

Magdalena JAMROZIK-SZATANEK

Politechnika Śląska

Wydział Architektury

KREOWANIE POKOI I PUNKTÓW PIELEŃNIARSKICH W SZPITALACH DZIECIĘCYCH NA ŚWIECIE

Streszczenie. W ciągu ostatnich lat na świecie zmienia się podejście do projektowania obiektów służby zdrowia, a w szczególności tych przeznaczonych dla młodych użytkowników. Obecnie projektowanie architektoniczne skupia się na warunkach zdrowotnych, interakcjach społecznych i tworzeniu zdrowego środowiska klinicznego. W całym obiekcie szpitalnym wyróżniają się i najbardziej akcentowane przestrzenie to pokój dziecka i blok łóżkowy z punktem pielęgniarskim. W artykule przedstawiono różne tendencje w projektowaniu przestrzeni pobytu dziecka w szpitalu.

Słowa kluczowe: pokój pacjenta, szpital dziecięcy, architektura

CREATING ROOMS AND NURSES POINTS IN CHILDREN'S HOSPITALS IN THE WORLD

Summary. In recent years, the world's changing approach to the design of healthcare facilities, particularly those intended for young users. Currently, architectural design focuses on health conditions, social interaction and creating a healthy environment in clinical practice. Throughout the hospital building and most distinctive accents or spaces are: child's room and bed block nursing point. The article presents the different trends in the design space of the child's stay in hospital.

Keywords: patient room, children's hospital, architecture

1. Wstęp

Jak powinny być projektowane bloki łóżkowe? To pytanie nurtuje architektów i naukowców. Dlatego do tej pory wykonano wiele badań w celu sprecyzowania wytycznych projektowych i behawioralnych. Pokoje pacjentów to miejsca, w których dzieci spędzają większość pobytu w szpitalu. Ich wygląd, układ funkcjonalny, wyposażenie mają ogromne znaczenie w rozpowszechnianej idei „healing environment”. Pojawia się również problem,

dla ilu osób powinny być przeznaczone. Światowa tendencja do tworzenia pokoi jednoosobowych wydaje się być sprzeczna z przywilejami dzieciństwa: radością, zabawą, spędzaniem większości czasu w gronie rówieśników. W 2009 roku National Patient Safety Agency w Wielkiej Brytanii i firma Arup przeprowadziły badania mające na celu sprecyzowanie obciążeń pokoi. NPSA oraz Arup poruszyły kwestię nierozwiązaną od ponad 40 lat. Jest to problem dyskusyjny, który pojawił się już w 1960 roku i był rozpatrywany przez Sir Ruperta Vaughna Hudsona. Naukowiec nawoływał do stosowania jednoosobowych pomieszczeń w celu zmniejszenia liczby zakażeń.

W związku z tym „[...] powstaje pytanie, dlaczego ta debata trwa aż do dziś? [...]”¹.

2. Pokoje jedno- i wieloosobowe

W Australii i USA dąży się do tworzenia tylko pokoi jednoobłożeniowych. Przykładem takiego rozwiązania jest Royal Children’s Hospital w Melbourne, uważany za wzorzec szpitala dziecięcego o opiece zdrowotnej światowej sławy. Zaletami przyjętej koncepcji są:

- ekonomia,
- dokładniejsza i bliższa kontrola pacjenta,
- zmniejszenie ryzyka infekcji,
- większa prywatność i poufność,
- możliwość personalizacji wnętrza,
- większa swoboda w kontaktach na linii chory–odwiedzający i chory–lekarz,
- mniejszy hałas i zatłoczenie,
- zmniejszenie liczby błędów medycznych oraz polepszenie warunków pracy personelu,
- zwiększenie udziału rodzin i bliskich w procesie leczenia,
- większe możliwości aranżacyjne przestrzeni,
- polepszenie warunków bytowych pacjenta,
- redukcja stresu personelu i pacjentów,
- poprawa warunków socjologicznych,
- wzrost satysfakcji pacjenta,
- skrócenie czasu leczenia.

Natomiast wadami takiego rozwiązania są:

- mniejsze możliwości uczestnictwa w interakcjach społecznych,
- brak możliwości kontaktu z rówieśnikami,
- brak możliwości wyboru miejsca leczenia,

¹ Fairhall K., Bache L.; A case for patient safety. „World Health Design – Architecture, Culture, Technology”, Vol. 10, 2009, p. 57–61.

- bezsilność pacjentów w stosunku do „podjętych decyzji ich lokalizacji,
- brak możliwości wykorzystania pokoju jako miejsca codziennych rozmów, zabaw, a jedynie jako miejsca odwiedzin,
- ograniczenie możliwości kontaktu osób o podobnych schorzeniach.



Rys. 1. Pokój jednoosobowy – możliwe aranżacje

Fig. 1. Single room – possible arrangements.

Źródło: <http://www.supportuw.org/making-a-gift/area-program/amfam-childrens-hospital/> [dostęp: 16.04.2011].

Przy podejmowaniu decyzji o procentowym udziale pokoi jedno- lub wieloosobowych należy zwrócić uwagę na aspekty psychologii dziecka. Ważną rolę odgrywa tu wiek młodego użytkownika. Pacjenci w wieku od 1 do 3 lat są zorientowani na matkę. Najważniejsza jest dla nich obecność najbliższej rodziny. Odmiennie kształtuje się sytuacja u dzieci w wieku silnie rozwojowym (3–12 lat). Ta grupa wiekowa charakteryzuje się potrzebą akceptacji przez inne dzieci oraz wsparciem rówieśników. Mali pacjenci dużą uwagę przywiązują do zabawy, rozmów, spędzania wolnego czasu z kolegami w tym samym wieku. Natomiast przebywające w szpitalu dzieci w wieku powyżej 12 roku życia, kiedy kształtuje się psychika człowieka, potrzebują przestrzeni pełniącej wielorakie funkcje. Pokój w tym przypadku powinien być przestrzenią pozwalającą na kontakt, a jednocześnie dającą możliwość izolacji, wyciszenia i samotności.

Badania interdyscyplinarne dają unikalny pogląd na wieloaspektowość zagadnienia. Nie ma jednoznacznej odpowiedzi na pytanie, jakie pokoje są lepsze w zastosowaniu. „[...] Zalety pokoi jednoosobowych są wadami pokoi wieloosobowych i na odwrót [...]”².

² Ibidem, p. 58.



Rys. 2. Pokój dwuosobowy – przykład aranżacji.

Fig. 2. Double room – example of arrangement.

Źródło: Krauel J., Comerma C.: Hospitals and Health Facilities. LINKS 2010, p. 288.



Rys. 3. Aranżacja pokoju dwuosobowego.

Fig. 3. Arrangement of double room.

Źródło: [http://www.designandhealth.com/uploaded/documents/Awards-and-events/WCDH2009/Day4/Session10/Terry-Montgomery,-Lyn-Northey-\(Canada\)-Cultivating-a-Sense-of-Place,-Bloorview-Kids-Rehab-.pdf](http://www.designandhealth.com/uploaded/documents/Awards-and-events/WCDH2009/Day4/Session10/Terry-Montgomery,-Lyn-Northey-(Canada)-Cultivating-a-Sense-of-Place,-Bloorview-Kids-Rehab-.pdf) [dostęp: 16.04.2011]

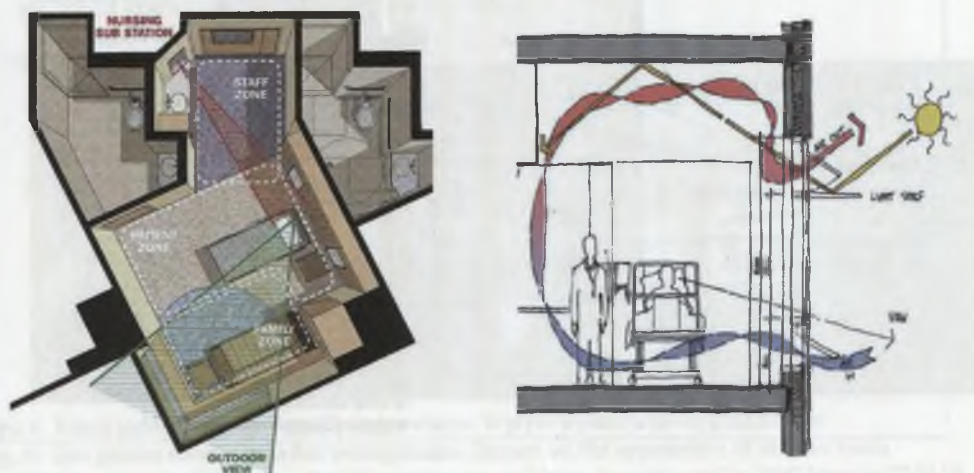
3. Strefowanie przestrzeni pokoju pacjenta

Projektanci w USA byli pierwszymi, którzy odrzucili pokoje wieloosobowe. Jednak obecnie coraz bardziej popularnym rozwiązaniem staje się podział bloków łóżkowych szpitala na pokoje jednoosobowe (około 80%) oraz na wieloosobowe (ok. 20%).

Oprócz tego, niezależnie od liczby pacjentów przebywających w pomieszczeniu, zaleca się podział przestrzeni na trzy strefy:

- strefę pacjenta,
- strefę pielęgniarską (kliniczną),
- strefę rodziny.

Każda z nich jest projektowana w odmienny sposób i posiada odmienne, dokładnie sprecyzowane zadania.



Rys. 4. Podział pokoju pacjenta na strefy funkcjonalne. Wykorzystanie warunków zewnętrznych w procesie projektowania.

Fig. 4. Patient room division into functional zones. Use of external conditions in the planning process. Źródło: <http://www.pspaec.com/index.php/healthcare/childrens/childrens-medical-center-legacy.html> [dostęp: 3.11.2011].

Należy jednak zwrócić uwagę, że budynek, „układ funkcjonalny oraz aparatura medyczna to nie wszystko, co może mieć wpływ na proces zdrowienia pacjenta. Analiza literaturowa przedmiotu wykazała, że oprócz wymienionych powyżej składników w przestrzeni architektonicznej szpitala powinny pojawić się takie elementy jak: dodatkowe wyposażenie wnętrza, czy grafika pozwalająca na podwyższenie jakości estetyki wnętrza. Przy projektowaniu wnętrza i jego wyposażenia należy poświęcić więcej uwagi na dostosowanie każdego miejsca do potrzeb najmłodszych. Sprzęt medyczny, z którym przestraszony, młody pacjent ma styczność, nie musi potęgować jego strachu. Wręcz przeciwnie: poprzez odpowiedni dobór kolorystyki, materiału wykończenia oraz design może być elementem wzbogacającym wnętrze i budzącym pozytywne emocje.



Rys. 5. Niezbędne wyposażenie pokoju pacjenta.

Fig. 5. The patient's room necessary equipment

Źródło: Wells-Thorpe J.: Strong principles. „World Health Design – Architecture, Culture, Technology”, vol. 04, 2011, p. 56–64.

Dziecko ma odmienne potrzeby niż osoby dorosłe, inaczej postrzega świat. Przy wyznaczaniu w pokoju pacjenta stref oraz przy dobieraniu ich wyposażenia należy wziąć pod uwagę następujące miejsca:

a) przestrzeń dla rodziców i znajomych:

- miejsce odpoczynku (sofa, lampka nocna, fotel (bujany), stolik),
- aneks kuchenny,
- miejsce do pracy (biurko).

b) przestrzeń dla pacjenta:

- miejsce do pracy, nauki (biurko),
- miejsce do przechowywania rzeczy osobistych, np. książek,
- otwarte przestrzenie pozwalające na personalizację wnętrza,
- miejsca do kreatywnego rozwoju niepozwalające na nudę, bierność (zastosowanie elementów interaktywnych, różnych faktur, ściany magnesowe),
- elementy pozwalające na odciążenie od szpitalnej rzeczywistości (fototapety, obrazy, akwarium, kolorowe pościele, telewizor, komputer, gry),
- przestrzenie umożliwiające kontakt z naturą (akwarium, balkony, tarasy, przeszklenia, możliwość wprowadzenia własnych zwierząt domowych).

c) przestrzeń pielęgniarstwa (kliniczna):

- możliwość wielorakiej aranżacji,
- swoboda poruszania się i manewrowania sprzętem medycznym,
- możliwość izolacji lekarza i pacjenta,
- wgląd do pokoi z punktów pielęgniarstwa,
- aranżacja pozwalająca na szybkie interwencje.



Rys. 6. Pokój jednoosobowy – możliwe aranżacje. Wpływ wystroju na wygląd pokoju

Fig. 6. One person room – possible arrangements. Impact on the appearance of interior room

Źródło: <http://openbuildings.com/buildings/phoenix-childrens-hospital-profile-39072/media/223169> [dostęp: 7.06.2012].

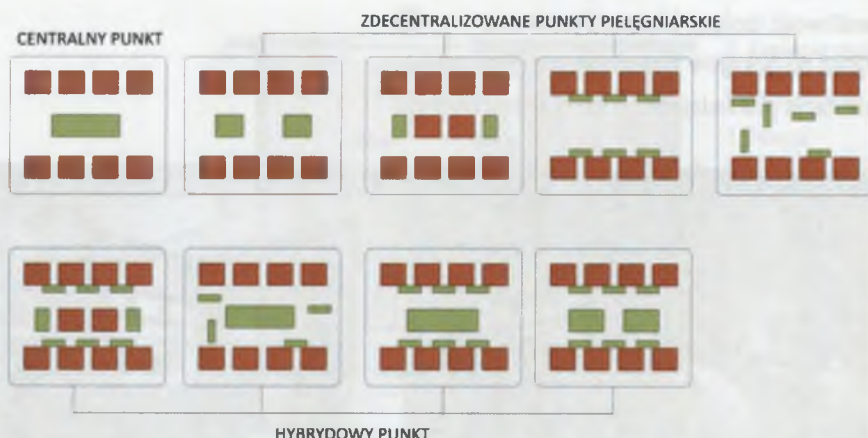
Obecnie dąży się do zmiany wyglądu szpitala, dostosowania go do świata oglądanego oczami dzieci. Jednak często przekraczana jest granica dzieląca wewnątrz elegancko od wewnątrz „kreskówkowych”. Stąd apel młodych użytkowników: „[...] aby dać im coś więcej niż tylko motyle na ścianie [...]”.

Problemem rozważań architektów jest pogodzenie wyobrażeń dzieci z wizją osób dorosłych oraz życzeniami inwestora. Z jednej strony szpital jest przeznaczony dla dziecka, z drugiej zaś strony około 80% osób tam przebywających to osoby dorosłe.

4. Punkty pielęgniarstwa

Osobną, niezależną częścią bloków łóżkowych są punkty pielęgniarstwa. Miejsca te mają szczególne znaczenie w funkcjonowaniu przestrzeni przeznaczonych dla małych pacjentów. Położenie, układ, kolorystyka tych pomieszczeń wpływają na relacje pacjent – pielęgniarka. Obydwoje powinni mieć zapewniony wzajemny kontakt wzrokowy. Brak tego elementu powoduje zwiększenie stresu obu stron, np. poprzez zmniejszenie poczucia bezpieczeństwa z powodu braku kontroli nad podopiecznymi. Natomiast szpital powinien być obiektem uzdrawiającym, pouczającym, sprawnie działającym oraz bezpiecznym. Strefa pielęgniarstwa jest jednym z najważniejszych elementów jednostki opieki zdrowotnej. W układzie funkcjonalnym szpitala można podzielić ją na trzy rodzaje:

- scentralizowaną,
- zdecentralizowaną,
- hybrydową.



Rys. 7. Schemat lokalizacji punktów pielęgniarskich

Fig. 7. Diagram of the location nursing points

Źródło: Cai H., Zimring C.: Nursing Culture and Performance: The Impact of Nurse Station Typology on Nurses' Informal Communication and Learning. "World Health Design – Architecture, Culture, Technology", vol. 07, 2011, p. 60–67.

Scentralizowane stanowiska pracy obecnie uważane są za tradycyjne i stopniowo zastępowane są przez punkty zdecentralizowane. Zmniejszają dystans, co jest kluczem do sprawnego działania szpitala. Położenie takie wpływa na zwiększenie częstotliwości wizyt u pacjenta oraz wzmocnienie pracy zespołowej. W ten sposób realizowane są dwa podstawowe założenia współczesnego projektowania: bliskość i współpraca.

Badania prowadzone przez National Patient Safety Agency w Wielkiej Brytanii i firmę Arup pokazują, że rozwiązanie projektowe tego problemu nie jest sprawą jednoznaczną. Wiele pozostaje w gestii architekta, który powinien brać pod uwagę takie badania. Jednocześnie powinien zwrócić uwagę na najważniejsze problemy przedstawiane w badaniach:

- procentowy udział pokoi jednoosobowych w stosunku do wieloosobowych,
- podział pokoi na strefy funkcjonalne,
- kolorystyka,
- wyposażenie,
- funkcjonowanie punktów pielęgniarskich.

Badania naukowe prowadzone na całym świecie, w szczególności w USA i Wielkiej Brytanii, pokazują szeroki wachlarz możliwości dostępnych dla architekta.



Rys. 8. Punkt pielęgniarski w otoczeniu pokoju pacjenta

Fig. 8. Nursing point surrounded by patient room

Źródło: <http://www.healthcaredesignmagazine.com> [dostęp: 3.07.2011].

Bibliografia

1. Anderson D., Morgan A., Carthey J.: Does one size fit all?. „World Health Design – Architecture, Culture, Technology”, vol. 10, 2008, p. 20–21.
2. CABE: Future Health. Sustainable places for Health and well-being, 2004, p. 42.
3. Cai H., Zimring C.: Nursing Culture and Performance: The Impact of Nurse Station Typology on Nurses’ Informal Communication and Learning. „World Health Design – Architecture, Culture, Technology”, vol. 7, 2011, p. 60–67.
4. Chaudhury H., Mahmood A., Valente M.: The Use of Single Patient Rooms vs. Multiple Occupancy Rooms in Acute Care Environments. A Review and Analysis of the Literature, Simon Fraser University, 2003.
5. Fairhall K., Bache L.: A case for patient safety. „World Health Design – Architecture, Culture, Technology”, vol. 10, 2009, p. 57–61.
6. Krauel J., Comerma C.: Hospitals and Health Facilities, LINKS, 2010.
7. Materiały udostępnione przez Rachel Soucier na temat realizacji firmy HKS.

8. Wege K.: No butterflies please!, „World Health Design – Architecture, Culture, Technology”, vol. 7, 2011, p. 28.
9. Wells-Thorpe J.: Strong principles. „World Health Design – Architecture, Culture, Technology”, vol. 4, 2011, p. 56–64.
10. „World Health Design – Architecture, Culture, Technology”, vol. 4, 2010, p. 52.
11. Shepley-McCuskey M., Fournier M.A., McDougal-Ward K.: Healthcare Environments for Children and Their Families. „Association for the Care of Children’s Health, Kendall/Hunt Publishing Company”, Dubuque 1998.
12. Szafranowicz P.: Środowiska terapeutyczne – nowe podejście do problematyki przestrzeni obiektów służby zdrowia. Grupa Projektowa ZOOM s.c., Gdańsk 2005.