adaptation to a stressful situation and gradually decreased as a result of the nervous system's habituation to stress.

The study of the existing experience of art therapy as a means of rehabilitation in Ukraine allows us to predict its further development and improvement.

References

- Belinskyi S., Dmytrenko A., Ivashko Y., Pawłowska A., *The Face of the War in Ukraine. War Devastation and Reconstruction Concepts*, [in:] *Oblicza wojny: Narzędzia wojny*, T. Grabarczyk, J. Kita, M. Pogońska-Pol, M.M. Volośuk, t. 8, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2023, p. 15–35.
- Belinskyi S., Ivashko Y., Kravchenko I.L., Dmytrenko A., Dreval I., *Analysis of fine-art photography techniques in representing the tragedy of war in Ukraine using Serhii Belinskyi's works*, „Art Inquiry. Recherches sur les arts” 2023, vol. XXV, p. 345–365.
- Belinskyi S., Ivashko Y., Pawłowska A., Dmytrenko A., *Using Poland Experience in Revitalization for the Reconstruction of Ukrainian Cities Destroyed by the War*, [in:] *Defining the architectural space. Architecture and the city*, T. Kozłowski (ed.), vol.1, Oficyna Wydawnicza ATUT, Wrocław 2023, p. 41–54.
- Edwards D., *Art Therapy*, 2nd edition, Sage, Los Angeles 2014.
- Gussak D.E., Rosal M.L., *The Wiley Handbook of Art Therapy*, John Wiley & Sons, Hoboken 2016.
- Ivashko Y., Dmytrenko A., Belinskyi S., Pabich M., Kuśnierz-Krupa D., Kobylarczyk J., Bednarz L., Kuzmina H., Kovtiukh N., *The Influence of Colonial Policy on the Destruction of National Cultural Identity and Ways of Overcoming its Consequences*, „International Journal of Conservation Science” 2024, vol. 15, p. 31–42.
- Ivashko Y., Dmytrenko A., Molodid O., Ivashko O., Molochko V., Belinskyi S., Bigaj P., *The Destruction of the Established Urban Environment of Borodianka and Irpen as a Result of the Russian-Ukrainian War*, „International Journal of Conservation Science” 2024, vol.15, issue 2, p. 785–800.
- Ivashko Y., Pawłowska A., Transformations of Exhibitions in War-Affected Ukraine: 2024 Perspectives on Art-Driven Inclusion and Socialization, „Muzeológia a kultúrne dedičstvo” 2025, vol.13, no 2, p. 43–63.
- Ivashko Y., Pawłowska A., Belinskyi S., Dmytrenko A., *Conveying the Tragedy of War Through Unconventional Photography Methods*, „Faces of war” 2024, no 2, p. 121–140.
- Ivashko Y., Pawłowska A., Kuśnierz-Krupa D., Dmytrenko A., *Problems of replacing museum exhibitions during the Russian-Ukrainian war*, „Museologica Brunensia”, 2024, vol. 13, no 2, p. 38–45.
- Iwaszko J., Pawłowska A., *Kalejdoskop: Julia Iwaszko i jej akwarele*. LTN, Łódź 2024.
- Iwaszko J., Pawłowska A., Iwaszko O., *W dobrej i złej doli. Przekształcenia stylistyczne fotografii Sergija Belinskigo*, LTN, Łódź 2023.
- Камінська О., Малювали спогади про чоловіків: у Вінниці для дружин загиблих військових організували арттерапію, Суспільне-Вінниця, 4 червня 2025, <https://suspilne.media/vinnitsia/1034651-maluvali-spozgadi-pro-colovikiv-u-vinnici-dla-druzin-zagiblih-vijskovih-organizovali-artterapiu/> (accessed: 12.08.2025).
- Kozłowski T., Ivashko Y., Belinskyi S., Dmytrenko A., Ivashko O., *Teoretyczne I prawne zasady odbudowy zabytków architektonicznych w Ukrainie, które ucierpały w trakcie agresji rosyjskiej*, „Teka Komisji Urbanistyki i Architektury Oddziału Polskiej Akademii Nauk w Krakowie” 2022, Tom/Volume L, p. 391–408.
- Malchiodi C.A. (ed), *Medical Art Therapy with Children*, Jessica Kingsley Publishers, London and Philadelphia 1999.
- Molodid O., Kovalchuk O., Ivashko Y., Kuśnierz-Krupa D., Tisliar P., Dmytrenko A., Bednarz L., *Research for Banksy Mural 'Judoki' in Borodyanka*, „International Journal of Conservation Science” 2023, vol.14, issue 4, p. 1381–1390.
- Nadolny A., Ivashko Y., Słuchocka K., Sandu I.G., Bigaj P., *In-fill Development Architecture, As Element of Post Second War Reconstruction of City of Poznan. Case Study of Joseph Stübben's Extension Plan of the City from Years 1902-1918*, „International Journal of Conservation Science” 2023, vol. 14, issue 1, p. 57–74.
- Pawłowska A., Galińska-Toborek A., Gryglewski P., Sleptsov O., Ivashko O., Molodid O., Początko M., *Problems of Expositions and Protection of Banksy's Murals in Ukraine*, „International Journal of Conservation Science” 2023, vol. 14, issue 1, p. 99–114.
- Pawłowska A., Ivashko Y., Belinskyi S., Dmytrenko A., *The War in Ukraine: Between the Past and the Future. Historical and Existential Aspect*, „Історико-політичні проблеми сучасного світу” 2023, т. 47, p. 334–346.
- Pawłowska A., Iwaszko J., Dmytrenko A., *Sergij Belinskij. Fotografia*. LTN – Uniwersytet Łódzki, Łódź 2025.
- Програма «Духовне відновлення у Києво-Печерській лаврі» допомагає знайти моральну та духовну підтримку українським військовим, <https://mcsc.gov.ua/news/programa-duhovne-vidnovlennya-u-kyjevo-pecherskij-lavri-dopomagaє-znajti-moralnu-ta-duhovnu-pidtrymku-ukrayinskym-vijskovym/> (accessed: 12.08.2025).
- Żychowska M., Sandu I., Ivashko Y., Dmytrenko A., Ivashko O., Morklyanyk O., *Style as a Reflection of Ideology of the Authorities*, „Art Inquiry. Recherches sur les arts” 2022, vol. XXIV, p. 273–297.

Author's note

Professor, Doctor of Science in Architecture, doctor habilitatus, nostrificated Yulia Ivashko – author of over 550 scientific publications and monographs. Scientific interests and fields of scientific activity: folk architecture of different countries of the world, architecture and the art of historicism-eclecticism, Art Nouveau, Islamic architecture and art, the architecture and art of China, restoration of works of art. Contact: yulia-ivashko@ukr.net

Associate Professor, PhD, Andrii Dmytrenko – author of more than 200 scientific publications. Scientific interests and fields of scientific activity: history of architecture, regional peculiarities of national architecture, architecture of buildings and structures, demographic aspects of spatial planning. Contact: ab.Dmytrenko_AU@nupp.edu.ua

Master of Arts, Serhii Belinskyi – artist, member of the music group “Propala Hramota”, artistic photographer. He has had ten exhibitions of his artistic photos in Poland, the Czech Republic, Japan and Ukraine. After 2021 – press officer of the Knights of the Winter Campaign 28th Separate Mechanized Brigade in Army of Ukraine. Author of scientific publications about war in Ukraine. Scientific interests and fields of scientific activity: artistic photography, music, modern art. Contact: serhii_belinskyi@meta.ua

ARTIFICIAL INTELLIGENCE IN THE DESIGN PROCESS OF HEALTHCARE FACILITIES

SZTUCZNA INTELIGENCJA W PROCESIE PROJEKTOWANIA JEDNOSTEK LECZNICZYCH

Abstract

The development of AI has led to numerous implementations in the fields of architecture and medicine. The aim of the study was to examine whether artificial intelligence, in the process of designing healthcare facilities, supports the introduction of future-oriented solutions. Research methodology included a literature review and a computer-based experiment concerning the visualization of a patient room and an operating room using generative artificial intelligence. The results were subjected to comparative analysis. AI technologies described in the literature are emerging in spatial design concepts, providing designers with the ability to anticipate and implement modern technologies.

Keywords: healthcare architecture, generative design, hospital of the future, artificial intelligence, medical technology

Streszczenie

Rozwój AI doprowadził do licznych wdrożeń w dziedzinie architektury i medycyny. Celem pracy było sprawdzenie, czy sztuczna inteligencja w procesie projektowania jednostek leczniczych wspomaga wprowadzanie przyszłościowych rozwiązań. Metodyka badań obejmowała analizę literatury oraz komputerowy eksperyment dotyczący wizualizacji sali pacjenta i operacyjnej przy użyciu generatywnej sztucznej inteligencji. Rezultaty poddano analizie porównawczej. Opisywane w literaturze technologie AI pojawiają się w koncepcjach pomieszczeń, dając projektantom możliwość przewidywania i implementacji nowoczesnych technologii.

Słowa kluczowe: architektura ochrony zdrowia, projektowanie generatywne, szpital przyszłości, sztuczna inteligencja, technologia medyczna

1. INTRODUCTION

The application of artificial intelligence (AI) in the speculative design concept “Medical Skyscraper. A New Model of Healthcare Units”²⁸⁸ illustrated emerging technological trends in the medical sector. In order to create a facility that addresses challenges society will face in the coming decades, it was necessary to employ a tool that surpasses human capabilities based solely on knowledge, experience, and imagination. The use of AI for conceptual visions of residential and commercial buildings, along with their interiors, is becoming increasingly common through available programs offering diverse possibilities. However, the application of generative tools in the context of medical facilities remains largely unexplored, while the ongoing transformation of healthcare confirms the necessity of moving beyond conventional design frameworks. Although the demand for advanced technologies is growing, their rapid development combined with the lack of adequate adaptation of medical facilities prevents their implementation. Furthermore, future-oriented medical technologies require early planning and must be integrated into technological project documentation from the very beginning of the design process. Each medical device has specific parameters – such as weight and required utility connections, outlined in its technical specification (DTR) – which determine appropriate construction solutions. Numerous aspects link technology with building design, including installations, structural reinforcements, radiological shielding in vertical and horizontal partitions, as well as spatial and functional solutions such as equipment operating zones and the interconnection of rooms.

²⁸⁸ „Medical skyscraper. Nowy model jednostek leczniczych” – autorski projekt studencki, opracowany w ramach przedmiotu Speculative Design na Wydziale Architektury Politechniki Gdańskiej w roku akademickim 2024/2025 we współpracy z inż. arch. Gabrielą Wysocką.

The mutual influence of artificial intelligence algorithms on the fields of architecture and medicine necessitated the research presented in this article. The study focuses on a literature review of AI applications in medicine, an evaluation of the generative AI tool (GenAI), and an exploration of its potential applications in healthcare facility design. By analyzing a prototypical design approach that employs AI-based tools, the study enables verification of the feasibility of implementing forward-looking solutions in practice.

2. AIM AND METHODS

The aim of this work is to verify the thesis that the application of artificial intelligence in the design process of healthcare facilities supports the introduction of forward-looking solutions. An analysis of the level of advancement and the role of AI-based areas in medicine verifies the effectiveness of predicting future technologies.

The specificity of employing complex research methods undertaken in the study justified the need for applying a mixed method approach, allowing for a coherent and comprehensive understanding of the subject matter.

The current state and areas of AI application in medicine and architecture required a literature review. A comparison of technologies that were recently in the research phase with real implementations – both completed and planned – was supported by statistical data. The impact of AI on visual concepts was subjected to experimental computer-based research using generative artificial intelligence software. The process was carried out with two different methods: the first assumed a basic three-dimensional model prepared by an architect, enhanced with a given prompt; the second relied solely on the prompt. The outcomes generated by GenAI were analyzed through comparative studies. Time investment, the extent of human involvement in the process, and the qualitative value of the obtained images were among the evaluation criteria. To confirm the validity of the thesis, a comparative analysis was also conducted in the context of alignment between the generated concepts and literature on future technologies in medicine. The research process was validated to demonstrate both the correctness of the adopted complex research methods and that the subject leads to the expected results. The verification of the process in real-world conditions, beyond the theoretical framework, will be experimentally analyzed in the following article.

3. RESEARCH BACKGROUND

3.1. MODERN TECHNOLOGIES UTILIZING ARTIFICIAL INTELLIGENCE IN MEDICINE

The following topics discuss the applications of AI as an indispensable tool used in the healthcare system.

3.1.1. AI in robotic surgery

The growing interest in robotic surgery has prompted manufacturers to incorporate artificial intelligence into their devices. Performing operations with a robot requires exceptional precision and experience built over years of medical practice. To enable minimally invasive procedures to be performed by residents, Medtronic developed the Hugo™ RAS Training System. Loris Cacciatore et al. conducted research testing the impact of a one-year Hugo™ RAS simulation program on improving the skills of novice surgeons in this field. A 90% user satisfaction rate and an increase in competencies confirm the importance of implementing this technology, which helps train new specialists. Shortening the learning curve through real-time practical surgical methods not only reduces patient risk during “in vivo” training but also allows for handling a greater variety of medical cases, thereby scaling experience²⁸⁹. By the end of 2024, the Hugo™ RAS robot was used in Polish clinical practice at WSS No. 2 in Jastrzębie-Zdrój.

²⁸⁹ Cacciatore L., Costantini M. i in., *Robotic Medtronic Hugo™ RAS System Is Now Reality: Introduction to a New Simulation Platform for Training Residents*, “Sensors” 2023, vol. 23, no 17, <https://www.mdpi.com/1424-8220/23/17/7348> (dostęp: 10.09.2025).

Surgeons operating from the robot console appreciated the tool for its high precision and the opportunities it provides for developing young doctors²⁹⁰.

Minimally invasive procedures are driving the development of precision medicine, increasing both the number of surgical procedures and the demand for robotic technology. The first teleoperated surgery in Europe, performed on August 1, 2025, by Prof. Piotr Suwalski at the MSWiA Hospital in Gdańsk, set a tangible direction for changes in operating theaters²⁹¹. Using the OST112 Teleinformatics Network, the console was connected to the EDGE MP1000 surgical robot, which was with the patient in the operating room at the State Medical Institute MSWiA in Warsaw²⁹². Implementing this new surgical technique using robotic arms controlled from a remote console contrasts with currently performed procedures. First, it shortens preparation time, including dressing, washing, and disinfecting the surgeon. Second, it allows for consecutive surgeries in collaboration with the operating and anesthesiology team, who are in direct contact with the patient in the room. Third, and most importantly, it enables operating from a location different from where the patient is.

The current leader in surgical robots is the da Vinci system from the USA. According to Dariusz Kolber, Vice President of Meden-Inmed, the Polish distributor of the Chinese company Edge Medical – the MP1000 surgical system – in an interview with mzdrowie.pl, based on years of participation in public tenders, the cost of the da Vinci system is 17–18 million PLN. The distributor announces that the MP1000 will be 30% cheaper than its competitor²⁹³. Research conducted in China compared the performance of these surgical robots during RARC procedures (robot-assisted radical cystectomy). The MP1000 robotic surgical system proved to be a safe and effective option for performing RARC surgeries, offering several advantages that may make it a more accessible alternative to the da Vinci Si system.²⁹⁴ Its clear cost advantage has increased interest in this device, which improves work efficiency and guides further development of medical facilities. Unlike the market leader, the MP1000 can connect to a 5G network for teleoperations.

Demand for robotic surgery is growing rapidly. According to mzdrowie.pl, in the IOWISZ procedure, 28 hospital applications for funding the purchase of surgical robots were approved (data as of August 2025).²⁹⁵ If the MP1000's market entry significantly reduces robot prices in tenders, not only hospitals but, above all, patients will benefit. Architects face a new challenge: adapting future-oriented technology to existing or newly designed facilities, which will involve spatial and functional changes.

3.1.2. Classification of Medical Data

Creating patient databases aims to streamline the work of doctors and increase the efficiency of medical services. Comprehensive analysis of a patient's medical data, medical history, and family predispositions to hereditary diseases provides a complete picture of the patient, which serves as a foundation for further actions. Technology utilizing artificial intelligence is capable of detecting potential health risks. Subsequently, it takes action by developing personalized treatment plans to prevent the

²⁹⁰ Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 2 w Jastrzębiu-Zdroju, Wykonaliśmy już 50 zabiegów z wykorzystaniem robota HUGO RAS, <https://www.wss2.pl/wykonalismy-juz-50-zabiegow-z-wykorzystaniem-robota-hugo-ras/> (dostęp: 10.09.2025).

²⁹¹ Gov.pl, Specjaliści chirurgii robotycznej z PIM MSWiA przeprowadzili pierwszy zabieg telechirurgiczny pomiędzy szpitalami w Europie, <https://www.gov.pl/web/pimmswia/specjalisci-chirurgii-robotycznej-z-pim-mswia-przeprowadzili-pierwszy-zabieg-telechirurgiczny-pomiedzy-szpitalami-w-europie> (dostęp: 01.09.2025).

²⁹² Policja.pl, Pierwsza taka operacja w Europie – pomorska Policja wsparła przełomowy zabieg z użyciem robota chirurgicznego, <https://policja.pl/pol/aktualnosci/264427,Pierwsza-taka-operacja-w-Europie-pomorska-Policja-wsparla-przelomowy-zabieg-z-uz.html> (dostęp: 01.09.2025)

²⁹³ mzdrowie.pl, Pierwszy robot chirurgiczny MP1000 pochodzący z Chin w polskim szpitalu, <https://www.mzdrowie.pl/w-biznesie/pierwszy-robot-chirurgiczny-mp1000-pochodzacy-z-chin-w-polskim-szpitalu/> (dostęp: 01.09.2025)

²⁹⁴ Ai Q., Zhao X. i in Safety and efficacy of the MP1000 surgical system in robot-assisted radical cystectomy: A prospective study., t. 11, nr 3, Bladder, 2024, <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11617064/> (dostęp: 01.09.2025).

²⁹⁵ mzdrowie.pl, Z grantów KPO szpitale kupią 28 robotów, <https://www.mzdrowie.pl/w-biznesie/z-grantow-kpo-szpitala-kupia-28-robotow/> (dostęp: 01.09.2025).

occurrence of diseases, reducing the later need for medications and invasive surgical procedures²⁹⁶. As early as 2008, Daria Bizoń conducted an experiment aimed at demonstrating the need for a computer system based on artificial intelligence that performs classification of medical data, which doctors can use to develop an effective treatment plan for patients. In summarizing her research, she stated that “enhancing the classification method by applying artificial immune systems allows for the creation of a classification system that simultaneously learns and classifies,” which confirms the current technological boom in this area²⁹⁷.

3.1.3. AI in Radiology

The widespread use of X-ray (RTG), CT (computed tomography), and MRI (magnetic resonance imaging) in the diagnostic process leads to an overload of doctors interpreting the scans, lengthening the waiting time for results and causing growing patient queues. “Machines trained on thousands of graphic files, such as radiographs, capable of detecting specific changes – sometimes with surprising precision, even exceeding human abilities – can be helpful in processing such a large number of studies,” as described by S. Patrzyk and A. Woźniacka. “These devices are often 20% more effective in diagnosing diseases than specialist doctors,” adds E. Niezabitowska. This is possible thanks to deep learning systems, which, based on extensive databases, can perform comparative analyses of healthy and diseased organs²⁹⁸. The use of AI technology leads to detailed and rapid diagnoses, reducing the likelihood of human oversight. For radiologists, this innovative tool introduces a new standard of work, focusing on the accuracy of diagnoses from the perspective of professional training and experience. Artificial intelligence in radiology is considered a technology of the future, capable of detecting diseases at an early stage with high accuracy.

3.1.4. Patient Monitoring

Video monitoring is a widely used system in medical facilities, aimed at increasing patient safety. Automatic interpretation of image content using AI in real time allows for effective detection of patient movement. The device recognizes objects and sends a signal indicating abnormal patient behavior, ensuring that high-risk patients receive an immediate response from staff as their condition changes. Continuous monitoring enables the detection of sporadic symptoms, such as delirium²⁹⁹. It also prevents falls by detecting early-stage actions, such as attempts by a patient to get out of bed. In situations where the patient cannot access a call system, monitoring serves as an effective safeguard, alerting nurses to incidents occurring outside their line of sight. The use of this innovative device also allows for the elimination of decentralized nursing stations, directly influencing the design of functional and spatial layouts in hospitals.

The Nemours Foundation, which provides healthcare in the United States, identified the need for a deeper analysis of hospital structure during the initial phase of developing Nemours Children’s Hospital to create an innovative, patient-centered concept. This task was undertaken by the global design and innovation firm IDEO, which has over 40 years of experience. The outcome was a set of guidelines and technologies designed to support patients, enhance satisfaction with the hospitalization process, and, in turn, improve the functioning of the facility. Some of the concepts developed included “smart brace-

²⁹⁶ American College of Healthcare Architects, AI & Its Impact to Health Facility Design & Planning, 2024, <https://healtharchitects.org/ai-impact-health-facility-design-planning/>, (dostęp: 10.09.2025).

²⁹⁷ D. Bizoń, *Analiza klasyfikacji danych medycznych za pomocą wybranych metod sztucznej inteligencji*, [w:] *Zarządzanie i technologie informacyjne. Technologie informacyjne w medycynie*, Z. Wróbel (red.), t. 3, Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Katowice 2008, s. 167-184.

²⁹⁸ S. Patrzyk, A. Woźniacka, *Sztuczna inteligencja w medycynie*, Wydawnictwo Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, Łódź 2022, s. 14-18.

²⁹⁹ Gabriel P., Rehani P. i in., *Continuous patient monitoring with AI: real-time analysis of video in hospital care settings*, 2025, <https://www.frontiersin.org/journals/imaging/articles/10.3389/fimag.2025.1547166/full> (dostęp: 12.09.2025).

lets” for monitoring and “smart rooms,” which use multimedia panels to interact with patients and identify caregivers³⁰⁰.

3.1.5. Healthcare Facility Management

Automation of tasks reduces the need to perform repetitive actions essential for the proper functioning of a medical facility. Scheduling and canceling appointments using a VoiceBot assistant, which employs artificial intelligence algorithms to conduct natural conversations with patients, speeds up staff workflow. Integrating the appointment and examination calendar with a system that automatically sends reminder messages eliminates human involvement in this process. Generating reports, ordering supplies and medications, and similar tasks also significantly engage medical personnel. Research shows that nurses spend only 37% of their shift with patients³⁰¹, while doctors have an average of 10 interactions with a patient during their entire hospital stay³⁰². Implementing automation for repetitive tasks alleviates the workload of medical staff, allowing them to focus entirely on patients and provide a higher level of medical services.

3.2. CURRENT RESEARCH ON HEALTHCARE TRANSFORMATION

The advanced integration of artificial intelligence algorithms in the medical field is leading to a comprehensive transformation of healthcare. According to data from the ACHA report, facilities are expected to emerge that combine the tools discussed above³⁰³. Modern clinics, medical centers, and hospitals utilizing AI technology will be able to manage operations more efficiently by automating tasks (scheduling patient appointments and examinations, ordering medications and medical supplies, generating reports, managing operating room schedules, remotely monitoring resources), conducting precise diagnostics (creating patient databases, early disease detection, test analysis), and performing minimally invasive surgeries (robotic surgery, enhancing residents’ skills).

On April 26 of this year, the Chinese Institute for AI Industry Research (AIR) at Tsinghua University officially unveiled the first fully autonomous AI hospital, the AI Agent Hospital³⁰⁴. Building on repeated successes in AI research, they developed advanced technology that combines artificial intelligence with medicine. The tool used to replicate the hospital structure and patient treatment processes was a large language model (LLM) combined with advanced deep learning-based AI algorithms capable of analyzing vast amounts of data. A library of medical documentation based on verified medical practices served as the foundation for the system’s proper functioning. Approximately ten thousand “patients” were treated. Admitting this number of patients in a real-world setting could take doctors over two years. Research showed that “the evolutionary physician agent achieves state-of-the-art accuracy of 93.06% on a subset of the MedQA dataset, which includes major respiratory diseases,” according to L. Junkai et al. Based on new cases – both correct and incorrect diagnoses – agents continuously learned, creating a growing experience database that expanded their skills and diagnostic accuracy. Ultimately, the system comprised 42 digital doctors, 21 medical specialties, and over 300 diseases³⁰⁵.

Initially, the AI Agent Hospital operated as an advanced research and training platform. Patients and diseases were generated internally, and real patients were not admitted to the program to optimize

³⁰⁰ A. Buie, *Healthcare Facilities for Children. Design for Distinct Age Groups*, [w:] *Architecture and health. Guiding principles for practice*, D. Battisco, J.J. Wilhelm (ed.), Routledge, New York 2020, p. 30

³⁰¹ J.I. Westbrook, C. Duffield et al., *How much time do nurses have for patients? A longitudinal study quantifying hospital nurses’ patterns of task time distribution and interactions with health professionals*, “BMC Health Services Research” 2011, no 11, <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-11-319> (dostęp: 12.09.2025).

³⁰² W. Chae, D.-W., Choi et al., *Improved Inpatient Care through Greater Patient-Doctor Contact under the Hospitalist Management Approach: A Real-Time Assessment*, “International Journal of Environmental Research and Public Health” 2021, vol. 18, no 11, <https://www.mdpi.com/1660-4601/18/11/5718> (dostęp: 12.09.2025).

³⁰³ American College of Healthcare Architects, *AI & Its Impact to Health Facility Design & Planning*, 2024, <https://healtharchitects.org/ai-impact-health-facility-design-planning/> (dostęp: 10.09.2025).

³⁰⁴ Tsinghua University, *Tsinghua University holds Tsinghua AI Agent Hospital Inauguration and 2025 Tsinghua Medicine Townhall Meeting*, <https://www.tsinghua.edu.cn/en/info/1245/14224.htm> (dostęp: 03.09.2025).

³⁰⁵ L. Junkai et al., *Agent Hospital: A Simulacrum of Hospital with Evolvable Medical Agents*, “ArXiv” 2024, vol. 1, no 1, <https://arxiv.org/pdf/2405.02957v1> (dostęp: 03.09.2025).

risk and ensure community safety during the research phase. In May, the first collaboration was established with Tsinghua Chang Gung Hospital in Beijing, introducing artificial intelligence during the second phase of facility expansion³⁰⁶. The ultimate goal of the project is not to replace doctors with AI agents; on the contrary, AI is intended to relieve specialists by analyzing documentation and test results. This approach simultaneously expands physicians' technological competencies so that in the future they can effectively use AI tools that will become widely applied in medicine.

3.3. AI TOOLS IN ARCHITECTURAL DESIGN

The implementation of AI-supported software in the design sector provides a competitive advantage. Collaboration between humans and artificial intelligence opens up new possibilities but also requires experience and continuous development of user competencies. The integration of AI algorithms into programs and applications used, among others, by architects in recent years has demonstrated growing technological potential.

3.3.1. Visualization

Generative AI tools provide alternative visual concepts, enriching the creative process with a full spectrum of possibilities, allowing designers to make informed decisions without the limitations imposed by relying solely on human imagination. Easy access and a diverse range of options particularly attract potential users. At the same time, this topic is widely debated in the architectural community. Concerns about replacing human skills with processes that can generate multiple visual variants of a design in just a few minutes are increasingly common. Looking back, a similarly revolutionary moment was the introduction of computer-aided design (CAD), which significantly accelerated draftsmen's work without eliminating positions, but required learning new technology. Analogously, the current stage in visualization involves the ability to expand stylistic, material, and technological iterations, which, after careful analysis by an architect, may become part of the final design concept.

This discussion is framed around the tools used in the research, namely DALL-E, Adobe Firefly, Adobe Photoshop, and Krea AI. DALL-E is a generative AI model developed by OpenAI, the creator of ChatGPT. Since both tools are implemented by the same company, they work closely together – ChatGPT uses DALL-E to create graphic images. Based on a text prompt, it enables image generation and editing. The skill of crafting an appropriate prompt to achieve the desired effect is widely studied. There is no single correct step-by-step guide for providing all necessary information for image generation. OpenAI provides general guidelines, such as: “be specific,” “provide as many details as possible,” “state the desired output format,” “avoid vague descriptions,” and “use guiding keywords”³⁰⁷. Conversations with the chat tool often require time because it can better understand the user when provided with new information. Adobe Firefly, developed by the American company Adobe, is another application that uses generative AI. Unlike DALL-E, the image is generated based on input parameters available within the program. Five main setting categories (general settings, content type, visual intensity, composition, and styles) guide the generation process. The process starts by selecting the Firefly model and image ratio. Then, the output type – photo or graphic – must be specified; if not chosen, it defaults automatically. Visual intensity is adjusted via a slider controlling image detail; lower values produce simpler images, while higher values increase detail and clarity. Composition and style require reference material or selection from a gallery of reference images. Styles also allow additional effects, such as technique, material, color, lighting, and camera angle. The final step is providing a prompt describing the desired image, similar to DALL-E. Firefly's extensive output options increase the likelihood of achieving the exact desired effect. During AI-generated image creation, some elements may be distorted or misinterpreted. Adobe Photoshop, long-established in the market, has also incorporated AI technology through its Generative Fill tool. By selecting an area containing unwanted elements, users can input keywords describing the desired replacement object. The program generates three proposals integrated into the existing image, significantly reducing the graphic designer's workflow time. Computer visual-

³⁰⁶ Tsinghua Medicine, Tsinghua University, Where AI Meets Art: Phase II of Beijing Tsinghua Changgung Hospital Officially Opens, <https://www.med.tsinghua.edu.cn/en/info/1036/2521.htm> (dostęp: 03.09.2025).

³⁰⁷ OpenAI, Best practices for prompt engineering with the OpenAI API, https://help.openai.com/en/articles/6654000-best-practices-for-prompt-engineering-with-the-openai-api?utm_source=chatgpt.com (dostęp: 13.09.2025).

ization, like AI-generated graphics, requires post-production to varying degrees. AI has found a role here as well. Krea AI features an enhancer tool that increases resolution, improves quality, and adds realism to materials. By addressing common challenges associated with AI image creation, this tool enables significantly improved results. The final quality can be compared to high-end visualization software available on the market.

3.3.2. Analysis of Spatial-Functional Connections

Verifying adopted solutions at the project stage reduces future operational difficulties and costs associated with potential reconstruction. FlexSim Healthcare (HC) is a software version designed for the healthcare sector – facilities such as hospitals, clinics, and outpatient centers – used to simulate processes occurring within a facility based on a 3D model. The 3D visualization illustrates actions such as the flow of personnel and medical equipment, patient behavior while waiting in queues, a patient's route to the operating room, and evacuation in case of emergency. FlexSim includes a library of objects and medical technologies that enable accurate modeling of the building. It also utilizes VR (Virtual Reality) to present operations and test spaces with future users³⁰⁸. The computer simulation analyzes throughput and the correctness of room connections to reduce staff effort, improve efficiency, increase time spent with patients, and minimize patient frustration. It allows assessment of design solutions, such as the size of waiting rooms and number of seats, the layout of admission areas and bottlenecks caused by patient queues, among many other aspects. The new Reinforcement Learning (RL) tool, available from FlexSim 2022, enables the software to train artificial intelligence algorithms. Consequently, simulations can be conducted using models trained by AI³⁰⁹.

4. RESULTS AND OUTCOMES

The subject of the research and analysis was the process of visualizing key spaces within a healthcare facility using generative artificial intelligence. Proposals for modern medical technologies were evaluated as prospective solutions for healthcare institutions. The graphical outputs were compared with data from the literature.

4.1. DESIGN PROCESS SUPPORTED BY GENERATIVE ARTIFICIAL INTELLIGENCE

For the research conducted in May 2025, two methods were adopted to guide image generation. The first method (Method 1) involved transforming a design concept created using 3D computer software. A model of a two-patient room was developed based on the architect's knowledge and education, as well as literature discussing best practices. The room was arranged with essential equipment, including beds, a bedside medical panel, a vital signs monitor, a wardrobe for personal belongings, built-in furniture with a sink and hygiene-disinfection set, a chair for visitors, and mobile auxiliary tables for patients (Fig. 2A). As M. Tomanek describes, "well-designed interiors that create a home-like atmosphere within a hospital space positively influence the patient's well-being, which can shorten their hospital stay"³¹⁰. Accordingly, warm beige tones were used to break the sterile hospital white, and wood imitation was introduced. A curtain was included as an experiment for the AI to determine whether, given strict hygiene requirements, it would replace it with internal or external window blinds to prevent excessive heat from large glazing. "This is highly significant in creating a so-called healing environment, where the need for a view of greenery is emphasized, reducing stress and depressive states, ulti-

³⁰⁸ E. Niezabitowska, A. Szewczenko, M. Tomanek, M. Jamrozik-Szatanek, *Projektowanie obiektów szpitalnych. Rola badań naukowych w doskonaleniu jakości funkcjonowania szpitali*, „Śląsk” Wydawnictwo Naukowe, Katowice 2021, s. 246.

³⁰⁹ FlexSim, Reinforcement Learning Tool | AI + Machine Learning, <https://www.flexsim.com/videos/reinforcement-learning-tool-ai-machine-learning/> (dostęp: 14.09.2025).

³¹⁰ M. Tomanek, *Poprawa efektywności leczenia i ograniczenie kosztów użytkowania dzięki właściwemu projektowaniu obiektów opieki zdrowotnej*, [w:] *Szpital XXI wieku – rozwiązania projektowe i infrastrukturalne*, A. Złotkowska, M. Piotrowski (red.), Elamed, Katowice 2022, s. 14.

mately contributing to shorter patient stays in hospitals”³¹¹, notes E. Niezabitowska. Transforming the currently known image of the patient room required a series of operations, illustrated in a schematic (Fig. 1). The tools and programs used in the process were described in detail in the previous chapter (3.3.1).

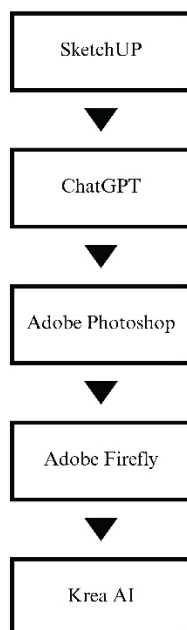


Fig. 1. Visualization Process Scheme – Method 1, Own Elaboration

At the beginning, a new conversation was initiated in ChatGPT-5, and the command “create a photorealistic visualization of a patient room in a hospital of the future based on the model” was entered, along with a raw view of the model from SketchUp Pro 2020. The process was repeated with the additional command: “introduce medical technology and change the beds to high-tech.” The first generation produced a photorealistic response based on the model view, while the second introduced more technologically advanced beds, still resembling the current state. The generation time using DALL-E 3 was 2 minutes and 27 seconds, although measurement errors due to internet speed should be considered. As a result of the lack of a fully satisfactory effect, the image was transferred to Adobe Photoshop 2025 (PS) with the GenAI tool – Generative Fill. The area containing the patient beds was selected, and the prompt “two futuristic capsule medical beds in a high-tech hospital” was entered in English. Two series of generations were performed, each containing three proposals. After evaluation and selection, a futuristic element of the room was obtained, serving as a basis for further analysis. The next step involved transferring the saved PS image to Adobe Firefly, using the Firefly Image 4 model and reading it as a reference composition. A prompt similar to the first formula, “patient room in a hospital of the future”, was used. The phrase “create a photorealistic visualization based on the model” was omitted, as this effect had already been achieved. The resulting image in the next generation established the style, with the PS image serving as the composition, and the prompt was: “realistic visualization, natural light, hospital, patient room of the future, future medical technology, beds as capsules monitoring vital signs, LED lighting, medical devices in the patient room, window view of a future city with tall buildings and abundant greenery, full-height room window”. Additional application settings were omitted. Following the schematic, 52 generations were performed in Firefly, with 4 variants each, producing 208 generative images. Eleven generations, i.e., 44 images, completely deviated from the intended direction. The generation time for each image was 14 seconds. Each generation was evaluated by humans, selecting the AI’s most accurate interpretation as the reference image for the composition. Variables included the prompt (phrases such as high-tech patient room, identical beds, no plants in the interior) and intensity.

³¹¹ E. Niezabitowska, A. Szewczenko, M. Tomanek, M. Jamrozik-Szatanek, *Projektowanie obiektów szpitalnych...*, s. 215.

Including words like “no plants” was misleading for the AI, as simply mentioning “plants” often resulted in the element appearing in the image. Similarly, omitting the word “wood” caused the material present in the model to be lost. Finally, Firefly produced a satisfactory visual concept of the patient room featuring futuristic medical technology. To give elements and materials a natural appearance and improve image quality, the online application Krea AI was used, specifically the Enhancer tool. The final image (Fig. 2B) includes technologically advanced beds with devices diagnosing and monitoring the patient’s condition.

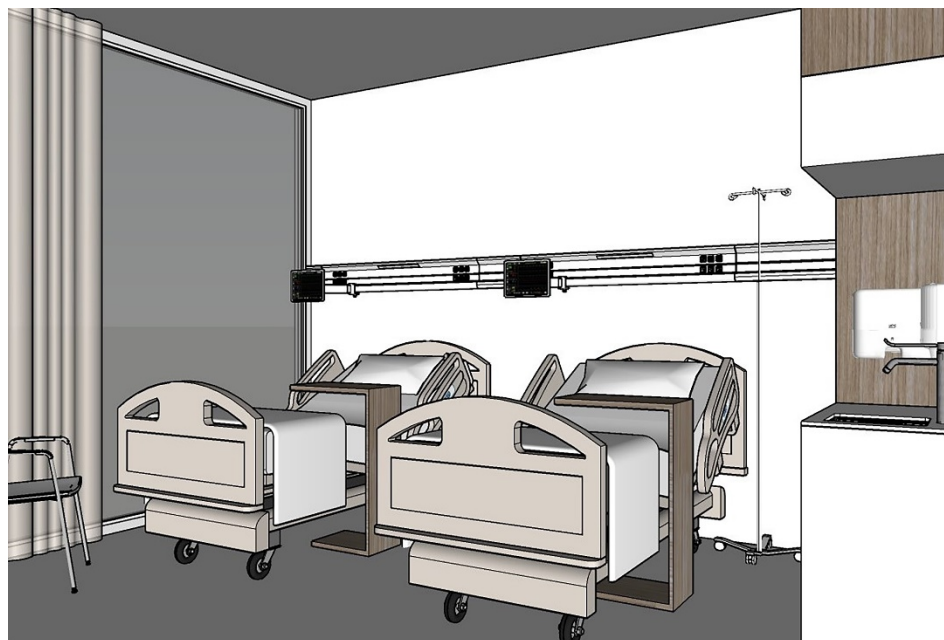


Fig. 2A. View of the Patient Room, Own Elaboration



Fig. 2B. View of the Patient Room, “Medical Skyscraper. New Model of Healthcare Units,” Laura Pacud, Gabriela Wysocka (visualization by Laura Pacud)

The second generation method (Method 2), in which a visualization of the operating room was created, relied solely on a precise prompt. It omitted the initial model and the supporting actions that involved multiple additional programs. The graphical scheme of the process is shown in Fig. 3.

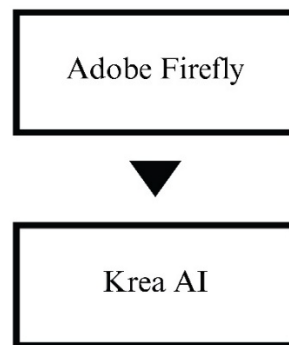


Fig. 3. Visualization Process Scheme – Method 2, Own Elaboration

The previously developed workflow scheme was used, involving only two programs: Adobe Firefly and Krea AI. Previously generated concepts, selected based on their accuracy, were used as reference images for style and composition. A total of 44 generations were performed, including 4 incorrect ones, each producing 4 images. As a result, 176 images suitable for consideration were obtained. The final concept of the operating room presented an innovative surgical space with a robotic arm (Fig. 4).



Fig. 4. View of the Operating Room, “Medical Skyscraper. New Model of Healthcare Units”, Laura Pacud, Gabriela Wysocka (visualization by Laura Pacud)

In both cases, using different generative process methods, satisfactory concepts were obtained that incorporated futuristic medical technologies. Therefore, it can be concluded that both Method 1 and Method 2 are valid, with the differences between them presented in the comparison table (tab. 1).

Tab. 1. Comparison of Methods 1 and 2

	metoda 1	metoda 2
ilość programów i aplikacji	5 (SketchUP, ChatGPT (DALL-E), Adobe Photoshop, Adobe Firefly, Krea AI)	2 (Adobe Firefly, Krea AI)
czas jednej generacji	min. 14 sekund, max. 2 minuty 27 sekund	14 sekund
grafika wyjściowa	tak	nie
znajomość komputerowego oprogramowania 3D	tak	nie
czynnik ludzki w procesie	wykonanie modelu 3D w oparciu o wiedzę architekta i literaturę, prompt, ustawienia aplikacyjne, dokonanie oceny i wyboru obrazów generatywnych	prompt, ustawienia aplikacyjne, dokonanie oceny i wyboru obrazów generatywnych
przyszłościowa technologia medyczna w koncepcji wyjściowej	tak	tak
efekt	zadowalający	zadowalający

Source: Own Elaboration

4.2. ANALYSIS OF LITERATURE CONSISTENCY WITH GENERATIONS

Robotic surgery (Section 3.1.1.), which is in a phase of continuous growth, was reflected in the visualization of the operating room (Fig. 2B). This is primarily evidenced by the robotic arm above the operating table, as well as numerous monitors enabling medical staff to control the procedure. The absence of a robotic console suggests that this room may be intended for performing remote telesurgeries. The modern patient room was equipped with beds integrated with diagnostic and monitoring devices (Fig. 3). The shape of the device resembling an MRI scanner indicates diagnostic procedures being performed while the patient is lying down. In combination with the impact of artificial intelligence on radiology, test results can be generated automatically and require only a quick specialist review (Section 3.1.3). The monitoring system reads the patient's vital signs and detects patient movement. In the event of deviations from the norm or sudden movements, it remotely alerts medical staff to life-threatening situations (Section 3.1.4).

5. SUMMARY

Based on the project “Medical Skyscraper. New Model of Healthcare Units”, created using AI tools, an analysis was conducted on the impact of artificial intelligence on the design of futuristic spaces in healthcare facilities. The described visualization process, compared with literature data, demonstrates that GenAI, in relation to healthcare facilities, relies on reliable sources by analyzing extensive databases, which translates into real-world implementations of modern technologies. As H. Wang confirms, artificial intelligence searches scientific publications and uses specialized databases such as PubMed

and Web of Science³¹². Simultaneous analysis of multiple studies and scientific articles leads to a broader spectrum of conclusions, which can be formulated into future forecasts. By introducing human creativity into artificial intelligence, a range of visions can be generated that would be impossible for a single individual to achieve in the same timeframe. The presented generative tool, when given precise and clearly described human-directed prompts, is able to predict future solutions. This information is extremely valuable for architects during the initial phase of a project or when expanding an existing facility. It should be noted that human influence is an integral part of the process, requiring repeated evaluation and selection of the generated visions. Artificial intelligence has the ability to train itself; therefore, as the number of generations increases, understanding improves, producing better visual results. Similarly, the human participant in the process becomes better at refining prompts based on AI suggestions (e.g., high-tech bed > capsule medical beds > beds as capsules monitoring patient vital signs). Emerging errors and distortions require verification, so only proper integration of humans and AI can achieve the desired results.

Correctly applied mixed research methods confirm that AI technologies described in the literature are being implemented in the medical field and subsequently used in generative concepts, giving designers the ability to anticipate and implement modern solutions. This process can function in real conditions, not only in theory, as confirmed experimentally and through research. Introducing artificial intelligence requires balancing innovative technology with human perception. Only the proper relationship between these two factors can lead to global success. A hospital fully powered by artificial intelligence is a vision of the future; however, AI used by doctors in medicine and by architects in design projects represents the current reality.

References

- Ai Q., Zhao X. et al., *Safety and efficacy of the MP1000 surgical system in robot-assisted radical cystectomy: A prospective study*, "Bladder" 2024, vol. 11, no 3, <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11617064/> (dostęp: 01.09.2025).
- American College of Healthcare Architects, *AI & Its Impact to Health Facility Design & Planning*, 2024, <https://healtharchitects.org/ai-impact-health-facility-design-planning/>, (dostęp: 10.09.2025).
- Bizoń D., *Analiza klasyfikacji danych medycznych za pomocą wybranych metod sztucznej inteligencji*, [w:] *Zarządzanie i technologie informacyjne. Technologie informacyjne w medycynie*, Z. Wróbel (red.), t. 3, Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Katowice 2008, s. 167-184.
- Buie A., *Healthcare Facilities for Children. Design for Distinct Age Groups*, [in:] *Architecture and health. Guiding principles for practice*, D. Battisco, J.J. Wilhelm (ed.), Routledge, New York 2020, s. 30.
- Cacciatore L., Costantini M. et al., *Robotic Medtronic Hugo™ RAS System Is Now Reality: Introduction to a New Simulation Platform for Training Residents*, "Sensors" 2023, vol. 23, no 17, <https://www.mdpi.com/1424-8220/23/17/7348> (dostęp: 10.09.2025).
- Chae W, Choi D.-W. et al., *Improved Inpatient Care through Greater Patient-Doctor Contact under the Hospitalist Management Approach: A Real-Time Assessment*, "International Journal of Environmental Research and Public Health" 2021, vol. 18, no 11, <https://www.mdpi.com/1660-4601/18/11/5718> (dostęp: 12.09.2025).
- FlexSim, Reinforcement Learning Tool | AI + Machine Learning, <https://www.flexsim.com/videos/reinforcement-learning-tool-ai-machine-learning/> (dostęp: 14.09.2025).
- Gabriel P., Rehani P. et al., *Continuous patient monitoring with AI: real-time analysis of video in hospital care settings*, 2025, <https://www.frontiersin.org/journals/imaging/articles/10.3389/fimag.2025.1547166/full> (dostęp: 12.09.2025).
- Gov.pl, Specjaliści chirurgii robotycznej z PIM MSWiA przeprowadzili pierwszy zabieg telechirurgiczny pomiędzy szpitalami w Europie, <https://www.gov.pl/web/pimmswia/specjalisci-chirurgii-robotycznej-z-pim-mswia-przeprowadzili-pierwszy-zabieg-telechirurgiczny-pomiedzy-szpitalami-w-europie> (dostęp: 01.09.2025).
- Junkai L. et al., *Agent Hospital: A Simulacrum of Hospital with Evolvable Medical Agents*, t.1, nr 1, ArXiv, 2024, <https://arxiv.org/pdf/2405.02957v1> (dostęp: 03.09.2025).
- mzdrowie.pl, Pierwszy robot chirurgiczny MP1000 pochodzący z Chin w polskim szpitalu, <https://www.mzdrowie.pl/w-biznesie/pierwszy-robot-chirurgiczny-mp1000-pochodzacy-z-chin-w-polskim-szpitalu/> (dostęp: 01.09.2025).

³¹² H.Wang, T. Fu, Y. Du et al., *Scientific discovery in the age of artificial intelligence*, "Nature" 2023, <https://www.nature.com/articles/s41586-023-06221-2> (dostęp 12.09.2025).

- mzdrowie.pl, Z grantów KPO szpitale kupią 28 robotów, <https://www.mzdrowie.pl/w-biznesie/z-grantow-kpo-szpital-kupia-28-robotow/> (dostęp: 01.09.2025).
- Niezabitowska E., Szewczenko A., Tomanek M., Jamrozik-Szatanek M., *Projektowanie obiektów szpitalnych. Rola badań naukowych w doskonaleniu jakości funkcjonowania szpitali*, „Śląsk” Wydawnictwo Naukowe, Katowice 2021, s. 278-280, 246, 215.
- OpenAI, Best practices for prompt engineering with the OpenAI API, https://help.openai.com/en/articles/6654000-best-practices-for-prompt-engineering-with-the-openai-api?utm_source=chatgpt.com (dostęp: 13.09.2025).
- Patrzyk S., Woźniacka A., *Sztuczna inteligencja w medycynie*, Wydawnictwo Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, Łódź 2022, s. 14-18.
- Policja.pl, Pierwsza taka operacja w Europie - pomorska Policja wsparła przełomowy zabieg z użyciem robota chirurgicznego, <https://policja.pl/pol/aktualnosci/264427.Pierwsza-taka-operacja-w-Europie-pomorska-Policja-wsparla-przełomowy-zabieg-z-uz.html> (dostęp: 01.09.2025).
- Tomanek M., *Poprawa efektywności leczenia i ograniczenie kosztów użytkowania dzięki właściwemu projektowaniu obiektów opieki zdrowotnej*, [w:] *Szpital XXI wieku – rozwiązania projektowe i infrastrukturalne*, A. Złotkowska, M. Piotrowski (red.), Elamed, Katowice 2022, s. 14.
- Tsinghua Medicine, Tsinghua University, Where AI Meets Art: Phase II of Beijing Tsinghua Changgung Hospital Officially Opens, <https://www.med.tsinghua.edu.cn/en/info/1036/2521.htm> (dostęp: 03.09.2025).
- Tsinghua University, Tsinghua University holds Tsinghua AI Agent Hospital Inauguration and 2025 Tsinghua Medicine Townhall Meeting, <https://www.tsinghua.edu.cn/en/info/1245/14224.htm> (dostęp: 03.09.2025).
- Wang H., Fu T., Du Y. et al., Scientific discovery in the age of artificial intelligence, *Nature*, 2023, <https://www.nature.com/articles/s41586-023-06221-2> (dostęp 12.09.2025).
- Westbrook JI., Duffield C. et al., *How much time do nurses have for patients? A longitudinal study quantifying hospital nurses' patterns of task time distribution and interactions with health professionals*, “BMC Health Services Research” 2011, no 11, <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-11-319> (dostęp: 12.09.2025).
- Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 2 w Jastrzębiu-Zdroju, Wykonaliśmy już 50 zabiegów z wykorzystaniem robota HUGO RAS, <https://www.wss2.pl/wykonalismy-juz-50-zabiegow-z-wykorzystaniem-robota-hugo-ras/> (dostęp: 10.09.2025).

Author's note

eng. arch. Laura Pacud

Laura Pacud is a graduate of engineering studies at the Faculty of Architecture, Silesian University of Technology in Gliwice, majoring in Architecture. She is currently pursuing her master's degree at the Faculty of Architecture, Gdańsk University of Technology.

She co-organized the “Expose” project as part of the nationwide “Zwolnieni z Teorii” competition in 2018–2019. She participated in architecture-focused training trips under the “School of Leaders” program, internships within the “Silesian University of Technology – a modern European technical university” project, and received a distinction in the “TOP-12” competition organized by the Faculty of Architecture at the Silesian University of Technology. She was also a finalist in the Stypendium Praktyka competition organized by the Stefan Kuryłowicz Foundation in the 2024/2025 edition. Laura gained professional experience during three years of work as an architectural assistant in a Silesian architectural office specializing in healthcare facility design. She was involved in the design process of clinics, medical centers, and hospitals, participating in various stages of implementation. Since 2025, she has been a member of the Association of Polish Architects (SARP), Coastal Branch.

Contact: s202312@student.pg.edu.pl

PROKSEMIKA JAKO NARZĘDZIE ANALIZY FUNKCJONALNO- -PRZESTRZENNEJ ARCHITEKTURY SŁUŻBY ZDROWIA

PROXEMICS AS A TOOL FOR THE FUNCTIONAL AND SPATIAL ANALYSIS OF HEALTHCARE ARCHITECTURE

Streszczenie

W publikacji omówiono zastosowanie proksemiki jako narzędzia analityczno-badawczego w analizie architektury służby zdrowia. Wskazano na znaczenie dystansów interpersonalnych w kształtowaniu przestrzeni obiektów służby zdrowia, podkreślając rolę prywatności, komfortu i bezpieczeństwa pacjentów oraz efektywności pracy personelu. W tekście podkreślono potrzebę integracji nauk społecznych i architektury wskazując perspektywy dalszych badań oraz ograniczenia przyjętej metody.

Słowa kluczowe: proksemika, architektura medyczna, bezpieczna przestrzeń wspólna

Abstract

The article discusses the application of proxemics as a research tool in the analysis of healthcare architecture. It highlights the importance of interpersonal distances in shaping healthcare environments, emphasizing privacy, comfort, and safety of patients, as well as the work efficiency of medical staff. The paper underlines the need for integrating social sciences and architecture, discusses the limitations of presented method and outlines perspectives for further research.

Keywords: proxemics, healthcare architecture, public space safety

1. WSTĘP

Architektura od zawsze była czymś więcej niż jedynie formą materialną. Budynki, w tym obiekty medyczne, są nośnikami znaczeń, kształtują zachowania i determinują jakość interakcji społecznych. Szczególnie wyraźnie widać to w placówkach ochrony zdrowia, gdzie przestrzeń staje się elementem wspierającym lub utrudniającym proces leczenia. W pracy, dla uproszczenia wywodu, przyjęto termin obiekty medyczne, określając tym mianem budynek lub zespół budynków, który jest wyodrębniony i ma znaczenie w kontekście architektury służby zdrowia. Pojęcie „obektu medycznego” obejmuje **placówki medyczne oraz ochrony zdrowia, ośrodki zdrowia, szpitale lub przychodnie**, w zależności od kontekstu i specyfiki miejsca. W szerszym znaczeniu można użyć określenia **jednostka lecznicza, placówka służby zdrowia**, a także **instytucja medyczna** lub **placówka opieki zdrowotnej**.

Współczesne podejście do architektury szpitali i przychodni wymaga wyjścia poza kategorie techniczne – jak funkcjonalność czy standardy higieniczne – i uwzględnienia również aspektów psychologicznych, społecznych i kulturowych. Píše o tym m.in. architekt i czołowy badacz interakcji społecznych w przestrzeni Jan Gehl: „Przestrzeń publiczna powinna wspierać interakcje społeczne, jednocześnie respektując prywatność – równowaga ta często bywa zaniedbywana w instytucjach”³¹³. Proksemika, czyli nauka badająca relacje człowiek–przestrzeń poprzez analizę dystansów interpersonalnych i form interakcji, oferuje unikatową perspektywę w badaniach nad architekturą medyczną. Zasadniczym celem tego pracy jest pokazanie potencjału proksemiki jako narzędzia badawczego, które pozwala opisywać i interpretować przestrzeń medyczne w kategoriach funkcjonalnych, społecznych i psychologicznych. Wprowadzenie proksemiki do analiz układów funkcjonalnych szpitali i innych obiektów medycznych może wzmocnić podejście projektowe oparte na idei *human-centered design*, gdzie pacjent i personel znajdują się w centrum procesu kształtowania przestrzeni.

³¹³ J. Gehl, *Life Between Buildings: Using Public Space*, Island Press, Washington 2011.

2. STAN BADAŃ

Badania nad architekturą placówek medycznych wskazują, że przestrzeń odgrywa istotną rolę w procesie terapii i rekonwalescencji. Współczesne szpitale nie są już wyłącznie miejscem wykonywania procedur medycznych – muszą sprzyjać poczuciu bezpieczeństwa, zapewniać komfort pacjentom i ułatwiać personelowi efektywną pracę. „Ważne jest, aby projektanci budynków służby zdrowia projektowali je specjalnie dla społeczności, którym one służą. Z tego powodu nie ma jednego stylu architektonicznego dla takich budynków. Każda cecha projektu powinna być dostosowana do indywidualnych potrzeb pacjenta i odwiedzającego”³¹⁴.

Literatura dotycząca architektury medycznej koncentruje się na takich zagadnieniach, jak optymalizacja układów funkcjonalnych, ergonomia pomieszczeń, dostępność dla osób z ograniczoną mobilnością, psychologiczne aspekty światła naturalnego i zieleni w przyspieszeniu procesu rekonwalescencji oraz powrotu do zdrowia czy na sposobach kształtowania oraz znaczeniu przestrzeni wspólnych w układzie funkcjonalnym.

W publikacji podstawą do rozważań jest teoria dystansów interpersonalnych. Proksemika definiuje strefy, które regulują sposób wchodzenia w relacje społeczne: intymną, osobistą, społeczną i publiczną. W kontekście obiektów służących celom medycznym każda z tych stref ma swoje odzwierciedlenie – w prywatnych rozmowach lekarza z pacjentem, w relacjach rodzinnych na sali szpitalnej, w kontaktach pacjentów w poczekalniach czy w organizacji przestrzeni wspólnych.

Choć proksemika znalazła zastosowanie w urbanistyce czy w architekturze przestrzeni edukacyjnych, jej obecność w analizie szpitali i przychodni jest nadal ograniczona. W kształtowaniu architektury obiektów służby zdrowia dominuje perspektywa techniczna – projektowanie zgodne z przepisami sanitarnymi, wytycznymi technologicznymi i ergonomią. Tymczasem analiza proksemiczna może dostarczyć dodatkowej wiedzy na temat jakości przestrzeni, szczególnie w kontekście interakcji społecznych i poczucia bezpieczeństwa.

Proksemika to dziedzina badań lokująca się na pograniczu psychologii, antropologii kulturowej oraz socjologii, analizująca formy kontaktów międzyludzkich w kontekście interakcji człowieka z otaczającą go przestrzenią. Koncentruje się na sposobach, w jakich jednostki i zbiorowości odnajdują się w środowisku przestrzennym, definiują swoje terytorium i kształtują relacje społeczne. Obejmuje zarówno kwestie identyfikacji kulturowej, poczucia bezpieczeństwa, jak i świadomości przynależności do grupy. Jej podstawy stworzył **Edward T. Hall**, który wprowadził pojęcie *proxemics*³¹⁵ i udowodnił, że dystanse przestrzenne odgrywają zasadniczą rolę w organizacji kontaktów społecznych.

Kluczowym elementem teorii Halla jest wyróżnienie **czterech stref dystansu** wykorzystywanych intuicyjnie w interakcjach międzyludzkich. Należą do nich: **strefa intymna** (0–45 cm), **strefa osobista** (45–120 cm), **strefa społeczna** (1,2– 3,6 m) oraz **strefa publiczna** (3,6–6 m). Podział ten ukazuje, jak silnie przestrzeń fizyczna wpływa na jakość kontaktu, sposób odbierania drugiego człowieka i poczucie komfortu w sytuacjach społecznych.

Praktyczne zastosowanie proksemiki w projektowaniu i zagospodarowaniu przestrzeni publicznych polega na analizie, czy dane środowisko zbudowane wspiera komunikację interpersonalną (szerzej ujmując międzyludzką), czy raczej ją utrudnia. Coraz silniej ujawnia się **społeczna potrzeba personalizacji przestrzeni użytkowanej wspólnie przez wiele osób**, poszukiwania takich form aranżacji przestrzennej, które stwarzają użytkownikom poczucie bezpieczeństwa, ale także możliwości podejmowania indywidualnych działań. W kontekście obiektów służby zdrowia, przestrzeń wspólnie użytkowana musi umożliwiać osobom niepełnosprawnym pełny dostęp do wszystkich funkcji. Odpowiednie rozmieszczenie elementów wyposażenia i infrastruktury, także informacyjnej, może sprzyjać budowaniu poczucia bezpieczeństwa, natomiast źle zaprojektowana przestrzeń staje się jedynie monumentalną, reprezentacyjną strukturą techniczną, w praktyce pozbawioną cech przestrzeni publicznie użytecznej.

Znaczącym kontekstem jest tu również **aspekt ekonomiczny** – analiza kosztów inwestycji i ich efektywności w projektach finansowanych ze środków publicznych może zostać przeprowadzona przy użyciu dodatkowego narzędzia w postaci badań proksemicznych. Poprawne zagospodarowanie zaspo-

³¹⁴ H. Madireddi, *Architectural styles for healthcare buildings: A Guide*, <https://hmcarchitects.com/news/architectural-styles-for-healthcare-buildings-a-guide-2019-06-21/> (dostęp: 25.09.2025).

³¹⁵ E.T., Hall, *The Hidden Dimension*, Doubleday, New York 1966.

bów przestrzennych zaproponowane z uwzględnieniem analiz proksemicznych sprzyja tworzeniu wartości społecznej, która wykracza poza wymiar czysto finansowy.

Z proksemiką wiąże się ściśle problematyka **behawioralna**. Badania nad potrzebami użytkowników przestrzeni, prowadzone głównie na gruncie psychologii środowiskowej, uwzględniają takie kwestie, jak redukcja stresu, dostęp do miejsc gwarantujących poczucie spokoju czy możliwość swobodnego kontaktu z innymi. Szczególnie podkreślana jest tu **potrzeba bezpieczeństwa** jako fundamentalny warunek poprawnego funkcjonowania jednostki w środowisku obiektów medycznych.

Z perspektywy praktyki projektowej (na podstawie analiz dziesięciu losowo wybranych oraz zrealizowanych w ciągu ostatniej dekady obiektów służby zdrowia) proksemika nabiera szczególnego znaczenia w kontekście ograniczeń przestrzennych (np. w obiektach rozbudowywanych lub historycznych) oraz w odniesieniu do współczesnych wymogów wielofunkcyjności. Doświadczenia z pierwszych lat pracy zawodowej projektanta-architekta, związane z opracowywaniem licznych koncepcji dla przestrzeni wspólnych w budynkach użyteczności publicznej, uwiaryściły trudności w dostosowaniu niewielkich pomieszczeń do potrzeb zróżnicowanych grup użytkowników – osób w różnym wieku, o odmiennych możliwościach fizycznych i kompetencjach społecznych. Konieczność przygotowania wielu alternatywnych koncepcji projektowych uwiaryściła brak wystarczających narzędzi wspomagających proces decyzyjny.

Powyższe refleksje stały się impulsem do sięgnięcia po literaturę dotyczącą metod i strategii wspierających projektowanie przestrzeni dostępnych publicznie. Wnioski płynące z tej analizy wskazują, że zagadnienie proksemiki wymaga pogłębionych badań, szczególnie w odniesieniu do aktualnych **przemian kulturowych, społecznych i gospodarczych**, które istotnie zmieniają sposób użytkowania przestrzeni oraz hierarchię potrzeb jej użytkowników. Przegląd literatury wskazuje na brak spójnych badań, które wprost wykorzystują proksemikę jako narzędzie analizy obiektów medycznych. Luka ta otwiera przestrzeń do nowych studiów przypadków i opracowania dodatkowego narzędzia wspomagającego metodologię dedykowaną kształtowaniu architektury służby zdrowia.

3. METODY BADANIA

Proponowane podejście badawcze opiera się na integracji metod proksemicznych z metodami projektowania architektury wraz z uwzględnieniem wiedzy oraz narzędzi analiz psychologii środowiskowej. Założenia badawcze obejmują: traktowanie przestrzeni medycznej jako środowiska zbudowanego, kształtującego zachowania i interakcje społeczne, uznanie dystansów interpersonalnych za istotne kryterium oceny jakości tego środowiska oraz postrzeganie architektury jako narzędzia redukcji stresu i budowania poczucia bezpieczeństwa. Do podstawowych narzędzi badawczych zaliczają się: kryteria analizy rzutów i schematów funkcjonalno-przestrzennych budynków, obserwacja zachowań pacjentów i personelu w poczekalniach, korytarzach i salach chorych, wraz z dokumentacją fotograficzną i mapami behawioralnymi, a ponadto w rozbudowanym procesie analitycznym badania ankietowe dotyczące komfortu przestrzennego i poczucia prywatności, wykonywane przez specjalistyczne firmy oparte na socjologicznych metodach badawczych. W ramach uproszczonej analizy można przeprowadzić badanie satysfakcji pacjentów dotyczące istniejącej przestrzeni publicznej strefy wejściowej i na tej podstawie opracować wstępne założenia projektu przekształceń. Kryteria oceny obejmują: dostępność przestrzeni i jej ergonomię, stopień zapewnienia prywatności, warunki sprzyjające interakcjom interpersonalnym i społecznym oraz poziom bezpieczeństwa odczuwany przez użytkowników.

Wstępna analiza losowo wybranych, wywodzących się z kręgu kultury zachodniej przykładów przestrzeni wejściowych placówek służby zdrowia, zaprojektowanych w ostatnich latach w różnych częściach świata, pokazuje znaczące różnice w podejściu do kształtowania przestrzeni wspólnych. Na ryc. 1 pokazano strefę wejściową szpitala w Stanach Zjednoczonych, w Kalifornii, opisanego dokładnie w przytoczonym w bibliografii przewodniku projektowania architektury służby zdrowia³¹⁶. Wiele elementów projektu zostało podanych analizie w celu dostosowania ich do indywidualnych potrzeb pacjenta i odwiedzającego. Takie podejście projektowe pośrednio wpływa na usprawnienie pracy personelu medycznego oraz pracowników administracji szpitala, ponieważ większa harmonia przestrzenna wpływa na wszystkich użytkowników przestrzeni, którzy w stresującej sytuacji mają szansę na uzyska-

³¹⁶ H. Madireddi, op.cit.

nie większego komfortu fizycznego oraz psychicznego. Miejsca do siedzenia są w tym projekcie zróżnicowane pod względem wielkości, formy czy rodzaju siedziska (np. z oparciem lub bez). Umożliwia to zajęcie miejsca osobom o różnych potrzebach i z różnymi stopniami ograniczeń ruchowych. Ponadto możliwe jest zajęcie miejsca przy uwzględnieniu różnych potrzeb dotyczących dystansów interpersonalnych w zależności od kultury, z której dany człowiek pochodzi lub w zależności od indywidualnych potrzeb osobniczych (również osób z niepełnosprawnościami, autystycznych, o różnych dominujących cechach psychologicznych czy o różnych charakterach). Nie bez znaczenia jest również kolorystyka całego założenia. Pomaga w identyfikacji przestrzeni oraz wspomaga orientację przestrzenną użytkowników. Z kolei na ryc. 2 pokazano szpital z Australii (NSW), gdzie przestrzeń wejściowa przypomina raczej fragment poczekalni dworca czy lotniska. Takie przestrzenie podporządkowane są usprawnieniu przepływu dużych grup ludzi, często poruszających się w pośpiechu, w jasno określonym celu podróży. Sytuacja przestrzenna szpitala zdaje się być inna, wymagająca przeciwnego podejścia projektowego, z nacechowaniem na wprowadzanie spokoju, harmonii, dobrej organizacji ruchu oraz ułatwienia orientacji w przestrzeni. Rycina 3 przedstawia sytuację przestrzenną poczekalni bydgoskiego Parku Aktywnej Rehabilitacji i Sportu. Na zdjęciu widać, że zajęte są tylko siedziska w skrajnych rzędach, a osoba z trudnością poruszania się nie ma możliwości oparcia się o siedzisko zamontowane na wyższym poziomie, np. przy ścianie, pomimo że czas oczekiwania na wizytę jest często wydłużony w stosunku do planowanego, co skutkuje wzrostem frustracji i zniecierpliwienia, które mogą wpływać na spadek poczucia bezpieczeństwa użytkowników przestrzeni. Warto tu dodatkowo zauważyć, na podstawie osobistych doświadczeń projektowych autorki tekstu, wykonującej projekty mieszkań dla osób z trudnością poruszania się, że osoby po operacji rekonstrukcji biodra wymagają innego podejścia do projektu, np. toalety czy siedziska, niż osoby sprawne ruchowo.



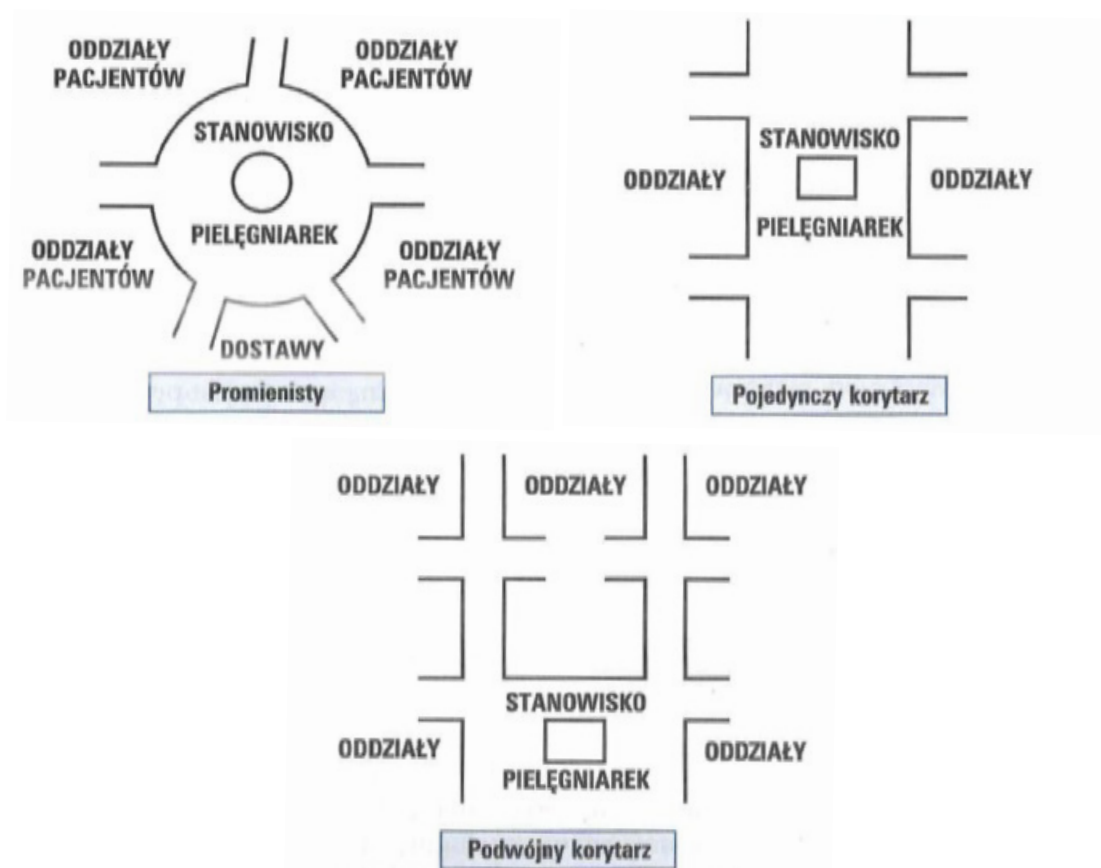
Ryc. 1. Strefa wejściowa o dobrze rozwiązanych dystansach proksemicznych w obiekcie służby zdrowia, Lundquist Tower for Torrance Memorial Medical Center, Kalifornia

Źródło: <https://hmcarchitects.com/news/architectural-styles-for-healthcare-buildings-a-guide-2019-06-21/> (dostęp: 25.09.2025).



Ryc. 2. Strefa wejściowa przypominająca poczekalnię dworca lub lotniska, Mudgee Hospital Redevelopment, NSW, Australia

Źródło: <https://alerce.net.au/portfolio/mudgee-hospital-redevelopment/> (dostęp: 25.09.2025).



Ryc. 3. Park Aktywnej Rehabilitacji i Sportu (PARiS) w Bydgoszczy, strefa poczekalni z pokazaniem niewystarczającej organizacji miejsc do siedzenia

Źródło: fot. Dorota Wiśniewska (dostęp: 10.10.2025).

4. INTERAKCJE SPOŁECZNE

Placówki ochrony zdrowia są przestrzeniami, w których spotykają się grupy użytkowników o odmiennych rolach i potrzebach. Pacjenci oczekują troski i bezpieczeństwa, rodziny – możliwości kontaktu i obecności, personel – efektywności i ergonomii, a administracja – sprawności organizacyjnej. Każda z tych grup korzysta z przestrzeni w odmienny sposób, co prowadzi do powstawania zarówno synergii, jak i konfliktów. Interakcje w szpitalach i przychodniach mają charakter wielowymiarowy – łączą wymiar praktyczny, emocjonalny i społeczny. Analiza proksemiczna pozwala uchwycić subtelne aspekty tych relacji, często pomijane w klasycznych analizach architektonicznych.

Relacje między pacjentem a personelem są podstawą funkcjonowania całego systemu ochrony zdrowia. Z punktu widzenia proksemiki kluczowe jest stworzenie warunków do komunikacji opiekuńczej. Rozmowy dotyczące diagnozy, terapii i wsparcia emocjonalnego wymagają przestrzeni intymnej, w której możliwe jest budowanie zaufania. Badania pokazują, że zbyt otwarte układy gabinetów, cienkie ściany lub brak izolacji akustycznej obniżają jakość relacji pacjent – lekarz. W praktyce oznacza to konieczność tworzenia gabinetów konsultacyjnych, w których architektura sprzyja poczuciu bezpieczeństwa. Proksemika pozwala określić minimalne dystanse i warunki sprzyjające rozmowom o charakterze wrażliwym. Relacje pacjent – personel wymagają równowagi między dostępnością a prywatnością. Rozmowy o stanie zdrowia muszą odbywać się w przestrzeni intymnej, wolnej od zakłóceń i obserwacji osób postronnych. Architektura musi umożliwiać stworzenie takich warunków.

Drugim istotnym obszarem są **interakcje między pacjentami**, szczególnie w kontekście sal z wieloma łózkami. Wspólnota doświadczeń sprzyja budowaniu więzi, wymianie wsparcia i integracji, ale jednocześnie staje się źródłem konfliktów. Hałas, brak prywatności, różnice kulturowe czy odmienne rytmy dnia prowadzą do napięć, które mogą utrudniać proces rekonwalescencji. Architektura ma tu ogromne znaczenie: odległości między łózkami, możliwość regulacji prywatności za pomocą parawanów, rozmieszczenie okien i dostęp do światła dziennego to kluczowe aspekty do przemyślenia podczas procesu projektowego. Proksemika podpowiada, jak układ przestrzeni wpływa na gotowość do interakcji lub izolacji. Odpowiednie rozmieszczenie łóżek, zastosowanie parawanów i możliwość regulacji prywatności staje się rozwiązaniem architektonicznym wynikającym z analizy proksemicznej.

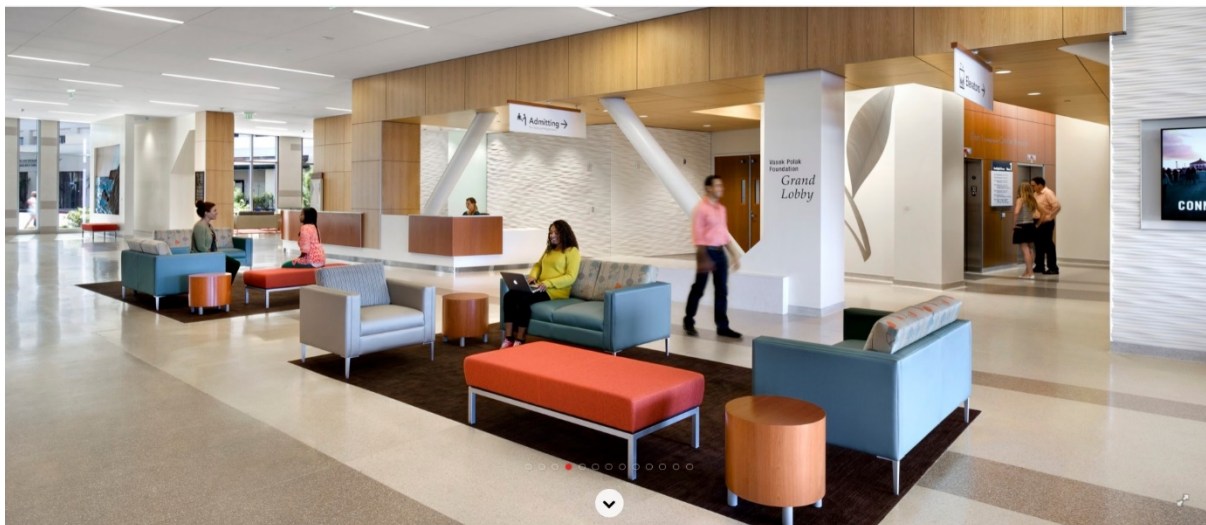
Kolejnym aspektem wartym rozważania w kontekście proksemiki jest **relacja pacjent – rodzina**. Obecność rodziny w przestrzeni medycznej jest coraz częściej uznawana za czynnik wspierający proces zdrowienia. Wizyty krewnych mogą redukować stres, wzmacniać poczucie przynależności i motywować pacjenta do współpracy z personelem. Jednak brak odpowiednich przestrzeni dla kontaktów rodzinnych prowadzi do dezorganizacji – korytarze pełnią rolę nieformalnych poczekalni, a odwiedzający zakłócają rytm pracy oddziału. Stworzenie przestrzeni półprywatnych – pokoi odwiedzin, ogrodów terapeutycznych, stref relaksu – odpowiada na potrzeby rodzin i pacjentów, jednocześnie nie zakłócając pracy personelu. Analiza proksemiczna pozwala precyzyjnie określić, jakie dystanse i układy przestrzenne sprzyjają tego typu interakcjom.

W odniesieniu do **relacji personel – personel** analiza proksemiczna jest wieloaspektowa. Efektywność pracy szpitala zależy w dużej mierze od jakości komunikacji wewnętrznej. Lekarze, pielęgniarki, technicy i pracownicy administracji muszą wymieniać informacje szybko i precyzyjnie. Z punktu widzenia proksemiki szczególnie istotne są przestrzenie półprywatne – pokoje dyżurów, stacje pielęgniarstwa, sale odpraw. Ich układ i ergonomia wpływają na jakość współpracy i poziom stresu. Badania nad ergonomią pokazują, że zbyt małe lub źle zorganizowane pomieszczenia prowadzą do przeciążeń psychicznych i konfliktów. W badaniu przeprowadzonym odnośnie stanowisk pielęgniarstwa, przytoczonym w podręczniku akademickim psychologii środowiskowej³¹⁷ najkorzystniejszy układ przestrzenny pokrywa się z wytycznymi projektowania przestrzeni społecznej opisanymi w rozprawie doktorskiej dotyczącej proksemiki i rewitalizacji przestrzeni publicznej. Proksemika wskazuje na konieczność zachowania odpowiednich odległości, widoczności i możliwości kontroli nad otoczeniem.

Interakcje między personelem medycznym a administracją mają charakter formalny, ale również wymagają odpowiednich warunków przestrzennych. Rejestracje, biura obsługi pacjenta, działy finansowe – to miejsca kontaktu, w których pacjenci oczekują sprawności i dyskrecji. Architektura powinna zapewniać równowagę między dostępnością a prywatnością. Zbyt otwarte ludy rejestracyjne ob-

³¹⁷ P.A. Bell, A. Baum, Th.C. Greene, J.D. Fisher, *Psychologia Środowiskowa*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2004.

niżają poczucie poufności, natomiast nadmierne bariery przestrzenne prowadzą do alienacji. Analiza proksemiczna pomaga określić, jak kształtować przestrzenie biurowe i recepcyjne, aby sprzyjały profesjonalnym, a zarazem empatycznym relacjom.



Ryc. 4. Schematy przestrzeni najbardziej korzystnej ze względu na zachowanie personelu oraz ilość czasu poświęconego pacjentom. Układ promienisty okazał się być najbardziej korzystny, co pokazały badania Trites i wsp. (1970)

Źródło: P.A. Bell, A. Baum, Th.C. Greene, J.D. Fisher, *Psychologia...*, s. 519.

Ważnym aspektem interakcji są przestrzenie wspólne i półprywatne – poczekalnie, korytarze, sale rehabilitacyjne, stołówki. Proksemika wskazuje, że ich układ determinuje sposób korzystania i jakość kontaktów społecznych. Poczekalnia może sprzyjać integracji, jeśli oferuje różne strefy: miejsca do rozmów, strefy ciszy, kąciki dziecięce. Korytarze z kolei mogą stać się przestrzeniami przypadkowych spotkań, ale jeśli są zbyt wąskie i nieczytelne – potęgują poczucie chaosu i stresu. Przestrzenie półprywatne, takie jak małe sale spotkań czy ogrody terapeutyczne, pełnią funkcję bufora między intymnością a publicznością, pozwalając na elastyczne dostosowanie się do potrzeb użytkowników.

Wyzwania związane z projektowaniem przestrzeni medycznych obejmują konieczność łączenia różnych, często sprzecznych wymagań: prywatności pacjenta i efektywności pracy personelu, spokoju i dostępności, izolacji i integracji. Proksemika oferuje narzędzia, które pozwalają znaleźć kompromis poprzez świadome kształtowanie dystansów, układów funkcjonalnych i relacji przestrzennych. W praktyce oznacza to m.in. projektowanie modułowych sal, elastycznych przestrzeni odwiedzin czy poczekalni z wydzielonymi strefami. Poczekalnie i korytarze to przestrzenie kontaktów o charakterze publicznym. W zależności od ich organizacji mogą sprzyjać integracji, ale też potęgować poczucie anonimowości i zagubienia.

5. PROKSEMIKA A POCZUCIE BEZPIECZEŃSTWA

Poczucie bezpieczeństwa jest jednym z najważniejszych czynników decydujących o jakości przestrzeni medycznych. Od niego zależy nie tylko samopoczucie pacjentów, lecz także skuteczność pracy personelu medycznego. W obiektach ochrony zdrowia bezpieczeństwo należy rozumieć wielowymiarowo: obejmuje ono zarówno aspekt fizyczny, związany z ochroną zdrowia i życia, jak i aspekt psychologiczny, wynikający z poczucia kontroli, przewidywalności i komfortu. Proksemika, dzięki analizie dystansów interpersonalnych i układów przestrzennych, dostarcza cennych narzędzi umożliwiających badanie i projektowanie przestrzeni sprzyjających bezpieczeństwu.

Podstawowym wymiarem bezpieczeństwa w architekturze medycznej jest ochrona przed zagrożeniami fizycznymi. Obejmuje to rozwiązania techniczne (np. systemy przeciwpożarowe, zabezpieczenia epidemiologiczne, kontrolę dostępu) oraz ergonomiczne (np. szerokość korytarzy, lokalizację drzwi ewakuacyjnych, dostępność wind). Proksemika uzupełnia tę perspektywę o aspekt percepcji prze-

strzeni: zbyt wąskie korytarze lub ciasne poczekalnie wywołują poczucie tłoku, a tym samym obniżają subiektywne poczucie bezpieczeństwa. Projektowanie przestrzeni, tak aby umożliwiały one swobodny przepływ ludzi i redukowały chaos, staje się kluczowe dla minimalizacji stresu środowiskowego.

Bezpieczeństwo psychologiczne odnosi się do poczucia spokoju i przewidywalności. Pacjenci, znajdując się w obcym środowisku, często odczuwają bezradność i brak kontroli nad sytuacją. Architektura może wzmacniać te negatywne odczucia lub je niwelować. Proksemika wskazuje, że możliwość regulacji dystansu wobec innych użytkowników przestrzeni jest jednym z najważniejszych czynników wpływających na komfort. W salach szpitalnych dostęp do zasłon, parawanów czy indywidualnych lamp daje pacjentowi poczucie kontroli nad otoczeniem i wzmacnia jego autonomię.

W literaturze z zakresu psychologii środowiskowej podkreśla się **znaczenie architektury w redukcji stresu**. Zbyt głośnie otoczenie, brak prywatności czy nieczytelny układ budynku mogą zwiększać poziom lęku. Proksemika oferuje metodę oceny, jak odległości interpersonalne i organizacja przestrzeni wpływają na poziom napięcia. Na przykład pacjent w poczekalni, który siedzi zbyt blisko obcej osoby, może odczuwać dyskomfort, szczególnie w sytuacjach intymnych, jak oczekiwanie na wizytę ginekologiczną czy onkologiczną. Zapewnienie możliwości wyboru miejsca – bardziej odizolowanego lub w otoczeniu innych – pozwala redukować stres.

Jednym z najważniejszych rozwiązań wzmacniających poczucie bezpieczeństwa jest tworzenie przestrzeni półprywatnych. Są to miejsca pośrednie między przestrzenią publiczną a intymną, które pozwalają na rozmowy z rodziną, konsultacje lekarskie czy chwilę odpoczynku. Z punktu widzenia proksemiki przestrzenie półprywatne działają jak bufor, umożliwiając użytkownikom wybór poziomu zaangażowania w interakcje społeczne. Pacjent, który ma możliwość wycofania się do strefy półprywatnej, czuje się bardziej komfortowo i bezpiecznie.

Czytelny i przewidywalny układ komunikacyjny jest fundamentem poczucia bezpieczeństwa. Korytarze powinny być zaprojektowane tak, aby umożliwiały łatwą orientację, a oznakowanie powinno być intuicyjne i widoczne. Z badań wynika, że dezorientacja w przestrzeni szpitalnej jest jednym z głównych źródeł stresu zarówno dla pacjentów, jak i dla odwiedzających. Proksemika wskazuje, że przestrzenie, w których dystanse i układy są spójne, sprzyjają redukcji lęku. Przykładem może być zastosowanie otwartych holi wejściowych z wyraźnie zaznaczonymi osiami komunikacyjnymi, które ułatwiają orientację.

Prywatność jest integralnie związana z poczuciem bezpieczeństwa. Pacjent, który nie ma możliwości odbycia rozmowy z lekarzem w warunkach dyskrecji, doświadcza nie tylko dyskomfortu, ale i obniżonego poczucia bezpieczeństwa. Architektura powinna uwzględniać strefy, w których można zapewnić pełną poufność, np. indywidualne gabinety, małe sale spotkań czy pokoje do rozmów rodzinnych. Proksemika pozwala na analizę, jak wielkość pomieszczeń i odległości między użytkownikami wpływają na poczucie prywatności i bezpieczeństwa.

Paradoksalnie, poczucie bezpieczeństwa nie zawsze wiąże się z izolacją. Dla wielu pacjentów ważne jest doświadczenie wspólnoty – świadomość, że inni ludzie przechodzą podobne procesy leczenia. Przestrzenie wspólne, takie jak sale rehabilitacyjne czy jadalnie, mogą wzmacniać poczucie przynależności i redukować lęk. W tym kontekście proksemika dostarcza narzędzi do określenia, jakie dystanse sprzyjają interakcjom społecznym bez naruszania prywatności. Przykładowo, stoły w jadalni ustawione w średnich odległościach umożliwiają zarówno rozmowę, jak i zachowanie przestrzeni osobistej.

Proksemika dostarcza narzędzi do projektowania przestrzeni, które nie tylko spełniają wymogi techniczne i sanitarne, ale także realnie wpływają na samopoczucie użytkowników. Włączenie jej w proces projektowy pozwala tworzyć środowiska sprzyjające bezpieczeństwu fizycznemu i psychologicznemu, wzmacniające poczucie kontroli i przewidywalności. W obiektach medycznych, gdzie stres i lęk są nieodłącznymi elementami doświadczenia pacjenta, takie podejście staje się nie tylko wartością dodaną, ale koniecznością.

6. DYSKUSJA I WNIOSKI

Analiza pokazuje, że proksemika jest wartościowym narzędziem badawczym, które pozwala na pogłębione zrozumienie relacji między architekturą a użytkownikiem w obiektach medycznych. Jej zalety to możliwość integracji z metodami psychologii środowiskowej i socjologii, uniwersalność oraz orientacja na potrzeby człowieka.

Zastosowanie czterech stref dystansów interpersonalnych w architekturze obiektów medycznych otwiera nowe możliwości projektowe. Strefa intymna dotyczy kontaktów lekarza z pacjentem w gabinecie i wymaga zapewnienia prywatności. Strefa osobista odnosi się do spotkań z rodziną, rozmów w przestrzeniach półprywatnych. Strefa społeczna jest charakterystyczna dla poczekalni, sal rehabilitacyjnych czy przestrzeni wspólnych, a strefa publiczna obejmuje duże hale wejściowe i przestrzenie rejestracyjne. Projektując obiekty medyczne, należy świadomie kształtować wszystkie te strefy, aby tworzyły spójne i funkcjonalne środowisko.

Ponadto, poczucie bezpieczeństwa, które proksemika pozwala lepiej kształtować, to kluczowy element funkcjonowania obiektów ochrony zdrowia. Architektura powinna minimalizować stres środowiskowy i sprzyjać odbudowie poczucia kontroli nad otoczeniem. Rozwiązania przestrzenne oparte na proksemice mogą obejmować: możliwość wyboru stopnia izolacji (np. zasłony przy łóżkach), przestrzenie półprywatne dla rozmów z rodziną, czytelne i przewidywalne układy komunikacyjne redukujące dezorientację. Bezpieczeństwo rozumiane jest tutaj nie tylko w sensie fizycznym, ale także psychologicznym – jako poczucie spokoju, przewidywalności i kontroli nad sytuacją.

Ograniczenia metody obejmują konieczność empirycznego sprawdzania w różnych typach placówek medycznych oraz zależność od kontekstu kulturowego. W przyszłości warto rozwijać badania map behawioralnych, analizę długoterminową zachowań użytkowników oraz badania partycypacyjne angażujące pacjentów i personel w proces projektowy. Rekomendacje obejmują: włączenie analizy proksemicznej do praktyki projektowej szpitali, uwzględnianie aspektów prywatności i dystansów w procesie projektowym, a także rozwój narzędzi interdyscyplinarnych łączących architekturę i nauki społeczne.

Bibliografia

- Bell P.A., Baum A., Greene Th.C., Fisher J.D., *Psychologia Środowiskowa*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2004.
- Eco U., *Niewidzialna struktura*, Wydawnictwo KR, Warszawa 2003.
- Gehl J., *Life Between Buildings: Using Public Space*, Island Press, Washington 2011.
- Hall E.T., *The Hidden Dimension*, Doubleday, New York 1966.
- Jackowski T., *Architektura szpitali*, „Czas i przestrzeń” 2016, nr 1, s. 157.
- Ulrich R.S., *View through a window may influence recovery from surgery*, „Science” 1984.
- Madireddi H., *Architectural styles for healthcare buildings: A Guide*, <https://hmcarchitects.com/news/architectural-styles-for-healthcare-buildings-a-guide-2019-06-21/> (dostęp: 25.09.2025).

Nota o autorce

dr inż. arch. Dorota Wiśniewska – architektka i urbanistka, członek SARP i Izby Architektów RP, specjalizująca się w badaniach nad przestrzeniami użytkowymi wspólnie, zarówno w aspekcie urbanistycznym, jak i przestrzeni obiektów użyteczności publicznej (ze szczególnym uwzględnieniem styku publicznej przestrzeni wejściowej obiektu użyteczności publicznej oraz przestrzeni publicznej przed wejściem do budynku). Autorka licznych projektów architektoniczno-budowlanych, projektów infrastrukturalnych, a także artykułów dotyczących metod projektowania w zależności od kontekstu środowiskowego, przestrzennego oraz uwarunkowań społecznych, kulturowych i ekonomicznych. Jej rozcena doktorska poświęcona była możliwości zastosowania proksemiki w projektach rewitalizacji przestrzeni publicznej.

WPŁYW LOKALIZACJI I FORMY BUDYNKU NA JEGO WŁAŚCIWOŚCI PROZDROWOTNE

THE IMPACT OF THE LOCATION AND FORM OF A BUILDING FACILITY ON ITS HEALTH-PROMOTING PROPERTIES

Streszczenie

W pracy omówiono wybrane zagadnienia wpływu właściwej lokalizacji obiektu budowlanego, zarówno w stosunku do stron świata, jak i uwarunkowań geograficzno-przyrodniczych oraz jego formy na prozdrowotne warunki dla mieszkańców. Analiza warstwowa i porównawcza wielu elementów projektowych, takich jak: usytuowanie do stron świata, wielkość oraz ilość otworów okiennych, zastosowane materiały budowlane, wartość współczynnika U dla ścian i stropów, konstrukcja balkonów, systemy wentylacji i ogrzewania, a także kształtowanie i zagospodarowanie otoczenia obiektu, wykazuje, że wymienione elementy mogą w znaczący sposób wpłynąć na wytyczne projektowe intensyfikujące warunki prozdrowotne obiektów.

Słowa kluczowe: forma, lokalizacja budynku, warunki prozdrowotne

Abstract

The article discusses the impact of the location of a building facility in relation to the cardinal directions and geographical and natural conditions as well as its form on the health-promoting conditions for its residents. A layered and comparative analysis of many design elements location in relation to the cardinal directions, the size and number of windows and doors, building materials used, U-value for walls and ceilings, construction of balconies, ventilation and heating systems, as well as the shaping and development of the surroundings of a facility, shows that these elements may have a significant impact on design guidelines that enhance health-promoting conditions of the building.

Keywords: form, building location, health-promoting conditions

1. WSTĘP

Architektura i urbanistyka odgrywają kluczową rolę w kształtowaniu warunków życia człowieka, bezpośrednio wpływając na jego zdrowie fizyczne, psychiczne i społeczne. Współczesne podejście do projektowania budynków wymaga uwzględnienia nie tylko aspektów funkcjonalnych, estetycznych i konstrukcyjnych, lecz także ich właściwości prozdrowotnych. Lokalizacja obiektu, jego forma, zastosowane materiały oraz rozwiązania techniczne determinują mikroklimat, dostęp do światła dziennego, jakość powietrza, poziom hałasu czy komfort użytkowania, a tym samym wpływają na dobrostan użytkowników.

W Polsce są zróżnicowane warunki klimatyczne i środowiskowe, a także urbanistyczne stwarzające szczególne wyzwania dla projektantów, wymagające integracji wiedzy architektonicznej z dorobkiem medycyny i zdrowia publicznego w tym zakresie. Celem pracy jest przedstawienie wybranych zagadnień, odwołując się do aktualnych norm, przepisów prawa budowlanego oraz wyników badań naukowych, wskazujących czynniki i uwarunkowania lokalizacyjne, projektowe i materiałowo-konstrukcyjne budynku, które mogą działać zarówno korzystnie, jak i niekorzystnie na zdrowie człowieka.

2. LOKALIZACJA BUDYNKU NA DZIAŁCE BUDOWLANEJ

Lokalizację budynków określają miejscowe plany zagospodarowania przestrzennego lub w wypadku ich braku decyzje o warunkach zabudowy (art. 3.1 i art. 60.1 Ustawy z dnia 27 marca 2003 r. o planowaniu i zagospodarowaniu przestrzennym)³¹⁸. Wynika stąd tak duża odpowiedzialność projek-

³¹⁸ Dz.U. Nr 80, poz.717 z późn. zm.

tantów już na etapie sporządzania ww. dokumentów, a wymieniona ustawa określa i definiuje między innymi ład przestrzenny³¹⁹.

Właściwa lokalizacja budynku w stosunku do uwarunkowań przyrodniczo-geograficznych, między innymi takich jak strony świata, ukształtowanie terenu, istniejących zadrzewień i zalesień jest jednym z podstawowych elementów kształtowania przestrzeni zurbanizowanej zgodnie z zasadami zrównoważonego rozwoju³²⁰. Orientacja budynku względem stron świata, nasłonecznienie i kształt działki wpływają na możliwości pasywnego ogrzewania pomieszczeń, kontrolę przegrzewania oraz stan oświetlenia dziennego. Naturalne oświetlenie stabilizuje rytm dobowy i wpływa pozytywnie na zdrowie fizyczne i psychofizyczne użytkowników. Rozporządzenie Ministra Infrastruktury w sprawie warunków technicznych, jakim powinny odpowiadać budynki i ich usytuowanie³²¹ definiuje zasady oświetlenia i nasłonecznienia pomieszczeń przeznaczonych na pobyt ludzi.

Kolejne uwarunkowania to istniejąca zabudowa i inne zagospodarowanie sąsiednich terenów inwestycyjnych, które determinują między innymi prozdrowotny charakter projektowanych obiektów. Nadmierny hałas z układów komunikacyjnych, zakładów produkcyjnych czy dużych obiektów sportowych mogą negatywnie wpływać na komfort użytkowników. Właściwe zaprojektowanie budynku zależy nie tylko od przepisów i norm technicznych, ale także od ekologicznej i prozdrowotnej świadomości inwestorów, projektantów, wykonawców i użytkowników.

Bardzo ważnym elementem jest uwzględnienie ukształtowania terenu (ekspozycja słoneczna, ciekłowodna), co ma znaczenie zarówno dla mikroklimatu wnętrza, jak i bilansu energetycznego budynku.

Projektując obszary zurbanizowane, konieczne jest zachowanie stref zieleni i błękitnej infrastruktury, wspiera to kompensację ciepła i poprawia biotermiczne warunki życia mieszkańców.

Odpowiednio zlokalizowana działka umożliwia zaprojektowanie budynku o optymalnych warunkach oświetlenia i warunkach energetycznych. Okna zorientowane na południe zwiększają zyski ciepłe w zimie, przy czym nie należy nadmiernie faworyzować stron świata, bowiem odchylenie lokalizacji o kilka lub kilkanaście stopni nie zmienia radykalnie właściwości oświetlenia i nasłonecznienia. Należy mieć na uwadze, że tak bardzo pożądane, w chłodne dni jesienno-zimowe, promienie słoneczne, stają się niekorzystne w upalne lato. Dlatego przed elewacją od strony południowej należy sadzić drzewa liściaste, które ochronią w lecie budynek przed nadmiernym nagrzaniem, a w zimie konary bez liści nie ograniczają dostępu słońca do obiektu. Wielkość otworów okiennych i drzwiowych od strony północnej należy ograniczyć do niezbędnego minimum. Pożądanym rozwiązaniem jest zastosowanie od tej strony świata stref buforowych w postaci oszklonych, nieogrzewanych werand, ogrodów zimowych, wiatrołapów lub budynków garażowych. Wybierając lokalizację dla obiektu budowlanego należy zwrócić także uwagę na kierunki i siłę przeważających w danym obszarze wiatrów. Przewietrzanie jest jednym z elementów prozdrowotnych, które należy uwzględniać w planowaniu i zagospodarowaniu przestrzennym. Jeżeli jest taka potrzeba, to na terenie inwestycyjnym powinno się także stosować bariery wiatrochronne w postaci nasadzeń odpowiednich gatunków krzewów i drzew.

Do oświetlania terenu wokół obiektu warto wykorzystać energię promieniowania słonecznego, energię wiatru wytwarzaną przez turbiny wiatrowe lub inne rozwiązania alternatywne, które należy dobierać w zależności do potrzeb (np. zbyt duża powierzchnia kolektorów słonecznych nie ma uzasadnienia ekonomicznego).

Proekologiczne rozwiązania wspierają prozdrowotne cechy obiektów. Przy odpowiednich warunkach gruntowo-wodnych oraz wystarczającej wielkości działki można zastosować naturalne oczyszczalnie ścieków, zbiorniki magazynowania wody deszczowej oraz pompy ciepła. Wymienione rozwiązania ze względu na wielkość działek inwestycyjnych znakomicie sprawdzają się na nowych terenach mieszkaniowych gmin wiejskich.

³¹⁹ Należy przez to rozumieć takie ukształtowanie przestrzeni, które tworzy harmonijną całość oraz uwzględnia w uporządkowanych relacjach wszelkie uwarunkowania i wymagania funkcjonalne, społeczno-gospodarcze, środowiskowe, kulturowe oraz kompozycyjno-estetyczne.

³²⁰ Rozwój odpowiadający obecnym potrzebom bez uszczerbku dla możliwości spełnienia swoich potrzeb przez przyszłe pokolenia”, EUR-Lex, Zrównoważony rozwój, <https://eur-lex.europa.eu> (dostęp: 07.07.2025).

³²¹ Dz.U. Nr 75, poz. 690 z dnia 12 kwietnia 2002 r.

2.1. ŚRODOWISKO PRZYRODNICZE

Bliskość terenów zielonych odgrywa kluczową rolę w zdrowiu psychicznym i fizycznym użytkowników. W literaturze pojęcie *therapeutic landscapes* (krajobrazy terapeutyczne) określa te przestrzenie, które poprzez własne walory łagodzą stres, poprawiają samopoczucie oraz wspierają aktywność fizyczną.

Badania wskazują, że nawet krótkotrwała ekspozycja na środowisko naturalne może redukować symptomy depresji. Chociaż efekty są umiarkowane i wymagają dalszych, bardziej rozszerzonych badań, to kojący wpływ kontaktu z zielenią na psychikę człowieka jest faktem.

Badania przeprowadzone w Holandii dowiodły, że wyższy udział terenów zielonych w przestrzeni miejskiej wiąże się z niższym wskaźnikiem wystawiania recept na antydepresanty, wskazując optymalny udział zieleni w zainwestowanym terenie na poziomie powyżej 28% powierzchni. Efekt ten jest częściowo uzależniony także od większej aktywności fizycznej, lepszej jakości powietrza, niższego poziomu hałasu oraz lepszych więzi społecznych.

2.2. KLIMAT I MIKROKLIMAT LOKALIZACJI

Oddziaływanie lokalnych warunków klimatycznych i mikroklimatycznych ma istotny wpływ na komfort oraz zdrowie użytkowników budynków. W Polsce, w zależności od regionu, można zaobserwować różne warunki klimatyczne, obejmujące średnioroczne wartości temperatury, wilgotności względnej powietrza oraz prędkości wiatru. Wpływ tych czynników i uwarunkowań staje się szczególnie istotny z punktu widzenia projektowania urbanistycznego i architektonicznego.

Według raportu Komisji Europejskiej, zmiany klimatu prowadzą do zwiększonej zachorowalności i śmiertelności w okresach letnich. Ekstremalne zjawiska pogodowe bezpośrednio przekładają się na zdrowie mieszkańców, szczególnie w obszarach zurbanizowanych. Istotnym problemem jest tzw. niekorzystny mikroklimat centrów dużych miast, wynikający z wysokiej akumulacyjności cieplnej zabudowy i nawierzchni, co sprzyja powstawaniu efektu miejskiej wyspy ciepła.

Nadmierne nagrzewanie się zabudowy może wywoływać stres termiczny, prowadzący do obniżenia komfortu życia oraz zwiększonego ryzyka zaburzeń układu krążenia, zwłaszcza wśród osób starszych i przewlekle chorych. Dlatego w procesie projektowym należy uwzględniać zasady ograniczania przegrzewania budynków poprzez odpowiednie kształtowanie bryły, przestrzeni zewnętrznych, prognozowanie mikroklimatu poprzez stosowanie takich rozwiązań, jak między innymi retencja wody i ochrona przed nadmiernym nasłonecznieniem.

Oddziaływanie lokalnych warunków klimatycznych oraz mikroklimatu na komfort i zdrowie użytkowników budynku jest istotnym z punktu widzenia zdrowia tematem.

W Polsce badania klimatyczne wskazują, że wzrost liczby dni z tzw. stresem termicznym ($UTCI > 32^{\circ}C$)³²² może prowadzić do pogorszenia komfortu mieszkańców oraz zwiększonego ryzyka zaburzeń układu krążenia.

3. INFRASTRUKTURA TECHNICZNA

Rozwój cywilizacyjny spowodował korzystanie przez wielu mieszkańców terenów zurbanizowanych z udogodnień technicznych, które poprawiają komfort życia. Jednak rozwój infrastruktury technicznej może także wpływać negatywnie na warunki prozdrowotne. Lokalizacja budynków mieszkalnych w pobliżu źródeł zanieczyszczeń, które generują między innymi duże arterie komunikacyjne, składowiska odpadów czy wyrobiska kopalniane może znacząco pogarszać jakość powietrza na zewnątrz i wewnątrz obiektów. Badania powietrza w Katowicach, Krakowie, Warszawie i innych dużych miastach polskich wskazują, że zanieczyszczenia pochodzące ze spalania paliw kopalnych są powiązane z problemami zdrowotnymi mieszkańców; szczególnie narażone są dzieci i osoby starsze. Sąsiedztwo terenów przemysłowych i poprzemysłowych, sieci energetyczne, stacje bazowe (BTS), które są urządzeniami łączącymi telefon z siecią telekomunikacyjną, obsługując rozmowy i przesył danych w technologiach, takich jak GSM, LTE czy 5G mogą zakłócać estetykę lub powodować stres u mieszkańców. Niewłaściwe umiejscowienie budynku w takich lokalizacjach nie tylko pogarsza jakość środowiska ze-

³²² UTCI – wskaźnik oceny obciążeń cieplnych człowieka, PAN, www.igipz.pan.pl (dostęp: 02.09.2025).

wnętrznego i wewnętrznego, ale także przez chroniczne obciążenie stresowe może obniżać odporność organizmu i zwiększać ryzyko występowania chorób cywilizacyjnych.

4. BEZPIECZEŃSTWO

Bezpieczeństwo użytkowników budynku jest jednym z podstawowych wymogów projektowych i eksploatacyjnych. Obejmuje ono zarówno etap projektowania obiektu, jego użytkowania i konserwacji. Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Infrastruktury w sprawie warunków technicznych, jakim powinny odpowiadać budynki i ich usytuowanie³²³, obiekty muszą być zaprojektowane w sposób minimalizujący ryzyko wypadków, pożarów oraz awarii instalacji technicznych. Zachowanie właściwego stanu technicznego gwarantuje przede wszystkim bezpieczeństwo użytkowników.

Jan Maciej Chmielewski w Teorii Urbanistyki pisze: „[...] w każdym obiekcie zbudowanym mają miejsce prace budowlane, o różnym nasileniu oraz zaangażowaniu środków finansowych i materialnych, tak długo, jak długo taki obiekt jest użytkowany. Sekwencja tych prac układa się według następującego schematu:

- faza 1 – wznoszenie budynku,
- faza 2 – bieżące konserwacje, naprawy i remonty,
- faza 3 – remont kapitalny,
- faza 4 – bieżące konserwacje, naprawy i remonty,
- faza 5 – remont kapitalny wraz z modernizacją,
- faza 6 – bieżące konserwacje, naprawy i remonty,
- faza 7 – remont kapitalny itd.”³²⁴

Wzrost świadomości ekologicznej, ekonomicznej i społecznej inwestorów, projektantów i użytkowników, wynikający także między innymi z analizy kosztów eksploatacyjnych obiektów powoduje potrzebę monitorowania ww. procesów. Budynki użytkowane, a nieremontowane systematycznie tracą swoje właściwości prozdrowotne. Dotyczy to zarówno systemów instalacji wewnątrz budynków, jak i okien, drzwi oraz ich dachów, ścian zewnętrznych, tarasów itp. Należy podkreślić, że mikrouszkodzenia powierzchni dachów, ścian, tarasów itp. w naszej szerokości geograficznej mogą doprowadzić do bardzo poważnych uszkodzeń całego obiektu i pogorszenia jego warunków zdrowotnych. W zimie bardzo często w ciągu dnia temperatura powietrza jest dodatnia, śnieg topnieje – w mikropęknięcia wnika woda, która w nocy zamara zwiększając swoją objętość i rozsadza – uszkadza pokrycia dachów, ścian, tarasów itp. Takie uszkodzenia są miejscem, w którym rozwijają się szkodliwe dla zdrowia pleśnie i grzyby. Dlatego tak istotne są regularne przeglądy wszystkich instalacji, urządzeń grzewczych, pokryć dachów, ścian, tarasów oraz bieżąca naprawa wszystkich uszkodzeń.

Istotnym elementem jest także profilaktyka urazów, która obejmuje m.in.: zastosowanie antypoślizgowych nawierzchni w strefach wejściowych i komunikacyjnych, właściwe oświetlenie ciągów komunikacyjnych, schodów i korytarzy, w miarę możliwości eliminację progów i nierówności, zapewnienie stabilnych poręczy i uchwytów w miejscach o podwyższonym ryzyku utraty równowagi.

W kontekście zdrowia publicznego ważna jest również profilaktyka zakażeń, szczególnie w obiektach opieki zdrowotnej, placówkach edukacyjnych i budynkach użyteczności publicznej. Obejmuje ona rozwiązania architektoniczne sprzyjające higienie: wydzielanie stref czystych i brudnych, stosowanie materiałów łatwych do dezynfekcji, unikanie powierzchni porowatych oraz projektowanie układów komunikacyjnych ograniczających krzyżowanie się dróg pacjentów, personelu i dostaw.

Nowoczesne koncepcje projektowe, takie jak Evidence-Based Design (EBD), uwzględniają dowody naukowe dotyczące wpływu rozwiązań architektonicznych na bezpieczeństwo pacjentów i personelu, np. minimalizację zakażeń szpitalnych poprzez separację pomieszczeń i optymalizację wentylacji.

³²³ Rozporządzenie Ministra Infrastruktury z dnia 12 kwietnia 2002 r. w sprawie warunków technicznych, jakim powinny odpowiadać budynki i ich usytuowanie (Dz.U. 2019, poz. 1065 oraz 2020, poz. 1608 z późn. zm.).

³²⁴ J.M. Chmielewski, *Teoria urbanistyki w projektowaniu i planowaniu miast*, Oficyna Wydawnicza Politechniki Warszawskiej, Warszawa 2010, s. 147.

4.1. ERGONOMIA

Ergonomia w architekturze odnosi się do projektowania przestrzeni, elementów wyposażenia i urządzeń w sposób dostosowany do potrzeb i możliwości fizycznych oraz psychologicznych człowieka. Celem jest zapewnienie wygody oraz bezpieczeństwa w codziennym użytkowaniu budynku.

Rozwiązania ergonomiczne obejmują m.in.:

- optymalną wysokość blatów roboczych, umywalek i urządzeń AGD,
- schody o proporcjach zgodnych z normami PN-EN 1991³²⁵,
- szerokości korytarzy i drzwi umożliwiające swobodne poruszanie się osób z niepełnosprawnościami,
- lokalizację uchwytów, włączników i gniazd elektrycznych w zasięgu osób stojących i siedzących.

W obiektach biurowych ergonomia obejmuje projektowanie stanowisk pracy sprzyjających prawidłowej postawie ciała, regulację wysokości krzeseł i biurk, zapewnienie odpowiedniego oświetlenia zadaniowego oraz ograniczenie długotrwałego przebywania w wymuszonej pozycji. W budynkach mieszkalnych i publicznych kluczowe jest również ergonomiczne rozmieszczenie punktów sanitarnych i kuchennych, tak aby dostosować ich lokalizację do potrzeb użytkowników.

Z perspektywy odbiorcy, projektowanie ergonomiczne jest formą profilaktyki prozdrowotnej, które ma na celu zapobieganie schorzeniom kręgosłupa, przeciążeniom stawów oraz urazom powstającym w wyniku niewłaściwego użytkowania przestrzeni.

4.2. POLE ELEKTROMAGNETYCZNE

Kwestia oddziaływania pól elektromagnetycznych (PEM) w środowisku zurbanizowanym pozostaje przedmiotem dyskusji naukowej. Źródła PEM to m.in. linie przesyłowe wysokiego napięcia, transformatory, instalacje elektryczne, w budynkach to urządzenia RTV i AGD, systemy Wi-Fi oraz anteny telefonii komórkowej zlokalizowane na dachach obiektów mieszkalnych lub w sąsiedztwie.

Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) w raporcie z 2020 r. wskazuje, że narażenie na PEM o częstotliwościach stosowanych w telekomunikacji poniżej wartości granicznych określonych w wytycznych International Commission on Non-Ionizing Radiation Protection (ICNIRP) nie wykazuje jednoznacznych dowodów na szkodliwe skutki zdrowotne. Jednakże część badaczy sugeruje możliwy związek między długotrwałą ekspozycją na PEM a zwiększonym ryzykiem niektórych chorób. Te kwestie wymagają dalszych badań.

Z punktu widzenia projektowania prozdrowotnego zaleca się:

- unikanie lokalizacji pomieszczeń stałego pobytu w bezpośrednim sąsiedztwie silnych źródeł PEM,
- stosowanie ekranowania elektromagnetycznego w pomieszczeniach wrażliwych,
- prawidłowe prowadzenie instalacji elektrycznych w celu ograniczenia emisji.

4.3. AKUSTYKA

Hałas jest jednym z istotnych czynników wpływających na zdrowie człowieka. Długotrwała ekspozycja na podwyższony poziom hałasu może prowadzić do wzrostu ciśnienia krwi, zaburzeń snu, problemów z koncentracją, a nawet zwiększonego ryzyka chorób układu krążenia.

W architekturze prozdrowotnej projektowanie akustyczne obejmuje zarówno ochronę przed hałasem zewnętrznym, takim jak między innymi ruch uliczny, przemysł, lotniska, a także ograniczenie hałasu wewnątrz budynku, który generują np. urządzenia instalacyjne czy pogłos w pomieszczeniach. Normy PN-B-02151-3 i PN-EN ISO 16283 określają minimalne wymagania dotyczące izolacyjności akustycznej przegród i dopuszczalnych poziomów hałasu.

Projektowanie w zakresie ochrony przed hałasem obejmuje:

- stosowanie przegród o wysokiej izolacyjności akustycznej,
- projektowanie buforów akustycznych (np. korytarzy, zieleni) między źródłem hałasu a strefami cichymi,
- użycie materiałów pochłaniających dźwięk w pomieszczeniach o dużej kubaturze,
- eliminację mostków akustycznych w konstrukcji.

³²⁵ Polski Komitet Normalizacyjny, Polska Norma PN-EN-1991-1-1 (dostęp: 14.10.2004).

Dobrze zaprojektowane środowisko akustyczne sprzyja relaksowi, poprawia zrozumiałość mowy i koncentrację, a także ogranicza negatywne skutki stresu dźwiękowego.

5. UWARUNKOWANIA SPOŁECZNE

Urbanistyka i architektura oddziałują nie tylko na zdrowie fizyczne, lecz również na zdrowie psychiczne i dobrostan społeczny użytkowników. Struktura i funkcja przestrzeni mogą sprzyjać interakcjom społecznym lub je utrudniać, kształtować poczucie bezpieczeństwa oraz wpływać na integrację lub izolację mieszkańców.

Badania z zakresu psychologii środowiskowej wskazują, że dostęp do przestrzeni wspólnych, takich jak place, parki i ogrody czy strefy rekreacji i sportu, wspiera budowanie więzi społecznych i redukuje poczucie osamotnienia. Układy urbanistyczne, w których brakuje przestrzeni wspólnych umożliwiających kontakty społeczne, mogą sprzyjać alienacji i wzrostowi napięć.

W projektowaniu prozdrowotnym ważne jest uwzględnienie aspektów społecznych poprzez:

- zapewnienie bezpiecznych, dostępnych przestrzeni wspólnych, dla różnych grup wiekowych,
- projektowanie układu budynków w sposób sprzyjający obserwacji otoczenia (*eyes on the street*),
- uwzględnianie różnorodnych potrzeb użytkowników w różnym wieku – dzieci, młodzieży, seniorów oraz osób z niepełnosprawnościami,
- łączenie obiektów o różnej funkcji, takich jak mieszkaniowych, usługowych i rekreacyjnych, w zasięgu krótkiego dojścia pieszego (idea miasta 15-minutowego).

Urbanistyka i architektura, które sprzyjają interakcjom społecznym, mogą działać prozdrowotnie redukując poziom stresu i zwiększając poczucie bezpieczeństwa publicznego.

6. PODSUMOWANIE

Prozdrowotne cechy budynków zależą od ich lokalizacji w zdrowym środowisku zurbanizowanym oraz od ich formy, funkcji i konstrukcji. Istotnymi elementami nowoczesnych budynków prozdrowotnych są:

- lokalizacja obiektu na działce budowlanej zgodna z zasadami zrównoważonego rozwoju, w zdrowym środowisku przyrodniczym,
- optymalizowanie formy, funkcji i konstrukcji budynku,
- zastosowanie elementów umożliwiających optymalizację energetyczną obiektu oraz racjonalną retencję wody,
- zastosowanie materiałów budowlanych konstrukcyjnych i wykończeniowych o wysokich właściwościach prozdrowotnych (zastosowanie optymalnych ilości materiałów izolacji termicznej i akustycznej),
- przestrzeganie norm, technologii i standardów wykonawczych,
- zastosowanie alternatywnych źródeł energii,
- zastosowanie (w miarę możliwości lokalizacyjnych) naturalnych oczyszczalni ścieków, zbiorników magazynowania wody deszczowej oraz pomp ciepła,
- właściwie zaprojektowane zagospodarowanie terenu wokół budynku z zielenią izolacyjną termicznie, akustycznie oraz z zielenią rekreacyjną, sportową i dekoracyjną.

Warunki ekologiczne, ekonomiczne i społeczne spowodowały, że projektowanie, realizowanie oraz użytkowanie budynków prozdrowotnych powinno być normą wynikającą zarówno ze świadomości ekologicznej, jak i przepisów oraz norm.

Założonym celem pracy było przedstawienie wybranych zagadnień związanych z projektowaniem prozdrowotnym, odwołując się do aktualnych norm, przepisów prawa budowlanego oraz wybranych wyników badań naukowych wskazujących czynniki i uwarunkowania lokalizacyjne budynku, które mogą oddziaływać na zdrowie człowieka. W pracy przedstawiono wybrane, istotne zdaniem autorów, elementy związane z projektowaniem obiektów o wysokich parametrach prozdrowotnych.

Bibliografia

- Bil J., Pawłowski L., *Wpływ architektury na zdrowie psychiczne – wybrane zagadnienia*, *Influence of architecture on mental health – selected*, Uniwersytet Jagielloński, Kraków 2016.
- Błażejczyk K., *Bioklimatyczne uwarunkowania rekreacji i turystyki w Polsce*, Prace Geograficzne IGiPZ Polskiej Akademii Nauk, Warszawa 2004.
- Borucińska-Bieńkowska H., *Projektowanie Energooszczędne na poziomie planów zagospodarowania przestrzennego – szanse i zagrożenia*, „Budownictwo o Zoptimalizowanym Potencjale Energetycznym” 2018, t. 7, nr 2, s. 87-94 DOI: 10.17512/bozpe.2018.2.12.
- Gaja K., Kuropka J., *Powietrze atmosferyczne jakość – zagrożenia – ochrona*, Oficyna Wydawnicza Politechniki Wrocławskiej, Wrocław 2016.
- Gładyszewska-Fiedoruk K., Krawczyk D., *Mikroklimat wewnątrz w Polsce*, Oficyna Wydawnicza Politechniki Białostockiej, Białystok 2015.
- Jędrak J., *Polski Alarm Smogowy, Krakowski Alarm Smogowy*, Instytut Chemii Fizycznej Polskiej Akademii Nauk, Warszawa 2024.
- Kamionka L., *Architektura w zrównoważonym środowisku przyrodniczym*, Politechnika Świętokrzyska, Kielce 2019.
- Kietliński W., *Swobodne rozważania o architekturze konstrukcji i przestrzeni*, „Przegląd Budowlany” 2018, nr 3.
- Trojanowska M., *Urbanistyka i krajobrazy terapeutyczne. Rozwijająca się tematyka*, *Urban design and therapeutic landscapes. Evolving theme*, Politechnika Lubelska, Lublin 2021.

Nota o autorach

Hanna Borucińska-Bieńkowska – dr inż. architekt, absolwentka Politechniki Poznańskiej oraz studiów podyplomowych z zakresu planowania przestrzennego w samorządowej gospodarce miast i gmin, ochronie środowiska, turystyce i rekreacji. Stopień doktora nauk technicznych uzyskała na Politechnice Poznańskiej. Posiada uprawnienia urbanistyczne, uprawnienia projektowe bez ograniczeń oraz uprawnienia wykonawcze. W latach 2011–2022 adiunkt na Uniwersytecie Zielonogórskim (Wydział Budownictwa Architektury i Inżynierii Środowiska). Od 2024 r. adiunkt na Politechnice Bydgoskiej (Katedra Architektury i Urbanistyki, Wydział Budownictwa Architektury i Inżynierii Środowiska). Promotor około 100 dyplomów inż. i mgr. Laureatka między innymi Nagrody Rektora Uniwersytetu Zielonogórskiego za osiągnięcia naukowe – zespołowa II stopnia (2018 r.), za osiągnięcia naukowe – indywidualna I stopnia (2017 r.), Nagrody Ministra Gospodarki Przestrzennej i Budownictwa za wybitne osiągnięcia twórcze w dziedzinie planowania przestrzennego i urbanistyki – zespołowa III stopnia. Autorka dwóch monografii i ponad 40 artykułów publikowanych w kraju i zagranicą. Główny projektant i współwłaściciel Autorskiej Pracowni Architektonicznej. Prace projektowe to między innymi projekty urbanistyczne w różnych skalach opracowań oraz architektoniczne – obiekty przemysłowe, użyteczności publicznej, zespoły budynków wielorodzinnych i jednorodzinnych.

Bartłomiej Bieńkowski – dr inż. architekt, absolwent Wydziału Architektury i Urbanistyki Politechniki Poznańskiej. Studia doktoranckie ukończył na Wydziale Architektury i Wzornictwa Uniwersytetu Artystycznego w Poznaniu. W latach 2007–2008 otrzymał stypendium Sokrates, Faculty of Architecture University College Vitus Bering, Dania, oraz odbył staż zawodowy w biurze architektonicznym w USA. W latach 2023–2025 wykładowca w Wyższej Szkole Umiejętności Społecznych, w 2021–2024 wykładowca na Wydziale Architektury PP. Członek Wielkopolskiej Okręgowej Izby Architektów z uprawnieniami projektowymi w specjalności architektonicznej do projektowania bez ograniczeń. Autor artykułów naukowych. Główny projektant i współwłaściciel Autorskiej Pracowni Architektonicznej. Prace projektowe to między innymi projekty urbanistyczne w różnych skalach opracowań oraz architektoniczne – obiekty przemysłowe, użyteczności publicznej, zespoły budynków wielorodzinnych i jednorodzinnych.

MIĘDZY INTUICJĄ A NAUKĄ. NEUROARCHITEKTURA WNETRZ – OD ANKIET UŻYTKOWNIKÓW DO REALIZACJI PROJEKTÓW NA KILKU PRZYKŁADACH AUTORSKICH PROJEKTÓW WNETRZ MIESZKALNYCH

BETWEEN INTUITION AND SCIENCE: NEUROARCHITECTURE OF INTERIORS – FROM USER SURVEYS TO PROJECT IMPLEMENTATION: SEVERAL EXAMPLES OF ORIGINAL RESIDENTIAL INTERIOR DESIGNS

Streszczenie

Przedmiotem opracowania jest neuroarchitektura, ujmowana jako interdyscyplinarne podejście łączące architekturę, psychologię i neuronaukę. Jej znaczenie rośnie, gdyż przestrzeń mieszkalna oddziałuje nie tylko estetycznie, lecz także na zdrowie i dobrostan człowieka. Celem opracowania jest ukazanie synergii między intuicją twórczą projektanta a narzędziami naukowymi, takimi jak ankiety, wywiady, heurystyka i metoda morfologiczna, wspieranymi badaniami z zakresu neuronauki i medycyny. Analizie poddano studium przypadku wnętrz prywatnych, w których równowaga między nauką a doświadczeniem artystycznym prowadzi do projektów wspierających funkcjonowanie, komfort i zdrowie psychiczne użytkowników, czyniąc wnętrze aktywnym czynnikiem poprawy jakości życia.

Słowa kluczowe: architektura wnętrz, heurystyka, interdyscyplinarność, metoda morfologiczna, neuroarchitektura

Abstract

The subject of the article is neuroarchitecture, understood as an interdisciplinary approach combining architecture, psychology, and neuroscience. Its importance is growing, as residential space influences not only aesthetic experience but also human health and well-being. The aim of the study is to present the synergy between the designer's creative intuition and scientific tools such as surveys, interviews, heuristics, and the morphological method, supported by research in neuroscience and medicine. A case study of private interiors demonstrates that balancing scientific knowledge with artistic experience leads to designs that enhance users' functioning, comfort, and mental health, making interior space an active factor in improving quality of life.

Keywords: heuristics, interdisciplinarity, interior architecture, morphological method, neuroarchitecture

1. WSTĘP

Architektura jako sztuka kształtowania przestrzeni znacząco wpływa na zdrowie, samopoczucie oraz efektywność użytkowników, podczas gdy nieodpowiednie projektowanie może generować stres i poczucie bezradności. Już w starożytności dostrzegano rolę proporcji, np. złotego podziału, w harmonizowaniu przestrzeni, co później inspirowało Le Corbusiera do stworzenia „Modulora”, choć bez pełnego uwzględnienia wymiaru psychologicznego. Eksperymenty modernistyczne, takie jak *Jednostka Marsylska*, ujawniły ograniczenia standaryzacji i funkcjonalizmu, prowadząc do problemów społecznych. Psychologia architektury bada relacje między człowiekiem a otoczeniem, stosując obserwacje, wywiady, analizy archiwalne i kwestionariusze. Współczesne podejścia kładą nacisk na partycypację użytkowników, indywidualizację przestrzeni i równowagę psychologiczną, co ilustrują projekty Simona i Luciena Krolla³²⁶. Modernizm, zrodzony z potrzeby abstrakcji, nowości, racjonalności i technokratycznej centralizacji władzy, podporządkowywał architekturę politykom i ekspertom, odrzucając tradycję, emocje, lokalne decyzje i spontaniczny porządek społeczny. Współczesne podejście krytykuje au-

³²⁶ Lucien Kroll (1927–2022), belgijski architekt i współzałożyciel Atelier d'Architecture Simone & Lucien Kroll, był pionierem architektury partycypacyjnej, opartej na dialogu i współudziale użytkowników, co stanowiło radykalne przeciwieństwo modernizmu.

torytety i promuje holistyczne, ewolucyjne myślenie, twórczą różnorodność oraz pomoc decydom w zrozumieniu kontekstu historycznego. Zasada subsydiarności przeciwstawia się centralizacji, zakładając, że decyzje powinny być podejmowane w sieci powiązań, a lider działa jako sługa wspólnoty. Subsidiarność kompozycji wskazuje, że architektura powinna odzwierciedlać różnorodność i współpracę, zamiast homogeniczności prowadzącej do totalitaryzmu. Architekt powinien odrzucić narzucone schematy kulturowe, wsłuchiwać się w potrzeby mieszkańców i tworzyć przestrzenie zgodne z ich spontanicznymi wymaganiami, unikając redukcji człowieka do anonimowej przeciętności. Badania neuroarchitektoniczne wykazują, że proporcje, oświetlenie, kolor, hałas i prywatność wpływają na percepcję, pamięć oraz zdrowie. Spektakularne realizacje, podlegające tzw. „efektowi Bilbao”³²⁷, mogą być atrakcyjne wizualnie, lecz często ignorują rzeczywiste potrzeby użytkowników. Współczesne projektowanie wnętrz wymaga od architekta łączenia intuicji twórczej z wiedzą naukową, co umożliwia tworzenie przestrzeni estetycznych i wspierających zdrowie, dobrostan oraz codzienne funkcjonowanie człowieka. Proces projektowy wymaga zarówno wrażliwości, jak i analitycznego podejścia. Kluczową rolę odgrywają użytkownicy, których potrzeby i doświadczenia – wyrażone m.in. w wywiadach i ankietach – stanowią punkt odniesienia dla decyzji projektowych. Każdy projekt jest unikatowy, gdyż użytkownicy różnią się płcią, wykształceniem, stylem życia, kulturą osobistą i doświadczeniami. Równie istotne są rekomendacje i relacje międzyludzkie, które kierują inwestorów do projektantów. Nawet w „naczyniach połączonych” różne doświadczenia prowadzą do odmiennych rezultatów końcowych, a doświadczenie, świadomość i wrażliwość projektanta decydują o efekcie realizacji. Uwzględnia się również zmienne potrzeby inwestora, które ujawniają się w trakcie współpracy. Odgórne założenia bywają zawodną bazą decyzji – doświadczenie, status rodzinny i sytuacja materialna obu stron zmieniają się w czasie, kształtując oczekiwania i odbiór przestrzeni. Koncepcja neuroarchitektury wnętrz opiera się na badaniach naukowych i empirycznych analizujących wpływ otoczenia na ciało i umysł człowieka. Kluczowe zasady obejmują: odpowiednie światło i kolor regulujące nastrój i rytmy biologiczne; przemyślaną przestrzeń i aranżację mebli wspierającą kreatywność, komunikację i komfort; obecność elementów natury, takich jak rośliny i widoki na zewnątrz, obniżających stres; ergonomię zmniejszającą napięcia mięśniowe; akustykę wspomagającą koncentrację; oraz zrównoważony rozwój, wykorzystujący ekologiczne materiały i technologie korzystne zarówno dla środowiska, jak i zdrowia użytkowników. Tak rozumiany proces pozwala projektować wnętrza funkcjonalne, estetyczne i psychologicznie świadome, odpowiadające rzeczywistym potrzebom użytkowników.

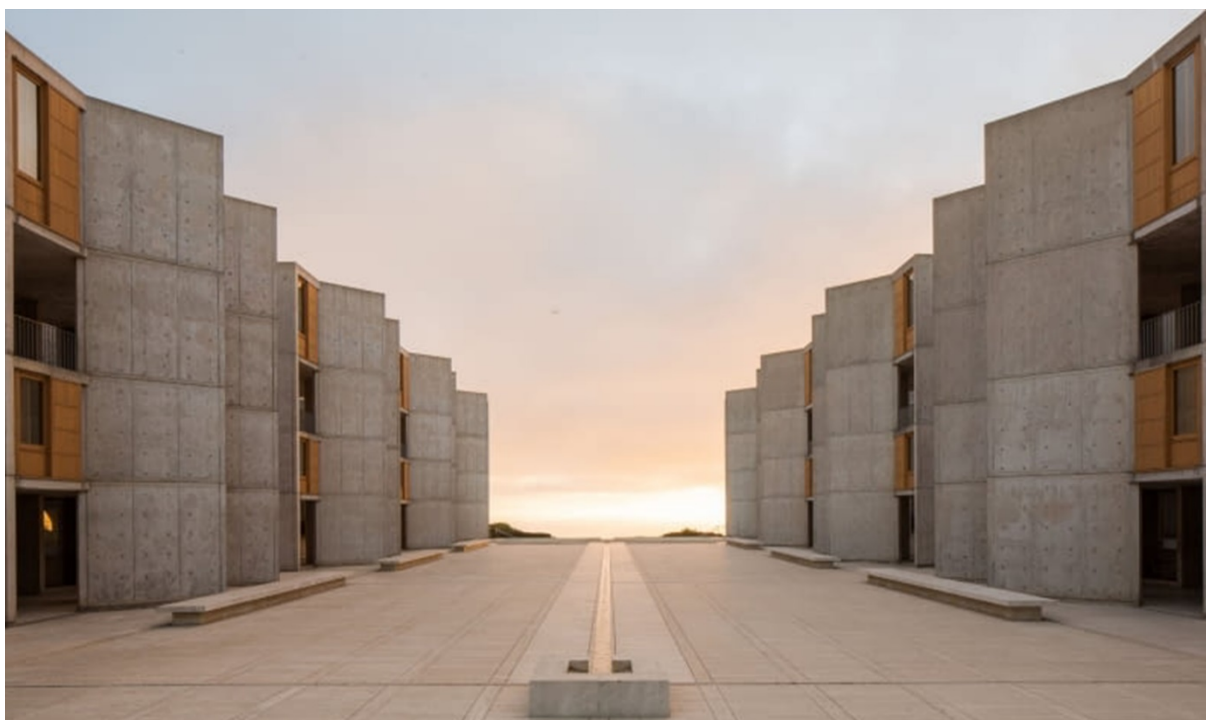
2. ELEMENTY ANTROPOLOGII, PSYCHIATRII, PSYCHOLOGII I FILOZOFII W PERCEPCJI PRZESTRZENI

Rozwój badań naukowych sprzyja coraz szerszemu wykorzystaniu zasad neuroarchitektury w projektowaniu przestrzeni mieszkalnych i komercyjnych. Za jeden z jej symbolicznych początków uznaje się powstanie Instytutu Salka w Kalifornii (1963), założonego przez Jonasa Salka i zaprojektowanego przez Louisa Kahna (ryc. 1). Kompleks stanowi wyjątkowe połączenie nauki i architektury – otwarte, elastyczne przestrzenie sprzyjają współpracy badaczy, wymianie idei i twórczej atmosferze. Brak ścian działowych, starannie zaprojektowane oświetlenie i układ budynków dowodzą, że architektura może nie tylko tworzyć tło, lecz aktywnie wspierać proces badawczy, stając się katalizatorem innowacji.

Badania prowadzone w Instytucie wykazały, że sieci neuronowe odpowiedzialne za percepcję przestrzeni ulegają nieliniowym zmianom, co ma znaczenie dla zrozumienia mechanizmów chorób neurodegeneracyjnych, takich jak Alzheimer. Neurony hipokampa odwzorowują przestrzeń na podstawie geometrii hiperbolicznej – dynamicznie rozszerzającego się układu 3D – niezależnie od czasu spędzonego w środowisku. Zjawisko to dostarcza nowych narzędzi do analizy zaburzeń neurokognitywnych oraz zaburzeń psychicznych, takich jak depresja czy stany lękowe, podkreślając rolę doświadczenia w kształtowaniu neuronalnych reprezentacji przestrzeni. Choć architekt nie kieruje użytkownikami na badania neurobiologiczne, znajomość podstawowych ustaleń nauki – modeli, schematów i mechani-

³²⁷ To zjawisko w projektowaniu wnętrz oznacza kreowanie jednego ikonicznego elementu – mebla, detalu architektonicznego czy akcentu materiałowego – który staje się centralnym punktem i nadaje przestrzeni unikalny charakter. Odnosi się do sukcesu Muzeum Guggenheima w Bilbao w rewitalizacji i rozwoju miasta, później naśladowany przez inne ośrodki miejskie.

zmów – poszerza jego świadomość zawodową, pozwalając na krytyczną analizę oczekiwań inwestorów, obserwację zachowań i interakcji użytkowników oraz lepsze rozumienie komunikacji w procesie projektowym. Wiedza ta wzmacnia rolę architekta jako mediatora między nauką, przestrzenią i człowiekiem. Neuroarchitektura wykorzystuje również metody obrazowania mózgu, takie jak SPECT, umożliwiające ocenę funkcjonowania mózgu w czasie rzeczywistym. Człowiek dysponuje trzema „mózgami”: korą nową – odpowiedzialną za myślenie i świadomość; układem limbicznym – związanym z emocjami, pamięcią i zachowaniami społecznymi; oraz mózgdzkiem – pełniącym funkcje instynktownych reakcji. Zrozumienie ich mechanizmów pozwala łączyć doświadczenia zmysłowe i emocjonalne z projektowaniem przestrzeni. Neuroarchitekt powinien uczestniczyć w projekcie już na etapie predesignu, określając cele związane z regeneracją, kreatywnością i dobrostanem. Badania umożliwiają tworzenie archetypowych person, projektowanie przestrzeni wspierających układ nerwowy oraz weryfikację intuicyjnych decyzji projektowych. Mimo subiektywności doświadczenia architektury, reakcje fizjologiczne pozostają w znacznym stopniu uniwersalne.



Ryc. 1. Instytut Salka

Źródło: <https://www.salk.edu> (dostęp: 16.08.2025).

Juhani Pallasmaa³²⁸ zwraca uwagę, że współczesna architektura nadmiernie koncentruje się na wzroku, zaniedbując inne zmysły. Wielozmysłowe odczuwanie przestrzeni – angażujące dotyk, słuch i węch – umożliwia pełniejsze poznanie i więź z otoczeniem. Przykładem jest HafenCity w Hamburgu, gdzie projektowanie uwzględnia doświadczenia sensoryczne mieszkańców i partycypację społeczną (ryc. 2), natomiast projekt Organic House w Meksyku, autorstwa Javiera Senosiaina, stanowi przykład architektury organicznej opartej na biomimetyce (ryc. 3). To realizacja, w której proces projektowy – oparty na glinianych modelach i rzeźbiarskim kształtowaniu form – pozwolił na pełną integrację budynku z naturą. Dzięki siatkobetonowi oraz ziemnemu pokryciu powstała struktura regulująca mikroklimat, optymalizująca światło, akustykę i temperaturę, a tym samym sprzyjająca neurobiologicznemu dobrostanowi użytkowników.

³²⁸ J. Pallasmaa, *Oczy skóry. Architektura i zmysły*, Fundacja Instytut Architektury, Warszawa 2012.



Ryc. 2. Hafen City, realizacja od ponad 20 lat

Źródło: <https://www.ubm-development.com/magazin/en/null-emissionshaus-hafencity-hamburg> (dostęp: 16.08.2025).



Ryc. 3. Organic House, realizacja 1984 r.

Źródło: <https://plndesign.pl/architektura/javier-senosiain-i-meksykanski-organic-house> (dostęp: 16.08.2025).

Percepcja przestrzeni zależy od wzroku, słuchu, węchu i dotyku, powiązanych z emocjami oraz zdolnością działania w środowisku. Faktura, kolor, światło, akustyka oraz elementy krajobrazu – naturalne i antropogeniczne – tworzą synergiczne układy przestrzenne. Kontakt z naturą, widok roślinności czy wody sprzyjają relaksowi, koncentracji i dobrostanowi, a obecność „ducha miejsca” (*genius loci*) wzmacnia poczucie zakorzenienia.

Od stuleci naukowcy starali się łączyć sferę materialną z duchową. Kartezjusz i Newton przedstawiali dualistyczny obraz rzeczywistości, traktując umysł jako niezależny od materii. Einstein i fizyka kwantowa dowiodły jedności energii i materii oraz wpływu świadomości na rzeczywistość fizyczną. Dla neuroarchitektury oznacza to, że sposób, w jaki człowiek postrzega i przeżywa przestrzeń, oddziałuje bezpośrednio na jego fizjologię i psychikę.

3. TEORIA WYBORU I BŁĘDY POZNAWCZE

Historia badań nad percepcją i błędami poznawczymi ukazuje ewolucję podejścia do projektowania wnętrz – od decyzji intuicyjnych ku systematycznej analizie przestrzeni. Już w latach 50. XX w. wykazano, że potrzeby i wartości jednostki kształtują sposób postrzegania, a preferencje użytkowników wpływają na odbiór wnętrza. Koncepcje „naiwnego naukowca” i „ukrytych teorii osobowości” dowodzą, że ludzie konstruują obraz rzeczywistości na podstawie fragmentarycznych danych; analogicznie projektanci interpretują przestrzeń przez pryzmat wcześniejszych doświadczeń i przekonań.

W latach 70. sformalizowano pojęcie błędów poznawczych, wskazując, że nawet eksperci ulegają systematycznym złudzeniom. W projektowaniu wnętrz mechanizmy te przejawiają się m.in. w przecenianiu znaczenia detali, ignorowaniu długofalowych potrzeb użytkowników czy powielaniu utrwalonych schematów. Jednocześnie ekonomia neoklasyczna postulowała racjonalność wyborów, co w praktyce wymaga równoważenia budżetu, preferencji i możliwości technicznych. W rzeczywistości jednak decyzje projektantów i użytkowników są filtrowane przez emocje, doświadczenia oraz ograniczenia poznawcze.

Neuroarchitektura interpretuje te mechanizmy jako integralną część procesu aranżacji. Wybory i przyzwyczajenia kształtują przestrzeń nie tylko funkcjonalnie, lecz także symbolicznie. Złudzenia poznawcze mogą niekiedy zwiększać atrakcyjność wnętrza, częściej jednak prowadzą do zniekształconej percepcji: autorytet przybiera formę prestiżowego, lecz niepraktycznego mebla; powtarzalna ekspozycja materiałów czy kolorów stopniowo wymusza akceptację; nadmierna pewność początkującego projektanta maskuje ukryte niedoskonałości. Izolacja akcentuje pojedyncze elementy, zaburzając proporcje, natomiast kontrast determinuje relacje barw i faktur w kontekście otoczenia.

Wiele innych złudzeń przyjmuje formę kompozycyjnych pułapek: nadmiar inspiracji zaciemnia proces decyzyjny, przywiązanie do *status quo* utrwała dysfunkcjonalne układy, efekt posiadania wzmacnia emocjonalne przywiązanie do elementów utrudniających zmiany, a potwierdzanie wcześniejszej wizji ogranicza innowacyjność. Skupienie na detalach przesłania natomiast komfort użytkowania całości.

Mechanizmy poznawcze dotyczą również oceny ryzyka i prawdopodobieństwa. Asocjacje między niepowiązаныmi obiektami, heurystyka reprezentatywności, dostępność ostatnich trendów czy zakotwiczenie w pierwszej koncepcji mogą zawężać perspektywę projektową. Iluzje społeczne – aureola, przejrzystość czy egocentryzm – sprawiają, że przestrzeń bywa oceniana powierzchownie, na podstawie pozorów lub dominujących narracji.

Świadomość tych procesów pozwala projektantom minimalizować zniekształcenia, równoważyć emocje racjonalną analizą i tworzyć przestrzenie odpowiadające realnym potrzebom, a nie chwilowym schematom myślowym. Projektowanie wnętrz jawi się zatem jako proces interdyscyplinarny, łączący psychologię, neurologię, socjologię i psychiatrię, w którym decyzje podejmowane są w warunkach niepewności, a przestrzeń staje się materialnym odzwierciedleniem zarówno racjonalnych analiz, jak i ukrytych błędów poznawczych.

4. TRIANGULACJA W PROCESIE PROJEKTOWYM – METODA MORFOLOGICZNA

Analiza morfologiczna, opracowana przez Fritza Zwicky'ego³²⁹, stanowi narzędzie łączące intuicję z systematyczną procedurą badawczą, pełniąc funkcję symulatora wyobraźni. Polega na dekompozycji problemu na zestaw atrybutów i ich wariantów oraz budowaniu „skrzynki morfologicznej” – przestrzeni potencjalnych kombinacji. Takie podejście umożliwia przełamywanie utartych schematów percepcji i odkrywanie rozwiązań, które w tradycyjnej analizie mogłyby pozostać niezauważone.

³²⁹ Fritz Zwicky (1898–1974), szwajcarski astronom związany z Caltech, twórca koncepcji ciemnej materii i gwiazd neutronowych, opracował także analizę morfologiczną – metodę systematycznego i twórczego rozwiązywania problemów poprzez dekompozycję zagadnienia na atrybuty i ich warianty oraz zestawianie ich w nowe kombinacje.

W kontekście neuroarchitektury metoda ta odzwierciedla sposób, w jaki mózg selekcjonuje bodźce i tworzy mentalne modele przestrzeni, obejmując trzy etapy: rozpoznanie – identyfikację potrzeb, motywacji i ograniczeń użytkownika; analizę – określenie kluczowych parametrów środowiska, takich jak światło, funkcje, materiały czy emocje; oraz syntezę – tworzenie nieoczekiwanych zestawień, które aktywizują nowe ścieżki neuronalne i stymulują innowacyjne rozwiązania aranżacyjne.

Siła analizy morfologicznej tkwi w kreatywności kombinatorycznej, zbliżonej do procesów mózgowych, w których fragmentaryczne informacje są integrowane w spójne wzorce poznawcze. Zestawiając różnorodne typy oświetlenia, faktur czy układów funkcjonalnych, projektant może testować scenariusze percepcji przestrzeni, co sprzyja optymalnemu dopasowaniu środowiska do potrzeb psychofizycznych użytkowników.

W praktyce analiza morfologiczna bywa uzupełniana triangulacją badań, obejmującą pytania autogenerowane przez projektanta, pogłębione wywiady w modelu „góry lodowej”, ankiety inwestorskie oraz analizę wariantów. Połączenie tych narzędzi pozwala wychwycić zarówno świadome preferencje, jak i ukryte, często nieuświadomiane potrzeby. W efekcie powstają rozwiązania przestrzenne harmonizujące z mechanizmami ludzkiej percepcji, wzmacniające poczucie dobrostanu i wpisujące się w założenia neuroarchitektury jako dyscypliny łączącej wiedzę o mózgu z praktyką projektową.

5. METODA ANKIETOWA

Narzędzie ankietyzacyjne charakteryzuje się wysoką spójnością metodologiczną, łącząc pytania ilościowe i jakościowe oraz umożliwiając operacjonalizację pojęć, takich jak „dobrostan” czy „funkcjonalność”. Jego ograniczeniem pozostaje nadmierna rozbudowa, prowadząca do spadku zaangażowania respondentów, trudności w identyfikacji priorytetów oraz ryzyka deklaratywności odpowiedzi. Doświadczenia wskazują, że kluczowe dla efektywności jest uproszczenie narzędzia i nadanie mu hierarchicznej struktury, co pozwala trafniej ujawniać rzeczywiste potrzeby użytkowników. Autorska ankieta ewoluowała w toku wieloletniej praktyki, a jej istotą stały się hierarchizacja i synteza zagadnień (tab. 1).

Tab. 1. Wzór ankiety preferencji

Panel tematyczny	Pomocnicze wskazania	1-5	Komentarz Inwestora
Użytkownicy i tryb życia	Kto korzysta, tryb życia codzienny/okazjonalny, szczególne potrzeby (dzieci, seniorzy, zwierzęta)		
Funkcjonalność i układ	Rozkład pomieszczeń, ergonomia komunikacji, strefy (praca, odpoczynek, przechowywanie), separacja/otwartość		
Dobrostan/komfort	Światło dzienne i sztuczne, porządek, minimalizacja bodźców, akustyka, prywatność, łatwość sprzątania		
Instalacje i systemy	Klimatyzacja, wentylacja, rekuperacja, ogrzewanie, technologie dodatkowe		
Materiały i wyposażenie	Podłogi, okładziny ścienne, meble na wymiar, preferencje materiałowe		
Oświetlenie i elektryka	Punkty świetlne, gniazda, oświetlenie funkcjonalne vs nastrojowe		
Sprzęty AGD/RTV	Typy/marki urządzeń, zabudowa, integracja technologii (Smart Home)		
Przechowywanie i ekspozycja	Szafy, garderoby, biblioteki, ekspozycja kolekcji/sztuki		
Estetyka i atmosfera	Kolorystyka bazowa i akcenty, inspiracje stylistyczne		
Detale i akcesoria	Armatura, ceramika, tekstylia, dodatki, dekoracje		
Uwagi dodatkowe	Pomysły własne, inspiracje, elementy pożądane lub nieakceptowalne		

Źródło: opracowanie własne.

5.1. WYWIAD POGŁĘBIONY

Wywiad stanowi istotne uzupełnienie ankiety, umożliwiając ujawnienie ukrytych potrzeb i motywacji inwestorów. Metafora „góry lodowej” trafnie oddaje logikę tej metody: część oczekiwań jest jawna i łatwa do zmierzenia, natomiast wiele ujawnia się dopiero w toku rozmowy oraz doświadczenia z przestrzenią. Przykładem mogą być obawy przed nieodwracalnością decyzji, ambiwalencja między potrzebą ekspresji a brakiem sprecyzowanego stylu czy rozbieżności między deklarowanymi a faktycznymi preferencjami. Dla ich dokładnej kalibracji stosuje się wizyty w salonach wnętrz, analizę zrealizowanych projektów oraz obserwację dotychczasowych przestrzeni użytkownika.

Proces ten pokazuje, że nawet silnie artykułowane opinie („lubię ciepłe odcienie bieli”) mogą ulec korekcie w konfrontacji z rzeczywistością. Na wybory inwestorów istotny wpływ wywierają również opinie otoczenia, aktualne trendy czy sugestie osób nieprofesjonalnych – zjawisko to określa się potocznie jako „efekt szwagra”, polegający na modyfikowaniu decyzji projektowych pod wpływem konsultacji rodzinnych lub towarzyskich. W przypadku dużych inwestycji, często finansowanych z oszczędności życia, naturalne są stres i niepewność, co zwiększa skłonność do poszukiwania zewnętrznego potwierdzenia. Kluczową rolę odgrywa zatem świadomość projektanta oraz jego zdolność do krytycznej oceny i filtrowania niespójnych lub powierzchownych sugestii, tak aby zachować spójność koncepcji i odpowiadać na rzeczywiste potrzeby użytkownika.

5.2. HEURYSTYKA PROJEKTANTA

W projektowaniu wnętrz kluczowe znaczenie ma świadome formułowanie pytań diagnostycznych, takich jak „co jest niezadowolające?” czy „jakie są alternatywy?”, które inicjują tzw. pętlę uczenia. Proces ten umożliwia tworzenie hipotez i ich weryfikację za pomocą ankiet, wywiadów lub analiz funkcjonalnych, wspierając projektowanie oparte na dowodach.

Heurystyka, rozumiana jako system metod wspierających myślenie twórcze, pozwala kompensować niedobór informacji intuicją i wyobraźnią. Jej celem jest nie tylko znalezienie rozwiązania, lecz także generowanie idei otwierających nowe możliwości projektowe. Szczególne znaczenie ma myślenie zespołowe i „twórcze ścieranie się” perspektyw, co sprzyja powstawaniu innowacyjnych koncepcji dzięki konfrontacji odmiennych doświadczeń i specjalizacji. Heurystyka łączy się z myśleniem lateralnym, umożliwiającym przełamywanie schematów percepcyjnych i uwzględnianie elementów pomijanych przez tradycyjną logikę.

W praktyce stosuje się różnorodne techniki heurystyczne, takie jak burza mózgów, synektyka Williama Gordona³³⁰, listy kontrolne czy analiza atrybutów, które wspierają proces twórczy i zwiększają tolerancję ryzyka. Szczególne znaczenie ma heurystyka dostępności – mechanizm poznawczy polegający na przeceňnianiu łatwo przywoływanych zdarzeń, często nacechowanych emocjonalnie. W kontekście projektowania wnętrz może prowadzić do preferowania rozwiązań wynikających z bieżących trendów, jednostkowych doświadczeń lub sugestii otoczenia, zamiast z racjonalnej analizy potrzeb użytkowników.

Badania psychologiczne potwierdzają, że heurystyka dostępności sprzyja licznym błędom poznawczym, takim jak błąd konfirmacji, efekt pewności wstecznej, efekt świeżości czy egocentryzm atrybucyjny. W projektowaniu przestrzeni mechanizmy te mogą skutkować zarówno powielaniem schematów, jak i powierzchowną oceną innowacyjnych rozwiązań. Świadomość ich działania pozwala projektantom krytycznie weryfikować własne intuicje i tworzyć wnętrza odpowiadające nie tylko wyobrażeniom, lecz także rzeczywistym potrzebom użytkowników.

6. GRAFICZNE ELEMENTY PROCESU PROJEKTOWEGO

6.1. DOKUMENTACJA PROJEKTOWA

Rzetelna dokumentacja projektowa stanowi fundament procesu projektowego w architekturze wnętrz. W przypadku nowych realizacji punktem wyjścia są szczegółowe rysunki budowlane, natomiast przy ingerencjach w istniejącą tkankę konieczna jest staranna inwentaryzacja. Na podstawie dostępnych rysunków lub pomiarów terenowych przeprowadza się analizę warunków przestrzennych i konstrukcyjnych oraz ich powiązań z programem użytkowym inwestycji.

³³⁰ William J.J. Gordon (1919–2003) – amerykański wynalazca i psycholog, twórca metody synektyki opartej na intencjonalnym stosowaniu analogii; współzałożyciel Synectics Inc. i założyciel Synectics Education Systems, wykładał także na Uniwersytecie Harvarda.

Analiza funkcjonalna powinna uwzględniać zarówno aktualne potrzeby inwestora, jak i przewidywaną dynamikę życia – zmiany statusu rodzinnego, pojawienie się lub ‘wyfrunięcie’ dzieci, rozwój zawodowy, konieczność opieki nad osobami starszymi czy fluktuacje ekonomiczne. Projektowanie z uwzględnieniem cyklu życia użytkowników oraz zasad projektowania uniwersalnego zwiększa adaptacyjność rozwiązań i ich długoterminową użyteczność. Z perspektywy neuroarchitektury analiza obejmuje także aspekty psychofizyczne, w tym czytelność przestrzeni, stymulację sensoryczną, ergonomię, dostęp do światła naturalnego, warunki akustyczne oraz mechanizmy umożliwiające użytkownikom poczucie kontroli i bezpieczeństwa.

Pierwszym dokumentem konsultacyjnym jest rzut koncepcyjny, integrujący elementy życia codziennego i okazjonalnego. W tej fazie omawia się strefowanie, jakość komunikacji wewnętrznej, hierarchię funkcji (np. gotowanie w domu vs. korzystanie z cateringu), priorytety związane z widocznością i reprezentacją, a także preferencje dotyczące porządku i kontroli środowiska. Istotne jest również uwzględnienie rozwiązań wspierających orientację i komfort poznawczy – klarownych ścieżek komunikacyjnych, punktów odniesienia, relacji między przestrzenią otwartą a enklawami prywatnymi oraz elementów projektowania biofilicznego, które wspierają regulację afektu i uwagi.

Po zebraniu danych z ankiet i wywiadów pogłębionych oraz dokonaniu wyboru wyposażenia i materiałów opracowuje się rysunki wykonawcze. Zawierają one szczegółowy rozkład punktów świetlnych i gniazd wtykowych, koordynację branż (wod.-kan., elektryka, stolarka), opracowanie kuchni i łazienek, a także detale zabudów meblowych i elementów stałych. Każdy rysunek powinien być omawiany z inwestorem w sposób przystępny, przy użyciu skali, rysowania w przestrzeni, makiet, wizualizacji 3D czy prototypów funkcjonalnych, umożliwiając weryfikację ergonomii i zrozumienia proponowanych rozwiązań także przez osoby o ograniczonych predyspozycjach do percepcji przestrzeni.

Zintegrowane podejście, łączące rzetelną dokumentację, wielowarstwową analizę funkcjonalną oraz zasady neuroarchitektury, pozwala projektować wnętrza nie tylko spójne technicznie, lecz także adaptowalne i sprzyjające dobrostanowi użytkowników.

6.2. SZKICE I MOODBOARDY

W praktyce projektowej często współpracuję z młodszymi koleżankami z branży, którym oprócz rysunków układu funkcjonalnego przekazuję szkice koncepcyjne oraz *moodboardy* ideowe. Ze względu na abstrakcyjny charakter nie stanowią one w pełni czytelnego komunikatu dla inwestora, pełniąc jednak istotną funkcję dla projektantów i artystów – wprowadzają w świat asocjacji, wyobrażeń i odniesień kulturowych, nierzadko inspirowanych popkulturą. Materiały te umożliwiają czasowe „zawieszenie” rygorów technicznych, standardowych rozwiązań projektowych oraz dominujących trendów estetycznych, a także dystans wobec narracji nacechowanych subiektywnymi opiniami.

Takie podejście pozwala przekroczyć tradycyjne ramy warsztatu projektowego i otworzyć proces twórczy na wielowymiarowe skojarzenia, w tym związane z emocjami, pamięcią i percepcją przestrzeni – kategoriami kluczowymi w neuroarchitekturze. W kolejnej fazie, na podstawie dostarczonych materiałów, młodszy projektanci przygotowują modele 3D oraz wizualizacje komputerowe, które pełnią funkcję translacyjną, przekładając ideowe narracje na czytelny dla inwestora obraz przyszłej przestrzeni.

6.3. MODELE 3D I WIZUALIZACJE

Praca nad modelem 3D w przypadku doświadczonego projektanta przebiega stosunkowo szybko. Na tym etapie wyobrażenia wnętrza przekształcane są w cyfrową przestrzeń, co umożliwia weryfikację przyjętych założeń oraz szybkie modyfikacje układu funkcjonalnego, struktury przestrzennej i elementów wyposażenia. Wersja elektroniczna projektu pełni również istotną funkcję komunikacyjną wobec inwestora, umożliwiając prezentację wizji, jej korektę uwzględniającą wrażenia użytkownika oraz wprowadzanie dalszych poprawek.

Należy jednak zaznaczyć, że wirtualne modele mają ograniczenia – osoby z ograniczonym poczuciem przestrzeni mogą mieć trudności w prawidłowej interpretacji, a wirtualne spacery jedynie częściowo kompensują brak bezpośredniego doświadczenia. Nośniki wizualizacji, takie jak monitory, tablety, telefony czy wydruki, wpływają na percepcję barw, światła i materiałów, nie oddając w pełni ich faktury, temperatury ani zapachu. W związku z tym kluczowe pozostaje bezpośrednie doświadczenie przestrzeni – dobór materiałów, kolorów i tekstur w naturalnym oświetleniu oraz uważna obserwacja podczas realizacji, umożliwiającą adaptację projektu do rzeczywistych warunków.

Z perspektywy neuroarchitektury takie podejście pozwala świadomie kształtować doświadczenia użytkowników, uwzględniając percepcję skali, proporcji, światła i materiałów – czynników wpływających zarówno na komfort psychiczny, jak i funkcjonalność przestrzeni.

7. DECYZJE PROJEKTOWE NA PODSTAWIE STUDIÓW PRZYPADKU

7.1. DOM W KRUSZYNIE

Analizowany przypadek dotyczy projektowania dużego domu jednorodzinnego, którego realizacja rozłożona była na wiele lat. Projekt miał charakter zintegrowany – część architektoniczną prowadził architekt, natomiast wnętrza i detale funkcjonalne opracowywał projektant wnętrz. Proces cechowała specyficzna metodologia: nie stosowano formalnych narzędzi badawczych, a diagnoza potrzeb odbywała się poprzez dialog, empatyczną obserwację oraz analizę emocjonalnych reakcji inwestorów podczas wizyt w showroomach, realizacjach i na działce.

Kontekst rodzinny był istotny: dzieci wkrótce miały opuścić dom, co wymagało uwzględnienia przyszłych zmian w funkcjonowaniu przestrzeni. Rozbieżność oczekiwań ujawniła się wcześniej – inwestor postrzegał dom jako przestrzeń reprezentacyjną, podczas gdy inwestorka akcentowała potrzebę intymności i komfortu codziennego życia. Z perspektywy neuroarchitektury przypadek ukazuje problem skali i proporcji: duży dom może zapewniać prestiż, ale jednocześnie generować poczucie przytłoczenia. Projekt uwzględniał strefy wspólnotowe oraz kameralne mikropoprzestrzenie, a także integrację z naturą jako element redukujący stres (ryc. 4).



Ryc. 4. Salon o powierzchni ponad 100 m²
Źródło: opracowanie własne.

Proces projektowy wykazał, że brak formalnych narzędzi badawczych nie wyklucza skutecznej diagnozy – dialog, empatia i uważna obserwacja pozwalają ujawniać zarówno świadome, jak i ukryte potrzeby użytkowników. Projektant pełnił rolę mediatora między sprzecznymi oczekiwaniami małżonków oraz interpretatora emocjonalnych i społecznych kontekstów użytkowania przestrzeni. Dom ostatecznie nie został zrealizowany, mimo redukcji powierzchni z ok. 1400 m² do 1000 m², jednak proces dostarczył istotnych wniosków dla praktyki projektowej: relacja projektant – inwestor jest równie istotna jak narzędzia metodologiczne; projektowanie neuroarchitektoniczne wymaga równowagi prestiżu i reprezentacyjności z intymnością i dobrostanem; empatyczne projektowanie oparte na dialogu może skutecznie kompensować brak formalizacji badań.

Przypadek ten dowodzi, że projektowanie wykracza poza aspekty estetyczne i funkcjonalne, stając się narzędziem kształtowania dobrostanu użytkowników poprzez równoważenie różnorodnych i niekiedy sprzecznych potrzeb.

7.2. DOM W KRUKÓWKU

Cały proces projektowy charakteryzował się wyjątkową spójnością i starannością. Prace nad wnętrzami bazowały na szczegółowo opracowanym projekcie architektonicznym, który podlegał wielomiesięcznym konsultacjom. Układ funkcjonalny przestrzeni oparto na zasadzie wyraźnego rozdziału stref dziennych i prywatnych, zapewniając jednocześnie komfort użytkowania.

Projekt uwzględniał nowoczesne rozwiązania technologiczne, obejmujące instalacje elektryczne, wentylacyjne i rekuperacyjne. Dom wyposażono w inteligentny system sterowania, regulujący temperaturę, barwę światła, nawiew oraz system audio, co pozwala na elastyczne dostosowanie przestrzeni do różnych potrzeb i rytmów życia użytkowników (ryc. 5, 6).

Współpraca z inwestorem przebiegała efektywnie i harmonijnie. Ankieta projektowa została wypełniona szczegółowo, a oczekiwania dotyczące oryginalności i jakości przestrzeni były jasno określone. Pierwsza wersja koncepcyjna wizualizacji wymagała adaptacji w kontekście szerokich możliwości realizacyjnych oraz świadomości światowych standardów przez inwestora, natomiast druga wersja została przyjęta bez zastrzeżeń. Kluczowe było pełne zaufanie inwestora do projektu, przy jednoczesnym aktywnym zaangażowaniu w proces – uczestniczył w spotkaniach z wykonawcami, monitorował postęp prac i dzielił się szczegółowymi spostrzeżeniami, wykazując wysoką świadomość w zakresie każdej branży projektowej. Jego postawa łączyła poszanowanie możliwości wykonawczych z konsekwentnym dążeniem do realizacji założonej wizji.

Efektem tej współpracy jest wnętrze harmonijne, estetyczne i funkcjonalne, odpowiadające zarówno wymaganiom inwestora, jak i wizji projektanta. W kolejnych etapach realizacji planowane jest wprowadzenie dzieł sztuki, które w minimalistycznej przestrzeni wzbogacą doświadczenie percepcyjne i emocjonalne użytkowników, zgodnie z zasadami neuroarchitektury – kształtując komfort codziennego życia poprzez świadome oddziaływanie na emocje, percepcję i odbiór przestrzeni.



Ryc. 5. Kuchnia, sesja zdjęciowa
Źródło: opracowanie własne.



Ryc. 6. Salon oraz główna łazienka, sesja zdjęciowa
Źródło: opracowanie własne.

7.3. DOM PRZY KANAŁE BYDGOSKIM

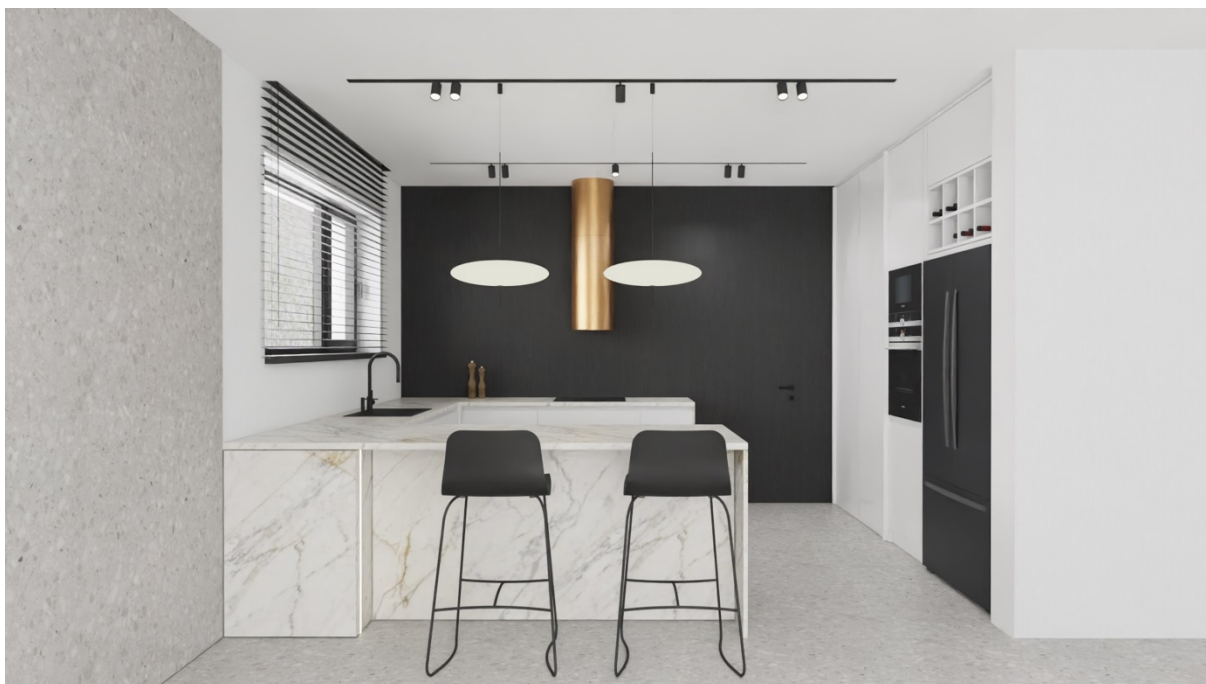
Projekt drugiego domu inwestorów powierzono projektantowi na podstawie wcześniejszej, dwuletniej współpracy przy realizacji domu w Krukówku. Inwestorzy od początku traktowali nową inwestycję jako realizację „domu marzeń”.

Proces projektowy rozpoczął się od ankietyzacji, która okazała się powierzchowna – inwestor aktywnie komentował kwestie techniczne, natomiast inwestorka podejmowała decyzje estetyczne. Część deklaracji nie pokrywała się z rzeczywistymi reakcjami na propozycje przestrzeni. Zmiany w układzie ścian, takie jak ujednolicenie pokoiw dziecięcych czy reorganizacja spiżarni z WC, spotkały się z aprobatą. Pierwsze wizualizacje, oparte na jasnej kolorystyce z bielą i plecionką, zostały odrzucone; dopiero kompromisowa trzecia wersja z zastosowaniem złamanej bieli została zaakceptowana, co dowodzi, że preferencje estetyczne ujawniają się najpełniej w kontakcie z konkretnym obrazem przestrzeni.

Na etapie technicznym opracowano szczegółowe rysunki instalacji elektrycznej, wodno-kanalizacyjnej i wentylacyjnej. Brak weryfikacji przed wykonaniem tynków wymagał poprawek, podobnie jak opóźnienia w przekazywaniu dokumentacji wykonawcom przez inwestorów. W fazie wykończeniowej konieczne były szybkie adaptacje, m.in. przy niedostępności wybranych elementów wyposażenia. Wsparcie zaufanego zespołu wykonawców zapewniło wysoką jakość realizacji.

Przypadek podkreśla wyraźną rozbieżność między deklaracjami użytkowników a ich rzeczywistymi reakcjami na przestrzeń. Wizualizacje pozwoliły ujawnić nieuświadomione skojarzenia i preferencje sensoryczne, np. negatywne wobec bieli czy plecionki, wskazując na znaczenie odcieni, faktur i detali dla emocjonalnego odbioru wnętrza (ryc. 7–9). Brak konsekwentnego przekazywania dokumentacji projektowej prowadził do napięć w realizacji, natomiast zaufanie do projektanta i konsekwentne przestrzeganie projektu zapewniło harmonię na budowie.

Projektowanie wymagało od projektanta pełnienia roli mediatora między estetycznymi oczekiwaniami inwestorki, technicznymi przekonaniem inwestora oraz funkcjonowaniem całej rodziny. Iteracyjny charakter prac – obejmujący korekty, zmiany koncepcji i dopasowania – pozwolił doprowadzić przestrzeń do postaci odpowiadającej emocjonalnym potrzebom użytkowników i rytmom ich codziennego życia.



Ryc. 7. Kuchnia wersja pierwsza, wizualizacja
Źródło: opracowanie własne.



Ryc. 8. Kuchnia wersja druga, wizualizacja
Źródło: opracowanie własne.



Ryc. 9. Kuchnia wersja ostateczna, wizualizacja
Źródło: opracowanie własne.

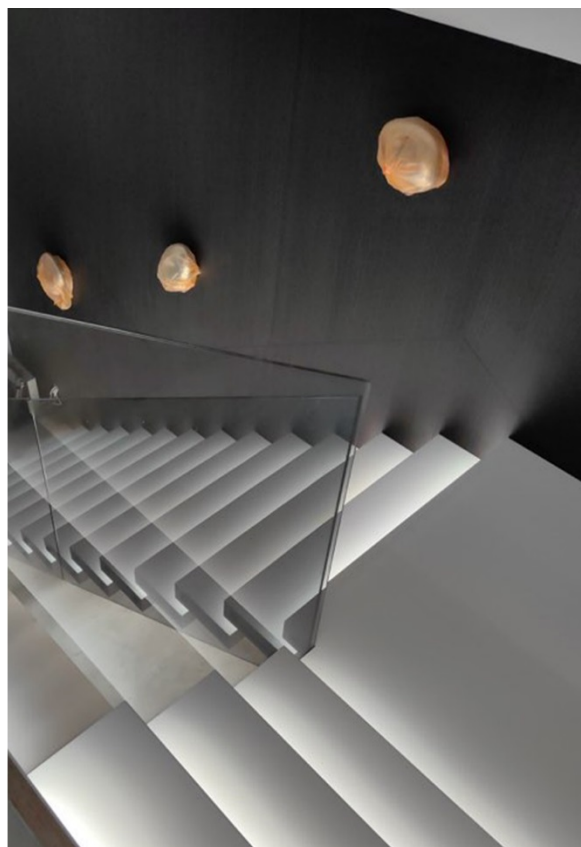
7.4. DOM W TURZE

Projekt domu w Turze ilustruje złożony proces projektowy, w którym estetyczne inspiracje inwestorów musiały zostać skonfrontowane z ograniczeniami istniejącej struktury budynku oraz wymogami technicznymi i organizacyjnymi. Proces rozpoczął się od analizy przesłanego materiału wizualnego, obejmującego zdjęcia innych realizacji, często zawierające elementy sztuki i dekoracyjne lampy niepasujące do prostej bryły domu. Krytyczna ocena tych inspiracji pozwoliła projektantowi wyeliminować stylistycznie obce detale i zachować spójność wizualną, ograniczając ryzyko dysonansu poznawczego.

Na podstawie ankiety i analizy preferencji opracowano koncepcję przestrzeni z harmonijnym doborem kolorystyki i światła, co sprzyjało poczuciu ładu i spokoju użytkowników. Funkcjonalne reorganizowanie wnętrza umożliwiło dostosowanie przestrzeni do potrzeb rodziny, przy zachowaniu wyraźnego podziału na strefy dzieńne i prywatne.

Decyzja inwestorów o rozbudowie istniejącego budynku zamiast budowy nowego ujawniła liczne problemy konstrukcyjne, dotyczące m.in. dachu i elewacji, oraz wymusiła wymianę wszystkich instalacji – wod.-kan., elektrycznej, ogrzewania, wentylacji, rekuperacji i klimatyzacji. W trakcie realizacji pojawiły się trudności wynikające z braku koordynacji branżowej, konfliktów między wykonawcami i przerzucania odpowiedzialności, co powodowało opóźnienia i obciążało emocjonalnie zarówno inwestorów, jak i projektanta.

Analiza tego przypadku pokazuje, że krytyczna ocena inspiracji wizualnych jest kluczowa dla utrzymania harmonii przestrzeni, a spójność techniczna oraz właściwa koordynacja wykonawcza istotnie wpływają na odbiór wnętrza przez użytkowników. Projekt, w pełni zgodny z zaakceptowanymi wizualizacjami, zapewnił satysfakcję inwestorów pomimo trudności realizacyjnych (ryc. 10, 11). Doświadczenia te podkreślają, że selekcja i adaptacja inspiracji, przywiązanie do istniejącej struktury oraz przebieg realizacji mają zasadniczy wpływ na komfort użytkowania oraz wymagają świadomego zarządzania procesem i współpracy między branżami.



Ryc. 10. Po lewej wizualizacja, po prawej fotografia
Źródło: opracowanie własne.



Ryc. 11. Po lewej fotografia, po prawej wizualizacja
Źródło: opracowanie własne.

7.5. MIESZKANIE W ŚRÓDMIEŚCIU

Mieszkanie w kamienicy przy prestiżowej ulicy śródmieścia, z dostępem do targu na placu Piastowskim, stanowiło przestrzeń o wyjątkowym charakterze dla użytkownika ceniącego gotowanie oraz historyczną architekturę. Problemy związane z niewłaściwie prowadzoną rewitalizacją, takie jak niewydolne instalacje wodne, elektryczne i grzewcze, utrudniały codzienne użytkowanie, jednak atmosfera poddasza z wysokimi pomieszczeniami i otwartym układem salonu z kuchnią rekompensowała te niedogodności, sprzyjając poczuciu wyjątkowości przestrzeni.

Zmiany w życiu użytkownika, w tym rozstanie, wpłynęły na postrzeganie mieszkania, a negatywne skojarzenia z przeszłością obniżyły jego atrakcyjność. Interwencje projektowe, obejmujące m.in. zmianę kolorystyki wnętrza oraz stworzenie galerii, umożliwiły redefinicję przestrzeni zgodnie z potrzebami i osobowością jedyne go obecnego użytkownika. Rozległa kuchnia z częścią jadalną stała się miejscem realizacji pragnień społecznych i twórczych, pozwalając zarówno na przygotowywanie posiłków i przyjmowanie gości, jak i na pracę twórczą, co wzmacniało poczucie sprawczości i komfort emocjonalny.

Proces adaptacji wnętrza wykazał, że odzyskanie poczucia własności i harmonii w przestrzeni wynikało z integracji emocji, indywidualnych pragnień oraz inspiracji kulturowych. W koncepcjach projektowych wykorzystywano narzędzia wizualne, takie jak szkice koncepcyjne i *moodboardy*, które, mimo abstrakcyjnego charakteru dla przeciętnego użytkownika, pełniły funkcję komunikacyjną między projektantami i wspierały formowanie ideowej narracji przestrzeni. Artystyczny wyraz emocji związany z wnętrzem okazał się skutecznym narzędziem w neuroarchitektonicznym rozumieniu potrzeb użytkownika, pozwalając uchwycić zarówno świadome, jak i subtelne, emocjonalne oczekiwania wobec przestrzeni (ryc. 12, 13).



Ryc. 12. Moodboard ideowy, wycinanka
Źródło: opracowanie własne.



Ryc. 13. Otwarta przestrzeń salonu z kuchnią, sesja zdjęciowa
Źródło: opracowanie własne.

8. PODSUMOWANIE

Współczesne projektowanie wnętrz, analizowane w perspektywie neuroarchitektury, ukazuje architekturę jako istotny czynnik determinujący dobrostan człowieka. Przestrzeń nie stanowi jedynie tła dla codziennej aktywności, lecz oddziałuje bezpośrednio na zdrowie, emocje, koncentrację i relacje społeczne użytkowników. Już od starożytności poszukiwano harmonii w proporcjach, jednak dopiero rozwój nauk kognitywnych, psychologii środowiskowej i neurobiologii umożliwił zrozumienie mechanizmów percepcji przestrzeni oraz ich związku z funkcjonowaniem układu nerwowego. Modernizm, pomimo prób standaryzacji procesów projektowych, ujawnił ograniczenia wynikające z jego redukcjonistycznego charakteru – nieuwzględniającego indywidualnych różnic poznawczych i emocjonalnych.

Współczesny paradygmat projektowy przesuwając akcent z autorytarnego modelu twórcy na podejście holistyczne i partycypacyjne, w którym projektant pełni rolę mediatora między przestrzenią a użytkownikiem. Projektowanie wnętrz nabiera tym samym wymiaru interdyscyplinarnego, łącząc wiedzę z zakresu neurologii, psychologii, antropologii i estetyki. W centrum zainteresowania znajduje się wielozmysłowe doświadczenie przestrzeni – angażujące wzrok, słuch, dotyk, węch i propriocepcję – które wzmacnia poczucie zakorzenienia, sprzyja regulacji emocji oraz wspiera procesy poznawcze.

Zasady neuroarchitektury wskazują, że architektura powinna opierać się na analizie czynników oddziałujących na układ nerwowy, takich jak proporcje, rytm komunikacyjny, dostęp do światła dziennego, akustyka czy elementy biofiliczne. Istotne stają się również psychologiczne mechanizmy decyzyjne – błędy poznawcze, heurystyki i emocje – wpływające na sposób odbioru przestrzeni przez inwestorów. W tym kontekście coraz większego znaczenia nabiera refleksja nad czynnikami neuroaktywnymi, często niediagnozowanymi lub nieleczonymi, takimi jak zaburzenia depresyjne i lękowe, skutki traum, ADHD, dysleksja czy spektrum autyzmu. Mogą one kształtować zachowania inwestorów w procesie projektowym, prowadząc do braku decyzyjności, unikania odpowiedzialności, wycofania, nadwrażliwości sensorycznej, impulsywności bądź nadmiernego entuzjazmu.

Zrozumienie neuroróżnorodności, rozumianej jako naturalne zróżnicowanie funkcjonowania mózgu i procesów poznawczych, pozwala na włączenie perspektywy neuroinkluzywnej do praktyki projektowej. Podejście to zakłada poszanowanie indywidualnych sposobów percepcji i przetwarzania bodźców oraz tworzenie przestrzeni elastycznych, regulujących i wspierających. Odpowiednie operowanie światłem, dźwiękiem, fakturą, zapachem czy kolorystyką może wspomagać procesy samoregulacji, redukować stres i wzmacniać poczucie bezpieczeństwa.

Rola projektanta wewnątrz w tym ujęciu rozszerza się o kompetencje neuropsychologiczne i empatyczne – projektant staje się obserwatorem i tłumaczem indywidualnych potrzeb użytkownika. W procesie badawczym coraz większą rolę odgrywają narzędzia partycypacyjne: ankiety, wywiady, obserwacje, a także wizualizacje, *moodboardy* i modele 3D, które umożliwiają komunikację pomiędzy intuicją użytkownika a wiedzą naukową projektanta. Analiza studiów przypadków wskazuje, że empatia, dialog i zaufanie w relacji projektant – inwestor prowadzą do powstawania przestrzeni harmonijnych, funkcjonalnych i sprzyjających dobrostanowi.

Podsumowując, neuroarchitektura wewnątrz stanowi dziedzinę łączącą intuicję twórczą z naukową analizą procesów poznawczych i emocjonalnych. Projektowanie oparte na świadomości neuroróżnorodności i czynników neuroaktywnych pozwala tworzyć przestrzenie adaptowalne, inkluzywne i wspierające zdrowie psychiczne, odpowiadające na indywidualne potrzeby użytkowników oraz zdolne do ewolucji wraz ze zmianami ich życia.

Bibliografia

- Bańka A., *Psychologiczna struktura projektowa środowiska. Studium tworzenia miejsc architektonicznych*, Stowarzyszenia Psychologia i Architektura, Poznań 2015.
- de Botton A., *Architektura szczęścia*, Czuły Barbarzyńca Press, Warszawa 2010.
- Bruner J.S., Anglin J.M., Mroziak B., *Poza dostarczone informacje: studia z psychologii poznawania*, Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa 1978.
- Chwalibóg K., *Architektura przyjaznych przestrzeni*, Narodowy Instytut Architektury i Urbanistyki, Warszawa 2022.
- Fine C.A., *Mind of its Own: how your brain distorts and deceives*, Icon books, Cambridge 2006.
- Hall M.E., *Czwarty wymiar w architekturze*, Muza, Warszawa 2001.
- Hall E., *Ukryty wymiar w architekturze*, Muza, Warszawa 1997.
- Karaszewski R., Krzywka A., *Projektowanie wewnątrz a wyzwania zrównoważonego rozwoju*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2013.
- Kunda Z., *Social Cognition: Making Sense of People*, MIT Press, Cambridge 1999.
- Mulak M., *Wybrane aspekty psychologicznego oddziaływania otoczenia architektonicznego*, Zeszyty Naukowe Politechniki Śląskiej, Wrocław 2006.
- Pallasmaa J., *Oczy skóry. Architektura i zmysły*, Fundacja Instytut Architektury, Warszawa 2012.
- Poletiek F., *Hypothesis-testing Behaviour*, Taylor & Francis. Psychology Press, Filadelfia 2001.
- Ritchie I. (red.), *Neuroarchitecture. Designing with the Mind in Mind*, John Wiley & Sons Inc 2020.
- Senosiain J., *Organic Architecture*, ARQUINE, Meksyk 2018.
- Sikorski W., *Przestrzeń w kształtowaniu relacji międzyludzkich*, Difin, Warszawa 2023.
- Tuan Yi-Fu, *Przestrzeń i miejsce*, Państwowy Instytut Wydawniczy, Warszawa 1987.
- Tyszką T., *Psychologiczne pułapki oceniania i podejmowania decyzji*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 1999.

Nota o autorce

dr sztuki, Agnieszka Mierzwa – absolwentka Akademii Sztuk Pięknych w Krakowie na kierunku architektura wewnątrz. W 2019 r. obroniła pracę doktorską na Akademii Sztuk Pięknych w Gdańsku. Prowadzi autorskie studio projektowe, zajmuje się projektowaniem wewnątrz mieszkalnych i użyteczności publicznej. W pracy badawczej podejmuje się projektów rewitalizacji i adaptacji wewnątrz miejskich w Bydgoszczy wzdłuż rzeki i kanału w duchu inkluzywności, poszanowania tożsamości miejsca oraz aspektów kulturalnych, rekreacyjnych i ekologicznych.

Od 2010 roku pracuje na Politechnice Bydgoskiej na Wydziale Sztuk Projektowych. Prowadzi pracownię projektowania wewnątrz oraz pracownię dyplomową.

Kontakt: a.mierzwa@pbs.edu.pl

