

Agata Gawlak

Piotr Springer (piotr.springer@put.poznan.pl)

Instytut Architektury, Urbanistyki i Ochrony Dziedzictwa, Wydział Architektury,
Politechnika Poznańska

Sztuka projektowania przestrzeni schyłku życia

Art of designing spaces for the end of life

Streszczenie

Celem artykułu jest przedstawienie wpływu architektury, która towarzyszy człowiekowi w obliczu śmierci, oraz omówienie roli przestrzeni w procesie umierania, jak również analiza wpływu architektury na umierającego człowieka, a także jego bliskich. Prezentowane w artykule tezy oparte są na wiedzy z zakresu teorii architektury, proksemiki i tanatologii oraz osobistych doświadczeń autorów w projektowaniu opisywanych obiektów.

Słowa kluczowe: architektura, szpital, tanatologia, śmierć

Abstract

The paper deals with the influence that architecture has on a person who is facing death. The aim of this article is to discuss the role of the architectural environment in the process of passing away, and analysing the impact that architecture has on the dying person and his loved ones. The subject will take into consideration the example of hospitals. The theses presented rely on the theory of architecture, proxemics, thanatology, and the personal experiences of authors in the field of designing the structures described.

Keywords: architecture, hospital, thanatology, death

1. WSTĘP

Stosunek człowieka do zgonu jest w ścisły sposób związany z aktualną, w czasie, w jakim przyszło mu żyć, skutecznością zapobiegania śmierci. Ludzkość przed gwałtownym rozwojem mikrobiologii, który nastąpił wraz z wynalezieniem przez Jansena mikroskopu i odkryciem przez Fleminga penicyliny czy odkryciami Semmelweisa, Pasteura, Listera, była niemalże bezradna wobec niewidzialnych zabójców: bakterii i wirusów. Przed rewolucją w medycynie, która nastąpiła na przełomie XIX i XX wieku, prócz licznych konfliktów zbrojnych, kolejne epidemie dziesiątkowały populację wszystkich kontynentów, wprowadzając śmierć do miast i wsi. Rodziny żegnały chorujących bliskich w domowym zaciszu, a kondukty pogrzebowe wpisane były w krajobraz miejskich ulic. Współcześnie bezpośrednie obcowanie ze śmiercią zastąpiły medialne przekazy o wypadkach komunikacyjnych, zamachach terrorystycznych i błędach lekarskich, natomiast samo zjawisko odejścia z tego świata zostało niejako wykreślone z powszechnych obrazów codzienności, mimo iż nadal pozostaje ono zwieńczeniem życia każdego człowieka.

Podjmując się analizy zmian, jakie zachodziły w postrzeganiu śmierci na podstawie socjologii i nauk jej pokrewnych, podobnie jak w przypadku historii medycyny, dochodzimy do granicy XIX i XX wieku, gdy rosyjski naukowiec Elie Metchnikoff¹ zwrócił uwagę na zatrważające braki w wiedzy studentów medycyny w zakresie postępowania z umierającymi osobami. Postulaty Metchnikoffa nie zostały przyjęte przez ówczesne mu środowisko naukowe i musiały poczekać ponad pół wieku na powszechne rozpatrzenie za sprawą amerykańskiego psychologa Hermana Feifela². Czternaście lat po drugiej wojnie światowej ukazał się zbiór esejów na temat śmierci pod redakcją Feifela, który ukonstytuował tanatologię³ jako szerzej badaną dyscyplinę naukową. W świetle zaistnienia nauki o przemijaniu dopiero u progu współczesności nasuwa się pytanie: gdzie szukać wiedzy o podejściu ludzkości do zagadnienia końca życia, przed wkroczeniem tanatologii na arenę dyskursu akademickiego? Przy tej okazji warto też zastanowić się, czy prezentowane przez naukę podejście do śmierci było w przeszłości i jest obecnie tożsame z pojmowaniem tego zagadnienia przez osoby spoza środowiska naukowego.

2. SZTUKA A ŚMIERĆ

Poszukiwanie odpowiedzi, na pytania podjęte we wstępie niniejszego opracowania prowadzi do szeroko rozumianej sztuki. Sztuka od zawsze stanowiła bezpośrednie odzwierciedlenie ludzkiego podejścia do zagadnienia śmierci. Od ilustracji w egipskiej księdze umarłych, przez powszechne w okresie gotyku przedstawienia motywu *danse macabre*, aż po współczesne dzieła kinematografii traktujące o przemijaniu, takie jak np. *Chemia*⁴ – możemy zaobserwować zmiany, jakie zachodziły w postrzeganiu momentu odejścia człowieka z tego

świata. Pośród różnorodnych środków przekazu i korespondencji z emocjami towarzyszącymi chwili kresu życia znajduje się także architektura.

Z pełną stanowczością można stwierdzić, iż architektura, od początku ludzkości stanowiąca tło dla zjawiska zgonu oraz formalną strukturę dla przechowywania zwłok, jest sztuką najmocniej związaną ze śmiercią. Od egipskich piramid, aż do tragicznego dziedzictwa pozostałości nazistowskich obozów koncentracyjnych i memoriału ofiar zamachu na bliźniacze wieże World Trade Center w Nowym Jorku, architektura oraz urbanistyka były świadkami śmierci we wszystkich jej wymiarach. Pomimo tego faktu forma współczesnych budynków, w których z racji funkcji może wystąpić śmierć lub obecność ludzkich szczątków, niejednokrotnie wydaje się oderwana od emocji towarzyszących momentowi odejścia, będąc raczej skórą, której forma wynika ze schematu funkcjonalnego, konstrukcyjnego czy występujących w obiekcie technologii. Aby odnaleźć źródło tego zjawiska, należy pochylić się nad historią architektury i prześledzić ścieżki, na których proces projektowania przeplata się z procesem umierania.

Kolejne cywilizacje, które mierzyły się z problemami głodu, wojen i nieuleczalnych w danych czasach chorób, pozostawiały po sobie obiekty świadczące nie tylko o tym, jak żyli ich przedstawiciele, ale także o tym, jak umierali. Pierwszymi monumentalnymi strukturami stawianymi ludzką ręką były obiekty sakralne oraz te przeznaczone do pochówku ważnych osobistości danej kultury. W miarę rozwoju ludzkości architektura skupiała się na zaspokajaniu potrzeb żyjących w coraz większym pędzie ludzi, kosztem dbania o przestrzeń dla oswojonej śmierci⁵. W ten sposób mauzolea i podziemne katakumby ustąpiły miejsca pałacom i tunelom metra. Metaforycznie można by nazwać to zjawisko powolnym umieraniem architektury przeznaczonej dla śmierci. Brak społecznego zainteresowania tematyką przemijania przekłada się także na kształcenie architektoniczne. Pośród bardzo wielu prac dyplomowych studentów wydziałów architektury w Polsce trudno dostrzegalne są pojedyncze projekty hospicjów czy nekropolii. Odzwierciedleniem powyższych zjawisk jest dyskusyjna jakość przestrzeni dedykowanej umieraniu.

Los architektury przemijania nie jest jednak przesądzony. Wąskie grono projektantów i teoretyków podejmuje działania mające na celu zatrzymanie obecnej tendencji do dewaluacji architektury funeralnej. Poprzez nakłanianie do dyskusji o przemijaniu, architekci tacy jak Alison Killing⁶ czy Robert Idem⁷ starają się przywrócić tego rodzaju architekturze jej należne miejsce w ludzkiej świadomości. Dzięki wzbudzaniu dyskusji o jakości przestrzeni umierania, współczesne obiekty związane przez swoją funkcję ze śmiercią doczekały się na polu teorii architektury właściwego im określenia: tanatoarchitektura. Termin ten użyty pierwszy raz przez Roberta Idema w 2015 roku należy rozumieć jako związek tanatologii z architekturą na wielu płaszczyznach, m.in. w kontekście rozwiązań funkcjonalno-przestrzennych czy kwestiach filozoficzno-etycznych⁸.

Kolejny rozdział tego opracowania w syntetyczny sposób przedstawia obecny stan wiedzy o architekturze w sposób bezpośredni lub pośredni związanej z umieraniem,

na przykładzie szpitali. Celem autorów jest wskazanie rozwiązań projektowych, które w myśl tanatoarchitektury będą w danych obiektach wprowadzały lub umacniały model oswojonej śmierci.

3. SZPITAL

Spoglądając całościowo na związek architektury z umieraniem, należy najpierw pochylić się nad budownictwem mieszkaniowym. W ironiczny sposób to właśnie obiekty przeznaczone pierwotnie na przestrzeń do życia były też miejscem, w którym człowiek spotykał się ze śmiercią. Współczesny autorytet w dziedzinie tanatologii, profesor Tony Walter⁹, opisuje model umierania, w którym rodzina żegna zmarłego w domowym zaciszu, jako „śmierć tradycyjną”¹⁰. Wskazany przez Waltera obraz umierania był powszechny do czasu rewolucji w medycynie, jaka nastąpiła wraz z nadejściem XX wieku. Współczesna medycyna doskonale radzi sobie z wieloma chorobami zakaźnymi, które w minionych wiekach dziesiątkowały populację całego świata, jednak w ich miejsce wstąpiły obecnie nieuleczalne choroby cywilizacyjne, wypełniające ludźmi szpitalne oddziały kardiologiczne i onkologiczne. Nieustanna walka medycyny o wydłużenie ludzkiego życia przeprowadziła śmierć z domów i mieszkań, do szpitalnych pokoi łóżkowych i pomieszczeń zabiegowych. Prócz miejsca następowania zgonu zmienił się także sam profil umierania. Śmierć tradycyjną zastąpiła „śmierć nowoczesna”¹¹ – zmedykalizowana i ukryta. Ludzie przestali postrzegać śmierć jako naturalny koniec ludzkiego bytu. Kres życia spotykający człowieka w szpitalu stał się niechcianą konsekwencją błędnego leczenia, nad którym sam umierający nie ma kontroli. Następującą niejednokrotnie w samotności lub towarzystwie obojętnego emocjonalnie personelu medycznego śmierć straciła swój społeczny aspekt.

Bez wątpienia szpital stanowi przede wszystkim miejsce, w którym ratuje się życie i poprawia stan zdrowia. Dla obiektów szpitalnych priorytetem jest opracowanie przestrzeni korzystnej dla powrotu zdrowia zarówno fizycznego jak i psychicznego. W tym kontekście dialog architektury dedykowanej służbie zdrowia z tanatologią jest niezwykle trudny. Jak bowiem oswajać śmierć w miejscu, w którym jest ona „wrogiem”? Przez różnorodność miejsc, w których człowiek może mieć kontakt ze zwłokami lub umieraniem w szpitalu, nie ma na to pytanie prostej i jednoznacznej odpowiedzi. Istnieją w obrębie obiektów służby zdrowia obszary bezsprzecznie związane ze śmiercią, takie jak kostnice czy prosekoria. Dla tych jednostek organizacyjnych rozważania z zakresu tanatologii mogą wskazać rozwiązania projektowe, dzięki którym obcowanie ze śmiercią będzie łatwiejsze. Personel szpitala prezentujący chłodny profesjonalizm względem tematyki śmierci pozo- staje w dużym stopniu odporny na negatywny wpływ psychiczny obcowania ze zwłokami. W kontekście tanatoarchitektury należy więc zwrócić szczególną uwagę na inną grupę użytkowników powyżej opisanych przestrzeni – bliskich zmarłej osoby.

Wyniki badań naukowych w obszarze proksemiki¹² wielokrotnie udowadniały, że otaczająca nas architektura może w istotny sposób wpływać na amplifikację lub tłumienie towarzyszących człowiekowi emocji. Bezpośredni kontakt ze zwłokami może być traumatycznym przeżyciem dla człowieka niezwiązanego zawodowo ze śmiercią, a jednocześnie związanego emocjonalnie ze zmarłym. Okoliczności, w jakich nastąpi taki kontakt, niejednokrotnie są zapamiętywane na całe życie. Tym samym w pamięć zapada przestrzeń architektoniczna obcowania ze zmarłym. W przypadku szpitali osoby spoza personelu, w kostnicy mają dostęp tylko do tzw. pomieszczenia wydawania zwłok. Pokój, w którym rodzina po raz pierwszy ma kontakt z ciałem bliskiej osoby, powinien być zaprojektowany w myśl kompromisu między rygorem sanitarnym, określającym np. wykończenia łatwo zmywalnych powierzchni, a założeniami proksemiki. Posługując się terminologią Halla¹³, obszar wydania zwłok rodzinie i tym samym zakładowi pogrzebowemu powinien być charakteryzowany jako przestrzeń dośpołeczna, tj. przestrzeń intymna, skłaniająca do refleksji i komunikacji między uczestnikami żałoby. Aranżacja powinna oferować użytkownikom możliwość spoczynku i rozmowy, dawać szansę na wspólne oswojenie się ze śmiercią bliskiego. Zaprojektowana w ten sposób przestrzeń mogłaby w myśl tanatoarchitektury umożliwić odejście od modelu śmierci nowoczesnej, na rzecz śmierci oswojonej, zhumanizowanej.

Analizując przykłady pomieszczeń przeznaczonych wydawaniu zwłok w obecnych polskich szpitalach, można zaobserwować obraz skrajnie różny od modelu przestrzeni dośpołecznej (Il. 2). Obszary te często przybierają formę kaplicy związanej z najpowszechniejszą w danym obszarze religią. Jednocześnie są one wykończone z użyciem raczej tanich i łatwych w utrzymaniu materiałów, dających wrażenie pustki, wybrakowania i sterylności. Rozważając postępującą w zachodniej kulturze sekularyzację, należy zastanowić się nad zasadnością wprowadzania w opisywanych przestrzeniach form architektury sakralnej. Trudno dyskutować z generalnym schematem układu funkcjonalnego czy wyposażenia pomieszczeń wydawania zwłok. W tym kontekście restrykcyjne prawo mocno ogranicza sposób kształtowania przestrzeni, jednak poprzez niewielkie zabiegi projektowe architekt jest w stanie podjąć walkę o lepszą jakość przestrzeni godnego kontaktu ze zmarłymi. Można tu wymienić m.in. miejscową zamianę wszechobecnych w szpitalu posadzek PCV na wytrzymały i także łatwo zmywalny naturalny kamień, wprowadzanie drobnej zieleni oraz innych materiałów naturalnych w elementach wykończeniowych, odpowiednio zaprojektowane oświetlenie, przemysłany dobór kolorystyki czy faktur.

Poza wydzielonymi z dala od pacjentów i ich rodzin chłodniami oraz prosektoriami, zgon w szpitalu może nastąpić w strefie ruchliwego oddziału ratunkowego, w bardziej kameralnych i spokojnych salach chorych, aż po sterylne pomieszczenia bloku operacyjnego. Dla każdego z powyższych przypadków sposób postępowania ze zwłokami jest ściśle określony procedurami medycznymi, wynikającymi z potrzeby zachowania bezpieczeństwa higieniczno-sanitarnego. Według polskiego prawa w przypadku stwierdzenia zgonu ciało pacjenta

przechowywane jest w specjalnie przeznaczonym do tego celu pomieszczeniu, ewentualnie w innym chłodnym miejscu, z zachowaniem godności należnej zmarłemu, przez przynajmniej dwie godziny, licząc od godziny stwierdzenia zgonu¹⁴. Po tym czasie ponownie dokonuje się badania funkcji życiowych. Jeśli ciało ich nie wykazuje, zwłoki przewożone są do szpitalnej chłodni, skąd w standardowych przypadkach¹⁵ wydawane jest ono rodzinie. Dla tymczasowego przechowywania zwłok, jeszcze w ramach szpitalnego oddziału, służą pomieszczenia *pro morte*, projektowane w każdej jednostce organizacyjnej obiektu. Pomieszczenia te są zazwyczaj niewielkie i wyposażone w umywalkę oraz miejsce na specjalny wózek do transportu zwłok. Podobnie jak w przypadku kostnic i prosektoriów, architekt, określający formę takich przestrzeni, jest niemalże bezradny wobec dyktatury przepisów określających parametry materiałów wykończeniowych. W kontekście tanatoarchitektury można jednak rozważać sposób korespondencji pomieszczenia *pro morte* z otaczającą go przestrzenią (Il. 3).

Pod względem funkcjonalnym pomieszczenia *pro morte* są najmocniej związanymi ze śmiercią przestrzeniami znajdującymi się w bezpośrednim sąsiedztwie innych obszarów funkcjonalnych szpitala. Projektując szpital, należy zwrócić uwagę na lokalizację tychże pomieszczeń. Umieszczenie opisywanych pokoi powinno umożliwiać przetransportowanie do nich ciała z przestrzeni komunikacji ogólnej, jednak drzwi oddzielające *pro morte* od pozostałych stref powinny znajdować się poza zasięgiem wzroku samych pacjentów i odwiedzających. Kolejnym pozytywnym modelem projektowym byłoby umożliwienie transportu zwłok z *pro morte* do szpitalnej chłodni lub prosektorium traktami komunikacji niedostępnej dla osób spoza personelu. Wydawać by się mogło, że opisane powyżej praktyki stanowią zaprzeczenie humanizowania śmierci, jednocześnie wzmacniając model śmierci ukrytej – nowoczesnej. Rozpatrując pierwotną funkcję szpitali, tj. przywracanie zdrowia, wizualny kontakt ze śmiercią i zwłokami może w negatywny sposób wpłynąć na stan psychofizyczny innych pacjentów, tym samym utrudniając proces diagnozowania czy rekonwalescencji¹⁶. Stąd w przypadku związanych ze śmiercią pomieszczeń *pro morte* w szpitalach sugeruje się utrzymanie maksymalnie dyskretnego podejścia do śmierci, zgodnego z obecnym i powszechnym w społeczeństwie poglądem na przemijanie.

Powyższe rozważania ukazują dualizm postępowania w kształtowaniu przestrzeni dla śmierci w szpitalu. Projektowanie pomieszczeń wydawania zwłok, jako obszarów dyspołecznych, zestawione z próbą ukrycia przed świadomością większości użytkowników pomieszczeń *pro morte* wskazują na brak możliwości zastosowania rozwiązania systemowego. W kontekście tanatoarchitektury, szczególnie w szpitalu, architekt powinien podchodzić do projektowania poszczególnych przestrzeni w sposób indywidualny.

4. PODSUMOWANIE

Architektura może w pewnym stopniu wprowadzać i umacniać modele śmierci oswojonej i zhumanizowanej, lecz przestrzeń architektoniczna sama w sobie nie jest w stanie zmienić powszechnego podejścia społeczeństwa do zagadnienia śmierci – to jest zadanie również dla socjologów, psychologów, filozofów oraz szeroko pojętych pracowników oświaty.

W kontekście szpitali trudno wyodrębnić wiele rozwiązań projektowych wspomagających „dobre umieranie”. Mając na uwadze różnorodne wymagania przestrzenne wynikające z przeznaczenia poszczególnych obszarów funkcjonalnych, wskazanie uniwersalnych rozwiązań projektowych, humanizujących śmierć w szpitalu, wydaje się tym bardziej sprzeczne z pierwotną funkcją obiektów służby zdrowia, jaką jest przywracanie zdrowia i ratowanie życia. Dodatkowym utrudnieniem dla architektów podejmujących się projektowania obiektów dedykowanych służbie zdrowia są rygorystyczne przepisy obowiązującego prawa. Wskazuje to na potrzebę włącznie do procesu projektowego redefinicji przestrzeni umierania także prawodawcy.

Istotna jest także popularyzacja opieki paliatywnej i uświadamianie społeczeństwa, realizowane jako tanatoedukacja na wszystkich szczeblach społecznych już od najmłodszych lat. W kontekście architektury można to realizować poprzez wprowadzanie na wydziałach architektury przedmiotów omawiających zagadnienia tanatoarchitektury.

Poza edukacją, środowisko naukowo-dydaktyczne powinno także podjąć działania rozwijające teorię projektowania architektonicznego obiektów związanych ze śmiercią. Tanatoarchitektura jako stosunkowo młode rozgałęzienie tanatologii nie doczekało się jeszcze własnych modeli projektowych, takich jak przykładowo Evidence Based Design, kojarzone ogólnie z obiektami służby zdrowia.

Śmierć oraz jej architektoniczne tło bezsprzecznie dotyczy wszystkich ludzi. Zagadnienia te zdają się jednak przez większość ignorowane. Obecny we współczesnych szpitalach obraz zmedykalizowanej i samotnej śmierci nowoczesnej oraz skomercjalizowana i wypaczona w swej formie architektura funeralna dają wyraz tego, jak bardzo potrzebne jest rozpoczęcie szerszej dyskusji na temat tanatoarchitektury.

Osobnego omówienia wymagają inne formy architektury związanej z procesem umierania, jak np. hospicja oraz obiekty funeralne.



Il. 1. Cmentarz Père-Lachaise, Paryż (fot. P. Springer)



Il. 2. Budynek prosektorium przy SPZOZ w Grodzisku Wielkopolskim. Miejsce wydawania zwłok.
Fot. Malwina Korzeniowska, Gazeta Nasze Miasto Grodzisk Wielkopolski 2014
(źródło: www.grodzisk.naszemiesto.pl/artykul/grodzisk-kto-wydzierzawi-prsektorium,2379381,art,t,id,tm.html;
dostęp: 27.02.2017)



II. 3. Pomieszczenie pro morte w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Białej Podlaskiej
(fot. P. Springer)

PRZYPISY

- ¹ I. Stambler, *170th anniversary of Elie Metchnikoff – the founder of gerontology*, Department of Science Technology and Society, Bar Ilan University, Ramat Gan., Israel 15.05.2015, www.longevityforall.org/170th-anniversary-of-elie-metchnikoff-the-founder-of-gerontology-may-15-2015/ (dostęp: 20.02.2017).
- ² E. Woo, *Obituaries: Herman Feifel, 87; Pioneer in Study of Death*, Los Angeles Times 24.01.2003, www.articles.latimes.com/2003/jan/24/local/me-feifel24 (dostęp: 20.02.2017).
- ³ „Tanatologia [gr.], nauka o umieraniu i śmierci; tanatologia wchodzi w zakres wielu nauk przyrodniczych (np. tanatologia medyczna) i humanistycznych (np. tanatologia filozoficzna)”. Źródło: Encyklopedia PWN, www.encyklopedia.pwn.pl/haslo/tanatologia;3985200.html (dostęp: 20.02.2017).
- ⁴ Film powstał na kanwie wydarzeń z życia Magdy Prokopowicz – zmagającej się z nieuleczalną chorobą założycielki Fundacji Rak’n’Roll. *Chemia* 2015, reż. B. Prokopowicz, scen. K. Sarnowska.
- ⁵ „Philippe Aries (1992) opisał dwa zasadnicze dla kultury zachodniej wzorce śmierci. Pierwszym z nich jest śmierć oswojona (poprzez akceptację jako naturalnego kresu życia oraz społeczny rytuał umierania, pogrzebu i żałoby)”. Cytat z: R. Idem, *Tanatoarchitektura*, [w:] *Architektura służby zdrowia. Problematyka projektowa*, red. A. Gębczyńska-Janowicz i R. Idem, Wydawnictwo Politechniki Gdańskiej, Gdańsk 2015, s. 132.
- ⁶ Alison Killing – brytyjska architekt i urbanista. Założyła w 2010 roku biuro projektowe Killing Architects. Członek stowarzyszenia TED, w ramach którego popularyzuje zagadnienia związane ze śmiercią i projektowaniem dla ludności dotkniętej kryzysem humanitarnym. Autorka niezależnej wystawy *Death in Venice*, prezentowanej podczas Biennale Architektury w Wenecji w 2014 roku.
- ⁷ Robert Idem – polski architekt oraz adiunkt, kierownik Katedry Projektowania Środowiskowego na Wydziale Architektury Politechniki Gdańskiej. Redaktor i współautor książek z zakresu etyki zawodowej, architektury służby zdrowia i warsztatu architektonicznego.
- ⁸ R. Idem, *op. cit.*, s. 132.
- ⁹ Prof. Tony Walter – brytyjski socjolog obecnie związany z Uniwersytetem w Bath. Autor licznych publikacji w zakresie tanatologii.
- ¹⁰ T. Walter, *Revival of Death*, Routledge, London, 1994, s. 47–64.
- ¹¹ *Ibidem*, s. 47–64.
- ¹² Proksemika – interdyscyplinarny kierunek badań dotyczący społ. postrzegania i użytkowania przestrzeni jako specyficznego tworu kulturowego. Źródło: Encyklopedia PWN, www.encyklopedia.pwn.pl/szukaj/proksemika.html (dostęp: 20.02.2017). Przełomową obserwację wpływu otoczenia chorego na proces jego powrotu do zdrowia przeprowadził i opisał Humphry Osmond. Na podstawie wyników badań przeprowadzonych przez niego oraz wielu jego następców można z pełną stanowczością stwierdzić, iż wizualne bodźce mogą

w istotny sposób przyspieszyć lub spowolnić rekonwalescencję. H. Osmond, *Function as the Basis of Psychiatric Ward Design*, Mental Hospitals. American Psychiatric Association, 1957, Vol. 8, Issue 4, s. 23–29.

- ¹³ E.T. Hall *Ukryty wymiar*, tłum. T. Hołówka, Państwowy Instytut Wydawniczy, Warszawa 1978.
- ¹⁴ Zgonie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 31 października 2006 r. w sprawie postępowania ze zwłokami osób zmarłych w szpitalu (Dz.U. 2006 r., Nr 203, poz. 1503).
- ¹⁵ W uzasadnionych przypadkach ciało może zostać przekazane do prosektorium w celu wykonania sekcji zwłok. *Ibidem*.
- ¹⁶ M. Browne et al., *Dying and Death in an Acute Hospital: Exploring the Views and Experiences of Hospital Staff*, Irish Hospice Foundation, www.hospicefoundation.ie/wp-content/uploads/2013/04/Dying-Death-in-an-Acute-Hospital.pdf (dostęp: 20.02.2017).

BIBLIOGRAFIA

- Brehant J., *Thanatos. Chory i lekarz w obliczu śmierci*, tłum. U. Sudolska, Wydawnictwo Ancher, Warszawa 1993.
- Browne M., O'Mahony A., Mac Eochaidh G., *Dying and Death in an Acute Hospital: Exploring the Views and Experiences of Hospital Staff*, Irish Hospice Foundation, www.hospicefoundation.ie/wp-content/uploads/2013/04/Dying-Death-in-an-Acute-Hospital.pdf (dostęp: 20.02.2017).
- Gawlak A., Pruszeicz-Sipińska E., Springer P., *Pacjent i personel wobec wyzwań. Prospołeczna rola poszczególnych obszarów funkcjonalnych w przestrzeni szpitala*, [w:] *Człowiek – Ekologia – Architektura*, t. 2. *Architektura wobec wyzwań zrównoważonego rozwoju*, red. Januchta-Szostak A.M. Banach, Wydawnictwo Politechniki Poznańskiej, Poznań 2016.
- Hall E., *Ukryty wymiar*, tłum. T. Hołówka, Państwowy Instytut Wydawniczy, Warszawa 1978.
- Idem R., *Tanatoarchitektura*, [w:] *Architektura służby zdrowia. Problematyka projektowa*, red. A. Gębczyńska-Janowicz i R. Idem, Wydawnictwo Politechniki Gdańskiej, Gdańsk 2015.
- Kordel K., *Szpital jako źródło zakażenia*, [w:] *Budownictwo szpitalne. Współczesne zagrożenia epidemiologiczne*, Wydawnictwo Prodruk, Poznań 2016.
- Kubiak A.E., *Inne śmierci. Antropologia umierania i żałoby w późnej nowoczesności*, Wydawnictwo Universitas, Kraków 2014.
- Osmond H., *Function as the Basis of Psychiatric Ward Design*, Mental Hospitals. American Psychiatric Association, 1957, Volume 8, Issue 4.
- Sommer R., *Sociofugal Space*, [w:] *American Journal of Sociology*, 27 (6), The University of Chicago Press, 1967, 654–660, https://www.jstor.org/stable/2775826?seq=1#page_scan_tab_contents (dostęp: 10.08.2016).
- Stambler I., *170th anniversary of Elie Metchnikoff – the founder of gerontology*, Department of Science Technology and Society, Bar Ilan University, Ramat Gan., Israel, 15.05.2015,

www.longevityforall.org/170th-anniversary-of-elie-metchnikoff-the-founder-of-gerontology-may-15-2015/ (dostęp: 20.02.2017).

Szczodry M., *Świadectwa niepamięci*, Rzut, nr 12 (4), 2016.

Ulrich R., *View Through a Window May Influence Recovery from Surgery*, Science, New Series, 1984, Vol. 224, Issue 4647, www.researchgate.net/publication/17043718_View_Through_a_Window_May_Influence_Recovery_from_Surgery (dostęp: 10.08.2016).

Walter T., *Revival of Death*, Routledge, London 1994.

Woo E., *Obituaries: Herman Feifel, 87; Pioneer in Study of Death*, Los Angeles Times 24.01.2003 r., www.articles.latimes.com/2003/jan/24/local/me-feifel24 (dostęp: 20.02.2017).

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 31 października 2006 r. w sprawie postępowania ze zwłokami osób zmarłych w szpitalu (Dz.U. 2006 r., Nr 203, poz. 1503).