

АРХИТЕКТУРА. РЕКОНСТРУКЦИЯ. РЕСТАВРАЦИЯ. ТВОРЧЕСКИЕ КОНЦЕПЦИИ АРХИТЕКТУРНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ. АРХИТЕКТУРНОЕ ПРОЕКТИРОВАНИЕ. ГРАДОСТРОИТЕЛЬСТВО. ГРАДОРЕГУЛИРОВАНИЕ

НАУЧНАЯ СТАТЬЯ / RESEARCH PAPER

УДК 72.03

DOI: 10.22227/2305-5502.2025.2.4

Эволюция архитектуры прототипов паллиативных учреждений до XX века

Асмик Рубеновна Клочко

Национальный исследовательский Московский государственный строительный университет (НИУ МГСУ); г. Москва, Россия

АННОТАЦИЯ

Введение. Архитектура медицинских учреждений прошла сложный и многогранный путь развития. Особой веткой современного здравоохранения считается паллиативная помощь, сформировавшаяся в XX в., но прототипы паллиативных учреждений возникли давно. Функции современных паллиативных учреждений многие столетия выполняли приюты, лечебницы, монастыри, больницы, странноприимные дома и др.

Материалы и методы. Применены методы обзора, сравнительного анализа и синтеза по научным, историческим, искусствоведческим, литературным источникам и проектным материалам, связанным с архитектурой прототипов паллиативных учреждений.

Результаты. Освещается взаимосвязь развития христианства и становления основ паллиативного (хосписного) движения, рассматриваются предпосылки возникновения и история становления и развития прототипов паллиативных учреждений, их архитектурных решений и особенностей. Анализируются вопросы трансформации основной функции хосписов в течение столетий до XX в.

Выводы. Эволюция паллиативных учреждений происходила в течение всей жизни человечества, иногда вплетааясь в здравоохранение, но чаще шла по собственному пути. Нельзя считать синонимичными пути развития медицинских и паллиативных учреждений, так как долгие периоды, особенно по мере развития эффективности медицинского обслуживания, проводилась принципиальная разница между излечимыми и неизлечимыми пациентами не в пользу последних. Эволюция паллиативных учреждений связана с социальной историей ухода за пожилыми и умирающими, с уровнем культурного развития общества, его религиозностью, гуманностью и мистическими представлениями. Значительный и решающий вклад в эволюцию паллиативного движения внесен усилиями отдельных личностей и велениями их человеческого и врачебного долга. Их стойкость и гуманность позволили этой части здравоохранения не зачахнуть, а раскрыться и доказать, что, если человека нельзя вылечить, это не значит, что ему нельзя помочь.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: архитектура паллиативных учреждений, архитектура хосписов, гуманная среда, странноприимные дома, архитектура медицинских учреждений, инклюзивная среда, паллиативный центр

Благодарности. Данная работа поддержана грантом 2024 г. на проведение фундаментальных и прикладных научных исследований (НИР/НИОКР) научными коллективами НИУ МГСУ, проект № 8-392/130. Автор выражает глубокую признательность редакционной коллегии журнала и анонимным рецензентам за уделенное время и оказанное внимание.

ДЛЯ ЦИТИРОВАНИЯ: Клочко А.Р. Эволюция архитектуры прототипов паллиативных учреждений до XX века // Строительство: наука и образование. 2025. Т. 15. Вып. 2. Ст. 4. URL: <http://nso-journal.ru>. DOI: 10.22227/2305-5502.2025.2.4

Автор, ответственный за переписку: Асмик Рубеновна Клочко, KlochkoAR@mgsu.ru.

Evolution of prototype architecture of palliative institutions before the XX century

Asmik R. Klochko

*Moscow State University of Civil Engineering (National Research University) (MGSU);
Moscow, Russian Federation*

ABSTRACT

Introduction. The architecture of medical institutions has undergone a complex and multifaceted path of development. A special branch of modern healthcare is considered to be palliative care, which was formed in the twentieth century, but the prototypes of palliative care institutions emerged long ago. The role and functions of modern palliative institutions for many centuries have been provided by orphanages, hospitals, convents, monasteries, hospitals, strange houses and others.

Materials and methods. Materials and methods of the study include methods of review, comparative analysis and synthesis on scientific, historical, art, literary sources and project materials related to the architecture of prototypes of palliative institutions.

Results. The paper shows the connection between the development of Christianity and the formation of the foundations of the palliative (hospice) movement. The prerequisites for the emergence and history of the development of prototypes of palliative institutions, their architectural solutions and features are considered here. The paper studies the transformation of the hospices main function over the centuries to the twentieth century.

Conclusions. The evolution of palliative care institutions has occurred throughout the life of mankind, sometimes intertwined with health care, but more often following its own path. The evolution of medical and palliative care institutions cannot be considered synonymous, as for many periods, especially as the effectiveness of medical care has developed, there has been a fundamental difference between "curable" and "incurable" patients, not in favour of the latter. The evolution of palliative care institutions is linked to the social history of care for the elderly and dying, to the level of cultural development of society, to its religious, humane and mystical beliefs. A significant and decisive contribution to the evolution of the palliative care movement has been made by the efforts of individuals and the dictates of their human and medical duty. Their resilience and humanity allowed this part of health care not to languish, but to open up and prove that if a person cannot be cured, it does not mean that he cannot be helped.

KEYWORDS: architecture of palliative institutions, architecture of hospices, humane environment, hospice houses, architecture of medical institutions, inclusive environment, palliative center.

Acknowledgements. This work was supported by the grant 2024 for fundamental and applied scientific research (R&D) by research teams of Moscow State University of Civil Engineering (National Research University) (MGSU), project No. 8-392/130. The author expresses deep gratitude to the editorial board of the journal and anonymous reviewers for their time and attention.

FOR CITATION: Klochko A.R. Evolution of prototype architecture of palliative institutions before the XX century. *Construction: Science and Education*. 2025; 15(2):4. URL: <http://nso-journal.ru>. DOI: 10.22227/2305-5502.2025.2.4

Corresponding author: Asmik R. Klochko, KlochkoAR@mgsu.ru.

ВВЕДЕНИЕ

Антропологу Маргарет Мид приписывается интересная мысль, которую она высказала на одной из своих лекций. На вопрос о том, что считается первым признаком цивилизации, она ответила: «Бедренная кость, которая была сломана, а затем срослась». По ее словам, в дикой природе животное с такой тяжелой травмой, как сломанная бедренная кость, погибает. Поэтому сросшаяся кость человека означает, что кто-то в течение очень долгого времени заботился, ухаживал и защищал своего смертельно раненого сородича, такой поступок и является, по ее мнению, признаком начала человеческой цивилизации. Именно гуманность по отношению к умирающему считается многими исследователями основой для развития цивилизации.

На протяжении практически всей истории человечества смерть к человеку приходила по трем основным причинам: голод, эпидемии или войны. В результате этих причин смерть наступала быстро, иногда внезапно. Поэтому очень долго глобальная задача создания организованной долговременной помощи людям при их уходе в мир иной, требующая государственного подхода, не вставала на повестке дня. Так, вплоть до XX в. о паллиативной помощи никто ничего не слышал, а всякая помощь страдающим в истории человечества принимала разно-

образные формы, была связана с религиозной и культурной структурой данного общества, имела разные названия, методы и подходы в реализации.

В статье сделана попытка собрать воедино исторические прототипы паллиативной помощи и выявить методы их архитектурной организации.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Выполнены обзор, анализ и синтез по научным, историческим, искусствоведческим, литературным источникам, связанным с развитием архитектуры паллиативных учреждений и их прототипов.

Поиск научной литературы проводился в научной электронной библиотеке eLIBRARY, в электронных базах данных Scopus, Web of Science с использованием соответствующих ключевых слов, включая «архитектура паллиативных учреждений», «архитектура хосписов», «история развития паллиативных учреждений», «история развития хосписов». Также применялся междисциплинарный подход, учитывающий влияние социологических, религиозных, психологических аспектов на архитектурное проектирование паллиативных учреждений, представленных в научных статьях смежных направлений.

До сих пор существует некая терминологическая путаница в понятиях «хоспис» и «паллиативная помощь». Для внесения ясности приведем общепринятые определения этих понятий.

Хоспис (от лат. *hospes* — гость, *hospitalis* — гостеприимный, дружелюбный к скитальцам) — сейчас это медико-социальное учреждение для оказания помощи в самые тяжелые этапы преимущественно онкологического заболевания [1].

Термин «паллиативная помощь» (лат. *pallium* — плащ или покрывало) символизирует уход, нацеленный на облегчение мучительных симптомов при любых заболеваниях, давая шанс человеку максимально долго жить привычным образом [2].

При всей схожести подходов данных учреждений в современной мировой практике приняты разные формы оказания помощи — где-то хосписами, где-то отделениями паллиативного ухода.

Что касается России, то, согласно Приказу Министерства здравоохранения РФ и Министерства труда и социальной защиты РФ¹, паллиативные учреждения оказывают помощь при большом списке неизлечимых прогрессирующих заболеваний или состояний, когда исчерпаны возможности лечения, а хосписы имеют некоторую специализацию и принимают преимущественно пациентов с онкологическими заболеваниями. Таким образом, на текущий момент в РФ паллиативные учреждения оказывают помощь при широком спектре заболеваний, а хосписы являются только частью (веткой) паллиативных учреждений.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Эволюция паллиативных учреждений шла сложными путями. Исследование самых древних неолитических поселений в Месопотамии, насчитывающих 50 тыс. лет, показывает, что пещерные жители уже тогда организовывали себе элементарные жилища, предназначенные, в том числе, для ухода за больными, ранеными и умирающими соплеменниками.

С ранней древности религии, магия и сверхъестественные факторы оказывали сильное влияние на системы здравоохранения и заботу о ближнем. Люди понимали, что многое в жизни, в особенности слабое здоровье, находится вне их контроля [3, с. 2957–2980]. В одних культурах смерть ассоциировалась с преисподней, колдовством, тьмой, в других укрепились противоположные настроения (например, в Древнем Египте загробная жизнь считалась освобождением). Одновременно с магической ре-

¹ Об утверждении Положения об организации оказания паллиативной медицинской помощи, включая порядок взаимодействия медицинских организаций, организаций социального обслуживания и общественных объединений, иных некоммерческих организаций, осуществляющих свою деятельность в сфере охраны здоровья : Приказ Министерства здравоохранения РФ и Министерства труда и социальной защиты РФ от 31.05.2019 № 345н/372н. URL: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/72180964/#10000>



Рис. 1. Руины асклепиона Коса (храм бога медицины Асклепия)

лигиозной трактовкой вопросов жизни и смерти со времен Гомера существовали врачи, практикующие начала эмпирической медицины, а в V и IV вв. до н. э. врачи Гиппократ заложили основы рациональной (научной медицины). В раннем Египте и Месопотамии также были врачи, практиковавшие элементарную эмпирическую (светскую) медицину.

В любом случае как бы ни относились к смерти на протяжении многих веков и даже тысячелетий традиции возлагали ответственность за уход за умирающими на их ближайших родственников. А традиции погребений, похорон и траура помогали смягчить неизбежные муки близких людей [4].

В период Античности древние цивилизации на берегах Средиземноморья верили во множество богов или богинь, магические силы которых влияли на здоровье [5, с. 259–260]. В Древней Греции жрецы занимались ритуальным лечением пациентов в лечебницах при храмах, так называемых асклепионах, не предназначенных для длительного пребывания [6] (рис. 1).

В I в. до н. э. в Древнем Риме имелись лечебницы, предназначенные только для помощи военнослужащим [7].

При всех этих первых шагах в развитии организованного здравоохранения, нацеленного на лечение и выздоровление, помощь умирающим организовано и системно не оказывалась. Чаще всего решение богов, вынесших смертный приговор кому-то, никем не оспаривалось, дабы не оскорбить богов, выказавших свое неудовольствие и ниспославших смертельную болезнь [1]. И представители светской медицины тоже не тратили много сил на уход за умирающими [5, с. 259–260].

Многие ученые считают, что больницы, лечебницы, приюты и другие прототипы паллиативных учреждений в современном понимании появились лишь с распространением христианства и идеи, что «человек сотворен по образу и подобию Божию». Душа и тело стали восприниматься как неразрывно связанные, поэтому и заботой о теле не следовало пренебрегать.



Рис. 2. Катакомбы под церковью Sant' Agnese fuori le Mura в Риме, где христиане заботились о болящих и умирающих во времена гонений [6]

Христианство появилось в те времена, когда магия и сверхъестественные факторы играли огромную роль в здравоохранении. Христианская этика милосердия, благочестия деятельной любви к ближнему и заботы, принятые церковью, сделали святой обязанностью всех христиан посещение престарелых, бедных и больных [8, с. 31]. И это привело к становлению основ паллиативного (хосписного) движения. Современная концепция больницы также зародилась в раннехристианских общинах [9, с. 60–66], а их сострадание и долговременная забота о страждущих в корне отличались от всего, что было известно ранее [10, с. 68–70].

Ни языческие храмы, ни тайные религии не создавали заботливых общин, подобных тем, что появились в раннем христианстве [3, с. 2976]. Со временем даже те римские императоры, которые устраивали гонения на христиан, положительно отзывались об их неустанной помощи всем раненым, умирающим (рис. 2) [3, с. 2974; 11, с. 267–272].

Что принципиально важно для развития основ паллиативного (хосписного) движения, христианское медицинское служение продолжалось несмотря на плохие прогнозы на излечение до самой смерти человека. Многие исследователи считают, что врачи Гиппократ (греко-римская светская медицина), вероятно, отказались бы от пациентов в таких ситуациях [5, с. 266].

В IV–VI вв. церковь переживала прогрессивные изменения. Была введена в культ аскетическая «апостольская» вера, что способствовало широкому распространению отшельников и «святых людей» [8, с. 41, 42]. При храмах и монастырях стали открываться приюты для сирот и престарелых, странноприимные дома (некие приюты для паломников, которые также можно считать прототипами паллиативных учреждений и хосписов), лечебницы.

Ярким примером христианского служения умирающим являлась жизнь знатной римской матроны Фабиолы (Святая Фабиола). Во второй половине IV в. после смерти мужа и под влиянием святого Ие-

ронима она отказалась от всех земных удовольствий и посвятила себя практике христианского аскетизма и благотворительной деятельности. На нее повлияли традиции сирийских христиан беспрекословно исполнять заповеди Христовы в том, чтобы накормить голодного, помочь больному, подать нищему, приютить отшельника. Она отказалась от всего, что мог предложить ей мир, и посвятила свое огромное богатство нуждам бедных, больных, умирающих. Вместе со святым сенатором Римским Паммахием Фабиола создала первый на Западе странноприимный дом — большой приют для паломников, прибывающих в Рим, а также отшельников и «святых людей», участь которых была умереть на улице. Этот приют стал одним из предшественников хосписов, госпиталей и больниц Европы. Остатки странноприимного дома обнаружили во время раскопок под церковью Санти-Джованни-э-Паоло в Риме. Также матрона Фабиола принимала участие в построении госпиталя в Остии, ставшего знаменитым во всем мире. Она сама ухаживала за пациентами, не чураясь даже тех, у кого были раны и язвы от проказы. Все ее интересы были сосредоточены на нуждах церкви и заботе о бедных и страждущих [12]. Для многих такая забота оказывалась целительной, а неизлечимо больные уходили в мир иной, окруженные добротой и заботой.

Подъем монашества привел к созданию монастырей, часто выполняющих функцию образовательных, социальных, культурных и медицинских учреждений, находящихся под религиозным контролем. Лечением занимались светские врачи или обученные монахи, лечили всех нуждающихся. Некоторые из этих монастырей, например монастыри Святого Василия в Кесарии и Святого Бенедикта (рис. 3) в Монтекассино, в IV–V вв. стали центрами передовой медицины. Здесь собирались и переписывались классические тексты и преподавались некоторые медицинские дисциплины [13, с. 9–13].



Рис. 3. Монастырь Святого Бенедикта в Монтекассино — хрестоматийный пример неаполитанского барокко (разрушен землетрясением в 1349 г., восстановлен в 1366 г., современный вид принял только в XVII в.)



Рис. 4. Основные маршруты христианских паломников, вдоль которых располагались прототипы паллиативных учреждений

Помимо развития монастырской медицины, сыгравшей важную роль в содействии развитию системы здравоохранения в целом, этот период характеризовался распространением паломничества в Иерусалим, ко Гробу Господню. Усилиями крестоносцев стали появляться и распространяться странноприимные дома или хоспиты (от лат. *hospes* — гость, *hospitalis* — гостеприимный, дружелюбный к скитальцам) при соборах, монастырях, как мужских, так и женских, и, конечно, на основных маршрутах великого паломнического пути в Святую Землю, что облегчало трудное испытание паломников (рис. 4). Этимология слова «хоспиталь», однокоренного с «хоспис», не связывалась с умиранием. Хоспиталь эпохи крестоносцев был гостевым домом и лечебницей, служил для остановки, передышки, оздоровления, восстановления изнемогших, больных или истощенных паломников. Здесь предоставлялись койко-места, питание и медицинская помощь.

Например, купцы из герцогства Амальфи (независимое государство с центром в южноитальянском г. Амальфи в X–XI вв., лат. *Ducatus Amalphitanus*) примерно в 1080 г. основали в Иерусалиме больницу, посвященную Иоанну Крестителю, для ухода за больными, бедными или ранеными паломниками в Святую Землю.



Рис. 5. Больница Святого Варфоломея, средневековый период

В начале XIV в. орден рыцарей госпиталя Святого Иоанна Иерусалимского (госпитальеры), стремившийся укрепить религиозную преданность и милосердие к бедным, открыл хоспис на о-ве Родос, предназначенный для предоставления убежища путешественникам и ухода за больными и умирающими.

Что важно, в них не отказывали в помощи и другим нуждающимся — больным и умирающим беднякам, чужестранцам, оказавшимся оторванными по той или иной причине от дома и др.

С началом роста населения европейских городов VII–XI вв. монастыри перестали справляться с наплывом пациентов. Стала развиваться светская медицина, медицинские школы появлялись в новых средневековых университетах Салерно (XI в.) и Монпелье (XII в.) [13, с. 37–40]. Университеты в Париже, Оксфорде, Кембридже, Болонье и Падуе последовали за ними в XIII–XIV вв. [14, с. 312–333]. Несмотря на то, что эти учебные заведения находились под контролем церкви, они основывали свои учебные программы на классической светской медицине со значимым вкладом исламских источников [5, с. 271–272]. Стали возникать городские государственные больницы, финансируемые городскими властями, церковью и частными лицами (рис. 5). Главный религиозный мотив — деятельная любовь к ближнему — все также доминировал, связь между больницей и религией еще долго оставалась неразрывной. Это заметно, например, по генплану территорий: поблизости от новой лечебницы обязательно закладывали часовню.

Один из типичных образчиков больниц того времени — Отель-Дье (641–649 гг.), основанный велениями милосердия святым Ландри, епископом Парижа (рис. 6). Условия этого госпиталя были аналогичны всем подобным учреждениям того времени и вызывают интерес в своей архитектурной организации. Уход за страждущими осуществляли послушники и послушницы. Мощность госпиталя составляла 1200 коек, из них только 486 индивидуальных. На остальных койках шириной 1,5 м одновременно находились до шести пациентов (рис. 7). В одной кровати могли лежать вперемежку мужчины,



Рис. 6. Палата в Отель-Дье с гравюры XVI в.



Рис. 7. Размещение умирающих по несколько человек на койке. Музей общественного сопротивления, Париж



Рис. 8. Пациент в кровати с трупом в благотворительном госпитале XVI–XVII вв. Гравюра Домье

женщины, дети, старики, «сгоравшие» от тяжелой инфекции, роженицы, выздоравливающие и умирающие. Коридоры были скудно освещенные и непроветриваемые, но даже здесь на соломе лежали до 800 больных. Тела умерших обычно оставались в кроватях до появления зловония (рис. 8). Организованы также 8 детских коек, размещавших одновременно около двухсот новорожденных и детей постарше. В подобной санитарно-гигиенической и функционально непродуманной обстановке смертность достигала 20 % [15]. Таким образом, архитектурная организация пространства была элементарная, пациенты не получали необходимого — изоляции, гигиены и регулярного питания нормального качества.

И все же, несмотря на пугающие описания условий тех больниц, таковы истоки врачевания и развития организованных медицинских учреждений.

Усилиями крестоносцев на паломнических путях параллельно с развитием первых медицинских учреждений продолжали активно строиться приюты — госпитали для паломников (рис. 9). Средневековые стали периодом их расцвета (например, хоспис святого Готарда на маршруте через Альпы, соединяющем северную и южную Швейцарию, на перевале Сен-Готард, являлся пристанищем паломников начиная с 1237 г.) (рис. 10).

Вместе со Средневековьем, по мере рассеивания влияния религиозных орденов, закончился и период расцвета приютов — хоспиталей для паломников и других нуждающихся.

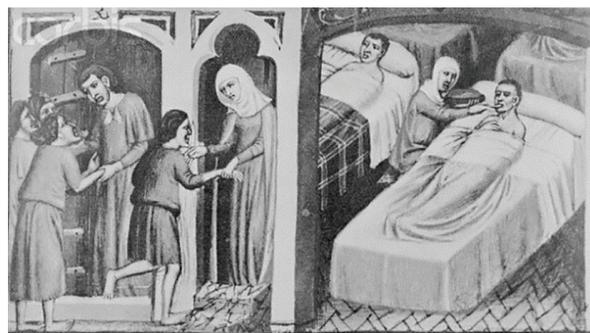


Рис. 9. Гравюра XIII в. — прием путников и уход за больными в хоспитале

Развитие медицинских учреждений шло по своему пути и, если описать в крупных чертах, в VIII в. происходит постепенное отделение больницы от церкви, начинают развиваться благотворительные и государственные учреждения, оказывающие медицинские услуги, а с XIX в. государство стало принимать активное участие в формировании здравоохранения как отдельной отрасли, которая оказывает медицинскую помощь населению. И если развитие медицинской сферы происходит семимильными шагами в сторону технологической трансформации, стандартизации, расширения амбулаторных отделений, увеличения мощности учреждений, то паллиативное хосписное движение оказалось в глубоком упадке. По мере развития так называемой эффективности медицинского обслуживания медицинские учреждения стали проводить разницу между «излечимыми» и «неизлечимыми» пациентами не в пользу последних.

С середины XIX в. эволюция паллиативных учреждений по уходу за безнадежно больными продолжается географически точно усилиями отдельных личностей и велениями их человеческого и врачебного долга.

Во Франции в 1842 г. Жанна Гарнье открыла в своем доме в г. Лион приют для умирающих женщин, назвав его «Голгофа», где царила атмосфера «уважительной близости, молитвы и спокойствия перед лицом смерти». Через год после открытия хосписа Жанна умерла, написав незадолго до смерти:



Рис. 10. Хоспис святого Готарда (перевал Сен-Готард, Швейцария)



Рис. 11. Архитектура хосписов XIX – начала XX в.: *a* — фасад хосписа Дебрусс (Лион, Франция); *b* — планы хосписа Дебрусс (Лион, Франция); *c* — фасады хосписа де Бри-Конт-Робер (Париж, Франция); *d* — планы хосписа де Бри-Конт-Робер (Париж, Франция); *e* — фасад хосписа в Шони (Франция); *f* — фасад хосписа Сент-Антуан-де-Падуэ (Конти, Франция)

«я основала этот приют «...» — а Божий Промысл закончит начатое».

И ее дело продолжили многие, например, Аурелия Жуссе в 1843 г. основала второй приют «Голгофа» в Париже, потом ее сподвижницы («Дамы Голгофы») отправились в другие города Франции (Париж, Шони, Конти, Руан, Марсель, Бордо, Сен-Этьен и др.) и в другие страны (Бельгию, Англию, США и т.д.). Современные принципы паллиативной помощи во многом базируются на заповедях «Дам Голгофы» [16].

Архитектура наиболее известных хосписов того периода представляет собой одно-, трехэтажные здания коридорного или галерейного типа или реорганизованные особняки (рис. 11).

Ф. Дэвидсон в 1885 г. открыла дом для умирающих в Лондоне, а позднее дом умиротворения для бедняков с туберкулезом. Р. Хоторн основала дом святой Розы для неизлечимых больных в Нижнем

Манхеттене, облегчая страдания при онкологии [16]. Ирландская монахиня М. Эйкенхед посвятила себя служению тяжелобольным вне монастырских стен, мечтая создать приют для умирающих. После ее смерти сестры милосердия в 1874 г. превратили женский монастырь в бедном квартале Дублина, где люди жили в глубочайшей бедности и часто умирали на улицах, в такой приют. В Австралии (г. Аделаида, г. Сидней) стали открываться хосписы, основанные различными подвижницами католической и англиканской церкви. Мощность учреждений составляла примерно 8–35 койко-мест.

Число хосписов росло благодаря самопожертвованию и вдохновенности отдельных личностей. Появился в начале XX в. также хоспис святого Иосифа в Лондоне (рис. 12). Именно здесь начался путь Сесилии Сандерс (1918–2005), привнесшей значительный вклад в развитие паллиатива.

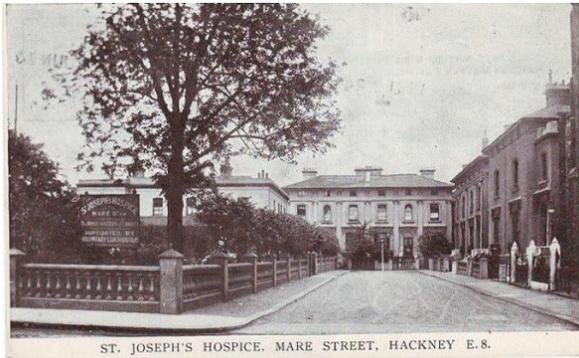


Рис. 12. Хоспис святого Иосифа в Лондоне



Рис. 13. Палата в санатории Паймио Алвара Аалто (1929). Технологичность и отсутствие украшений — типичный интерьер медицинских учреждений XX в.

В XX в. существовал ряд предпосылок для развития новой модели помощи умирающим. Медицинская архитектура с XIX в. развивалась в сторону повышения эффективности, и с учетом растущих социальных и экономических требований приветствовались большие, стандартизированные структуры. Рациональные, технологичные мегабольницы, распространившиеся в Европе после Первой мировой войны, такие как санаторий Паймио Алвара Аалто (рис. 13), выражали модернистские акценты на чистые линии, гигиеничные поверхности и открытую механизированность и стандартизованность обстановки.

Такие крупные больничные системы со временем расширялись, и линейный модернизм усложнялся до лабиринтообразной структуры с длинными коридорами, переходами, резким неоновым освещением, усугубляя ощущение растерянности в пространстве. Мегабольницы, бесспорно, позволяли развивать медицинскую науку, но происходило это, к сожалению, в ущерб средовым вопросам для восстановления пациента. Повышение характеристик функциональности, гигиены шло в ущерб комфорту, даже задевало чувство достоинства пациента. Типовые унылые, стерильные и открытые больничные палаты с рядами коек стали стандартном палат конца XIX в. и оказывали влияние на архитектуру медицинских учреждений в XX в. При этом смерть в больнице считалась неудачей, поэтому умирающих переводили в удаленные помещения, чтобы не беспокоить и не угнетать других пациентов, или в дома презрения, откуда медицинская бригада удалялась, оставляя умирающего без помощи [17, 18].

По словам Эдвина Хиткоута, эмоционально пустая архитектура умаляет святость жизненных порогов, и именно в те моменты, когда мы наиболее нуждаемся в осмысленности и духовном подъеме, мы оказываемся в окружении унылых проявлений гигиены и эффективности [19].

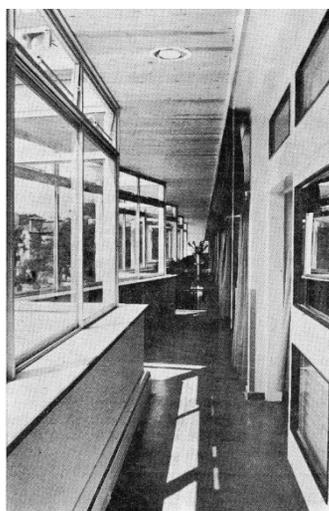
Конфликт между лечением и заботой стал острым в 1950-х гг., требуя новый социальный и архитектурный отклик. Хоспис Святого Кристофера современной модели явился предложением на этот запрос общества. Именно Сесилия Сандерс дала своему учреждению название «хоспис», и в нем появился новый вид помощи — паллиативная («укрывание» от боли) [20]. Идея Сесилии Сандерс, что архитектура хосписа должна быть гибридом между больницей и домом, продолжать религиозную традицию заботы, одновременно предоставляя помещения для современного медицинского обслуживания и исследований, активно распространилась по миру. В этом уникальном здании была создана специфическая пространственная основа, объединяющая три равнозначных функции — общественная организация, больница и уютный дом (рис. 14).



a



b



с

Рис. 14. Хоспис Святого Кристофера (Бромли, Лондон): *a* — архитектурный облик; *b* — интерьер палаты; *c* — консольное дневное пространство

При всей человекоориентированности своего учреждения нельзя было забывать также о необходимости проведения научно обоснованных исследований боли, важных для молодой медицинской отрасли. С этой целью на территории хосписа специально выделены помещения для вскрытия, не освещаемые в брошюрах или публичных обращениях. Эти помещения были построены вне поля зрения, под подъездной дорогой к месту захоронений. Посмертные исследования проводились после получения разрешения членов семьи. Результаты исследований принесли значимый вклад в понимание причин боли у умирающих и дальнейшее обезболивание.

Архитектура здания может очень помочь в реализации философии хосписа тем, чтобы минимизировать усталость персонала и улучшить настроение пациентов, ведь уют и эстетика исцеляют [21]. Такое «одомашненное» пространство позволяло пациентам сосредоточиться на способности вернуться к образу независимой повседневной жизни. Внутренние помещения хосписов были полной противоположностью пространствам мегабольниц: маленькими, удобными для навигации и знакомыми.

Хоспис Святого Кристофера не только повлиял на строительство хосписов по всей Великобритании, но и стал образцом для развития хосписного и паллиативного движения в других странах [22]. Именно отсюда в XX в. начинается всплеск развития паллиатива. Сначала в развитых странах и позже распространяется по всему миру, становясь одним из проявлений человеколюбия и осознанности общества.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ И ОБСУЖДЕНИЕ

Таким образом, можно резюмировать, что эволюция паллиативных учреждений происходила в те-

чение всей жизни человечества, иногда вплетааясь в здравоохранение, но чаще шла по собственному пути. Нельзя считать синонимичными пути развития медицинских и паллиативных учреждений, потому что очень долгие периоды, особенно по мере развития так называемой эффективности медицинского обслуживания, проводилась принципиальная разница между излечимыми и неизлечимыми пациентами не в пользу последних. Как во времена античных богов умирающий оставался наедине с собой, так и во времена «эффективных» мегабольниц умирающего отдаляли в самые неприметные уголки или отправляли домой.

На эволюцию паллиативных учреждений сильное влияние оказывали религиозные и мистические представления, гуманность общества и его традиции.

Величайший вклад в эволюцию паллиатива и развитие медицины в целом внесло христианство. Оно заключалось в создании заботливых общин, приютов, странноприимных домов, хоспиталей, монастырей и других, которые обеспечивали индивидуальный медицинский уход за больными и умирающими, независимо от национальности, социального статуса, возраста или тяжести состояния. В конечном итоге это привело к созданию больниц и паллиативных учреждений в том виде, в котором мы знаем их сегодня.

Эволюция паллиативных учреждений по уходу за безнадежно больными в течение всего периода своего развития продолжалась в значительной степени усилиями отдельных личностей и велениями их человеческого и врачебного долга. Именно их стойкость и гуманность позволили этой нынешней части здравоохранения не зачахнуть, а раскрыться и доказать миру, что, если человека нельзя уже вылечить, это не значит, что ему нельзя помочь.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Клочко А.Р. История развития хосписов, расположенных в границах городов // *Academia. Архитектура и строительство*. 2023. № 4. С. 43–50. DOI: 10.22337/2077-9038-2023-4-43-50. EDN BRSVHZ.
2. Клочко А. Хосписы в инфраструктуре городов РФ // *Проект Байкал*. 2021. Т. 18. № 70. С. 162–168. DOI: 10.51461/projektbaikal.70.1908. EDN STUQER.
3. *Ferngren G.B., Amundsen D.W.* Medicine and Christianity in the Roman Empire: compatibilities and tensions. *Aufstieg und Niedergang der römischen Welt II.37.3*. Berlin : Walter de Gruyter, 1994.
4. *Kotgirwar Y.* Trends in Hospice Architecture. *Seminar and Technical writing-II PA 494*. 2019. DOI: 10.13140/RG.2.2.13285.65763
5. *Retief F., Cilliers L.* The influence of Christianity on medicine from Graeco-Roman times up to the Renaissance // *Acta Theologica*. 2010. Vol. 26. Issue 2. DOI: 10.4314/actat.v26i2.52579
6. *Айкен Л. и др.* Реформа больниц в новой Европе. М. : Весь мир, 2002. EDN QLWWCV.
7. *Закиева Л.Ф.* Анализ этапов становления и развития медицинских учреждений // *Международный научно-исследовательский журнал*. 2016. № 11–2 (53). С. 73–74. DOI: 10.18454/IRJ.2016.53.154. EDN XBDNXL.
8. *Brown P.* The rise of Western Christendom. Oxford : Blackwell, 1997.
9. *Cilliers L., Retief F.* The evolution of the hospital from antiquity to the end of the middle ages // *Curationis*. 2002. Vol. 25. Issue 4. DOI: 10.4102/curationis.v25i4.80
10. *Sigerist H.E.* Civilization and disease. Ithaca : Ithaca Press, 1943.
11. *Retief F., Cilliers L.* Epidemics of the Roman Empire, 27 BC-AD 476 // *South African Medical Journal*. 2000. Vol. 90. Issue 3.
12. *Kirsch J.P.* St. Fabiola. In *The Catholic Encyclopedia*. New York : Robert Appleton Company, 1909.
13. *Aitken J.T., Fuller H.W.C., Johnson D.* The influence of Christians in medicine. London : Interscience Press, 1984.
14. *Major R.H.* A history of medicine. Vol. 1. Springfield : Charles Thomas, 1954.
15. *Хаггард Г.* От знахаря до врача: история науки врачевания. М. : Центрполиграф, 2012. EDN QMCFJF.
16. *Шульчева-Джарман О.* Хоспис: приют для отправляющегося в последнее странствие. Сирия, Рим, Франция, Англия, Россия // *Живая вода*. 2014. № 9. URL: <http://aquaviva.ru/journal/khospis-priyut-dlya-otpravlyayushchegosya-v-poslednee-stranstvie-siriya-rim-frantsiya-angliya-rossiya>
17. *Aries E.* The Hour of Our Death — the Classic History of Western Attitudes Toward Death Over the Last One Thousand Years. New York : Knopf, 1981. Pp. 560–571.
18. *Butler C., Erdman A.* Hospital Planning. New York : F. W. Dodge corporation, 1946. 154 p.
19. *Heathcote E.* Architecture and Health // *Architecture of Hope*. 2015. Pp. 52–93.
20. Роберт Твайкросс: Паллиатив — это о качестве жизни // *Pallium: паллиативная и хосписная помощь*. 2020. № 2 (7). С. 51–56. EDN QPSKQB.
21. *Amin A.* St. Christopher's Hospice: A Space for the Dying. 2015. URL: https://cicelysaundersarchive.wordpress.com/2015/12/14/st-christophers-hospice-a-space-for-dying/#_ftn40
22. *Kron J.* Designing a better place to die. New York, 1978. Pp. 43–49

Поступила в редакцию 15 октября 2024 г.

Принята в доработанном виде 15 ноября 2024 г.

Одобрена для публикации 15 ноября 2024 г.

ОБ АВТОРЕ: **Асмик Рубеновна Клочко** — кандидат архитектуры, доцент, доцент кафедры архитектуры; **Национальный исследовательский Московский государственный строительный университет (НИУ МГСУ)**; 129337, г. Москва, Ярославское шоссе, д. 26; РИНЦ ID: 705985, Scopus: 57200113610, ORCID: 0000-0002-1348-7335; KlochkoAR@mgsu.ru.

INTRODUCTION

Anthropologist Margaret Mead is credited with an interesting thought that she expressed in one of her lectures. When asked what is considered the first sign of civilization, she replied, “A hip bone that has been broken and then fused”. In the wild, she said, an animal with an injury as severe as a broken femur would die. Therefore, a fused human bone means that someone cared for, nursed and protected their mortally wounded kin for

a very long time, such an act and is, in her opinion, a sign of the beginning of human civilization. It is humanity towards the dying that is considered by many researchers to be the basis for the development of civilization.

Throughout virtually all of human history, death came to man for three main reasons: famine, epidemics, or war. As a result of these causes, death came quickly, sometimes suddenly. Therefore, for a very long time, the global task of creating organized long-term assistance to people in their passing away, requiring a state

approach, was not on the agenda. Thus, up to the twentieth century no one had heard anything about palliative care, and any assistance to the suffering in the history of mankind took various forms, was connected with the religious and cultural structure of a given society, had different names, methods and approaches to implementation.

The paper attempts to bring together historical prototypes of palliative care and identify the methods of their architectural organization.

MATERIALS AND METHODS

Review, analysis and synthesis on scientific, historical, art history, literary sources related to the development of architecture of palliative care institutions and their prototypes were performed.

The scientific literature was searched in the scientific electronic e-LIBRARY, in electronic databases Scopus, Web of Science using appropriate keywords, including “architecture of palliative institutions”, “architecture of hospices”, “history of development of palliative institutions”, “history of development of hospices”. An interdisciplinary approach was also applied, taking into account the influence of sociological, religious, psychological aspects on the architectural design of palliative care facilities presented in scientific papers of related fields.

There is still some terminological confusion in the concepts of “hospice” and “palliative care”. To make it clearer, we will give the generally accepted definitions of these concepts.

Hospice (from Latin *hospes* — guest, *hospitalis* — hospitable, friendly to wanderers) is now a medical and social institution to provide assistance in the most severe stages of predominantly oncologic disease [1].

The term “palliative care” (Latin *pallium* — cloak or blanket) symbolizes care aimed at alleviating distressing symptoms in any disease, giving a person a chance to live as long as possible in a familiar way [2].

Despite the similarity of approaches of these institutions, different forms of care are adopted in modern world practice — somewhere by hospices, somewhere by palliative care units.

As for Russia, according to the Order of the Ministry of Health of the Russian Federation and the Ministry of Labour and Social Protection of the Russian Federation¹, palliative care institutions provide care for a large list of incurable progressive diseases or condi-

¹ Approval of the Regulations on the organization of palliative care, including the procedure for interaction between medical organizations, social service organizations and public associations, other non-profit organizations carrying out their activities in the field of health protection : Order of the Ministry of Health of the Russian Federation and the Ministry of Labour and Social Protection of the Russian Federation from 31.05.2019 No. 345n/372n. URL: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/72180964/#10000>

tions when treatment options are exhausted, and hospices have some specialization and accept mainly patients with oncological diseases. Thus, at the moment in the Russian Federation palliative care institutions provide care for a wide range of diseases, and hospices are only a part (a branch) of palliative care institutions.

STUDY RESULTS

The evolution of palliative care institutions followed complex paths. A study of the oldest Neolithic settlements in Mesopotamia, dating back 50,000 years, shows that cave dwellers were already then organizing rudimentary dwellings designed, among other things, to care for sick, injured and dying tribesmen.

Since early antiquity, religion, magic and supernatural factors have had a strong influence on health care systems and the care of neighbors. People realized that many things in life, especially poor health, were beyond their control [3, pp. 2957–2980]. In some cultures, death was associated with the underworld, witchcraft, and darkness, while in others the opposite sentiment was reinforced (for example, in ancient Egypt the afterlife was considered liberation). Simultaneously with the magical religious interpretation of the issues of life and death since the time of Homer there were doctors practicing the beginnings of empirical medicine, and in the 5th and 4th centuries B.C. the doctors of Hippocrates laid the foundations of rational (scientific medicine). Early Egypt and Mesopotamia also had physicians practicing elementary empirical (secular) medicine.

In any case, no matter how death has been treated for many centuries and even millennia, traditions have placed the responsibility for caring for the dying on their closest relatives. And traditions of burial, funeral, and mourning helped mitigate the inevitable agony of loved ones [4].

In the period of Antiquity, ancient civilizations on the shores of the Mediterranean believed in many gods or goddesses whose magical powers influenced health [5, pp. 259–260]. In ancient Greece, priests were engaged in ritual treatment of patients in temple hospitals, the so-called asclepians, which were not intended for long-term stay [6] (Fig. 1).



Fig. 1. Ruins of the asclepeion of Cosa (temple of the god of medicine Asclepius)



Fig. 2. Catacombs under the church of Sant' Agnese fuori le Mura in Rome, where Christians took care of the sick and dying in times of persecution [6]

In the 1st century BC, Ancient Rome had medical centres designed only for the care of military personnel [7].

With all these first steps in the development of organized health care aimed at treatment and recovery, assistance to the dying was not provided in an organized and systematic way. More often than not, the decision of the gods, who passed a death sentence on someone, was not challenged by anyone, so as not to offend the gods, who expressed their displeasure and sent down a fatal disease [1]. And the representatives of secular medicine did not spend much effort to care for the dying either [5, pp. 259–260].

Many scientists believe that hospitals, asylums and other prototypes of palliative institutions in the modern sense appeared only with the spread of Christianity and the idea that “man was created in the image and likeness of God”. The soul and body were seen as inextricably linked, and care of the body was not to be neglected.

Christianity emerged at a time when magic and supernatural factors played a huge role in health care. Christian ethics of almsgiving, piety of active love for neighbor and care accepted by the church made it a sacred duty of all Christians to visit the elderly, the poor and the sick [8, p. 31]. And this led to the formation of the foundations of the palliative (hospice) movement. The modern concept of the hospital also originated in early Christian communities [9, pp. 60–66], and their compassion and long-term care for the suffering were fundamentally different from anything previously known [10, pp. 68–70].

Neither the pagan temples nor the secret religions created caring communities like those that emerged in early Christianity [3, p. 2976]. In time, even those Roman emperors who organized persecutions against Christians spoke positively about their tireless help to all the wounded, dying (Fig. 2) [3, p. 2974; 11, pp. 267–272].

What is fundamentally important for the development of the foundations of the palliative (hospice)

movement, Christian medical ministry continued despite poor prognoses for cure until the death of the person. Many researchers believe that Hippocratic physicians (Greco-Roman secular medicine) would probably have abandoned patients in such situations [5, p. 266].

In the fourth through sixth centuries, the church experienced progressive changes. The ascetic “apostolic” faith was introduced into the cult, which contributed to the widespread use of hermits and “holy men” [8, p. 41, 42]. At temples and monasteries began to open orphanages and orphanages for the elderly, strange houses (some kind of shelters for pilgrims, which can also be considered prototypes of palliative institutions and hospices), hospitals.

A vivid example of Christian service to the dying was the life of the noble Roman matron Fabiola (St. Fabiola). In the second half of the fourth century, after the death of her husband and under the influence of St. Jerome, she renounced all earthly pleasures and devoted herself to the practice of Christian asceticism and charitable work. She was influenced by the traditions of Syrian Christians to obey the commandments of Christ unquestioningly in feeding the hungry, helping the sick, giving to the poor, and sheltering the hermit. She gave up all that the world had to offer and devoted her great wealth to the needs of the poor, the sick, the dying. Together with St. Senator Pammachius of Rome, Fabiola created the first strange house in the West, a large orphanage for pilgrims coming to Rome, as well as hermits and “holy men” whose fate was to die in the streets. This orphanage was one of the forerunners of hospices, hospitals and hospitals in Europe. The remains of the orphanage were discovered during excavations under the church of Santi Giovanni e Paolo in Rome. Matron Fabiola also took part in the construction of the hospital in Ostia, which became famous all over the world. She took care of the patients herself, not neglecting even those with wounds and sores from leprosy. All her interests were centered on the needs of the church and the care of the poor and suffering [12]. For many such care proved to be healing, and the terminally ill went to the next world surrounded by kindness and care.

The rise of monasticism led to the establishment of monasteries, often serving as educational, social, cultural, and medical institutions under religious control. Treatment was provided by secular physicians or trained monks, treating anyone in need. Some of these monasteries, such as those of St. Basil in Caesarea and St. Benedict (Fig. 3) in Montecassino, became centres of advanced medicine in the fourth and fifth centuries. Here classical texts were collected and transcribed and some medical disciplines were taught [13, pp. 9–13].

In addition to the development of monastic medicine, which played an important role in promoting the development of health care in general, this period was characterized by the spread of pilgrimages to Jerusalem, to the Holy Sepulchre. Through the efforts of the Crusaders, hospices (from Latin *hospes* — guest,



Fig. 3. The Monastery of St. Benedict in Montecassino — a textbook example of Neapolitan Baroque (destroyed by an earthquake in 1349, rebuilt in 1366, it took its modern form only in the XVII century)

hospitalis — hospitable, friendly to wanderers) began to appear and spread in cathedrals, monasteries, both male and female, and, of course, on the main routes of the great pilgrimage route to the Holy Land, which eased the difficult ordeal of pilgrims (Fig. 4). The etymology of the word “hospital”, homonymous with “hospice”, was not associated with dying. A Crusader-era hospice was a guest house and healing center, serving to stop, respite, recuperate, and restore weary, sick, or exhausted pilgrims. Beds, meals, and medical care were provided here.



Fig. 4. The main routes of Christian pilgrims along which the prototypes of palliative institutions were located



Fig. 5. St. Bartholomew's Hospital, medieval period

For example, merchants from the Duchy of Amalfi (an independent state centered in the southern Italian city of Amalfi in the X–XI centuries, lat. Ducatus Amalphitanus) in about 1,080 founded a hospital in Jerusalem, dedicated to John the Baptist, to care for sick, poor or wounded pilgrims to the Holy Land.

In the early 14th century, the order of Knights of the Hospital of St. John of Jerusalem (Hospitaliers), seeking to foster religious devotion and charity for the poor, opened a hospice on the island of Rhodes, designed to provide shelter for travelers and care for the sick and dying.

Importantly, they did not deny help to others in need — the sick and dying poor, strangers who found themselves separated from home for one reason or another, and others.

As the population of European cities began to grow in the 7th–11th centuries, monasteries could no longer cope with the influx of patients. Secular medicine began to develop, medical schools appeared in the new medieval universities of Salerno (XI c.) and Montpellier (XII c.) [13, pp. 37–40]. Universities in Paris, Oxford, Cambridge, Bologna and Padua followed them in the XIII–XIV centuries. [14, pp. 312–333]. Despite the fact that these educational institutions were under the control of the church, they based their curricula on classical secular medicine with a significant contribution from Islamic sources [5, pp. 271–272]. Urban public hospitals financed by the city authorities, the church and private individuals began to emerge (Fig. 5). The main religious motive — active love for neighbor — was still dominant, and the connection between the hospital and religion remained unbreakable for a long time. This can be seen, for example, in the master plan of the territories: a chapel was necessarily laid near the new hospital.

One of the typical examples of hospitals of that time is the Hôtel-Dieu (641–649), founded by the dictates of mercy of St. Landry, Bishop of Paris (Fig. 6). The conditions of this hospital were similar to all such institutions of the time and are interesting in their architectural organization. The care of the sufferers was provided by novices and novices' novices. The capacity of the hospital was 1,200 beds, of which only 486 were



Fig. 6. Chamber at Hôtel-Dieu from a sixteenth-century engraving



Fig. 7. Placement of the dying in several persons per bed. Museum of Social Resistance, Paris



Fig. 8. Patient in a bed with a corpse in a charitable hospital, 16th–17th century. Engraving by Daumier

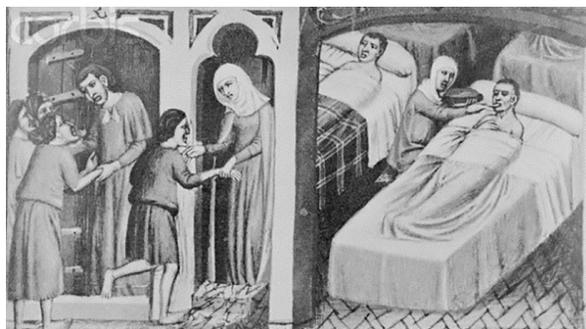


Fig. 9. Engraving of the XIII century — reception of travelers and care of the sick in a hospice



Fig. 10. St. Gotthard's Hospice (St. Gotthard Pass, Switzerland)

individual beds. The remaining beds were 1.5 m wide and could accommodate up to six patients at a time (Fig. 7). Men, women, children, old people “burned” by severe infection, women in labor, convalescing and dying patients could lie in one bed at the same time. The corridors were poorly lit and unventilated, but even here up to 800 patients lay on straw. The bodies of the dead were usually left in the beds until the stench appeared (Fig. 8). Eight children’s beds were also organized, accommodating about two hundred newborns and older children at a time. In such a sanitary-hygienic and functionally ill-conceived environment, the mortality rate reached 20 % [15]. Thus, the architectural organization of the space was rudimentary, and patients did not receive what they needed — isolation, hygiene, and regular nutrition of normal quality.

Yet, despite the frightening descriptions of the conditions of those hospitals, these are the origins of healing and the development of organized medical institutions.

Through the efforts of the Crusaders, pilgrimage shelters — hospices for pilgrims — continued to be actively built along the pilgrimage routes in parallel with the development of the first medical institutions (Fig. 9). The Middle Ages was the period of their flourishing (for example, the hospice of St. Gotthard on the route through the Alps connecting northern and southern Switzerland, on the St. Gotthard Pass, was a refuge for pilgrims since 1237) (Fig. 10).

Along with the Middle Ages, as the influence of religious orders dissipated, the heyday of asylums — hospices for pilgrims and others in need — ended.

The development of medical institutions went its own way and, if to describe in large features, in the VIII century there is a gradual separation of the hospital from the church, charitable and public institutions providing medical services began to develop, and since the XIX century the state began to take an active part in the formation of health care as a separate industry that provides medical care to the population. And if the development of the medical sphere is seven-mile steps towards technological transformation, standardization, expansion of outpatient departments, increasing the capacity of institutions, the palliative hospice movement was in deep decline. As so-called efficiency of care evolved, medical institutions began to distinguish between “curable” and “incurable” patients not in favor of the latter.

Since the mid-nineteenth century, the evolution of palliative care facilities for the hopelessly ill has continued to be geographically pinpointed by the efforts of individuals and the dictates of their human and medical duty.

In France, Jeanne Garnier opened a hospice for dying women in her home in Lyon in 1842, calling it Calvary, where an atmosphere of “respectful intimacy, prayer and tranquility in the face of death” prevailed. A year after opening the hospice, Jeanne died, writing shortly before her death, “I founded this shelter “...” — and God’s Providence will finish what I started”.



Fig. 11. Architecture of hospices of the XIX – early XX centuries: *a* — facade of the Debrousse hospice (Lyon, France); *b* — plans of the Debrousse hospice (Lyon, France); *c* — facades of the Hospice de Brie-Cont-Robert (Paris, France); *d* — plans of the Hospice de Brie-Cont-Robert (Paris, France); *e* — facade of the hospice in Chauny (France); *f* — facade of the hospice of St. Antoine de Padoue (Conti, France)

And her work was continued by many, for example, Aurelia Jusset in 1843 founded the second “Calvary” orphanage in Paris, then her companions (“Ladies of Calvary”) went to other cities in France (Paris, Chauny, Conti, Rouen, Marseille, Bordeaux, Saint-Etienne, etc.) and to other countries (Belgium, England, USA, etc.). Modern principles of palliative care are largely based on the precepts of the “Ladies of Calvary” [16].

The architecture of the most famous hospices of that period is one-, three-story buildings of corridor or gallery type or reorganized mansions (Fig. 11).

F. Davidson opened a home for the dying in London in 1885 and later a house of tranquility for the poor with tuberculosis. R. Hawthorne founded St. Rose’s Home for the terminally ill in Lower Manhattan, alleviating suffering in oncology [16]. Irish nun M. Akenhead devoted herself to serving the seriously ill outside

the convent walls, dreaming of creating an orphanage for the dying. After her death, the Sisters of Charity in 1874 turned a convent in a poor neighborhood of Dublin, where people lived in deep poverty and often died in the streets, into such a shelter. In Australia (Adelaide, Sydney) hospices began to open, founded by various ascetics of the Catholic and Anglican churches. The capacity of the institutions was about 8–35 beds.

The number of hospices grew due to the sacrifice and inspiration of individuals. St. Joseph’s Hospice in London also appeared in the early 20th century (Fig. 12). It was here that the journey of Cecilia Saunders (1918–2005), who made a significant contribution to the development of palliative care, began.

In the twentieth century there were a number of preconditions for the development of a new model of care for the dying. Medical architecture had been

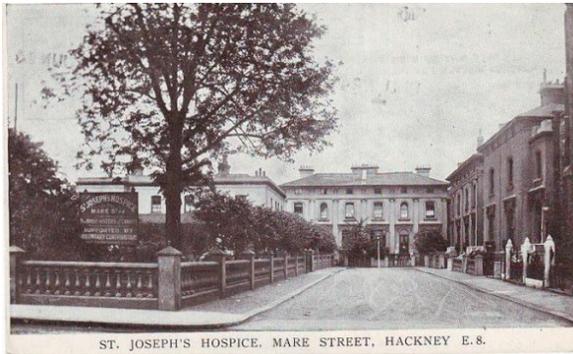


Fig. 12. St. Joseph's Hospice in London



Fig. 13. A ward in Alvar Aalto's Paimio sanatorium (1929). Technologization and lack of ornamentation are typical of the interior of twentieth-century medical institutions

evolving towards greater efficiency since the nineteenth century, and large, standardized structures were welcomed in response to growing social and economic demands. The rational, technologically advanced mega hospitals that proliferated in Europe after World War I, such as Alvar Aalto's Paimio Sanatorium (Fig. 13), expressed modernist emphases on clean lines, hygienic surfaces, and open mechanized and standardized environments.

Such large hospital systems expanded over time, and linear modernism became complicated to a labyrinthine structure with long corridors, passages, and harsh neon lighting, adding to the sense of confusion

in the space. Mega hospitals undoubtedly allowed for the advancement of medical science, but this was unfortunately at the expense of environmental issues for patient recovery. Increasing the characteristics of functionality, hygiene came at the expense of comfort, even hurting the patient's sense of dignity. The typical dull, sterile and open hospital wards with rows of beds became the standard ward of the late nineteenth century and influenced the architecture of medical institutions in the twentieth century. At the same time, death in the hospital was considered a failure, so the dying were transferred to remote rooms so as not to disturb or oppress other patients, or to houses of contempt, from which the medical team would depart, leaving the dying unattended [17, 18].

According to Edwin Heathcoat, emotionally empty architecture detracts from the sanctity of life's thresholds, and it is at those moments when we are most in need of meaningfulness and spiritual uplift that we find ourselves surrounded by dismal displays of hygiene and efficiency [19].

The conflict between treatment and care became acute in the 1950s, demanding a new social and architectural response. St. Christopher's Hospice of the modern model was a proposal to this societal demand. It was Cecilia Saunders who gave her institution the name "hospice" and a new kind of care, palliative ("sheltering" from pain) [20]. Cecilia Sanders' idea that hospice architecture should be a hybrid between a hospital and a home, continuing the religious tradition of care while providing facilities for modern medical care and research, spread actively around the world. This unique building created a specific spatial framework that combines three equivalent functions — community organization, hospital, and comfortable home (Fig. 14).

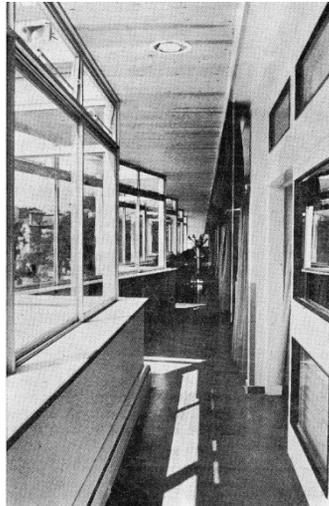
For all the human-centeredness of their institution, the need for evidence-based pain research, important to the young medical industry, could not be overlooked either. To this end, the hospice grounds were specifically designated autopsy rooms, not covered in brochures or public addresses. These rooms were built out of sight, under the access road to the burial site. Postmortem examinations were conducted after obtaining permission from family members. The results



a



b



c

Fig. 14. St. Christopher's Hospice (Bromley, London): *a* — architectural appearance; *b* — ward interior; *c* — cantilevered day space

of the studies have made a meaningful contribution to the understanding of the causes of pain in the dying and further pain management.

The architecture of the building can greatly help in implementing the philosophy of hospice by minimizing staff fatigue and improving the mood of patients, because comfort and aesthetics heal [21]. This “domesticated” space allowed patients to focus on the ability to return to a pattern of independent daily living. The interior spaces of hospices were the exact opposite of mega-hospital spaces: small, easy to navigate, and familiar.

St. Christopher's Hospice not only influenced the construction of hospices throughout the UK, but also became a model for the development of the hospice and palliative care movement in other countries [22]. It is from here that the development of palliative care begins to surge in the twentieth century. First in developed countries and later spreads all over the world, becoming one of the manifestations of humanity and awareness of the society.

CONCLUSION AND DISCUSSION

Thus, it can be summarized that the evolution of palliative care institutions has occurred throughout the life of humanity, sometimes intertwined with health care, but more often following its own path. The paths of medical and palliative care institutions cannot be

considered synonymous, because for very long periods, especially as the so-called efficiency of medical care developed, a fundamental distinction was made between curable and incurable patients, not in favor of the latter. Just as in the days of the ancient gods the dying were left to their own devices, so in the days of “efficient” mega-hospitals the dying were relegated to the most inconspicuous corners or sent home.

The evolution of palliative care was strongly influenced by religious and mystical beliefs, the humanity of society and its traditions.

The greatest contribution to the evolution of palliative care and the development of medicine in general was made by Christianity. It consisted in the creation of caring communities, asylums, strange houses, hospices, monasteries and others that provided individualized medical care for the sick and dying, regardless of nationality, social status, age or severity of condition. This eventually led to the establishment of hospitals and palliative care facilities as we know them today.

The evolution of palliative care facilities for the hopelessly ill has continued throughout its development largely through the efforts of individuals and the dictates of their human and medical duty. It is their resilience and humanity that has allowed this present-day part of health care not to wither away, but to open up and prove to the world that just because a person cannot be cured does not mean that he or she cannot be helped.

REFERENCES

1. Klochko A.R. The history of development of hospices located within the boundaries of cities. *Academia. Architecture and Construction*. 2023; 4:43-50. DOI: 10.22337/2077-9038-2023-4-43-50. EDN BRSVHZ. (rus.).
2. Klochko A. Hospices in the infrastructure of the cities of the RF. *Project Baikal*. 2021; 18(70):162-168. DOI: 10.51461/projectbaikal.70.1908. EDN CTUQER. (rus.).

3. Ferngren G.B., Amundsen D.W. Medicine and Christianity in the Roman Empire: compatibilities and tensions. *Aufstieg und Niedergang der römischen Welt II.37.3*. Berlin, Walter de Gruyter, 1994.
4. Kotgirwar Y. Trends in Hospice Architecture. *Seminar and Technical writing-II PA 494*. 2019. DOI: 10.13140/RG.2.2.13285.65763
5. Retief F., Cilliers L. The influence of Christianity on medicine from Graeco-Roman times up to the Renaissance. *Acta Theologica*. 2010; 26(2). DOI: 10.4314/actat.v26i2.52579
6. Aiken L. et al. *Hospital reform in new Europe*. Moscow, The Whole world, 2002. EDN QLWWCV. (rus.).
7. Zakieva L.F. The analysis of the stages in development and formation of health care facilities. *International Research Journal*. 2016; 11-2(53):73-74. DOI: 10.18454/IRJ.2016.53.154. EDN XBDNXL. (rus.).
8. Brown P. *The rise of Western Christendom*. Oxford, Blackwell, 1997.
9. Cilliers L., Retief F. The evolution of the hospital from antiquity to the end of the middle ages. *Curationis*. 2002; 25(4). DOI: 10.4102/curationis.v25i4.80
10. Sigerist H.E. *Civilization and disease*. Ithaca, Ithaca Press, 1943.
11. Retief F., Cilliers L. Epidemics of the Roman Empire, 27 BC-AD 476. *South African Medical Journal*. 2000; 90(3).
12. Kirsch J.P. St. Fabiola. In *The Catholic Encyclopedia*. New York, Robert Appleton Company, 1909.
13. Aitken J.T., Fuller H.W.C., Johnson D. *The influence of Christians in medicine*. London, Intervarsity Press, 1984.
14. Major R.H. *A history of medicine*. Vol. 1. Springfield, Charles Thomas, 1954.
15. Haggard H. From medicine man to doctor. *History of the Science of Healing*. Moscow, Centerpoligraf, 2012. EDN QMCFJF. (rus.).
16. Shulcheva-Dzharman O. *Hospice: a shelter for the last journey*. Syria, Rome, France, England, Russia. Living Water. 2014; 9. URL: <http://aquaviva.ru/journal/khospis-priyut-dlya-otpravlyayushchegosya-v-poslednee-stranstvie-siriya-rim-frantsiya-angliya-rossiya> (rus.).
17. Aries E. *The Hour of Our Death — the Classic History of Western Attitudes Toward Death Over the Last One Thousand Years*. New York, Knopf, 1981; 560-571.
18. Butler C., Erdman A. *Hospital Planning*. New York, F.W. Dodge corporation, 1946; 154.
19. Heathcote E. Architecture and Health. *Architecture of Hope*. 2015; 52-93.
20. Robert Twycross: “Palliative care is about quality of life”. *Pallium: Palliative and Hospice Care*. 2020; 2(7):51-56. EDN QPSKQB. (rus.).
21. Amin A. *St. Christopher’s Hospice: A Space for the Dying*. 2015. URL: https://cicelysaundersarchive.wordpress.com/2015/12/14/st-christophers-hospice-a-space-for-dying/#_ftn40
22. Kron J. *Designing a better place to die*. New York, 1978; 43-49.

Received October 15, 2024.

Adopted in revised form on November 15, 2024.

Approved for publication on November 15, 2024.

BIONOTES: Asmik R. Klochko — Candidate of Architecture, Associate Professor, Associate Professor of the Department of Architecture; **Moscow State University of Civil Engineering (National Research University) (MGSU)**; 26 Yaroslavskoe shosse, Moscow, 129337, Russian Federation; ID RSCI: 705985, Scopus: 57200113610, ORCID: 0000-0002-1348-7335; KlochkoAR@mgsu.ru.