

## NATALIA PRZESMYCKA

DSc PhD Eng. Arch., LUT Professor  
Lublin University of Technology  
Faculty of Civil Engineering and Architecture  
e-mail: [n.przesmycka@pollub.pl](mailto:n.przesmycka@pollub.pl)  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1755-2448>

## PAWEŁ ADAMIEC

MSc Eng.  
John Paul II Catholic University of Lublin  
Faculty of Natural and Technical Sciences  
e-mail: [pawel.adamiec@kul.pl](mailto:pawel.adamiec@kul.pl)  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3671-8703>

## RAFAŁ STROJNY

PhD Eng. Arch.  
Lublin University of Technology  
Faculty of Civil Engineering and Architecture  
e-mail: [r.strojny@pollub.pl](mailto:r.strojny@pollub.pl)  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2451-9152>

# WORKSHOPS AS A TOOL IN IMPROVING ENVIRONMENTAL CONDITIONS IN EXISTING PALLIATIVE CARE FACILITIES BASED ON THE GOOD SAMARITAN HOSPICE IN LUBLIN

## WARSZTATY PROJEKTOWE JAKO NARZĘDZIE W PROCESIE POPRAWY JAKOŚCI WARUNKÓW ŚRODOWISKOWYCH W ISTNIEJĄCYCH PLACÓWKACH OPIEKI PALIATYWNEJ NA PRZYKŁADZIE HOSPICJUM DOBREGO SAMARYTANINA W LUBLINIE

### ABSTRACT

The aim of this research was to analyse the possibilities of using design workshops as an effective tool for diagnosing problems, seeking solutions, and implementing them in the process of improving the environmental conditions of a hospice building. The case analysed was the Good Samaritan Hospice in Lublin, which, due to its complexity, can be considered a representative example of stationary hospices established through adaptation, extension, or reuse of existing buildings. This article highlights the role of individual participants in the process, from the inception of the idea, through the organisation and conduct of a workshop, to the implementation of the first elements developed. Based on problem analysis, solutions consistent with contemporary trends in the design of palliative care facilities were developed. Our case study allowed for drawing general conclusions and identified a method for improving the quality of the architectural environment of existing facilities, namely design workshops.

**Keywords:** hospice, modernisation, architecture of palliative care facilities, design workshops

### STRESZCZENIE

Celem badań była analiza możliwości wykorzystania warsztatów projektowych jako efektywnego narzędzia do diagnozy problemów, poszukiwania rozwiązań oraz ich wdrożeń w procesie poprawy warunków środowiskowych budynku hospicjum. Studium przypadku stanowiło Hospicjum Dobrego Samarytanina w Lublinie, które z uwagi na swoją złożoność może być uznane za przykład reprezentatywny dla budynków pełniących



rolę hospicjów stacjonarnych, powstałych w ramach adaptacji, rozbudów bądź wykorzystania istniejących obiektów. W artykule zwrócono uwagę na rolę poszczególnych uczestników procesu — od momentu powstania idei przez proces organizacji i przeprowadzenia warsztatów oraz realizacji pierwszych z wypracowanych elementów. Na podstawie analizy problemów wypracowano rozwiązania zbieżne ze współczesnymi tendencjami w projektowaniu obiektów opieki paliatywnej. Analiza studium przypadku może pozwolić na wyciągnięcie wniosków natury ogólnej i wskazać jedną z metod podnoszenia jakości środowiska architektonicznego istniejących obiektów, jaką są warsztaty projektowe.

**Słowa kluczowe:** hospicjum, modernizacja, architektura obiektów opieki paliatywnej, warsztaty projektowe

## 1. INTRODUCTION

Serious illnesses and death have always accompanied people, yet issues of dignified life in its final period have only been broadly considered relatively recently. The significance of the quality of the environment and care at the end of life began to be noticed only in the 1950s through the work of Doctor Cicely Saunders (Trylińska-Tekielska, 2024, p. 14). Her idea was to create a place where dying individuals could receive appropriate support and be ensured dignified conditions in their final stage of life. In 1967, the world's first hospice specialising in the care of patients in the terminal stages of illness was established in London (Olivier, 2015). In addition to managing her centre in England, Saunders travelled to various countries, promoting the idea of hospice care. Her mission was to show the importance of palliative care in medicine. She created a fully developed concept of working with terminally ill patients, adapted to current conditions, needs, and possibilities (Górecki, 2000, p. 58). Saunders spread her message wherever possible. In Poland, the development of the hospice idea occurred only in the 1980s and 1990s (Kowalik, 2013, p. 191–192); the first Palliative Care Clinic was established at the Oncology Department of the Medical Academy in Poznań in 1990, becoming the first such facility in Central and Eastern Europe (Flakus, 2008, p. 76). Emerging hospice teams in Poland, often associated with the Catholic Church, were primarily in the form of associations or informal groups (Szot, 2009, p. 233). On 11 October 1989, the Lublin Society of Friends of the Sick 'Hospice' was registered without its own headquarters. Initially, it used the premises of other organisations, and by February 1990, the first patient was under care. In 1993, after several years of efforts, the Society received a facility at 11A Bernardyńska Street from the City Council of Lublin. After renovation and adaptation to meet the needs of a hospice home, it was designated for stationary hospice, home care team base, and the Society's headquarters (Hospicjum Dobrego Samaritanina, accessed: 11.11.2024). In 2007, a project for the reconstruction and extension of the Good Samaritan Hospice (hereinafter HDS) was created, assuming maximum possible utilisation of the plot located in the

historic downtown and integration with already existing buildings. Wang et al. distinguish the following models of contemporary hospices: (1) independent hospice care facilities, (2) hospice care centres operating at hospitals, (3) independent hospices with day care, (4) nursing facilities equipped with hospice beds (Wang et al., 2024). We can categorise HDS as the first type of hospice care model.

The relatively short history of palliative care in Poland is the reason why most buildings functioning as hospices are located in objects initially serving a different, often non-medical purpose.<sup>1</sup> The common feature is that a hospice is synonymous with serious illness and end-of-life care. Most hospice patients suffer from cancer (approximately 90%). The remaining group includes diseases caused by HIV, consequences of diseases related to the nervous system, etc. (Ziemiańska, 2023). The importance of the architectural environment's quality is crucial for minimising stress for all user groups, even though the average length of stay in such facilities in Poland is between 7 and 14 days. When medical procedures are limited to bringing relief and eliminating pain, the most important design guideline is user comfort. This applies to all user groups: residents (patients), visitors, families, and staff.

### 1.1. Objective of the study

Many palliative care facilities are housed in buildings adapted, reconstructed, or expanded for this purpose. Meeting the specific functional and operational requirements, which go beyond standard solutions used in healthcare, is particularly challenging.

<sup>1</sup> The main goal of palliative care is to ensure the best possible quality of life until death. Palliative care treats the dying process as a natural part of life, without accelerating or delaying it. It is a comprehensive and active form of support aimed at patients whose disease does not respond to causal treatment. This interdisciplinary approach encompasses not only the patient but also their family and surrounding community. The essence of palliative care lies in meeting the most basic needs of the patient, regardless of their gender or location, whether at home or in a hospital. *Recommendations of the European Association for Palliative Care (EAPC) For the Development of Undergraduate Curricula in Palliative Medicine At European Medical Schools*, available online: <https://www.unav.edu/documents/2832169/85721ca8-2687-4ac7-acb6-d899154183a2>

The aim of the study was to determine the usefulness of design workshops as a tool in improving the quality of the architectural environment of a palliative care facility, based on the design workshops conducted in 2023.

Additionally, the possibilities, methods, and scope of construction works aimed at improving the quality and functionality of the building for adult palliative care hospice were determined. The most common problems in buildings adapted for palliative care purposes were identified. A literature review was conducted to identify contemporary trends in the design of palliative care facilities.

## 1.2. METHODS

Preliminary research concerned the analysis of the condition and resources of existing hospices in Poland, considering the establishment period of the facility and the building it occupies.

An in-depth case study was conducted on the HDS building in Lublin. As part of the qualitative research, a number of technical, functional, and aesthetic problems were identified. After defining the problems, the scope of the project task was determined, which became the subject of interdisciplinary design workshops aimed at architecture and landscape architecture students, with active participation from hospice staff and patients.<sup>2</sup> The workshops employed the following research techniques: observations, mapping, graphical modelling, virtual modelling, scenarios, and brainstorming. These are

<sup>2</sup> Students from the 'Archinature' Science Club of the Faculty of Civil Engineering and Architecture at the Lublin University of Technology and the Landscape Architecture Students' Science Club at the John Paul II Catholic University of Lublin participated in the 'Reach the Garden' workshops with the support of the Lublin City Office. The workshops took place from May to June 2023, during weekly meetings at the hospice and project work in its spaces. The workshop comprised a theoretical and a practical part. The history of the establishment of the facility was introduced to the participants by Ms Maria Drygała, president of the Lublin Society of the Friends of the Sick, and then the workshop leaders (the authors of this article) introduced the students to contemporary design trends in the shaping of such facilities. The current state of research and model solutions were discussed. The lectures also addressed the impact of the built environment on the wellbeing of patients and medical staff. As part of the workshops, the facility was inventoried, problems were identified, and conceptual solutions were proposed to improve living conditions, functional connections, aesthetics, and technical issues. Sources: <https://kurierlubelski.pl/to-moze-byc-ostania-rzecz-jaka-zobacza-w-swoim-zyciu-studenci-w-ramach-warsztatow-zaprojektowali-ogrod-dla-podopiecznych/ar/c1-17609279>. <https://www.lublin112.pl/ogrody-hospicjum-dobrego-samarytanina-uzyskaja-nowy-wyglad-zostana-tez-udostepnione-zdjecia/>

techniques used in scientific research in architecture (Niezabitowska, 2014, p. 166). Based on analyses, in-depth interviews with staff, volunteers, and patients, as well as literature studies, design solutions applicable to the facility were developed, and universal solutions were also proposed. The identified problems and proposed solutions were assessed for feasibility. Selected actions characterised by relative ease of implementation were continued the following year, transitioning to the implementation stage.

## 2. OUTLINE AND SCALE OF THE STUDIED PROBLEM

In the early days of hospice care in Poland, most facilities provided home care and support for patients and families. In the following years, various buildings were acquired for the organisation of inpatient care (unused public buildings, historic buildings, etc.). Most hospices realised at the beginning of the 21st century quickly became insufficient for the needs of patients and staff. Since the second decade of the 21st century, we have seen numerous modernisations, expansions, remodelling and also new hospice facility projects.

There are a number of examples of successful adaptations of historic buildings for hospice purposes, where the construction work includes both the adaptation of the existing part and the extension with new parts. In Olsztyn, a restored and extended building for the purposes of a children's hospice in a former barracks complex (Architects: Biuro Architektoniczne Gadomscy) was opened in 2022. The new part blends harmoniously with the existing one by using the same facade material (ceramic-steel) (Błażko, 2023, pp. 40–41). In Biała Podlaska, a 'Home Hospital' housing a hospice, ZOL and outpatient clinics was opened in 2017. For this purpose, a former single-storey hospital pavilion was rebuilt (Architects: Piotr Trojnieł, Henryk Dołęgowski). In this case, the architecture of the building was not of significant value, but the location in the historic park was particularly important. The body of the building was shaped in an organic way exposing the surrounding greenery (Trojnieł, 2018). Similar starting conditions were present for the Hospice de Liefde project in the Netherlands (De Kovel Architecten). The historic farmhouse was extended, retaining the main building and locating the common area of the hospice, with bed rooms designed in the new part (Pintos, 2019).

The analysis of the existing stock of buildings serving palliative care functions in Poland showed that over 70% of the facilities had been adapted for this purpose (Tab. 1). New buildings still constitute a minority, and the growing demand for care indicates the need for continuous functional and operational

improvement of the existing resources. Based on the case study analysis of the HDS building, located in a structure expanded and rebuilt in the historic downtown of Lublin, a number of problems were identified, mostly resulting from the existing layout of the building and the necessity to adapt to limited spatial

conditions. The scope of the workshop activities included a survey of the entire site, with design activities within the functional layout covering the part of the site located on the south-west side, adjacent to the garden, as this was where the biggest problems occurred (Ill. 1, 2).

Tab. 1. Summary of surveyed hospice facilities providing inpatient care built in Poland in 1992–2024, based on the list of facilities affiliated with the Polish Hospice Forum and Caritas. The grey colour indicates facilities expanded and/or adapted into a hospice.

No.	Name of the hospice	City	Number of beds	Specifics (built from scratch, adapted, expanded, conservation considerations, etc.)
1	Home Hospice	Biała Podlaska	30	2017 — adaptation, remodel of the former infectious pavilion for hospice purposes.
2	Hospice 'House of Divine Providence'	Białystok	67	1992 — inpatient hospice in existing building. 1995 — new building. Second facility — adaptation of a remodelled 19th-century tenement given by the city. 2009–2013 — extension.
3	Hospice named after Blessed Fr. Jerzy Popiełuszko	Bydgoszcz	29	1992 — renovation of pavilion C of the hospital and conversion to an inpatient hospice ward (4 beds). 1997–1999 — major renovation of adapted rooms (8 beds). 2000 — expansion (9 beds). 2001–2004 — expansion (14 beds). 2005 — adaptation of more rooms (18 beds). 2006 — construction of a summer garden for patients. 2008–2012 — commissioning of a newly built building with a chapel (Medical and Spiritual Support Centre). 2015 — opening of a new ward (29 beds).
4	Hospice of the Annunciation of the Blessed Virgin Mary	Chojnice	21	2002 — adaptation of the pulmonology ward building (more than 50 years old building) of the old hospital into a hospice.
5	Hospice in Chorzów	Chorzów	11	2004–2005 — lease of building from hospital for inpatient ward, major renovation, modernisation.
6	Hospice in Częstochowa	Częstochowa	40	2001 — building donated by Częstochowa authorities. 2016 — purchase of building at 17a Kopernika Street, renovation, adaptation and opening in 2021.
7	Bishop Czesław Domin Caritas Hospice and Care Home	Darłowo	21	2010–2011 — new hospice facility. 2018 — completion of modernisation and remodelling.
8	St. Brother Albert's Hospice	Dąbrowa Tarnowska	33	1991–1992 — construction of the hospice.
9	Elbląg Hospice of Dr. Aleksandra Gabrysiak	Elbląg	28	1991 — transfer of the building at 28 Kopernika Street to the hospice. 1993, 1998 — addition of an elevator. 2001 — handover of another building for modernisation (Chopina 10). 2002 — putting into use. 2010 — new building from scratch, rehabilitation and kinesitherapy room, pro morte, psychologists' office, volunteer room, conference room, winter garden.

No.	Name of the hospice	City	Number of beds	Specifics (built from scratch, adapted, expanded, conservation considerations, etc.)
10	St. Lawrence Hospice	Gdynia	27	2000 — newly constructed building (for adults and children) (15 beds). 2015 — remodelling and modernisation (installation of a hospital elevator, new installations, replacement of window and door frames, suspended ceilings, etc.).
11	Association of Friends of the Sick Hospice of Divine Mercy	Gliwice	25	Building adapted for a hospice. 2018–2021 — expansion with new building, 1–2 rooms, chapel, day care centre, rehabilitation room, lecture hall.
12	Hospice of St. John the Evangelist in Szczecin	Golećin	25	1992 — for the needs of the planned inpatient hospice, the building of the former workers' hotel in Golećin was acquired. Major renovation and adaptation. 2024 – term modernisation.
13	St. Kamil's hospice	Gorzów Wielkopolski	17	1993 — adaptation of a former nursery building to a hospice. 2025 — expansion with 3 new segments.
14	Archdiocesan St. John Paul II Hospice House in Katowice	Katowice	18	1997 — agreement for free lending for 25 years of real estate and building at 14d Różyckiego Street. 2008 — start of renovation of the inpatient hospice building.
15	Hospice Cordis	Katowice	38	2009 — reconstruction of the former mining hospice in Katowice — Janów. 2011 — two more segments.
16	St. Anne's Hospice	Kędzierzyn-Koźle	10 (22)	2019 — reconstruction of the old kindergarten — eventually the building was demolished, and a new, much larger facility is being built in its place.
17	Inpatient Hospice	Kielce	30	2011 — construction of an inpatient hospice.
18	Hospice at the Specialist Hospital in Kościerzyna	Kościerzyna	20	Reconstruction and adaptation of the former hospital laundry and kitchen building.
19	St. Maximilian Kolbe Hospice	Koszalin	28	1998 — first inpatient facility in existing building (6 beds). 2006-2009 — construction of a new hospice building.
20	St. Lazarus hospice	Kraków	42	1996 — construction of the hospice building from scratch. 2010 — reconstruction of the hospice.
21	Hospice of Mary Queen of Apostles	Kraków	52	2019 — construction of the hospice building from scratch.
22	St. Adalbert Hospice	Kwidzyna	19	1999 — opening of an inpatient hospice. 2006 — construction of the hospice building from scratch. 2018 — expansion of the hospice building.
23	St. Anne's Hospice	Lubartów	12	2007 — construction of the hospice building from scratch.
24	Hospice of the Good Samaritan	Lublin	20	1993 — adaptation of an existing building for a hospice. 2013 — expansion of the hospice.

No.	Name of the hospice	City	Number of beds	Specifics (built from scratch, adapted, expanded, conservation considerations, etc.)
25	Hospice Santa Galla	Łabunie	20	2000 — adaptation of an outbuilding of the palace for an inpatient hospice ward.
26	Łódź Hospice	Łódź	49	2013 — adaptation of an existing building for a hospice.
27	Hospice of the Prophet Elijah	Makówka	28	2022 — construction of the hospice building from scratch.
28	Blessed S. Bernardyna Jabłońska Hospice	Miechów	34	1998 — commencement of operations, expansion and a new building, which was constructed between 2009 and 2012.
29	Sadecki Hospice	Nowy Sącz	21	2011 — construction of the hospice building from scratch. 2020–2021 — a new comfortable wing connected to the main building by a link.
30	St. Arnold Janssen Hospice	Nysa	15	2001 — adaptation of a villa building from the interwar period, expansion.
31	Stationary Hospice for Children Caritas	Olsztyn	11	The building housing the hospice dates back to the late 19th century. It originally served as a guardhouse for military barracks, and later as an officer's casino and detention centre. 2021 — adaptation and expansion for hospice purposes.
32	Hospice in Ostrołęka	Ostrołęka	–	2018 — adaptation of police headquarters for hospice purposes, did not materialise.
33	Memorial Foundation — Hospice to the City of Oswiecim	Oświęcim	20	2011 — construction of a hospice building from scratch.
34	Association for Assistance to the Sick named after the Servant of God Stanisława Leszczyńska	Piła	45	2019 — construction of a hospice building from scratch.
35	Hospice Plock under the invocation of St. Urszula Ledóchowska	Płock	14	1997 — inpatient ward for 7 beds in existing building. 2002 — new premises in an adapted building after the former clinic (14 beds). 2004 — construction of a hospice building from scratch.
36	Queen of Apostles Hospice Association	Police	23	2019 — Conversion and expansion of a former residential building into a hospice function.
37	Hospice of Padre Pio	Pszczyna	20	2022 — construction of a hospice building from scratch.
38	Puck Hospice of St. Padre Pio	Puck	20	2009 — construction of a hospice building from scratch.

No.	Name of the hospice	City	Number of beds	Specifics (built from scratch, adapted, expanded, conservation considerations, etc.)
39	St. Mother Teresa Hospice in Puławy	Puławy	16	2010 — construction of the hospice building from scratch.
40	Hospice Caritas Diocese of Plock	Pułusk	10	Conversion of the former Reformati monastery, after the liquidation of the detention centre in 1990, it was handed over to the city authorities, who then transferred it to St. Joseph's parish. Part of the building was adapted by Caritas for use as a hospice.
41	Hospice of the Queen of Apostles	Radom	52	2020–2025 — construction of the hospice building from scratch.
42	Kluczbork House of Relief in Suffering	Smardy Górne	16	2009–2022 — adaptation of a former school into a hospice, winter garden, meeting place with fireplace and library, chapel, rooms with bathrooms.
43	Palliative Care Centre Caritas of the Opole Diocese	Stare Siołkowice	24	2000–2003 — Renovation and modernisation of two heavily damaged hospital buildings. The facility was designed with 14 double rooms, 2 rooms for children were arranged, an elevator was installed and all architectural barriers were eliminated. A chapel, kitchen and dining room for guests were arranged in the building.
44	Christ the King Hospice	Stróże	44	2006 — adaptation. 2023–2024 new wing.
45	St. Faustyna Hospice	Sosnowiec	30	2009–2017 — adaptation of a former school building for a hospice.
46	St. Joseph Caritas Hospice House	Sopot	25	2003 — construction of a new building.
47	Hospice Association Light	Toruń	24	1993 — opening of the hospice (7 beds). 2011 — renovation of the historic building and opening of a new ward. 2021 — construction of a new hospice building.
48	St. Kalikst I Hospice	Tychy	24	2012 — construction of a hospice building from scratch.
49	Hospice in Wałbrzych	Wałbrzych	20	2009–2017 — adaptation of an existing school building into a hospice.
50	Caritas of the Warsaw Archdiocese	Warsaw	30	1999 — establishment of a hospice in an existing building. 2020 — construction of a new hospice. The building was under conservation care.
51	Caritas of the Warsaw Archdiocese	Warsaw	149	The building was under conservation care — a historic monastery complex. 1996 — establishment of a hospice. 2012 — conservation works. 2021 — renovation and thermal modernisation.
52	Hospice of Divine Providence	Wołomin	26	1995 — construction of an inpatient hospice. 2021–2024 — expansion of the children's hospice.

No.	Name of the hospice	City	Number of beds	Specifics (built from scratch, adapted, expanded, conservation considerations, etc.)
53	Bonifraters Medical Centre	Wrocław	40	1998–2000 rebuilt reclaimed facility at 8a Poświęcka Street in Wrocław. 2009 — expansion.
54	John Paul II Hospice	Zgierz	30	2022 — opening of the new building.
55	Lady Ryder of Warsaw Hospice	Zielona Góra	17	1994 — Adaptation for hospice purposes of an old pavilion formerly used by an oncology ward.
56	Hospice of the Sisters of St. Elizabeth	Złotów	30	1992 — Adaptation of a former kindergarten building for hospice purposes.
57	John Paul II hospice	Żory	20	2010 — opening of inpatient hospice. 2016–2017 — expansion of the hospice.

Source: original work.

### 3. LITERATURE REVIEW

The literature review was conducted in two directions: analysing design workshops as an element of the architectural education process and a research tool, as well as the state of research on palliative architecture design to identify the currently recognised principles of shaping hospice spaces.

Numerous scientific publications demonstrate the direct benefits of design workshops in architectural education (Markiewicz, 2017; Szczerek, 2017; Rdzawska-Augustin and Bródka, 2021). Design workshops are understood as additional activities of a design or practical nature, in which students voluntarily participate during their free time from regular classes, focusing on solving a specific problem within a limited time. Workshops can be intra- or inter-university, national, or international. Workshop leaders are usually both academic teachers and practitioners or other professionals related to the discussed topic. Workshop participants, through the involvement of individuals with various competencies and skills, can more thoroughly examine the problems of specific user groups, particularly people with disabilities (Ratajczak-Szponik et al., 2019). Workshops can also be of a practical nature, allowing familiarisation with specific building materials, such as concrete (Kozłowski, 2023; Piestrzyński, 2023), or real construction sites and design problems (Jagiello-Kowalczyk, 2017a; Trocka-Leszczynska, Rdzawska and Nowicka, 2018). Cyclical workshops, where continuation occurs in different centres and serves to develop the best possible solutions, produce very good results (Jagiello-Kowalczyk, 2017b). The analysed publications focus on the educational effects of

workshops; hence this article sought to highlight the possibilities of practical implementations of project proposals obtained during them.

Palliative care involves alleviating, modifying the signs and symptoms of a progressive chronic disease that is not subject to causal treatment and has a poor prognosis (Luczak, Kotlińska-Lemieszek, 2011). Its specificity requires multidirectional therapeutic actions (Rudzka et al., 2018). Quality of life at its end for terminal patients is the main factor influencing design solutions for palliative facilities. Patient-centred design is crucial to maximise a sense of peace and acceptance in the final stage of life (Abdel-Razek, 2022). The literature on hospice facility design is extensive, and recent years have brought many interesting research findings on the relationship between the quality of the architectural environment and human well-being, as well as cognitive barriers (knowledge and communication barriers) hindering access to palliative care. These findings have highlighted the need for continuous awareness-raising of palliative care and the communication and emotional skills of healthcare professionals (Bennardi et al., 2020). The hospice staff team includes: a doctor, nurse, psychologist, social worker, rehabilitation specialist, chaplain, and volunteers. Considering these user groups, multifunctional spaces must be designed to provide them with adequate comfort, thereby enhancing the quality of services provided at the facility.

Architectural aspects of designing palliative care facilities are widely described in the literature and are the subject of research in the field of architecture (Verderber and Refuerzo, 2020; Worpole, 2024). They also constitute guidelines and manuals

for facility managers and designers (Principles..., 2010; Recommendations of the European..., 2013). Research shows that the foundation of the design premise should be the creation of an environment ensuring privacy, a homely atmosphere, safety, access to gardens, and the absence of any architectural barriers (Bielak-Zasadzka and Dąbrowska, 2017, p. 48). Contemporary small hospices typically have 8–12 beds, medium facilities have 12–25 beds, and larger ones even up to 40 beds (Verderber, 2018). In the urban planning context, hospices should be located close to the centre of social life to avoid isolation and deepen the distance to the phenomenon of death in people’s consciousness (Springer, 2020).

A specific form of support for patients and their families is Maggie’s Centres — day centres for people with cancer. This is an example of non-institutional facilities in the vicinity of cancer hospitals, where the architectural form and the greenery play a very important role, creating a healing environment (Wowrzeczka, 2024, Strojny, 2022).

Privacy and a homely atmosphere go beyond the patient’s room zone. There is a key link between staff well-being and the environment, which affects the quality of care (McLaughlan et al., 2022). Main elements of the physical environment that can reduce suffering and improve the quality of life of terminal patients include: social interactions, positive distractions, privacy, personalisation, creating a home environment, and the surrounding environment (Zadeh et al., 2018).

In terms of aesthetics and symbolism in hospice architecture, many implementations reflect a holistic approach to designing these facilities. It manifests both in the socio-landscape surroundings, into which these objects are integrated, as well as in the building architecture and interiors, often enriched with artistic elements. Particular emphasis is placed on discovering symbolic meanings embedded in proposed aesthetic solutions (Leniartek, 2022). In practice, this approach is manifested in several aspects. The first is ensuring patient and family privacy through single rooms with private bathrooms, as well as spaces supporting privacy outside the patient’s room. Single rooms allow patients and their loved ones to have free conversations and remain out of sight of others. Shared rooms may cause discomfort; however, some patients may prefer double rooms. Shared outdoor and indoor spaces or separate consultation rooms can provide space for open conversation on difficult topics (e.g., an external veranda connected to four rooms, relaxation rooms, private balconies).

The homely atmosphere of the space, beyond just the appearance of the rooms, is built by supporting

domestic rituals. Among the furnishings, colour choices, and materials, attention should be paid to the need to avoid elements similar to hospital finishes (e.g., uniform vinyl carpet, PVC). Appropriate furniture should be provided: e.g., a large bed, comfortable sofa, armchair (user-friendly and inviting for guests). The possibility of personalising the space should be ensured: rearranging furniture, hanging and storing personal belongings, bringing decorative elements from home (e.g., plants, photographs). For visiting children — ensuring a play space. Supporting the homely atmosphere and privacy should also involve providing views of nature, proximity and accessibility of outdoor spaces (physical accessibility or through views), plenty of sunlight, and access to fresh air. Year-round access to a garden (for patients, families, staff) should be ensured. Opening windows and doors can provide a connection to the outside world (especially for patients with mobility issues) (McLaughlan and Richards, 2023).

Beyond the space for relatives in the patient’s room, it is important to provide separate rooms for families, bright, connected to outdoor greenery, with high-quality furniture enabling rest and even sleep, and art elements (e.g., in the form of paintings). Important in this space are details, consistency in the colour scheme of interior finishes, furnishings, and accessories, a kitchenette allowing for the preparation of meals or tea, a television, adjustable artificial lighting, and the ability to regulate daylight, e.g., through blinds. It should be a private space, located away from the ward, allowing family members of patients to stay overnight.

A farewell room is an important facility. It is crucial for providing a space for loved ones to bid farewell after the patient’s death. This space should have good access to natural light and the garden, and the interior should be designed in an intimate and solemn manner with comfortable seating and high-quality artistic elements (*Evaluation of the Design & Dignity Programme*, 2019).

Therapeutic gardens are spaces the demand for which and whose research is widely described in the literature (Cooper-Marcus and Barnes, 1995; Trojanowska, 2017; Moya and Cedrés de Bello, 2021), and the current variety of solutions and implementations predisposes these spaces to steps towards their evaluation and certification (Cooper-Marcus and Sachs, 2013). Contemporary design guidelines for shaping palliative care zones emphasise direct accessibility from bedrooms, incorporating elements like gazebos, shelters, pergolas, water features, and ornamental plants that are attractive year-round, thereby attracting insects, birds, and small animals.

Tab. 2. Key aspects relevant to the design of the hospice space (independent hospice care facilities).

No	Detailing
1	Involving end-users in design development (patients, relatives, staff)
2	Interior inclusivity — stylish, contemporary interiors, culturally neutral with elements of nature
3	Appropriate signage and accessibility of the space (wayfinding)
4	Private rooms located away from the busy hospital environment
5	Minimise stress for the family by creating rest rooms
6	High-quality furniture, light
7	Use of artwork, stained glass or decorative materials
8	Consideration of environmental conditions: noise, air pressure, ventilation
9	Designation of rooms for private discussions between patients and families

Source: original work based on: Evaluation of the Design & Dignity Programme (2019), The Irish Hospice Foundation, University College Cork, Ireland.

#### 4. POSSIBILITIES FOR IMPROVING ENVIRONMENTAL CONDITIONS DEVELOPED DURING THE ‘REACH THE GARDEN’ WORKSHOP

The HDS building exemplifies common daily spatial and functional issues faced by many hospices in adapted and renovated structures. Space constraints, combined with the need to maximise the number of beds, led to the creation of double rooms without bathrooms that lack sufficient manoeuvring space, such as the ability to move beds freely and remove them from the room. Similar challenges with limited manoeuvring space are evident in other areas. Notably, differences in floor heights caused by the merging of sections built in different periods pose significant problems. Additional inconveniences include narrow doors and high window sills, which restrict patients’ views while lying down (they can only see the ceiling, wall pictures, and a small part of the sky outside). Very small rooms compromise privacy, and there is also an absence of adequate space for families.

The garden area, located in the inner part of the plot, was also analysed in detail. Due to the significant slope of the terrain and the lack of an internal elevator in this area, the garden is not accessible to patients with limited mobility. This problem could only be resolved by installing a bed elevator connecting the ward with the garden.

Interviews with staff, patients, and in-situ visits to the facility revealed a low aesthetic level of interior design. Material finishes had a very ‘hospital-like’ character, and art elements (paintings, photos) were often of poor quality, evoking negative feelings. The external reception of the building also generated a rather pessimistic mood — especially the front zone, where black glazing dominated the facade.

The most challenging problems to fix were technical issues. These primarily included improperly executed waterproofing, resulting in wall dampness and local cracking and changes in building partitions. Also problematic were the aforementioned differences in floor levels. These issues could only be resolved through invasive construction works, during which the hospice’s operation would be impossible.

Problems identified based on the case study occur in most hospice facilities adapted for other original functions. Based on the concepts developed during the 2023 workshops, an analysis of the feasibility of individual actions was conducted, considering varying levels of implementation difficulty. A low difficulty level was assigned to actions whose implementation does not require significant financial outlays or formal approvals and permits, while the achieved effects are ‘immediate’ due to the speed of the implementation process. Actions classified as medium difficulty involve work that can be implemented without formal permits or are simplified but impact the facility’s operation, requiring

Tab. 3. Problems that occur in palliative care facilities on the example of Hospice of the Good Samaritan in Lublin.

No.	The problems identified
P1	Lack of access to the garden space concerning both direct (circulation) and indirect (visual linkages from windows) linkages
P2	Insufficient ergonomics of bed room space, circulation and sanitary areas
P3	Lack of intimacy for patients and their relatives
P4	Low comfort of the facility (thermal, acoustic, visual comfort, well-being of users)
P5	Inconvenient division into individual functional areas
P6	Low aesthetic level of interior design
P7	Pessimistic external appearance of the building
P8	Technical problems due to the age of the facility

Source: original work.

greater financial outlays. A high level of difficulty was assigned to actions requiring administrative procedures, significant interference with the building's operation, and/or high financial expenditure.

The proposed changes are feasible to implement; however, the level of difficulty varies – some require significant actions that would halt the operation of part of the hospice ward. The work was classified based on the level of implementation difficulty. The most important assumption, which in the case of HDS would ensure year-round access to the garden regardless of weather, was the design of a glazed bed

elevator connected to the staircase. The elevator is directly connected on the lowest floor to a glazed winter garden. This constitutes an extension of the existing building and its connection to the neighbouring utility building, whose function has been changed. After renovation, it will provide space for families and loved ones, including a kitchenette, bathroom, and place for overnight stays.

In the existing building, a change in functional zones was proposed in line with the original design. The kitchen would be relocated to the lowest floor, directly connected to storage rooms and auxiliary

Tab. 4. Summary of proposed actions for improving the environmental conditions of an existing palliative care facility.

Reference to the problem	Action	Level of difficulty of implementation		
		Low	Medium	High
P1	Provision of space by building a lift (external or internal)			
P1	Enhancing accessibility by building ramps			
P1	Lowering of window openings to 'widen' the scope of the patient's bedside view			
P1	Construction of a conservatory (all-weather access to greenery)			
P1	Arrangement of the garden at the hospice (with appropriate choice of plants, paving and landscaping)			
P2	Widening of internal doors (especially in bed rooms)			

Reference to the problem	Action	Level of difficulty of implementation		
		Low	Medium	High
P2	Internal remodelling to provide more accessible toilets suitable for patients			
P2	Enlargement of bed rooms (change of rooms to single rooms with separate area for relatives in the room)			
P3	Provision of a family room with bed space, toilet and social room			
P4	Provision of a comfortable farewell room (pro morte) in the building			
P4	Introduction of solar protection			
P4, P6	Introduction of material solutions to improve interior acoustics			
P4, P6	Change of colour scheme in interiors (introduction of colour accents in appropriate proportions)			
P4, P6	Changing the materials in the interiors (adding natural elements such as wood to 'warm up' the interior and create a 'homely' atmosphere)			
P4, P6	Introduce elements of art with positive and neutral messages taking into account different patient expectations			
P4, P6	Introduction of stable pots mounted on the external facade (introduction of a view of the plants from the patient's room, impact on the sense of smell)			
P5	Changes to the functional layout of the building (arrangement to ensure good links between areas, their optimum functioning and shortening of staff routes, provision of multiple storage areas)			
P7, P4	Introduction of green elements on the facade/roof (green roof)			
P7	Introduction of aesthetic accents on the facade (e.g., window stickers)			
P8	Interference with the substance of the building (e.g., insulation of foundations, interference with ceilings — levelling of floors, structural reinforcement, etc.).			

Source: original work.

spaces. However, this solution would require the introduction of an elevator between floors. By moving the kitchen to a different floor, it would be possible to organise a family room and a farewell room accessible both from within the building and from outside. The project also assumed changes in interior arrangements. Based on conversations with users, soothing green and blue colours were proposed for

rooms, corridors, and family zones, along with art elements consistent with the adopted colour scheme.

Changes that are more difficult to implement include widening the doors to patient rooms to allow beds to move freely and lowering window sills to provide bedridden patients with a view of the garden. For rooms without a view of green areas, external hanging planters with greenery

(herbs, flowers, etc.) were suggested (Ill. 3, 4). This would provide a minimal view of greenery and sensory experiences through the scent of plants. The front facade, finished with black glazing evoking distinctly sombre associations, was also proposed for aesthetic improvement.

In the spring of 2024, the implementation of solutions developed during the workshops began, starting with the simplest ones that provided an immediate image effect. To involve the local community in the hospice's activities, an art competition was announced for designing aesthetic stickers for the facade.<sup>3</sup> The project, completed in August 2024, aligns with both the HDS's image policy and complements the building's architecture through its colour scheme and composition (Ill. 5, 6). As part of their internships, students from the Landscape Architecture programme at KUL carried out plantings in the garden and entrance zone (Ill. 7, 8). These included introducing greenery to enhance sensory experiences and creating a so-called sensory garden — a place aimed at stimulating sight, hearing, smell, taste, and touch. The resulting space encourages interaction with nature through appropriately selected flora species. The garden features plants with diverse shapes, colours, and textures, as well as intense scents and fruits. The abundance of food and habitat base also attracts animals to the garden, introducing sounds and movement into the space.

The specific microclimate and *genius loci* of the site improve well-being and support the maintenance of mental and physical fitness, aiding in the treatment of depression, anxiety, and other emotional disorders. The space serves therapeutic, relaxing, and calming functions and is particularly popular among staff and visitors of hospice patients. The garden's flora composition relies on low maintenance requirements, year-round visual variability (including ornamental qualities in winter and early spring), and its symbolic significance.

Among the solutions implemented in the garden, the planting of a several-year-old European beech tree (*Fagus sylvatica* 'Purpurea Tricolor' L.)

was notable (Ill. 9, 10). This long-lived and majestic tree is associated with strength and resilience, as well as renewal and protection, providing spiritual tranquillity. In folklore, it often symbolized the human connection to nature and the cyclical nature of life; its high regenerative capacity linked it to rebirth. In the hospice garden, it serves as a metaphorical 'monument to life' — a testament that, despite the passage of time, values and memories remain alive.

The selection of shrub species focused on visual dominance, with various species of hydrangeas (*Hydrangea* L.) chosen for their symbolism associated with remembrance, balance, and understanding. Among herbaceous plants, only perennial species were used, including long-flowering species such as black-eyed Susans (*Rudbeckia* L.) and astilbes (*Astilbe*), as well as Chinese silver grasses (*Miscanthus sinensis*), which introduce vertical lines into the garden. The entrance zone was supplemented with colourful clematis vines (*Clematis* L.), durable and fast-growing climbers, and pots with annual species. On the side facade, in the zone of windows in rooms without views of greenery, planters with perennial species were installed, ornamental even in winter. This demonstrated the possibility of quickly and inexpensively implementing the solutions proposed during the workshops.

## 5. CONCLUSIONS

In existing hospice buildings, especially those designed initially for non-medical purposes, there are numerous challenges related to the quality of space, which is crucial for the comfort of terminal patients. When undertaking work aimed at adapting these facilities to contemporary standards and improving living conditions, it is essential to be aware of the varying degrees of difficulty in implementing specific actions. Unlike other healthcare facilities, relocating patients during construction work is particularly challenging and should be considered only as a last resort.

Research has demonstrated the usefulness of design workshops as a tool for diagnosing problems, seeking solutions, and planning further work. Organising such research activities, involving not only students but also staff and patients, can yield tangible results and serve as an effective tool for diagnosing issues in a given facility. By engaging users of the facility, it is possible to define solutions of varying degrees of implementation difficulty. This approach also allows for gradual improvements, wherever possible, without disrupting the facility's operations.

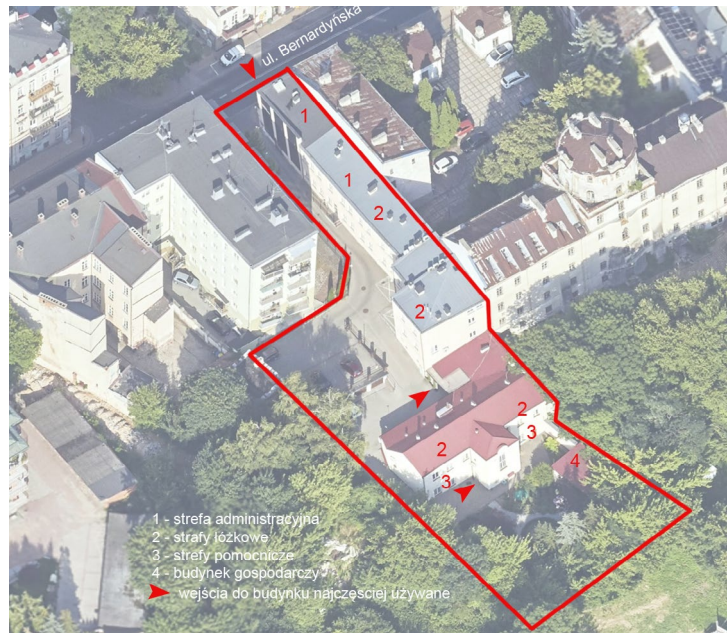
<sup>3</sup> The graphic design competition was organised by the Good Samaritan Hospice and the Anthill Association. The task was to design a graphic for stickers on the hospice's large glass surfaces. A total of 26 entries were submitted, and the jury, consisting of individuals involved in organising the workshops and including the Municipal Conservator of Monuments in Lublin, selected a graphic for implementation. The competition was held under the honorary patronage of the rectors of both universities, among others. <https://lublin.eu/mieszkanicy/zdrowie/aktualnosci/konkurs-graficzny-hospicjum-dobrego-samarytanina-blizej-chorych-rozstrzygniety,515,1345,1.html>

Design workshops can serve as a tool for identifying and creating new therapeutic spaces that support the process of care and treatment in a hospice. Through workshops with participants, including both staff and patients, spaces can be designed to significantly improve mental and physical well-being, enabling relaxation and contemplation.

The assessment of the effectiveness of implemented solutions should include both the subjective feelings of patients and staff and objective indicators, such as improvements in patients' quality of life, increased satisfaction with the environment, or better working conditions for staff. Such

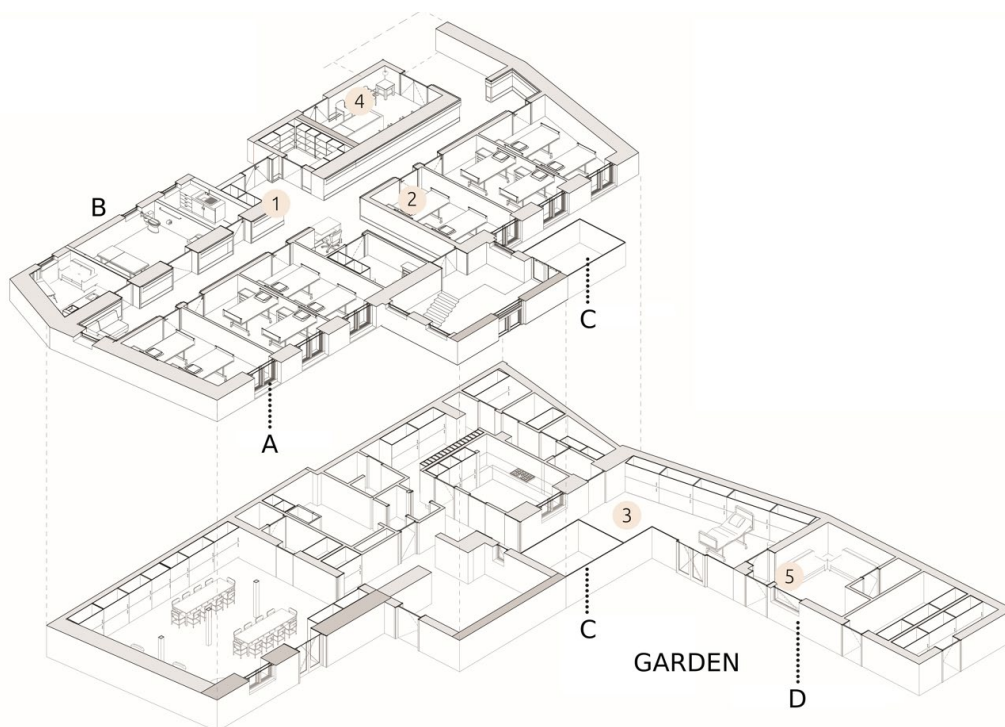
evaluations enable the introduction of necessary adjustments and the adaptation of spaces to user needs, ultimately contributing to the enhancement of palliative care quality.

Collaboration between designers and healthcare professionals — doctors, nurses, psychologists — as well as direct users, such as patients and their families, is crucial in creating spaces that are not only functional but also empathetic and tailored to the specific needs of end users. Interdisciplinary design workshops can serve as a platform for exchanging knowledge and experiences, contributing to a holistic approach to design.



III. 1. The Good Samaritan Hospice in Lublin — spatial layout scheme. Source: original work based on <https://ukosne.lublin.eu/>.

II. 1. Hospicjum Dobrego Samarytanina w Lublinie — schemat układu przestrzennego. Źródło: opracowanie przez Autorów na podstawie <https://ukosne.lublin.eu/>.



III. 2. The Good Samaritan Hospice in Lublin — axonometric diagram describing design activities. 1) Communal spaces — change of colour scheme, arrangement, addition of art, aquarium and plants; 2) Patient rooms — change of colour scheme, addition of furnishings, art, plants; 3) Addition of a conservatory connected to the garden; 4) Development of a farewell room and 5) a family room with accommodation. A) Lowering of window sills — providing views of the garden; B) Functional changes to the bed ward — social room for families, patient bathroom, storage; C) Addition of a bed lift — access to the garden for patients; D) Extension of the existing garden pavilion. Source: original work.

II. 2. Hospicjum Dobrego Samarytanina w Lublinie — schemat aksonometryczny opisujący działania projektowe. 1) Przestrzenie wspólne — zmiana kolorystyki, aranżacji, dodanie sztuki, akwarium i roślin; 2) Pokoje pacjentów — zmiana kolorystyki, dodanie meblowania, sztuki, roślin; 3) Dobudowa oranżerii połączonej z ogrodem; 4) Wygospodarowanie pokoju pożegnań oraz 5) pokoju rodzin z możliwością noclegu. A) Obniżenie parapetów okiennych — zapewnienie widoków na ogród; B) Zmiany funkcjonalne oddziału łóżkowego — pokój socjalny dla rodzin, łazienka dla pacjentów, magazyn; C) Dobudowa windy łóżkowej — dostęp do ogrodu dla pacjentów; D) Rozbudowa istniejącego pawilonu ogrodowego. Źródło: opracowanie własne.

PROPOZYCJA POPRAWY ESTETYKI  
BUDYNKU OD STRONY UL.  
BERNARDYŃSKIEJ POPRZECZ  
WPROWADZENIE GRAFICZNYCH  
KOLOROWYCH OKLEIN SZYB



III. 3. Proposed changes to facade aesthetics — an excerpt from work produced as part of the ‘Reach the Garden’ design workshop. Source: original work.

II. 3. Proponowane zmiany w zakresie estetyzacji elewacji — fragment pracy powstałej w ramach warsztatów projektowych „Dosięgnąć Ogrodu”. Źródło: opracowanie własne.

III. 4. Implemented plant pots in the windows to patients’ rooms. Original photos.

II. 4. Realizacja donic z roślinnością w oknach do pokoi pacjentów. Fot. Autorzy.



III. 5. Front facade to the hospice with black glazing (before the workshop). Original photo.

II. 5. Elewacja frontowa do hospicjum z czarnymi przeszkle-  
niami (przed warsztatami). Fot. Autorzy.



III. 6. Front facade of the hospice after the workshop — artwork selected as part of the competition. Original photo.

II. 6. Elewacja frontowa hospicjum po warsztatach — grafika  
wyłoniona w ramach konkursu. Fot. Autorzy.



Ill. 7. Proposed changes to add greenery to hospice facades. Original work.

Il. 7. Proponowane zmiany w zakresie dodania zieleni na elewacjach hospicjum. Źródło: opracowanie własne.



Ill. 8. Implementation in the form of the addition of greenery (climbing plants) on the facades. Original photo.

Il. 8. Realizacja w formie dodania zieleni (pnącza) na elewacjach. Fot. Autorzy.



Ill. 9. Implementation of changes in the garden at the hospice by students after the workshop. Original photo.

Il. 9. Wdrażanie zmian w ogrodzie przy hospicjum przez studentów po warsztatach. Fot. Autorzy.



Ill. 10. The garden at the hospice after some of the changes after the workshop. Original photo.

Il. 10. Ogród przy hospicjum po wprowadzeniu części zmian po warsztatach. Fot. Autorzy.

## 1. WPROWADZENIE

Poważne choroby i śmierć towarzyszą ludziom od zawsze, jednak kwestie godnego życia w ostatnim jego okresie zaczęły być szerzej rozpatrywane stosunkowo niedawno. Znaczenie jakości środowiska oraz opieki u schyłku życia zaczęły być zauważane dopiero w latach 50. XX wieku, dzięki działaniom dr Cicely Saunders (Trylińska-Tekielska, 2024, s. 14). Jej pomysłem było stworzenie miejsca, w którym osoby umierające mogłyby otrzymać odpowiednie wsparcie i godne warunki w ostatnim etapie życia. W 1967 roku w Londynie powstało pierwsze na świecie hospicjum, które specjalizowało się w opiece nad pacjentami w terminalnym stadium choroby (Olivier, 2015). Oprócz zarządzania swoim ośrodkiem w Anglii, Saunders podróżowała po różnych krajach, szerząc ideę opieki hospicyjnej. Jej misją było pokazanie, jak istotna jest opieka paliatywna w medycynie. Stworzyła ona w pełni rozwiniętą koncepcję pracy z pacjentami nieuleczalnie chorymi, która jest dostosowana do aktualnych warunków, potrzeb oraz możliwości (Górecki, 2000, s. 58). Swoje przesłanie Saunders przekazywała wszędzie, gdzie tylko było to możliwe. W Polsce rozwój idei hospicyjnej nastąpił dopiero w latach 80. i 90. XX wieku (Kowalik, 2013, s. 191–192), pierwsza Klinika Opieki Paliatywnej powstała przy Katedrze Onkologii Akademii Medycznej w Poznaniu w 1990 roku, stając się tym samym pierwszą tego typu placówką w Europie Środkowej i Wschodniej (Flakus, 2008, s. 76).

Powstające w Polsce zespoły hospicyjne o charakterze stowarzyszeń oraz nieformalnych grup najczęściej związane były z kościołem katolickim (Szot, 2009, s. 233). 11 października 1989 roku zostało zarejestrowane Lubelskie Towarzystwo Przyjaciół Chorych „Hospicjum”, nieposiadające własnej siedziby. Początkowo korzystano z możliwości lokalowych innych organizacji i już w lutym 1990 roku opieką został objęty pierwszy pacjent. *W 1993 roku, po kilkuletnich staraniach od Zarządu Miasta Lublina, Towarzystwo otrzymało lokal przy ul. Bernardyńskiej 11 A. Po wyremontowaniu i przystosowaniu do potrzeb domu hospicyjnego, przeznaczono go na hospicjum stacjonarne, bazę zespołu opieki domowej oraz pomieszczenia dla siedziby Towarzystwa* (Hospicjum Dobrego Samarytanina, dostęp: 11.11.2024). W 2007 roku powstał projekt przebudowy i rozbudowy budynku Hospicjum Dobrego Samarytanina (dalej HDS), zakładający maksymalne możliwe wykorzystanie zlokalizowanej w historycznej zabudowie śródmieścia działki i wkomponowanie się w już istniejące obiekty. Wang i inni wyróżniają następujące modele

współczesnych hospicjów: 1) niezależne instytucje opieki hospicyjnej, 2) ośrodki opieki hospicyjnej przy szpitalach, 3) ośrodki opieki dziennej/domowej dla hospicjów, 4) placówki opiekuńcze z łóżkami przeznaczonymi dla hospicjów (Wang i in., 2024). HDS możemy zakwalifikować do pierwszego typu modelu opieki hospicyjnej.

Stosunkowo krótka historia opieki paliatywnej w Polsce jest powodem, dla którego obecnie większość budynków pełniących funkcję hospicjów mieści się w obiektach pełniących pierwotnie inną, często niemedyczną funkcję<sup>4</sup>. Pomimo różnych modeli opieki paliatywnej/hospicyjnej nad chorymi terminalnie, ich wspólną cechą jest to, że hospicjum jest synonimem poważnej choroby i opieki u schyłku życia. W przeważającej części pacjenci hospicjów cierpią na choroby nowotworowe (około 90%). Pozostała grupa obejmuje choroby wywołane przez wirus HIV, następstwa chorób związanych z układem nerwowym itd. (Ziemiańska, 2023). Znaczenie jakości środowiska architektonicznego jest kluczowe dla minimalizowania stresu u wszystkich grup użytkowników, mimo że średni czas pobytu w tego typu placówce w Polsce wynosi od 7 do 14 dni. W chwili, kiedy czynności medyczne ograniczają się do przyniesienia ulgi i eliminacji bólu, najważniejszą wytyczną projektową jest komfort użytkownika. Dotyczy on wszystkich grup użytkowników: mieszkańców (pacjentów), odwiedzających, rodzin i personelu.

### 1.1. Cel pracy

Wiele placówek świadczących opiekę paliatywną znajduje się w obiektach adaptowanych do tego celu, przebudowywanych i rozbudowywanych. Spełnienie specyficznych wymagań funkcjonalno-użytkowych, wykraczających poza standardowe rozwiązania stosowane w służbie zdrowia jest szczególnie trudne.

<sup>4</sup> Głównym celem opieki paliatywnej jest zapewnienie możliwie najlepszej jakości życia aż do śmierci. Opieka paliatywna to traktowanie procesu umierania jako naturalnej części życia, bez jego przyspieszania lub opóźniania. To kompleksowa i aktywna forma wsparcia skierowana do pacjentów, których choroba nie reaguje na leczenie przyczynowe. Jest to podejście interdyscyplinarne, obejmujące nie tylko samego pacjenta, ale także jego rodzinę i otaczającą społeczność. W swoim założeniu opieka paliatywna dąży do realizacji najbardziej podstawowych potrzeb chorego, niezależnie od jego płci czy miejsca pobytu, zarówno w domu, jak i w szpitalu (*Recommendations of the European Association for Palliative Care (EAPC) For the Development of Undergraduate Curricula in Palliative Medicine At European Medical Schools*, <https://www.unav.edu/documents/2832169/85721ca8-2687-4ac7-acb6-d899154183a2>, dostępne: 28.08.2025).

Celem badań było określenie przydatności narzędzia, jakim są warsztaty projektowe w procesie podnoszenia jakości środowiska architektonicznego obiektu opieki paliatywnej, na przykładzie zrealizowanych w 2023 roku warsztatów projektowych. Dodatkowo określono możliwości, metody i zakres prac budowlanych, które mają za zadanie poprawę jakości i funkcjonalność budynku opieki paliatywnej — hospicjum dla dorosłych. Zidentyfikowano najczęściej występujące problemy w budynkach adaptowanych na potrzeby opieki paliatywnej. Przegląd literatury przeprowadzono w celu określenia współczesnych tendencji w projektowaniu obiektów opieki paliatywnej.

## 1.2. Metody

Badania wstępne dotyczyły analizy stanu i zasobu istniejących w Polsce hospicjów, pod kątem okresu powstania placówki oraz zajmowanego przez nią budynku.

Pogłębione studium przypadku stanowi budynek HDS w Lublinie. W ramach badań jakościowych zidentyfikowano szereg problemów natury technicznej, funkcjonalnej oraz estetycznej. Po zdefiniowaniu problemów określono zakres zadania projektowego, które stało się przedmiotem interdyscyplinarnych warsztatów projektowych skierowanych do studentów architektury i architektury krajobrazu przy czynnym udziale personelu hospicjum oraz pacjentów<sup>5</sup>.

W ramach warsztatów zastosowano następujące techniki badawcze: obserwacje, mapowanie, modele graficzne i modelowanie wirtualne, scenariusze

<sup>5</sup> W warsztatach „Dosięgnąć ogrodu” wzięli udział studenci Koła Naukowego „Archinature” Wydziału Budownictwa i Architektury Politechniki Lubelskiej i Koła Naukowego Studentów Architektury Krajobrazu KUL przy wsparciu Urzędu Miasta Lublin. Warsztaty odbyły się w okresie maja i czerwca 2023 roku, w ramach cotygodniowych spotkań na terenie hospicjum i prac projektowych w jego przestrzeniach. Warsztaty obejmowały część teoretyczną i praktyczną. W historię powstania placówki wprowadziła uczestników pani Maria Drygała, prezes Lubelskiego Towarzystwa Przyjaciół Chorych, a następnie prowadzący warsztaty (autorzy niniejszego artykułu) zaznajomili studentów ze współczesnymi tendencjami projektowymi w zakresie kształtowania tego typu placówek. Omówiono dotychczasowy stan badań oraz rozwiązania wzorcowe. Wykłady dotyczyły również wpływu środowiska zbudowanego na dobrostan pacjentów i personelu medycznego. W ramach warsztatów zinventaryzowano obiekt, zidentyfikowano problemy i zaproponowano koncepcyjne rozwiązania mające na celu poprawę warunków bytowych, powiązań funkcjonalnych, estetyki i problemów technicznych. Relacje z warsztatów dostępne są w następujących źródłach: Cieśla, I. (2023) oraz na stronie <https://www.lublin112.pl/> pod linkem: <https://www.lublin112.pl/ogrody-hospicjum-dobrego-samarytanina-uzyskaja-nowy-wyglad-zostana-tez-udostepnione-zdjecia/> (dostępne: 28.08.2025).

i burzę mózgów. Są to techniki stosowane w badaniach naukowych w architekturze (Niezabitowska, 2014, s. 166).

Na podstawie analiz, pogłębionych wywiadów z pracownikami, wolontariuszami i pacjentami oraz badań literaturowych opracowano rozwiązania projektowe możliwe do zastosowania w przedmiotowym obiekcie, a także przedstawiono rozwiązania o charakterze uniwersalnym. Zidentyfikowane problemy i propozycje ich rozwiązań poddano ocenie pod kątem możliwości realizacji. Wybrane działania charakteryzujące się stosunkową łatwością wdrożenia kontynuowano w roku kolejnym, przechodząc do etapu realizacji.

## 2. ZARYS I SKALA BADANEGO ZJAWISKA

W początkowym okresie opieki hospicyjnej w Polsce większość placówek świadczyła opiekę domową i wsparcie dla pacjentów i rodzin. W kolejnych latach pozyskiwano różnorodne budynki na cele organizacji opieki stacjonarnej (nieużytkowane budynki publiczne, zabytkowe itp.). Większość hospicjów zrealizowanych na początku XXI wieku szybko przestała być wystarczająca dla potrzeb pacjentów i pracowników. Od drugiej dekady XXI wieku obserwujemy liczne modernizacje, rozbudowy, przebudowy, a także nowe realizacje obiektów hospicyjnych.

Istnieje szereg przykładów udanych adaptacji historycznych obiektów na cele hospicjów, w których prace budowlane obejmowały zarówno dostosowanie części istniejącej, jak i rozbudowę o nowe części. W Olsztynie w 2022 roku oddano do użytku odrestaurowany i rozbudowany budynek na potrzeby hospicjum dziecięcego w dawnym zespole koszar (Architekci: Biuro Architektoniczne Gadomscy). Nowa część harmonijnie łączy się z istniejącą poprzez zastosowanie tego samego materiału elewacji (ceramiczno-stalowa) (Błażko, 2023, s. 40–41). W Białej Podlaskiej w 2017 roku otwarto „Domowy Szpital” mieszczący hospicjum, ZOL oraz poradnię. W tym celu przebudowano dawny parterowy pawilon szpitalny (Architekci: Piotr Trojnieł, Henryk Dołęgowski). W tym wypadku architektura budynku nie posiadała znaczących wartości, jednak szczególnie istotne było zlokalizowanie w zabytkowym parku. Bryła budynku została ukształtowana w sposób organiczny, eksponując otaczającą zieleni (Trojnieł, 2018). Podobne uwarunkowania wyjściowe były obecne przy projekcie Hospice de Liefde w Niderlandach (De Kovel Architecten). Rozbudowie poddano zabytkową farmę, zachowując główny budynek i lokalizując w nim część wspólną

hospicjum, w nowej części zaprojektowano pokoje łóżkowe (Pintos, 2019).

Analiza istniejącego zasobu budynków pełniących funkcję opieki paliatywnej w Polsce wykazała, że ponad 70% obiektów zostało adaptowanych do tej funkcji (Tab. 1). Budynki nowe należą ciągle do mniejszości, a rosnące potrzeby opiekuńcze wskazują na potrzebę ciągłego udoskonalania funkcjonalnego i użytkowego istniejącego zasobu. Na podstawie analizy studium przypadku budynku HDS mieszczącego się w obiekcie rozbudowywanym

i przebudowywanym w historycznym śródmieściu Lublina, zidentyfikowano szereg problemów, które w większości wynikają z zastanego układu budynku i konieczności dostosowania się do ograniczonych warunków przestrzennych. Zakres działań w ramach warsztatów obejmował zbadanie całego obiektu, przy czym działania projektowe wewnątrz układu funkcjonalnego objęły jego część znajdującą się od strony południowo-zachodniej, sąsiadującej z ogrodem, ponieważ tam występowały największe problemy (Il. 1–2).

Tab. 1. Zestawienie badanych obiektów hospicyjnych świadczących opiekę stacjonarną, zrealizowanych w Polsce w latach 1992–2024 na podstawie listy placówek zrzeszonych w Forum Hospicjów Polskich oraz Caritas. Kolorem szarym oznaczono placówki rozbudowywane lub/i adaptowane na funkcję hospicjum.

Nr	Nazwa hospicjum	Miasto	Liczba łóżek	Specyfika (budowany od podstaw, adaptowany, rozbudowany, uwarunkowania konserwatorskie itp.)
1	Domowy Szpital	Biała Podlaska	30	2017 — adaptacja, przebudowa dawnego pawilonu zakaźnego na cele hospicjum
2	Hospicjum „Dom Opatrzności Bożej”	Białystok	67	1992 — hospicjum stacjonarne w istniejącym budynku; 1995 — nowy budynek; druga placówka — adaptacja zrekonstruowanej XIX-wiecznej kamienicy przejętej od miasta; 2009–2013 — rozbudowa
3	Hospicjum im. Bł. ks. Jerzego Popiełuszki	Bydgoszcz	29	1992 — remont pawilonu C szpitala i przekształcenie na oddział stacjonarny hospicjum (4 łóżka); 1997–1999 — remont kapitalny zaadaptowanych pomieszczeń (8 łóżek); 2000 — rozbudowa (9 łóżek); 2001–2004 — rozbudowa (14 łóżek); 2005 — adaptacja kolejnych pomieszczeń (18 łóżek); 2006 — budowa ogrodu letniego dla chorych; 2008–2012 — oddanie do użytku nowo wybudowanego budynku z kaplicą (Centrum Wsparcia Medycznego i Duchowego); 2015 — otwarcie nowego oddziału (29 łóżek)
4	Hospicjum Zwiastowania NMP	Chojnice	21	2002 — adaptacja budynku oddziału pulmonologicznego (ponad 50-letni budynek) starego szpitala na hospicjum
5	Hospicjum w Chorzowie	Chorzów	11	2004–2005 — dzierżawa budynku od szpitala na oddział stacjonarny, gruntowny remont, modernizacja
6	Hospicjum w Częstochowie	Częstochowa	40	2001 — budynek przekazany przez władze Częstochowy; 2016 — kupienie budynku przy ul. Kopernika 17 a, remont, adaptacja i otwarcie w 2021
7	Dom Hospicyjno-Opiekuńczy Caritas im. bp. Czesława Domina	Darłowo	21	2010–2011 — nowy obiekt hospicjum; 2018 — zakończenie modernizacji i przebudowy
8	Hospicjum św. Brata Alberta	Dąbrowa Tarnowska	33	1991–1992 — budowa hospicjum

Nr	Nazwa hospicjum	Miasto	Liczba łóżek	Specyfika (budowany od podstaw, adaptowany, rozbudowany, uwarunkowania konserwatorskie itp.)
9	Hospicjum Elbląskie im. dr Aleksandry Gabrysiak	Elbląg	28	1991 — przekazanie budynku przy ul. Kopernika 28 na rzecz hospicjum; 1993, 1998 — dodanie windy; 2001 — przekazanie kolejnego budynku do modernizacji (Chopina 10); 2002 — oddanie do użytkowania; 2010 — nowy budynek od podstaw, sala rehabilitacyjna i kinezyterapii, pro morte, gabinet psychologów, pokój wolontariatu, sala konferencyjna, ogród zimowy
10	Hospicjum św. Wawrzyńca	Gdynia	27	2000 — nowo powstały budynek (dla dorosłych i dzieci) (15 łóżek); 2015 — przebudowa i modernizacja (montaż windy szpitalnej, nowe instalacje, wymiana stolarki okiennej i drzwiowej, sufity podwieszane itp.
11	Stowarzyszenie Przyjaciół Chorych Hospicjum Miłosierdzia Bożego	Gliwice	25	Budynek adaptowany na hospicjum; 2018–2021 — rozbudowa o nowy budynek, pokoje 1–2 osobowe, kaplica, świetlica, sala rehabilitacji, sala wykładowa
12	Hospicjum św. Jana Ewangelisty w Szczecinie	Golećcin	25	1992 — na potrzeby planowanego hospicjum stacjonarnego pozyskano budynek po byłym hotelu robotniczym na Golećcinie, remont kapitalny i adaptacja; 2024 — termomodernizacja
13	Hospicjum św. Kamila	Gorzów Wielkopolski	17	1993 — adaptacja na hospicjum dawnego budynku żłobka; 2025 — rozbudowa o 3 nowe segmenty
14	Archidiecezjalny Dom Hospicyjny św. Jana Pawła II w Katowicach	Katowice	18	1997 — umowa nieodpłatnego użyczenia na 25 lat nieruchomości i budynku przy ul. Różyckiego 14d; 2008 — rozpoczęcie remontu budynku hospicjum stacjonarnego
15	Hospicjum Cordis	Katowice	38	2009 — przebudowa dawnego szpitala górniczego w Katowicach-Janowie; 2011 — kolejne dwa segmenty
16	Hospicjum św. Anny	Kędzierzyn-Koźle	10 (22)	2019 — przebudowa starego przedszkola — ostatecznie budynek zburzono, a w jego miejsce powstaje nowy, dużo większy obiekt
17	Hospicjum stacjonarne	Kielce	30	2011 — budowa hospicjum stacjonarnego
18	Hospicjum przy Szpitalu Specjalistycznym w Kościerzynie	Kościerzyna	20	Przebudowa i adaptacja budynku dawnej pralni i kuchni szpitala
19	Hospicjum im. św. Maksymiliana Kolbego	Koszalin	28	1998 — pierwszy ośrodek stacjonarny w budynku istniejącym (6 łóżek); 2006–2009 — budowa nowego budynku hospicjum
20	Hospicjum im. św. Łazarza	Kraków	42	1996 — budowa budynku hospicjum od podstaw; 2010 — przebudowa hospicjum
21	Hospicjum Maryi Królowej Apostołów	Kraków	52	2019 — budowa budynku hospicjum od podstaw

Nr	Nazwa hospicjum	Miasto	Liczba łózek	Specyfika (budowany od podstaw, adaptowany, rozbudowany, uwarunkowania konserwatorskie itp.)
22	Hospicjum im. św. Wojciecha	Kwidzyn	19	1999 — otwarcie hospicjum stacjonarnego; 2006 — budowa budynku hospicjum od podstaw; 2018 — rozbudowa budynku hospicjum
23	Hospicjum św. Anny	Lubartów	12	2007 — budowa budynku hospicjum od podstaw
24	Hospicjum Dobrego Samarytanina	Lublin	20	1993 — adaptacja istniejącego budynku na hospicjum; 2013 — rozbudowa hospicjum
25	Hospicjum Santa Galla	Łabunie	20	2000 — adaptacja oficyny pałacu na oddział stacjonarny hospicjum
26	Hospicjum Łódzkie	Łódź	49	2013 — adaptacja istniejącego budynku na hospicjum
27	Hospicjum Proroka Eliasza	Makówka	28	2022 — budowa budynku hospicjum od podstaw
28	Hospicjum im. bł. s. Bernardyny Jabłońskiej	Miechów	34	1998 — rozpoczęcie działalności, rozbudowa i nowy budynek, który powstawał w latach 2009–2012
29	Sądeckie Hospicjum	Nowy Sącz	21	2011 — budowa budynku hospicjum od podstaw; 2020–2021 — powstało nowe komfortowe skrzydło połączone łącznikiem z głównym budynkiem
30	Hospicjum św. Arnolda Janssena	Nysa	15	2001 — adaptacja budynku willowego z okresu dwudziestolecia międzywojennego, rozbudowa
31	Hospicjum Stacjonarne dla Dzieci Caritas	Olsztyn	11	Budynek, w którym mieści się hospicjum, pochodzi z końca XIX wieku. Pierwotnie pełnił funkcję wartowni wojskowych koszar, a później kasyna oficerskiego i aresztu; 2021 — adaptacja i rozbudowa na cele hospicjum.
32	Hospicjum w Ostrołęce	Ostrołęka	—	2018 — adaptacja komendy policji na cele hospicjum, nie doszło do realizacji
33	Fundacja Pomnik – Hospicjum Miastu Oświęcim	Oświęcim	20	2011 — budowa budynku hospicjum od podstaw
34	Towarzystwo Pomocy Chorym im. Sługi Bożej Stanisławy Leszczyńskiej	Piła	45	2019 — budowa budynku hospicjum od podstaw
35	Hospicjum Płock pod wezwaniem św. Urszuli Ledóchowskiej	Płock	14	1997 — oddział stacjonarny na 7 łózek w istniejącym budynku; 2002 — nowa siedziba w adaptowanym budynku po dawnej przychodni (14 łózek); 2004 — budowa budynku hospicjum od podstaw

Nr	Nazwa hospicjum	Miasto	Liczba łóżek	Specyfika (budowany od podstaw, adaptowany, rozbudowany, uwarunkowania konserwatorskie itp.)
36	Stowarzyszenie Hospicjum Królowej Apostołów	Police	23	2019 — przebudowa i rozbudowa dawnego budynku mieszkalnego na funkcję hospicjum
37	Hospicjum Ojca Pio	Pszczyna	20	2022 — budowa budynku hospicjum od podstaw
38	Puckie Hospicjum pw. św. Ojca Pio	Puck	20	2009 — budowa budynku hospicjum od podstaw
39	Hospicjum w Puławach im. św. Matki Teresy	Puławy	16	2010 — budowa budynku hospicjum od podstaw
40	Hospicjum Caritas Diecezji Płockiej	Pułtusk	10	Przebudowa dawnego klasztoru reformatów, po likwidacji aresztu śledczego w 1990 roku został przekazany władzom miasta, które następnie przekazały go parafii św. Józefa. Część budynku została adaptowana przez Caritas na potrzeby hospicjum.
41	Hospicjum Królowej Apostołów	Radom	52	2020–2025 — budowa budynku hospicjum od podstaw
42	Kluczborski Dom Ulgi w Cierpieniu	Smardz Górne	16	2009–2022 — adaptacja dawnej szkoły na hospicjum, ogród zimowy, miejsce spotkań z kominkiem i biblioteką, kaplica, pokoje z łazienkami
43	Centrum Opieki Paliatywnej Caritas Diecezji Opolskiej	Stare Siołkowice	24	2000–2003 — remont i modernizacja dwóch mocno zniszczonych budynków szpitala. W obiekcie zaprojektowano 14 dwuosobowych pokoi, wydzielono 2 pokoje dla dzieci, zamontowano windę i zlikwidowano wszystkie bariery architektoniczne. W budynku urządzono kaplicę, kuchnię i jadalnię dla gości.
44	Hospicjum im. Chrystusa Króla	Stróże	44	2006 — adaptacja; 2023–2024 — nowe skrzydło
45	Hospicjum im św. s. Faustyny	Sosnowiec	30	2009–2017 — adaptacja dawnego budynku szkoły na hospicjum
46	Dom Hospicyjny Caritas im. św. Józefa	Sopot	25	2003 — budowa nowego budynku
47	Stowarzyszenie Hospicjum Światło	Toruń	24	1993 — otwarcie hospicjum (7 łóżek); 2011 — remont zabytkowego budynku i otwarcie nowego oddziału; 2021 — budowa nowego budynku hospicjum
48	Hospicjum im. św. Kaliksta I	Tychy	24	2012 — budowa budynku hospicjum od podstaw
49	Hospicjum w Wałbrzychu	Wałbrzych	20	2009–2017 — adaptacja istniejącego budynku szkoły na hospicjum

Nr	Nazwa hospicjum	Miasto	Liczba łózek	Specyfika (budowany od podstaw, adaptowany, rozbudowany, uwarunkowania konserwatorskie itp.)
50	Caritas Archidiecezji Warszawskiej	Warszawa	30	1999 — utworzenie hospicjum w istniejącym budynku; 2020 — budowa nowego hospicjum; budynek był pod opieką konserwatorską
51	Caritas Archidiecezji Warszawskiej	Warszawa	149	Budynek był pod opieką konserwatorską — zabytkowy kompleks klasztorny; 1996 — powstanie hospicjum; 2012 — prace konserwatorskie; 2021 — remont i termomodernizacja
52	Hospicjum Opatrzności Bożej	Wołomin	26	1995 — budowa hospicjum stacjonarnego; 2021–2024 — rozbudowa hospicjum dla dzieci
53	Bonifraterskie Centrum Medyczne	Wrocław	40	1998–2000 — przebudowa odzyskanej placówki przy ul. Poświęckiej 8a we Wrocławiu; 2009 — rozbudowa
54	Hospicjum im. Jana Pawła II	Zgierz	30	2022 — otwarcie nowego budynku
55	Hospicjum im. Lady Ryder of Warsaw	Zielona Góra	17	1994 — adaptacja na cele hospicjum starego pawilonu po oddziale onkologicznym
56	Hospicjum Sióstr św. Elżbiety	Złotów	30	1992 — adaptacja budynku dawnego przedszkola na cele hospicjum
57	Hospicjum im. Jana Pawła II	Żory	20	2010 — otwarcie hospicjum stacjonarnego; 2016–2017 — rozbudowa hospicjum

Źródło: opracowanie własne.

### 3. PRZEGLĄD LITERATURY

Przeгляд literatury przeprowadzono dwukierunkowo: analizując warsztaty projektowe jako element procesu edukacji architektonicznej i narzędzie badawcze oraz stan badań w zakresie projektowania architektury paliatywnej, pod kątem zidentyfikowania obecnie uznanych za najbardziej istotne zasady kształtowania przestrzeni hospicjum.

Szereg publikacji naukowych wykazuje bezpośrednio korzyści płynące z warsztatów projektowych w edukacji architektonicznej (Markiewicz, 2017; Szczerek, 2017; Rdzawska-Augustin, Bródka, 2021). Warsztaty projektowe rozumiane są jako dodatkowe zajęcia o charakterze projektowym lub praktycznym, w których studenci biorą udział dobrowolnie, w czasie wolnym od regularnych zajęć dydaktycznych, skupiając się na rozwiązaniu konkretnego zagadnienia w ograniczonym czasie. Warsztaty mogą mieć charakter wewnątrz- lub międzyuczelniany, krajowy lub międzynarodowy. Prowadzącymi warsztaty zazwyczaj są zarówno nauczyciele akademicy, jak

i praktycy lub inni profesjonalści związani z poruszonym zagadnieniem. Uczestnicy warsztatów, dzięki zaangażowaniu w nie osób o różnych kompetencjach i umiejętnościach, mogą bardziej wnikliwie przyjrzeć się problemom konkretnych grup użytkowników, w szczególności osób z niepełnosprawnościami (Ratajczak-Szponik i in., 2019). Warsztaty mogą również mieć charakter praktyczny, pozwalając na zaznajomienie się z konkretnym materiałem budowlanym, np. betonem (Kozłowski, 2023; Piestrzyński, 2023) lub realnymi placami budowy i problemami projektowymi (Jagiełło-Kowalczyk, 2017a; Trocka-Leszczyńska, Rdzawska, Nowicka, 2018). Bardzo dobre efekty dają warsztaty o charakterze cyklicznym, w których kontynuacja następuje w różnych ośrodkach i służy wypracowaniu jak najlepszych rozwiązań (Jagiełło-Kowalczyk, 2017b). Analizowane publikacje skupiają się na efektach edukacyjnych warsztatów, dlatego w niniejszym artykule starano się zwrócić uwagę na możliwości praktycznych wdrożeń uzyskanych w ich trakcie propozycji projektowych.

Leczenie paliatywne polega na łagodzeniu, modyfikowaniu oznak i objawów postępującej choroby przewlekłej, która nie podlega leczeniu przyczynowemu i niekorzystnie rokuje (Łuczak, Kotlińska-Lemieszek, 2011). Specyfiką jest konieczne wielokierunkowe działanie terapeutyczne (Rudzka i in., 2018). Jakość życia u jego schyłku w przypadku pacjentów terminalnych jest głównym czynnikiem mającym wpływ na rozwiązania projektowe placówek paliatywnych. Koncentracja na pacjencie podczas projektowania jest kluczowa dla zmaksymalizowania poczucia spokoju i akceptacji w ostatnim okresie życia (Abdel-Razek, 2022). Literatura przedmiotu dotycząca projektowania obiektów hospicjów jest obszerna, a ostatnie lata przyniosły wiele interesujących wyników badań dotyczących zarówno relacji pomiędzy jakością środowiska architektonicznego i dobrostanem człowieka, jak i na temat barier poznawczych — wiedzy i komunikacyjnych — utrudniających korzystanie z opieki paliatywnej. Te ostatnie wykazały konieczność ciągłego zwiększania świadomości opieki paliatywnej oraz umiejętności komunikacyjnych i emocjonalnych pracowników służby zdrowia (Bennardi i in., 2020). Zespół personelu w hospicjum stanowią: lekarz, pielęgniarka, psycholog, pracownik socjalny, rehabilitant, duszpasterz i wolontariusze. Biorąc pod uwagę powyższe grupy użytkowników, należy zaprojektować wielofunkcyjne przestrzenie, które zapewnią im odpowiedni komfort, a tym samym wpłyną na wysoką jakość świadczonych usług w placówce.

Aspekty architektoniczne projektowania obiektów opieki paliatywnej są szeroko opisywane w literaturze przedmiotu i stanowią przedmiot badań w dziedzinie architektury (Verderber, Refuerzo, 2020; Worpole, 2024), a także — zebrane — stanowią swoiste rodzaje wytycznych i podręczników dla zarządców obiektów i projektantów (*Principles...*, 2010, *Recommendations of the European...*, 2013). Badania wykazują, że podstawą założenia projektowego powinno być stworzenie środowiska zapewniającego prywatność, domową atmosferę, bezpieczeństwo i dostęp do ogrodów, a także brak jakichkolwiek barier architektonicznych (Bielak-Zasadzka, Dąbrowska, 2017, s. 48). Projektowane współcześnie, kameralne hospicja, przeważnie posiadają 8–12 łóżek, średnie obiekty mają 12–25 łóżek, a większe — nawet 40 łóżek (Verderber, 2018). W kontekście urbanistycznym, hospicja powinny być lokalizowane blisko centrum życia społecznego, aby uniknąć izolacji i pogłębienia dystansu do zjawiska śmierci w świadomości ludzi (Springer, 2020).

Specyficzną formą wsparcia pacjentów i ich rodzin są Maggie's Centres — dzienne ośrodki dla osób z chorobami nowotworowymi. Jest to przy-

kład nieinstytucjonalnych placówek w pobliżu szpitali onkologicznych, w których forma architektoniczna oraz zieleń pełnią bardzo ważną rolę, tworząc terapeutyczne środowisko (Wowrzeczka, 2024; Strojny, 2022).

Prywatność i domowa atmosfera wykraczają poza strefę pokoju pacjenta. Istnieje kluczowy związek między samopoczuciem personelu a środowiskiem, które wpływa na jakość opieki (McLaughlan i in., 2022). Główne elementy środowiska fizycznego mogące wpływać na zmniejszenie cierpienia i poprawę jakości życia pacjentów terminalnych to: interakcje społeczne, pozytywne czynniki rozpraszające, prywatność, personalizacja i tworzenie domowego środowiska, środowisko otaczające (Zadeh i in., 2018).

W aspekcie estetyki i symboliki kształtowania architektury hospicjów wiele realizacji odzwierciedla holistyczne podejście do projektowania tych placówek. Przejawia się ono zarówno w społeczno-krajobrazowym otoczeniu, w które są wkomponowane te obiekty, jak i w samej architekturze budynków oraz ich wnętrzach, często wzbogaconych o elementy artystyczne. Szczególny nacisk kładzie się na odkrywanie symbolicznych znaczeń zawartych w proponowanych rozwiązaniach estetycznych (Leniartek, 2022). W praktyce podejście to przejawia się w kilku aspektach. Pierwszym z nich jest zapewnienie prywatności pacjentowi i rodzinie poprzez pokoje jednoosobowe z prywatną łazienką, ale także przestrzenie wspierające prywatność poza pokojem pacjenta. Pokoje jednoosobowe umożliwiają pacjentom i ich bliskim swobodne rozmowy i pozostanie poza zasięgiem wzroku innych. Pokoje wspólne mogą powodować dyskomfort, jednak niektórzy pacjenci mogą preferować pokoje dwuosobowe. Wspólne przestrzenie zewnętrzne i wewnętrzne lub wydzielone pokoje konsultacyjne mogą zapewnić przestrzeń do swobodnej rozmowy na trudne tematy (np. zewnętrzna weranda połączona z 4 pokojami, pokoje wypoczynkowe, prywatne balkony).

Domową atmosferę przestrzeni poza samym wyglądem pomieszczeń buduje wspieranie domowych rytuałów. Wśród elementów wyposażenia, doboru kolorów i materiałów, należy zwracać uwagę na potrzebę unikania elementów podobnych do wykończenia szpitali (jak np. jednolita wykładzina winylowa, PVC). Należy zadbać o odpowiednie meble, np. duże łóżko, wygodna sofa, fotel (elementy przyjazne i zapraszające dla gości). Powinna być zapewniona możliwość personalizacji przestrzeni: przestawianie mebli, wieszanie i przechowywanie rzeczy osobistych, przynoszenie elementów dekoracyjnych z domu (np. rośliny, fotografie). W przypadku odwiedzających

dzieci ważne jest zapewnienie przestrzeni do zabawy. Wspieranie domowej atmosfery oraz prywatności powinno mieć miejsce również poprzez zapewnienie widoków na naturę, bliskość i dostępność zewnętrznych przestrzeni (dostępność fizyczna lub poprzez widok), dużo światła słonecznego oraz zapewnienie dostępu do świeżego powietrza. Dobrze jest zapewnić całoroczny dostęp do ogrodu (dla pacjentów, rodzin, personelu). Z kolei otwieranie okien i drzwi może stanowić łączność ze światem zewnętrznym (zapewnienie łączności, zwłaszcza pacjentom mającym problemy z poruszaniem się) (McLaughlan, Richards, 2023).

Poza przestrzenią dla bliskich w pokoju pacjenta, ważne jest zapewnienie osobnych pomieszczeń dla rodzin — jasnych, powiązanych z zielenią na zewnątrz, z wysokiej jakości meblami umożliwiającymi odpoczynek, a nawet sen oraz elementami sztuki (np. w formie obrazów). Istotne w tej przestrzeni są detale, spójność kolorystyczna wykończenia wnętrz, wyposażenia i dodatków, aneks kuchenny zapewniający możliwość przygotowania posiłku lub herbaty, telewizor, regulowane oświetlenie sztuczne, możliwość regulacji światła dziennego, np. poprzez rolety. Powinna być to przestrzeń prywatna, usytuowana z dala od oddziału, która zapewnia możliwość przenocowania członków rodzin pacjentów.

Ważnym pomieszczeniem jest pokój pożegnania. Jest on istotny z punktu widzenia zapewnienia przestrzeni pożegnania bliskich po śmierci pacjenta. Przestrzeń ta powinna mieć dobry dostęp do natu-

ralnego światła oraz ogrodu, a wewnątrz powinno być urządzone w intymny i poważny sposób z wygodnymi miejscami do siedzenia oraz wysokiej jakości elementami sztuki (*Evaluation of the Design & Dignity Programme*, 2019).

Przestrzeniami, których potrzeba realizacji i badań jest szeroko opisywana w literaturze przedmiotu są ogrody terapeutyczne (Cooper-Marcus, Barnes, 1995; Trojanowska, 2017; Moya, Cedrés de Bello, 2021), a istniejąca obecnie wielość rozwiązań i wdrożeń predysponuje te przestrzenie do podejmowania kroków w kierunku oceny i certyfikacji tych przestrzeni (Cooper-Marcus, Sachs, 2013). Współczesne wytyczne projektowe w zakresie ich kształtowania w strefach opieki paliatywnej wskazują na pożądaną bezpośrednią dostępność z pokoi łóżkowych, wyposażenie w elementy takie jak altany, wiaty, pergole, wodę oraz obecność roślin ozdobnych, atrakcyjnych o każdej porze roku, przyciągających owady, ptaki i drobne zwierzęta.

#### 4. MOŻLIWOŚCI POPRAWY WARUNKÓW ŚRODOWISKOWYCH WYPRACOWNE PODCZAS WARSZTATÓW „DOSIĘGNAĆ OGRODU”

Budynek HDS może być uznany za typowy przykład pod względem codziennych problemów przestrzennych i funkcjonalnych, z jakimi zmagają się wiele hospicjów zlokalizowanych w adaptowanych i przebudowywanych obiektach. Ograniczenia

Tab. 2. Główne aspekty istotne przy kształtowaniu przestrzeni hospicjum (niezależne instytucje opieki hospicyjnej).

Lp.	Wyszczególnienie
1	Angażowanie użytkowników końcowych w rozwój projektu (pacjenci, bliscy, personel)
2	Inkluzywność wewnątrz — stylowe, współczesne wnętrza, neutralne kulturowo z elementami natury
3	Odpowiednie oznakowanie i dostępność przestrzeni (wayfinding)
4	Prywatne pokoje zlokalizowane z dala od ruchliwego środowiska szpitalnego
5	Zminimalizowanie stresu dla rodziny poprzez tworzenie pokoi wypoczynkowych
6	Wysokiej jakości meble, światło
7	Zastosowanie dzieł sztuki, witraży lub dekoracyjnych materiałów
8	Uwzględnienie warunków środowiskowych: hałas, ciśnienie powietrza, wentylacja
9	Wyznaczenie pomieszczeń do prywatnych rozmów między pacjentami i rodzinami

Źródło: opracowanie własne na podstawie: *Evaluation of the Design & Dignity Programme* (2019), The Irish Hospice Foundation, University College Cork, Ireland.

w metrażu, a przy tym konieczność zapewnienia maksymalnie dużej liczby łóżek, skutkowałą realizowaniem pokoi dwuosobowych, bez łazienek, w których nie ma wystarczającej przestrzeni manewrowej, choćby takiej, jak możliwość swobodnego przesunięcia łóżka i wyjazdu nim z pokoju. Podobne problemy z ograniczoną przestrzenią manewrową wystąpiły w innych strefach. Szczególnie problematyczne były różnice wysokości posadzek wynikające z połączenia fragmentów budynków powstałych w różnych okresach. Zidentyfikowano również niedogodności takie jak za wąskie drzwi czy za wysokie parapety w oknach, przez co pacjenci leżący mieli ograniczone widoki (widzieli jedynie sufit pokoju, obrazy na ścianie oraz fragment nieba za oknem). Zbyt małe pokoje ograniczają prywatność, jednocześnie brakuje odpowiedniej przestrzeni dla rodzin.

Szczegółowej analizie poddano także strefę ogrodu, który zlokalizowany jest w wewnętrznej części działki. Ogród z uwagi na znaczny spadek terenu oraz brak wewnętrznej windy w tej strefie, nie jest dostępny dla pacjentów o ograniczonych możliwościach poruszania się. Problem ten mogłaby rozwiązać jedynie winda łącząca oddział z ogrodem.

Wywiady z personelem, pacjentami, a także wizyty *in situ* w obiekcie wykazały niski poziom estetyczny aranżacji wnętrza. Wykończenie materiałowe miało bardzo „szpitalny” charakter, a elementy sztuki (obrazy, zdjęcia) często były słabej jakości, przez co wywoływały negatywne odczucia. Także zewnętrzny odbiór budynku wywoływał dość pesymistyczny

nastrój — zwłaszcza strefa frontowa, w której na elewacji dominowały czarne przeszklenia.

Najtrudniejsze do naprawy problemy stanowiły kwestie techniczne. Było to przede wszystkim nieodpowiednie wykonanie izolacji przeciwwilgociowych, co skutkowało zawilgoceniem ścian oraz lokalnymi spękaniem i zmianami w przegrodach budynków. Problematyczne były także wspomniane różnice w poziomach posadzek. Problemy te mogłyby być rozwiązane jedynie poprzez inwazyjne roboty budowlane, podczas których funkcjonowanie hospicjum byłoby niemożliwe.

Problemy zidentyfikowane na podstawie studium przypadku występują w większości obiektów hospicjów adaptowanych w ramach innej funkcji pierwotnej. W oparciu o koncepcje opracowane podczas warsztatów w 2023 roku przeprowadzono analizę możliwości realizacji poszczególnych działań, uwzględniając różny poziom trudności ich wdrożenia. Stopień niski przypisano działaniom, których realizacja nie wymaga dużych nakładów finansowych ani formalnych uzgodnień i pozwoleń, jednocześnie uzyskane efekty są „natychmiastowe” ze względu na szybkość procesu wdrożenia. W przypadku działań o średnim stopniu trudności zakwalifikowano prace, których realizacja możliwa jest bez formalnych pozwoleń lub są one uproszczone, jednak wpływa na funkcjonowanie obiektu wymagając większych nakładów finansowych. Wysoki stopień trudności przypisano działaniom wymagającym postępowania administracyjnego, znacznej inżynierii w funkcjonowanie budynku lub/i wysokich nakładów finansowych.

Tab. 3. Zidentyfikowane problemy występujące w obiektach opieki paliatywnej na przykładzie Hospicjum Dobrego Samarytanina w Lublinie.

Lp.	Zidentyfikowane problemy
P1	Brak dostępu do przestrzeni ogrodu dotyczący zarówno powiązania bezpośredniego (komunikacja), jak i pośredniego (powiązania widokowe z okien)
P2	Niewystarczająca ergonomia przestrzeni pokoi łóżkowych, stref komunikacji i sanitarnych
P3	Brak intymności dla pacjentów i ich bliskich
P4	Niski komfort użytkowania obiektu (komfort termiczny, akustyczny, wizualny, dobrostan użytkowników)
P5	Niewygodny podział na poszczególne strefy funkcjonalne
P6	Niski poziom estetyczny aranżacji wnętrza
P7	Pesymistyczny wygląd zewnętrzny budynku
P8	Problemy techniczne wynikające z wieku obiektu

Źródło: opracowanie własne.

Tab. 4. Zestawienie działań proponowanych w ramach poprawy warunków środowiskowych istniejącego obiektu opieki paliatywnej.

Odniesienie do problemu	Działanie	Stopień trudności wdrożenia		
		Niski	Średni	Wysoki
P1	Udostępnienie przestrzeni poprzez budowę windy (zewnętrznej lub wewnętrznej)			
P1	Udostępnienie przestrzeni poprzez budowę pochylni			
P1	Obniżenie otworów okiennych w celu „poszerzenia” zakresu widoku z łóżka pacjenta			
P1	Budowa oranżerii — ogrodu zimowego (zapewnienie dostępu do zieleni bez względu na warunki pogodowe)			
P1	Aranżacja ogrodu przy hospicjum (z odpowiednim doбором roślin, nawierzchni oraz elementów małej architektury)			
P2	Poszerzenie drzwi wewnętrznych (zwłaszcza w pokojach łóżkowych)			
P2	Przebudowa wewnętrzna w celu wydzielenia większej liczby dostępnych toalet przystosowanych dla pacjentów			
P2	Powiększenie pokoi łóżkowych (zmiana pokoi na jednoosobowe z wydzieleniem strefy dla bliskich w pokoju)			
P3	Zapewnienie pokoju dla rodziny z przestrzenią łóżkową, toaletą i pomieszczeniem socjalnym			
P4	Zapewnienie komfortowego pokoju pożegnań (pro morte) w budynku			
P4	Wprowadzenie ochrony przed nadmiernym nasłonecznieniem			
P4, P6	Wprowadzenie rozwiązań materiałowych poprawiających akustykę wewnątrz			
P4, P6	Zmiana kolorystyki we wnętrzach (wprowadzenie kolorowych akcentów w odpowiednich proporcjach)			
P4, P6	Zmiana materiałów we wnętrzach (dodanie elementów naturalnych — jak np. drewno — w celu „ocieplenia” wnętrza i tworzenia „domowej” atmosfery)			
P4, P6	Wprowadzenie elementów sztuki o pozytywnym przekazie i neutralnym uwzględniając różne oczekiwania pacjentów			
P4, P6	Wprowadzenie stabilnych donic mocowanych na elewacji zewnętrznej (wprowadzenie widoku na rośliny z pokoju pacjenta, oddziaływanie na zmysł węchu)			
P5	Zmiany w układzie funkcjonalnym budynku (aranżacje zapewniające dobre powiązania między strefami, ich optymalne funkcjonowanie i skrócenie dróg personelu, zapewnienie wielu przestrzeni magazynowania)			
P7, P4	Wprowadzenie elementów zieleni na elewacji/ dachu (zielony dach)			
P7	Wprowadzenie estetyzujących akcentów na elewacji (np. naklejki na szybach)			
P8	Ingerencja w substancję budynku (np. izolacja fundamentów, ingerencja w stropy — wyrównanie poziomów posadzek, wzmocnienie konstrukcji itp.)			

Źródło: opracowanie własne.

Proponowane zmiany są możliwe do wdrożenia, jednak różny jest stopień trudności realizacji — niektóre wymagają znaczących działań, które wstrzymałyby pracę części oddziału hospicjum. Prace sklasyfikowano pod kątem stopnia trudności wdrożenia. Najważniejszym założeniem, które w przypadku HDS zapewni całoroczny dostęp do ogrodu, niezależnie od pogody, było zaprojektowanie przeszklonej windy łóżkowej powiązanej z klatką schodową. Winda jest połączona bezpośrednio na najniższej kondygnacji z przeszklonym ogrodem zimowym. Stanowi to rozbudowę istniejącego obiektu oraz połączenie go z sąsiednim budynkiem gospodarczym, któremu zmieniono funkcję. Po remoncie zapewni on przestrzeń dla rodzin i bliskich, z aneksem kuchennym, toaletą oraz miejscem do przenocowania.

W istniejącym budynku zaproponowano zmianę stref funkcjonalnych, zgodnie z pierwotnie projektowanymi. Kuchnia przeniesiona na najniższą kondygnację byłaby bezpośrednio powiązana z magazynami oraz pomieszczeniami pomocniczymi. Takie rozwiązanie wymagałoby jednak wprowadzenia windy pomiędzy poziomami. Dzięki przeniesieniu kuchni na inną kondygnację na poziomie oddziału łóżkowego możliwe byłoby zorganizowania pomieszczenia dla rodzin oraz pokoju pożegnań dostępnego zarówno od wewnątrz budynku, jak i z zewnątrz. W projekcie założono także zmiany aranżacji wnętrz. Na podstawie rozmów z użytkownikami zaproponowano kojące zielone i niebieskie kolory w pokojach, korytarzach i strefach rodziny z elementami sztuki spójnymi z przyjętą kolorystyką. Zmiany, które są trudniejsze do wdrożenia, to poszerzenie drzwi do pokoi pacjentów, aby umożliwić swobodny wyjazd łóżkiem, a także obniżenie parapetów okiennych tak, aby zapewnić widok na ogród pacjentom leżącym. W pokojach usytuowanych bez możliwości wglądu w teren zieleni zaproponowano wiszące zewnętrzne donice z zielenią (ziołami, kwiatami itd.) (Il. 3–4). W ten sposób można zapewnić minimalny widok na zielenią, a także doznania sensoryczne poprzez zapach roślin. Zaproponowano estetyzację elewacji frontowej, wykończonej czarnymi przeszkloniami, wywołującymi jednoznacznie smutne skojarzenia.

Na wiosnę 2024 roku rozpoczęto realizację wypracowanych w ramach warsztatów rozwiązań, rozpoczynając od najprostszych oraz przynoszących natychmiastowy efekt wizerunkowy. W celu zaangażowania lokalnej społeczności w działalność hospicjum, ogłoszono konkurs plastyczny na projekt estetyzujących elewację naklejek z folii<sup>6</sup>. Powstała

<sup>6</sup> Konkurs graficzny został zorganizowany przez Hospicjum Dobrego Samarytanina i Stowarzyszenie Anthill. Zada-

w sierpniu 2024 roku realizacja wpisuje się zarówno w politykę wizerunkową HDS, jak i — poprzez swoją kolorystykę i kompozycję — dobrze koresponduje z architekturą obiektu (Il. 5–6). W ramach praktyk studenci kierunku architektura krajobrazu KUL zrealizowali nasadzenia w ogrodzie oraz w strefie wejścia (Il. 7–8). Obejmowały one wprowadzenie zieleni wpływającej na odczucia sensoryczne w celu stworzenia tzw. ogrodu zmysłów — miejsca, które ma na celu stymulowanie wzroku, słuchu, węchu, smaku i dotyku. Powstała przestrzeń zachęca do interakcji z naturą poprzez odpowiednio dobrane gatunki flory. Znajdziemy tam rośliny o różnorodnych kształtach, kolorach i fakturach, intensywnych zapachach i owocach. Bogactwo pokarmu i baza siedliskowa zachęcają również zwierzęta do odwiedzania ogrodu, co wprowadza do przestrzeni dźwięki i ruch.

Specyficzny mikroklimat i *genius loci* miejsca poprawiają samopoczucie i wspierają zachowanie sprawności umysłowej i fizycznej, wspomagają leczenie depresji, lęków i innych zaburzeń emocjonalnych. Przestrzeń pełni funkcję terapeutyczną, relaksującą i wyciszającą, szczególnie często korzystają z niej pracownicy i goście odwiedzający bliskich w hospicjum. Uzupełniony skład gatunkowy flory ogrodu opiera się na małych wymaganiach pielęgnacyjnych, całorocznej zmienności wizualnej (w tym ozdobności zimą i wczesną wiosną) oraz na jej znaczeniu symbolicznym.

Pośród rozwiązań zastosowanych w ogrodzie warto uwzględnić posadzenie kilkunastoletniego buka pospolitego w odmianie (*Fagus sylvatica* 'Purpurea Tricolor' L.) — długowiecznego drzewa o majestatycznym wyglądzie kojarzonego z siłą i niezłomnością, jak i z odnową i ochroną, zapewniającego spokój duchowy (Il. 9–10). W folklorze uosabiał on często związek człowieka z naturą i cykliczność życia, a w związku z dużą zdolnością do regeneracji wiązano z go odrodzeniem. W ogrodzie hospicjum pełni funkcję metaforycznego „pomnika życia” — świadectwa, że mimo upływu czasu, wartości i wspomnienia pozostają żywe.

W doborze gatunkowym pośród roślin krzewi-  
stych zdecydowano się na dominację wizualną róż-

---

niem konkursowym było zaprojektowanie grafiki naklejki na wielkopowierzchniowe szyby Hospicjum. Wpłynęło 26 prac, a jury, w skład którego wchodziły osoby zaangażowane w organizację warsztatów, z udziałem Miejskiego Konserwatora Zabytków w Lublinie, wybrało grafikę do realizacji. Honorowe patronaty nad konkursem objęli między innymi rektorzy obydwu uczelni. Więcej na ten temat na stronie *Lublin. Miasto inspiracji* pod linkiem: <https://lublin.eu/mieszkanicy/zdrowie/aktualnosci/konkurs-graficzny-hospicjum-dobrego-samarytanina-blizej-chorych-rozstrzygniety,515,1345,1.html> (dostępne: 28.08.2025).

nych gatunków hortensji (*Hydrangea* L.) — jako gatunku o symbolicznej kojarzonej z pamięcią o bliskich, równowagą i zrozumieniem. Pośród roślin zielnych pojawiły się wyłącznie trwałe byliny, a wśród nich gatunki długo kwitnące, takie jak rudbekie (*Rudbeckia* L.) czy tawułka (*Astilbe*) oraz wprowadzające wertykalne linie w ogrodzie miskanty chińskie (*Miscanthus sinensis*). W strefie wejścia teren uzupełniono o wielokolorowo kwitnące powojniki (*Clematis* L.), pnącza o dużej trwałości i szybkim wzroście oraz donice z gatunkami jednorocznymi. Na elewacji bocznej, w strefie okien pokoi pozbawionych możliwości widoków na zieleń, zainstalowano donice z trwałymi gatunkami ozdobnymi również w okresie zimowym. Tym samym udowodniono, że istnieje możliwość szybkiej i niedrożej realizacji rozwiązań zaproponowanych podczas warsztatów.

## 5. PODSUMOWANIE

Istniejące budynki hospicjów, zwłaszcza te stanowiące pierwotnie obiekty o funkcji niemedycznej, borykają się z szeregiem problemów z zakresu jakości przestrzeni, która jest kluczowa dla komfortu pacjentów terminalnych. Przystępując do prac mających na celu przystosowanie do współczesnych standardów i poprawy warunków bytowych istniejących hospicjów, należy mieć świadomość różnego stopnia trudności wdrożenia poszczególnych działań. W przeciwieństwie do innych placówek służby zdrowia, przeniesienie pacjentów na czas trwania prac budowlanych jest szczególnie utrudnione i powinno być rozważane jako ostateczność.

Badania wykazały przydatność narzędzia, jakim są warsztaty projektowe do diagnozy problemów, poszukiwania rozwiązań oraz dalszych prac. Organizacja takich aktywności badawczych, w których oprócz studentów zaangażowani są pracownicy i pacjenci, może przynieść realne efekty i być dobrym narzędziem diagnozy problemów występujących w danej placówce. Angażując użytkowników obiektu, można zdefiniować rozwiązania o różnym stopniu trudności wdrożenia. Pozwala to także wprowadzać ulepszenia stopniowo, o ile to możliwe, nie zaburzając pracy placówki.

Warsztaty projektowe mogą służyć jako narzędzie do identyfikowania i tworzenia nowych przestrzeni terapeutycznych, które wspierają proces leczenia i opieki w hospicjum. Poprzez warsztaty z uczestnikami, zarówno personelem, jak i pacjentami, można zaprojektować przestrzeń, które mają silny wpływ na poprawę samopoczucia psychicznego i fizycznego, umożliwiając odpoczynek oraz kontemplację.

Ocena skuteczności wdrożonych rozwiązań powinna obejmować zarówno subiektywne odczucia pacjentów i personelu, jak i obiektywne wskaźniki, takie jak poprawa jakości życia pacjentów, wzrost satysfakcji z otoczenia czy lepsze warunki pracy dla personelu. Tego rodzaju ewaluacja pozwala na wprowadzenie ewentualnych poprawek i dostosowanie przestrzeni do potrzeb użytkowników, co w konsekwencji przyczynia się do podniesienia jakości opieki paliatywnej.

Współpraca między projektantami a lekarzami, pielęgniarkami, psychologami oraz bezpośrednimi użytkownikami — pacjentami i ich rodzinami — jest kluczowa dla tworzenia przestrzeni, które są nie tylko funkcjonalne, ale także empatyczne i dostosowane do specyficznych potrzeb użytkowników końcowych. Interdyscyplinarne warsztaty projektowe mogą służyć jako platforma do wymiany wiedzy i doświadczeń, co z kolei przyczynia się do holistycznego podejścia w projektowaniu.

## REFERENCES

- Abdel-Razek, S.A. (2022), 'Development of A User-Centered Design Framework for Palliative and Hospice Care Patients for a Better Quality of Life Experience', *Environmental Resiliency: Prioritizing Health & Well Being in Cities*, 7(1), pp. 105–117. Available at: <https://doi.org/10.21625/essd.v7i1.870> (accessed: 28.08.2025).
- Bennardi, M. et al. (2020), 'Palliative care utilization in oncology and hemato-oncology: a systematic review of cognitive barriers and facilitators from the perspective of healthcare professionals, adult patients, and their families', *BMC Palliative Care*, 19(1), pp. 47. Available at: <https://bmcpalliativecare.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12904-020-00556-7> (accessed: 28.08.2025).
- Bielak-Zasadzka, M., Dąbrowska, M. (2017), 'Kształtowanie przestrzeni obiektu hospicjum w odpowiedzi na potrzeby behawioralne jego użytkowników' [in:] Komar, B., Szewczenko, A. (eds.) *Badania interdyscyplinarne w architekturze. T. 3, Potrzeby osób starszych*, Gliwice: Wydział Architektury Politechniki Śląskiej, pp. 42–52.
- Błażko, A. (2023), 'Hospicjum Caritas / Olsztyn', *Architektura Murator*, 08/2023, pp. 40–46.
- Cieśla, I. (2023), „To może być ostatnia rzecz, jaką zobaczą w swoim życiu” Studenci w ramach warsztatów zaprojektowali ogród dla podopiecznych hospicjum. Available at: „To może być ostatnia rzecz jaką zobaczą w swoim życiu” Studenci w ramach warsztatów zaprojektowali ogród dla podopiecznych hospicjum | Kurier Lubelski (accessed: 28.08.2025).
- Cooper Marcus, C. Sachs, N.A., (2013), 'Gardens in healthcare facilities: Steps toward evaluation and certification', *World Health Design*, pp. 76–83.
- Cooper-Marcus, C., Barnes, M. (1995), *Gardens in healthcare facilities: Uses, Therapeutic benefits and design recommendations*, Berkeley: The Center for Health Design.

- Evaluation of the Design & Dignity Programme* (2019), Ireland: The Irish Hospice Foundation, University College Cork.
- Flakus, J. (2008), *Hospicjum jako instytucjonalna forma pomocy i wsparcia społecznego w chorobie terminalnej*, Katowice: Uniwersytet Śląski Wydział Pedagogiki i Psychologii, Instytut Pedagogiki, Doctoral dissertation written under the supervision of Prof. DSc PhD Ewa Syrek, University of Silesia Professor. Available at: [https://rebus.us.edu.pl/bitstream/20.500.12128/5120/1/Flakus\\_Hospicjum\\_jako\\_instytucjonalna\\_forma\\_pomocy.pdf](https://rebus.us.edu.pl/bitstream/20.500.12128/5120/1/Flakus_Hospicjum_jako_instytucjonalna_forma_pomocy.pdf) (accessed: 28.08.2025).
- Górecki, M. (2000), *Hospicjum w służbie umierającym*, Warszawa: Wydawnictwo Akademickie „Żak”.
- Hospicjum Dobrego Samarytanina. Available at: <https://hospicjum-samarytanin.pl/o-nas/historia/> (accessed: 11.11.2024).
- Jagiełło-Kowalczyk, M. (2017a), ‘Smart Project w edukacji studentów architektury’, *Środowisko Mieszkaniowe*, 21, pp. 159–201.
- Jagiełło-Kowalczyk, M. (2017b) ‘The role of international student workshops in the process of educating architects – conceptual design and the development of preliminary energy objectives’, *Global Journal of Engineering Education*, 19(3), pp. 262–266.
- Kowalik, G. (2013), ‘Idea opieki paliatywno-hospicyjnej – rys historyczny’, *Studia medyczne*, 29(2), pp. 188–194.
- Kozłowski, T. (2018), *Warsztaty Architektura Betonowa jako droga do lepszego poznania betonu*. Available at: <https://www.dnibetonu.com/wp-content/pdfs/2023/Kozlowski.pdf> (accessed: 3.11.2024).
- Leniartek, M.K. (2002), ‘Wymiar funkcjonalny, estetyczny i etyczny architektury współczesnych hospicjów’, *Medycyna Nowożytna*, 28(2), pp. 85–98.
- Łuczak, J., Kotlińska-Lemieszek, A. (2011), ‘Opieka paliatywna/hospicyjna/medycyna paliatywna’, *Nowiny Lekarskie*, 80(1), pp. 3–15.
- Markiewicz, P. (2017), ‘The role of international student workshops in the process of educating architects – Integrated Energy Design’, *Global Journal of Engineering Education*, 19(3), pp. 256–261.
- McLaughlan, R., Richards, K. (2023), ‘Realizing homeliness in palliative care: inpatient and family perspectives on designing the built environment’, *Design for Health*, 7(2), pp. 138–157. Available at: <http://dx.doi.org/10.1080/024735132.2023.2228599> (accessed: 28.08.2025).
- McLaughlan, R. et al. (2022), ‘Designing Palliative Care Facilities to Better Support Patients and Family Care: A Staff Perspective’, *HERD: Health Environments Research & Design Journal*, 15(2), pp. 149–162. Available at: <http://dx.doi.org/10.1177/19375867211059078> (accessed: 8.08.2025).
- Moya, V., Cedrés de Bello, S. (2021), ‘The therapeutic garden’, *IPH Magazine*, 18, pp. 222–236.
- Niezabitowska, E. (2014), *Metody i techniki badawcze w architekturze*, Gliwice: Wydawnictwo Politechniki Śląskiej.
- Lublin112, <https://www.lublin112.pl/ogrody-hospicjum-dobrego-samarytanina-uzyskaja-nowy-wyglad-zostana-tez-udostepnione-zdjecia/> (accessed: 28.08.2025).
- Lublin. Miasto inspiracji, <https://lublin.eu/mieszkanicy/zdrowie/aktualnosci/konkurs-graficzny-hospicjum-dobrego-samarytanina-blizej-chorych-rozstrzygniety,515,1345,1.html> (accessed: 28.08.2025).
- Olivier, Ch. (2015), *St. Christopher’s Hospice: A Space for Dying*. Available at: <https://cicelysaundersarchive.wordpress.com/2015/12/14/st-christophers-hospice-a-space-for-dying/> (accessed: 3.11.2024).
- Ostrowska, H., Kotyło, E. (2007), *Przebudowa i rozbudowa budynków hospicjum*, construction project (Own materials of the Good Samaritan Hospice in Lublin).
- Piastrzyński, P. (2023), ‘Warsztaty architektura betonowa: Król Minos byłby zadowolony. Z tronów’, *Budownictwo, Technologie, Architektura*, pp. 17–19. Available at: [https://www.bta-czasopismo.pl/wp-content/uploads/2023/11/17\\_Warsztaty-architektura-betonowa.pdf](https://www.bta-czasopismo.pl/wp-content/uploads/2023/11/17_Warsztaty-architektura-betonowa.pdf) (accessed: 3.11.2024).
- Pintos, P. (2019), *Hospice de Liefde, Center for Terminal Care / de Kovel architecten + studio AAAN*. Available at: <https://www.archdaily.com/944397/hospice-de-liefde-center-for-terminal-care-de-kovel-architecten-plus-studio-aaan> (accessed: 22.05.2025).
- Principles of Hospice Design*, (2010). Available at: <https://www.kingsfund.org.uk/sites/default/files/principle-hospice-design-kings-fund-princes-trust-2012.pdf> (accessed: 3.11.2024).
- Ratajczak-Szponik, N. et al. (2019) ‘Wspólna Inicjatywa Architektoniczna – interdyscyplinarny projekt na rzecz likwidacji barier’ [in:] Jach, K. (ed.) *Sprawni dzięki technice i dostępnym przestrzeniom*, Wrocław: Oficyna Wydawnicza Politechniki Wrocławskiej.
- Rdzawska-Augustin, E., Bródka, J. (2021), ‘Międzynarodowe warsztaty studenckie w procesie edukacji architektonicznej’, *Builder*, 285(4), pp. 54–55. Available at: <http://dx.doi.org/10.5604/01.3001.0014.7864> (accessed: 28.08.2025).
- Recommendations of the European Association for Palliative Care (EAPC) For the Development of Undergraduate Curricula in Palliative Medicine At European Medical Schools*. Available at: <https://www.unav.edu/document-s/2832169/85721ca8-2687-4ac7-acb6-d899154183a2> (accessed: 3.11.2024).
- Rudzka, A. et al. (2018), ‘Cele, założenia i organizacja opieki paliatywno-hospicyjnej w Polsce’, *Journal of Clinical Healthcare*, 4, pp. 30–35.
- Springer, P. (2020), ‘Architektura obiektów opieki paliatywnej’, *Zeszyty Naukowe Politechniki Poznańskiej, Architektura, Urbanistyka, Architektura Wnętrz*, 2, pp. 143–156. Available at: <http://dx.doi.org/10.21008/j.2658-2619.2020.2.9> (accessed: 28.08.2025).
- Strojny, R. (2022), ‘Maggie’s Centres – nowatorskie podejście wspierające pacjentów onkologicznych’, *Teka Komisji Architektury, Urbanistyki i Studiów Krajobrazowych*, 18(2), pp. 18–31. Available at: <http://dx.doi.org/10.35784/teka.3045> (accessed: 28.08.2025).
- Szczerek, E. (2017), ‘International Student Workshops as an Important Element in Architectural Education’, *Technical Transactions*, 114(7), pp. 21–29. Available at: <http://dx.doi.org/10.4467/2353737XCT.17.105.6646> (accessed: 28.08.2025).

- Szot, L. (2009), 'Powstanie i rozwój ruchu hospicyjnego', *Studia Warmińskie*, 46, pp. 221–236.
- Trocka-Leszczyńska, E., Rdzawska, E., Nowicka, A. (2018) 'Międzynarodowe warsztaty studenckie nt. ochrony zanikającej ludowej architektury łużyckiej' [in:] Nocuń, P., Przybyła-Dunin, A., Fokt, K. (eds.) *Wieś minioną, lecz obecną. Ślady dawnych wsi i ich badania*, Chorzów: Muzeum „Górnośląski Park Etnograficzny w Chorzowie”.
- Trojanowska, M. (2017), *Parki i ogrody terapeutyczne*, Warszawa: PWN.
- Trojnieł, P. (2018), *Domowy Szpital w Białej Podlaskiej*. Available at: <https://sztuka-architektury.pl/articyle/11182/domowy-szpital-w-bialej-podlaskiej> (accessed: 22.05.2025).
- Trylińska-Tekielska, E. (2024), *Ludzie hospicjum*, Poznań: Wydawnictwo Naukowe SILVA RERUM 2024.
- Verderber, S. (2018), 'Residential Hospice Environments: Evidence-Based Architectural and Landscape Design Considerations', *Journal of Palliative Care*, 30(2), pp. 69–82. Available at: <http://dx.doi.org/10.1177/082585971403000202> (accessed: 29.08.2025).
- Verderber, S., Refuerzo, B.J. (2020), *Innovations in Hospice Architecture*, New York: Routledge.
- Wang, H., Zhang, L., Zhou, Y. (2024), 'Rest-in-Peace: Research on the Architectural Types and Design Ideas to Guide Design of Hospice Care Building', *INQUIRY: The Journal of Health Care Organization, Provision, and*, 61(6), pp. 1–12. Available at: <http://dx.doi.org/10.1177/00469580241249435> (accessed: 29.08.2025).
- Worpole, K. (2024), *Modern Hospice Design. The Architecture of Palliative and Social Care*, New York: Routledge.
- Wowrzeczka, B. (2024), 'Architecture of Day-care Oncology Hospices: The Case of Maggie's Centres', *Teka Komisji Urbanistyki i Architektury Oddziału PAN w Krakowie*, LII/2024/2, pp. 477–529. Available at: <http://dx.doi.org/10.24425/tkuia.2024.152980> (accessed: 29.08.2025).
- Zadeh, R.S. et al. (2018), 'Environmental design for end-of-life care: An integrative review on improving quality of life and managing symptoms for patients in institutional settings', *Journal of Pain and Symptom Management*, 55(3), pp. 1018–1034. Available at: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2017.09.011> (accessed: 29.08.2025).
- Ziemiańska, K. (2023), 'Architektura przemijania – wpływ architektury na życie pacjentów w stanie terminalnym w projekcie hospicjum w Świeradowie Zdrój', *Niepełnosprawność – zagadnienia, problemy, rozwiązania* 1(46), pp. 69–94.