

Projektowanie architektury wspierającej procesy terapii na przykładzie wybranych szpitali psychiatrycznych w Polsce i w oparciu o ocenę percepcji leczenia wśród młodzieży

Agata Gawlak

agata.gawlak@put.poznan.pl
<https://orcid.org/0000-0002-6234-7953>

*Institut Architektury, Urbanistyki i Ochrony Dziedzictwa,
Wydział Architektury, Politechnika Poznańska*

Daria Smyl

daria.smyl@put.poznan.pl

*Institut Architektury, Urbanistyki i Ochrony Dziedzictwa,
Wydział Architektury, Politechnika Poznańska*

Streszczenie: Specyfika stanu psychiatrii dziecięcej w Polsce oraz niewystarczające zabezpieczenie potrzeb społecznych w tym zakresie stało się przyczyną do podjęcia niniejszego tematu badawczego i przeprowadzenia autorskiego badania jakościowego w podejściu interdyscyplinarnym. Problem został ujęty z punktu widzenia projektowania architektonicznego przestrzeni do terapii dla młodzieży. Celem niniejszych badań jest diagnoza percepcji leczenia psychiatrycznego wśród społeczeństwa w oparciu o przeprowadzone badanie sondażowe wśród 300 osób ankietowanych. Badanie poprzedzono studium in situ trzech losowo wybranych szpitali psychiatrycznych w Polsce, celem weryfikacji jakości przestrzeni zabudowanej stanowiącej środowisko terapii, żeby doprecyzować kontekst architektoniczny badań. Takich badań przeprowadza się nadal stosunkowo niewiele, natomiast percepcja społeczna leczenia psychiatrycznego oraz jakość przestrzeni do leczenia ma istotne znaczenie w obszarze profilaktyki, w obliczu wzrostu liczby zachorowań wśród dzieci i młodzieży, nie tylko w Polsce, ale i na świecie.

W artykule, wskazuje się na rolę jakości przestrzeni terapeutycznej w leczeniu psychiatrycznym jako ważnym elemencie terapii, w ślad za założeniami healing environment oraz patient-centered care oraz patient-centered design, oraz co-design. Ośrodki w Polsce są rozmieszczone w sposób nieregularny, czas oczekiwania na przyjęcie do szpitala wynosi często kilka miesięcy. Natomiast specyfika leczenia psychiatrycznego nie znajduje odzwierciedlenia w programach funkcjonalnych szpitali. Brakuje przestrzeni do alternatywnych form terapii, utrzymywania aktywności przez pacjentów, w tym możliwości korzystania z pobytu na świeżym powietrzu. W badaniach wskazuje się ponadto, że jakość środowiska zbudowanego powiązana jest wprost z dostępnością terapii oraz jej percepcją społeczną.

Niniejszy temat jest niezwykle ważny w kontekście globalnego rozwoju młodych pokoleń i powinien być nieustannie rewidowany z punktu widzenia badań o charakterze interdyscyplinarnym.

Słowa kluczowe: projektowanie architektoniczne, partycypacja, zdrowie psychiczne, szpital psychiatryczny, młodzież, dzieci

Wstęp

Dane światowe potwierdzają, iż lawinowo wzrasta wśród młodych ludzi zachorowalność na różnego rodzaju choroby psychiczne, które nierzadko prowadzą do prób samobójczych [1–4]. Podaje się, że przyczynami takiej sytuacji są m.in.: globalizacja, warunki społeczno-ekonomiczne, trudności okresu dorastania, problemy życia rodzinnego, czy także stres szkolny [5] [6].

Natomiast mimo tego, dostęp do leczenia i odpowiedniej opieki jest nadal nieadekwatny, w porównaniu z innymi grupami wiekowymi [7].

Wskaźnikami, które pozwalają na szacunkową diagnozę kondycji i zdrowia psychicznego wśród młodzieży są m.in. ich liczba hospitalizacji oraz liczba samobójstw. Są to jednak źródła danych oficjalnych, które należy uzupełnić o badania społeczne – sondażowe. Polska w 2017 roku była na drugim miejscu pod względem liczby samobójstw dzieci i młodzieży w Europie. Ten problem wciąż istnieje i nie jest widoczna tendencja spadkowa.

W Polsce, na podstawie oficjalnych danych z Komendy Głównej Policji [8] [9] liczba prób samobójczych wśród dzieci i młodzieży osiągnęła najwyższy od lat wskaźnik i wyniosła w 2021 r. aż 1496 prób, podczas gdy w 2013 r. było ich 357, co oznacza wzrost o ponad 400%. Dane z 2021 w zestawieniu z danymi za rok poprzedni 2020 r. wskazują na wzrost o 77% zachowań samobójczych oraz na wzrost o 19% śmierci samobójczych [8].

Wg danych Głównego Urzędu Statystycznego w Polsce w 2021 r. samobójstwa były drugą pod względem liczebności przyczyną zgonów nastolatków w grupie wiekowej 15–19 lat (co stanowi blisko co piąty przypadek śmierci w tej grupie nastąpił w wyniku samobójstwa) [10]. Należy przy tym mieć na uwadze, że jest to zbiór danych, które zostały przekazane policji. W tle pozostają próby samobójcze dzieci i młodzieży niezgłoszone organom ścigania. Natomiast liczba hospitalizacji również znacząco wzrosła w ostatnich latach. Szacuje się obecnie, że procent dzieci i młodzieży wymagających pomocy psychiatrycznej lub psychologicznej wynosi ok. 9%, podczas gdy dla Europy ten poziom jest bardzo zbliżony i wynosi 10% [11]. Mogą to powodować liczne programy pro-zdrowotne. Średni czas oczekiwania na hospitalizację (oddział psychiatryczny) lub na wizytę w poradni wyniósł w PL 2021 r. 66 dni, natomiast czas oczekiwania na przyjęcie na oddział dzienny psychiatryczny wyniósł ponad 230 dni [12]. Specjaliści zwracają jednak uwagę, iż zwiększająca się liczba leczonych przypadków chorób psychicznych wśród dzieci i młodzieży może wynikać również ze zwiększającej się dostępności leczenia oraz wiedzy o możliwościach zapobiegania.

Natomiast mimo tego, zdrowie psychiczne, mimo prób nagłaśniania tej problematyki, wciąż pozostaje tematem owianym społecznym tabu. Świadomość społeczna na temat zaburzeń psychicznych nie jest wystarczająca, nadal wiąże się z pewnym wstydliwym stygmatem, co często prowadzi do opóźnienia w poszukiwaniu pomocy i podejmowania leczenia.

Szczególnie bagatelizowane są problemy dzieci oraz młodzieży, a często to багаż doświadczeń z najmłodszych lat kumuluje się i uwidacznia w dorosłym życiu. Stąd wzrasta potrzeba zwiększenia dostępności ośrodków ochrony zdrowia – szpitali psychiatrycznych i tworzenia przestrzeni wspierającej ten specyficzny proces terapii.

Brak specjalistów i wystarczającej liczby ośrodków oraz ich nierównomierne rozmieszczenie wydają się być główną przyczyną w zaistniałym impasie. Natomiast często wskazuje się również, że to jakość środowiska zbudowanego i przestrzeni terapii stanowi o złej jakości systemu opieki.

„Nierównomiernie na terenie kraju rozmieszczone były także szpitalne oddziały psychiatryczne dla dzieci i młodzieży (żadnego nie było w województwie podlaskim) i oddziałyienne (żadnego nie było w pięciu województwach – lubuskim, opolskim, świętokrzyskim, warmińsko – mazurskim i zachodniopomorskim). W skali kraju, według stanu na koniec 2018 r., świadczeń psychiatrycznych dla dzieci i młodzieży udzielano na 36 oddziałach szpitalnych (w 40 na koniec I półrocza 2019 r.). Na przyjęcie na oddział oczekiwało 402 małoletnich pacjentów w stabilnym stanie zdrowia tj. o 114 osób mniej w stosunku do 2017 r., a średni czas oczekiwania zmniejszył się z dwóch (w 2017 r.) do półtora dnia (w 2018 r.). Spośród ośmiu skontrolowanych szpitali, na koniec 2018 r. pacjenci w stabilnym stanie zdrowia czekali na hospitalizację do trzech – było to 31, 14 i 11 dni. Pacjenci wymagający pilnej hospitalizacji czekali tylko w jednym szpitalu – średnio 13 dni” [13].

Niewystarczająca jest również ilość specjalistów, obecnie w Polsce w psychiatrii dziecięcej pracuje 500 lekarzy, co oznacza ok. 1000 potencjalnych pacjentów na jednego specjalistę [14].

Mała ilość specjalistów, rezygnacja z pracy, rzadziej podyktowana jest warunkami finansowymi, natomiast zdecydowanie częściej samymi warunkami pracy, w tym jakością przestrzeni [15].

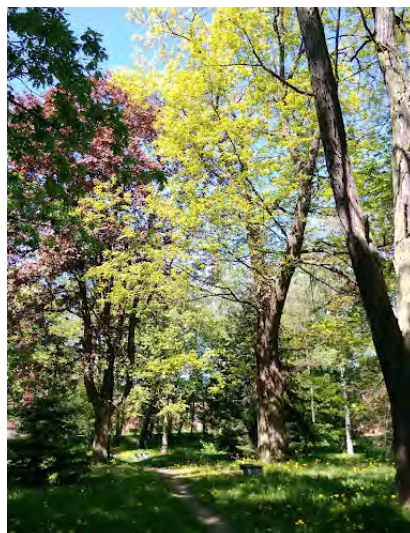
Co istotne, należy również podkreślić, że część pacjentów, z powodu braku miejsc, trafia na inne oddziały, najczęściej są to oddziały psychiatryczne dla osób dorosłych oraz oddziały pediatriczne i internistyczne.

Powyższe dane należy uzupełnić o dane nt. warunków bytowych na oddziałach psychiatrycznych dla dzieci i młodzieży w Polsce. Do głównych problemów należą przepełnione sale oraz nieprzystosowana infrastruktura sanitarna. Tylko 40 proc. szpitali ma jednoosobowe sale, zwykle po jednej lub dwie na oddział. Trochę więcej jest sal dwuosobowych, ma je 50 proc. szpitali – po 3 lub 4 na oddział. Najwięcej jest sal trzy- i czteroosobowych – ma je prawie 60 proc. szpitali. W dziewięciu szpitalach część sal ma łóżka dla 5 pacjentów, a w czterech dla 6 [16].

Wszystkie szpitale spełniają normy dotyczące liczby pomieszczeń higieniczno-sanitarnych przypadających na określoną liczbę pacjentów, ale różnice między poszczególnymi placówkami są bardzo duże. W jednym szpitalu są dwie łazienki na 40 pacjentów, a w innym na tę samą liczbę osób jest ich 8 razy więcej. Podobnie jest z toaletami – czasem na 20 osób przypadają dwie toalety, czasem na 23 osoby jest ich 13 [16].

Stan badań. Analiza architektoniczna zespołów szpitalnych – psychiatrycznych. Badanie in-situ

Celem kwerendy terenowej w trzech szpitalach psychiatrycznych w Polsce była weryfikacja ich infrastruktury oraz diagnoza warunków pobytowych dzieci i młodzieży. Badanie to przeprowadzono w oparciu o wizję lokalną, studia dokumentacji projektowej i inwentaryzacji, dokumentację fotograficzną oraz wywiady z personelem i obserwacje. Szpitale w Polsce są przestarzałe, często mimo prób remontów i modernizacji przez strukturę budynku nie udaje się uzyskać odpowiedniego układu funkcjonalnego spełniającego wymogi obecnego stanu wiedzy na temat technik leczenia. Potwierdzają to studia terenowe. Na potrzeby niniejszego badania przeprowadzono studia przypadku trzech obiektów tj. Szpitala w Starogardzie Gdańskim, w Poznaniu oraz Szpitala w Gnieźnie. Badanie polegało na przeprowadzeniu wizji lokalnej obu obiektów, obserwacji części wspólnych oraz wykonaniu dokumentacji fotograficznej. Są to jedne z największych i najbardziej znanych ośrodków w kraju.



Ryc. 1., 2. Szpital psychiatryczny w Starogardzie Gdańskim [17]

Szpital dla Nerwowo i Psychiczenie Chorych im. Stanisława Kryzana w Starogardzie Gdańskim [5.17]

Szpital posiada ponad 100 letnią tradycję w leczeniu zaburzeń psychiatrycznych. Atutem założenia jest lokalizacja w parku. Cała struktura zespołu budynków została dokładnie zaplanowana. Patrząc na plan układu widać wyraźną oś symetrii. Centrum stanowi budynek administracji, wokół niego rozgałęziają się pozostałe obiekty

stanowiące poszczególne oddziały. Całość przypomina małe miasteczko, które dawniej było samowystarczalne. Wytwarzano prąd, ciepło oraz były budynki, w których mieszkali pracownicy. Na terenie nadal funkcjonują takie obiekty jak piekarnia i sala zabaw.

Taki układ budynku posiada swoje dobre i złe strony. Osobne budynki pozwalają na większą integrację pacjentów i pracowników, tworzą uczucie małej społeczności i bardziej rodzinnego klimatu. Każdy obiekt posiada dostęp do ogrodzonego terenu zieleni. Charakterystyczną cechą budynków są werandy, które często służą jako miejsce palarni.



Ryc. 3. Łazienka nieczynna



Ryc. 4. Sala chorych nieczynna Źródło: Fot. Daria Smył



Ryc. 5. Łazienka w izbie przyjęć



Ryc. 6. Izolatka Źródło: Fot. Daria Smył

Omawiany kompleks szpitalny, ze względu na bycie pojedynczą jednostką skierowaną na pobyt psychiatryczny, która nie ma w swoim otoczeniu innych budynków szpitalnych zajmującymi się innymi schorzeniami posiada własny budynek, gdzie odbywa się podstawowa diagnostyka.

Obecnie funkcjonują tam pracownie USG, RTG, EEG oraz jest możliwa konsultacja ginekologiczna, okulistyczna oraz laryngologiczna. Zaletą takiego rozwiązania jest to, że w razie wystąpienia dolegliwości fizycznych, już na terenie szpitala jest możliwa diagnoza, dzięki której pacjent może być transportowany do specjalistycznego szpitala już ze wstępnym rozpoznaniem.

Kompleks budynków ze względu na czas powstania zawiera oddziały wyłączane z użytku, oczekujące na remont. Jeszcze na początku XX w. rzadko występowały pokoje chorych przeznaczone tylko na kilka łóżek, ale projektowano całe sale wypełnione pacjentami.

Aktualnie trwają prace nad wykończeniem nowej izby przyjęć. Została zapewniona rampa zewnętrzna przeznaczona dla ludzi o ograniczonej zdolności poruszania się. Wnętrze obiektu jest dostosowane do obecnych potrzeb. Na samym wejściu znajduje się przejście, w którym stacjonuje ochrona z dostępem do monitoringu. Przechodząc dalej znajdujemy się w poczekalni. Stamtąd jest dostęp do gabinetów lekarskich oraz do izolatek. Zostało również zapewnione pomieszczenie wypoczynkowe dla personelu. Na piętrze znajduje się strefa dla pracowników, szatnie oraz pokój socjalny.

Klinika Psychiatrii Dzieci i Młodzieży w Poznaniu

Oddział psychiatryczny w Poznaniu jest zdecydowanie nowszym obiektem niż poprzednio omawiany. Dysponuje oddziałami dla mężczyzn, kobiet oraz dziecięco-młodzieżowym.



Ryc. 7., 8. Widok na pokój łózkowy. Źródło: Daria Smyl

Rozpoczynając od izby przyjęć można zauważyć stanowisko przyjęć oraz poczekalnie. Bezpośrednio do niej przylegają gabinety lekarskie, które są wysoce zabezpieczone przez zdewastowaniem. Stół i krzesło są przytwierdzone do posadzki, umywalka znajduje się w szafie, a pod stolikiem znajduje się przycisk alarmowy.



Ryc. 7. Przycisk alarmowy pod stołem lekarskim. Źródło: Daria Smyl

Oddziały dla dorosłych są w stanie akceptowalnym, zazwyczaj znajdują się pokoje trzy-, czteroosobowe lub dwuosobowe. Pacjenci mają dostęp do pokoju rekreacyjnego z możliwością oglądania telewizji oraz czytania książek.

Personel podczas wywiadów mocno narzekał na niewystarczającą ilość magazynów, cyt.: „jeśli dla was wydaje się, że jest ich dużo, to dla nas to i tak nie jest wystarczająco”. Często przez to w gabinetach pielęgniarek oddziałowych można zauważyć zapasy np. papieru toaletowego na wysokich szafach.



Ryc. 8. Widok pokoju rekreacyjnego. Źródło: Daria Smyl

Niestety oddział dziecięco-młodzieżowy jest znacznie przeładowany i zniszczony. Pokoje teoretycznie dwuosobowe są wyposażone w trzy łóżka ograniczając przy tym komfort i poruszanie się zarówno pacjentów jak i personelu. Oddział jest przeznaczony teoretycznie dla 25 pacjentów, ale czasem ich liczba dochodziła do 45.

Łazienki są zdewastowane, brakuje miejsca do nauki, dzieci i młodzież jest zmuszona do odbywania nauki w świetlicy oraz jadalni.



Ryc. 11., 12. Widok na łazienki na Oddziale dziecięco-młodzieżowym. Źródło: Daria Smyl

Zaburzenia, z którymi trafiają pacjenci są różne. Kiedyś częściej trafiały osoby chore na schizofrenię, teraz z kolei częstsze są zaburzenia osobowości, problemy z agresją. Najmłodszy pacjent w tym ośrodku miał 3 lata.

Wojewódzki Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych Dziekanka

Szpital ma podobną strukturę do szpitala w Starogardzie Gdańskim. Wszystkie budynki stanowią kompleks zabudowy. Podczas rozmowy z personelem pielęgniarskim udało się poznać perspektywę personelu. Oddział dziecięco-młodzieżowy znacznie różni się od pozostałych. Pobudka odbywa się o godzinie 7:00, następnie pacjenci udają się na posiłek, następnie jest kąpiel i wydawanie leków. Dzieci i młodzież, którzy są w stanie uczęszczać na zajęcia lekcyjne, ze względu na obowiązek edukacji w Polsce szykują się do szkoły. Pozostali pacjenci odbywają terapię zajęciową. Polegają one na rysowaniu itp.

Około 14–15 odbywają się typowe zajęcia z wychowawcami, odrabianie lekcji, gry, ok. godz. 17–19 kąpiel, przygotowanie ubrań na kolejny dzień, następnie o godzinie 19:00 kąpiel i wydawanie leków, a o godz. 21:00 mycie zębów, telewizja i rozmowy.

Pacjenci na oddziale nie mają dostępu do swoich telefonów komórkowych. Kontakt z rodziną i znajomymi mogą utrzymywać wyłącznie dzięki automatom na kartę.

Zagrożeniem może być wszystko. Klamki, zszywki od zeszytów, ostre krawędzie, gniazdka elektryczne, włączniki do światła.

Okna zabezpieczone kratami, klamki zabezpieczone, szyby bezpieczne. Pacjenci są agresywni wobec siebie, swoich rówieśników oraz personelu. Kreatywność dzieci nie ma granic.

Dzieci i młodzież mają dostęp do ogrodzonego terenu wyłącznie pod opieką personelu, gdzie znajduje się boisko oraz inne elementy małej architektury, które wspierają aktywność fizyczną pacjentów oraz umożliwiają upust stłamszonych emocji.



Ryc. 13. Wojewódzki Szpital dla Nerwowo i Psychiczenie Chorych Dziekanka Źródło: Daria Smył



Ryc. 14. Widok na budynek Oddziału dziecięco-młodzieżowego. Źródło: Daria Smył

Niestety ogrodzenie terenu zielonego nie stanowi dla pacjentów przeszkody w próbie ucieczki. Wystarczy chwila nieuwagi personelu, aby pacjent przez nie przeskoczył. Zdarzają się zorganizowane próby ucieczki, dzieci zbierają się przy ogrodzeniu i wspólnie realizują swój plan. Zazwyczaj nie udaje im się uciec poza teren szpitala. Osoba, której udało oddalić się dalej są niezwłocznie powiadomione odpowiednie służby.

Pacjenci mogą dostać się do takiego ośrodka w trybie nagłym będąc przetransportowanym karetką lub posiadając skierowanie od lekarza rodzinnego lub psychiatry.

Niestety ze względu na niewystarczającą liczbę miejsc na oddziałach dziecięco-młodzieżowych, obowiązuje długa liczba oczekujących na przyjęcie. Średni pobyt pacjenta to 2 tygodnie, ewentualnie do 6–8. Dłuższe pobyty to zazwyczaj decyzja sądu. Czasami pacjent jest w stanie opuścić oddział nawet po jednym dniu, gdy stan się ustabilizuje.

Młodzi pacjenci zgłaszają się głównie z zaburzeniami zachowania. Występują również takie choroby jak ADHD i depresja.

W budynku występuje podział na dwa piętra. Na parterze znajdują się pacjenci powyżej 15 roku życia oraz pacjenci agresywni. Piętro obejmuje dzieci najmłodsze. Pokoje są 4-osobowe oraz 1-osobowe izolatki. Tam znajdują się pacjenci wymagający szczególnej uwagi, często agresywni, którzy wymagają zabezpieczenia pasami na czas agresji.

Wychowawca nie może opiekować się więcej niż 8 dzieci, praca jest obciążająca, wymaga dużej uwagi i skupienia. Pacjenci mają zmienność nastroju i bywają czasem nieobliczalni.



Ryc. 15. Widok na boisko Oddziału dziecięco-młodzieżowego. Źródło: Daria Smyl



Ryc. 16. Widok na Oddział nr 14 podczas remontu. Źródło: Daria Smyl



Ryc. 17., 18. Widok pokoju łóżkowego oddziału detoksykacji. Źródło: Daria Smyl

Przeprowadzanie remontów i modernizacji w takich budynkach jest szczególnie kłopotliwe ze względu na konserwatora budynku. Wymiana stolarki okiennej, tak aby odwzorowywała pierwotną generuje ogromne koszty.

Oddział detoksykacji szpitala HCP w Poznaniu jest przeznaczony na około 30 pacjentów. Spełnione są standardy bezpieczeństwa wymagane przy omawianej funkcji szpitala. Okna nie posiadają klamek, są otwierane wyłącznie w godzinach sprzątania pokoi, a kabiny toalet i pryszniców są niezamykane. Pacjenci mają dostęp do sali telewizyjnej, niestety znajduje się tam tylko jedno krzesło za stołem oraz dwa regały z książkami. Większość czasu pobytu dziennego jest spędzany w jadalni. Pacjenci zmieniają aranżacje wnętrza po posiłkach na cele rozrywkowe, graniu w kalambury i wspólne rozmowy.

Podsumowanie kwerendy terenowej

W ramach studiów terenowych dokonano wizytacji trzech szpitali psychiatrycznych w Polsce. W żadnym z odwiedzonych obiektów nie stwierdzono satysfakcjonujących warunków pobytu pod kątem infrastruktury i jakości przestrzeni do leczenia.

Przewijające się uwagi personelu dotyczące rozwiązań funkcjonalno-przestrzennych dotyczyły:

- pokoje bez kamer co zachęca do niebezpiecznych zachowań np. pacjentka obok próbowała wyszarpać słuchawki,
- mała dbałość o estetykę pomieszczeń, np. w palarni ściany pomazane markerami,
- problem z kradzieżą, szczególnie kosmetyków np. zaginęła kurtka,

- małe przyłóżkowe szafki, natomiast pod łózkami pudła z resztą rzeczy,
- brak wystarczającej ilości kadry, np. dwóch psychologów na cały szpital (4 oddziały),
- wyjście na spacer lub do sklepu tylko za zgodą (warunkiem brak myśli samobójczych),
- brak miejsca do nauki,
- zbyt intensywna kolorystyka wnętrza.

Wszystkie te ośrodki, w zakresie przestrzeni pobytowej dla pacjentów zapewniały jedynie tzw. niezbędne minimum, które gwarantowało bezpieczeństwo pobytu i prowadzenie podstawowego leczenia. Istotne w procesie pobytu w szpitalu psychiatrycznym są nie tylko farmakologia i kontakt z lekarzem psychiatrą. Bardzo ważna jest psychoterapia, fizjoterapia, inne aktywności np. sportowe czy możliwość uczestniczenia w zajęciach szkolnych. Niestety, ograniczeniem są najczęściej warunki lokalowe i nieadekwatny program dla budynku.

Metodologia. Badania ilościowe

W drugim etapie, przeprowadzono badanie sondażowe. Celem badania było zdiagnozowanie percepcji i postrzegania leczenia psychiatrycznego w społeczeństwie, głównie wśród młodych osób. Dla przeprowadzenia badania wykorzystano metodę ilościową, korzystając z formularza ankietowego. Badanie zostało przeprowadzone w formie cyfrowej (online) na anonimowej oraz losowo wybranej grupie liczącej 300 osób. Formularz ankietowy składał się z ośmiu pytań zamkniętych, natomiast dodatkowo przy każdym pytaniu formularz dopuszczał odpowiedź otwartą. Skonstruowano pytania, które pozwoliły na zbadanie emocji oraz oczekiwań dotyczących leczenia psychiatrycznego. Formularz obejmował zarówno pytania dotyczące percepcji leczenia psychiatrycznego, w tym w kontekście ewentualnej własnej terapii, jak również pytania o aspekty funkcjonalno-przestrzenne przestrzeni pobytowej w szpitalu psychiatrycznym.

Tabela 1. Wykaz pytań (wywiad ustrukturyzowany)

Czy uważa Pan/Pani za wstydlive korzystanie z pomocy psychologicznej i/lub psychiatrycznej?
Czy w sytuacji wskazań do hospitalizacji psychiatrycznej wyraziłby Pan/Pani zgodę na przyjęcie do szpitala?
Jakie emocje w Pana/Pani otoczeniu (rodzina, znajomi) mogłoby budzić przebywanie na oddziale psychiatrycznym?
Proszę ocenić obawy, które według Pana/Pani wiążą się z ewentualnym pobytem w szpitalu?
Jakie kryteria byłyby dla Pana/Pani ważne przy wyborze psychologicznej/psychiatrycznej opieki zdrowotnej?
Jakie dodatkowe udogodnienia są dla Pana/Pani ważne?
Inne udogodnienia niewymienione powyżej

Czy uważa Pan/Pani za wstydlive korzystanie z pomocy psychologicznej i/lub psychiatrycznej?
 Czy w sytuacji wskazań do hospitalizacji psychiatrycznej wyraziłby Pan/Pani zgodę na przyjęcie do szpitala?
 Jakie emocje w Pana/Pani otoczeniu (rodzina, znajomi) mogłoby budzić przebywanie na oddziale psychiatrycznym?
 Proszę ocenić obawy, które według Pana/Pani wiążą się z ewentualnym pobytem w szpitalu?
 Jakie kryteria byłyby dla Pana/Pani ważne przy wyborze psychologicznej/psychiatrycznej opieki zdrowotnej?
 Jakie dodatkowe udogodnienia są dla Pana/Pani ważne?
 Inne udogodnienia niewymienione powyżej

Celem było więc również uzyskanie informacji nt. szczegółowych rozwiązań oraz udogodnień na oddziale, które powinny zostać uwzględnione na etapie programowania i projektowania tego typu obiektów. Podstawą takiej metodologii jest metoda patient-centered care oraz patient-centered design, która skupia się na indywidualnych potrzebach użytkowników przestrzeni (tu: pacjentów).

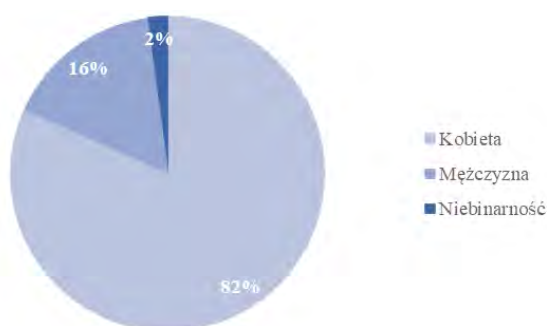
Częściowo wykorzystano również założenia metody health professions education (HPE) [18], jak również metodę Knowledge, Attitude, and Practice (KAP) [19] stosowaną w psychiatrii.

W całości zaś oparto się o założenia metody evidence-design, która w przypadku obiektów ochrony zdrowia postuluje stosowanie tylko takich rozwiązań projektowych, które są uzasadnione wiarygodnymi wynikami badań naukowych [20].

Celem zastosowanych metod było pozyskanie rekomendacji projektowych od potencjalnych pacjentów względem przestrzeni do leczenia, jak również diagnoza ich perspektywy leczenia psychiatrycznego.

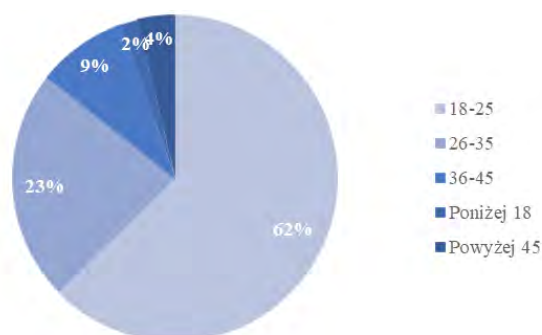
Wyniki

Znacząca większość osób, które wzięły udział w badaniu ankietowym to kobiety (81,9%), mniejszość stanowią mężczyźni oraz osoby niebinarne.



Ryc. 17. Płeć

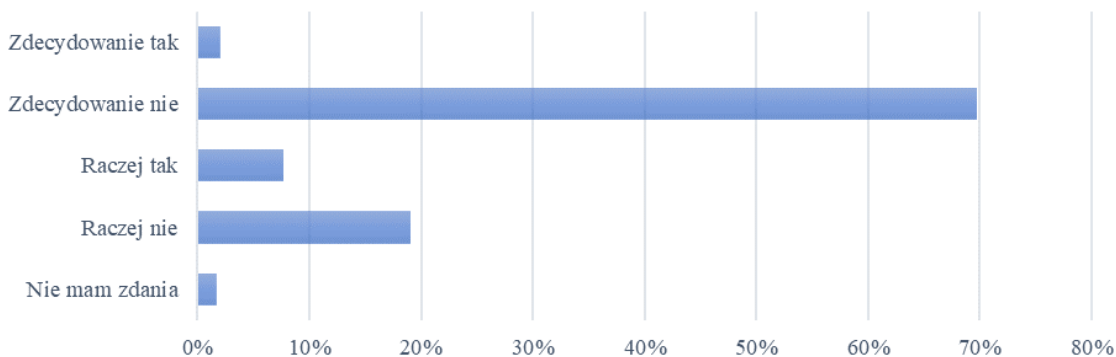
Większość osób uczestniczących w badaniu stanowiły osoby młode w wieku 18–25 (tj. 63,4%), następną wyraźną grupą ankietowanych są osoby w wieku 26–35 lat (23%), a w dalszej kolejności osoby w wieku 36–45 lat. Mniejszy odsetek wśród respondentów stanowią osoby starsze – powyżej 45. roku życia. W badaniu tym najmniej wzięło udział osób poniżej 18. roku życia.



Ryc. 18. Struktura wieku osób badanych

Na pytanie brzmiące: „Czy uważa Pan/Pani za wstydlive korzystanie z pomocy psychologicznej i/lub psychiatrycznej?” większość badanych osób odpowiedziała, że „zdecydowanie nie” (69,7%). W drugiej kolejności pojawiła się odpowiedź – „raczej nie”, a trzeciej – „raczej tak”, co może wynikać ze zmiany w stereotypowym pojęściu społeczeństwa i zwiększającą się akceptacją.

Obawy nadal wyraża ok. 10% badanych, a ok. 2% nie ma wypracowanego zdania na ten temat.

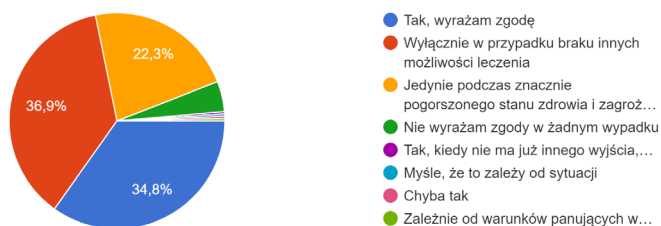


Ryc. 19. Odpowiedzi respondentów na pytanie: Czy uważa Pan/Pani za wstydlive korzystanie z pomocy psychologicznej i/ lub psychiatrycznej?

W kolejnym etapie dokonano próby oceny woli potencjalnego pacjenta na wyrażenie zgody na ewentualną hospitalizację psychiatryczną.

4. Czy w sytuacji wskazań do hospitalizacji psychiatrycznej wyraziłby Pan/Pani zgodę na przyjęcie do szpitala?

287 odpowiedzi

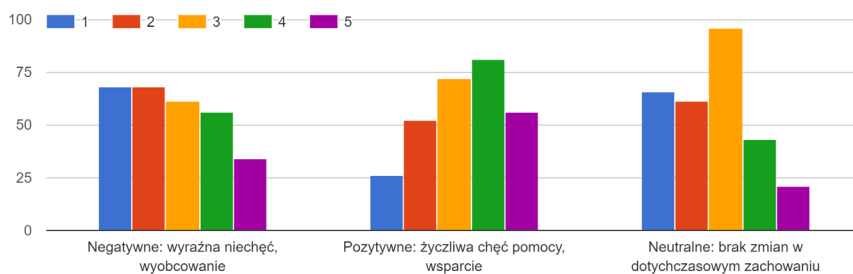


Ryc. 20. Odpowiedzi respondentów na pytanie: Czy w sytuacji wskazań do hospitalizacji psychiatrycznych wyraziłby Pan/Pani zgodę na przyjęcie do szpitala?

W sytuacji wskazań do hospitalizacji zdecydowana większość ankietowanych wyraziłaby zgodę na przyjęcie do szpitala, z tym, że głównie w przypadku braku innych możliwości leczenia albo też jedynie podczas znacznego pogorszenia stanu zdrowia i zagrożenia życia. Mniejszość osób nie wyraża zgody w żadnym wypadku. Zdecydowanie najmniejszy odsetek stanowią ci, którzy ewentualnie zgodziliby się na przyjęcie do szpitala psychiatrycznego, kiedy nie ma już innego wyjścia albo po prostu w zależności od sytuacji czy panujących warunków w szpitalu.

Na podstawie dalszych wyników badania ankietowego można stwierdzić, że przewidywania badanych związane z emocjami otoczenia są różne (patrz Ryc. 21).

5. Jakie emocje w Pana/Pani otoczeniu (rodzina, znajomi) mogłoby budzić przebywanie na oddziale psychiatrycznym? Oceń intensywność w skali od 1 do 5 (1- niewielka, 5- duża)

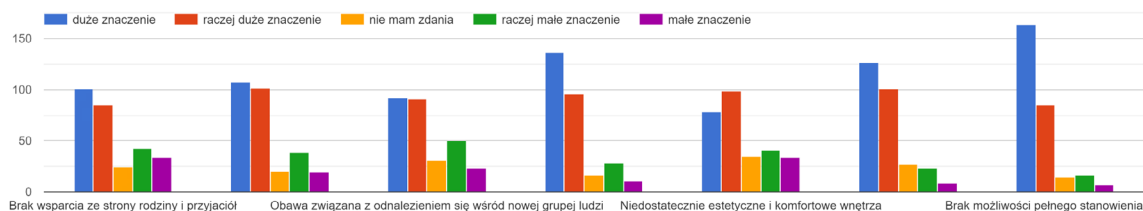


Ryc. 21. Odpowiedzi respondentów na pytanie: Jakie emocje w Pana/Pani otoczeniu (rodzina, znajomi) mogłoby budzić przebywanie na oddziale psychiatrycznym? Oceń intensywność w skali od 1 do 5 (1 – niewielka, 5 – duża)

Respondenci zakładali, że w przypadku przebywania w szpitalu psychiatrycznym spotkaliby się przede wszystkim z emocjami pozytywnymi: życzliwą chęcią pomocy oraz wsparciem od rodziny, znajomych. Niewiele zakłada doświadczenie emocji negatywnych, tj.: wyraźną niechęć czy wyobcowanie.

Ankietowani wpisali też inne niewymienione emocje, które mogłyby być odczuwane przez osoby z ich bezpośredniego otoczenia. Są to głównie negatywne stany, takie jak: lęk, strach, wstyd, smutek, złość, przygnębienie, zażenowanie. Wśród pozytywnych dodatkowych emocji pojawiła się tylko jedna – zaciekawienie.

6. Proszę ocenić obawy, które według Pana/Pani wiążą się z ewentualnym pobytem w szpitalu?

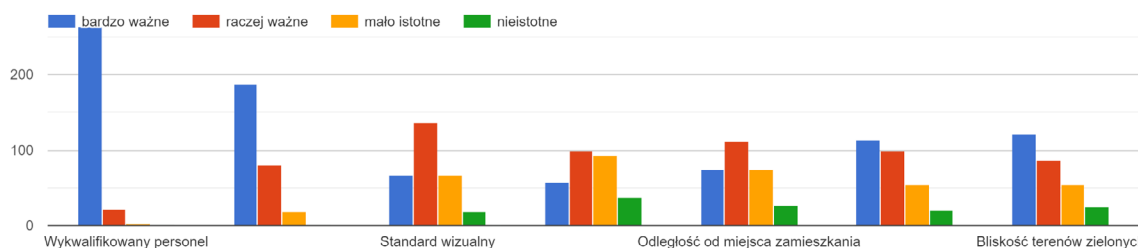


Ryc. 22. Odpowiedzi respondentów na pytanie: Proszę ocenić obawy, które według Pana/Pani wiążą się z ewentualnym pobytem w szpitalu?

Następnie dokonano próby weryfikacji obaw potencjalnych pacjentów wynikających z ich przebywania w szpitalu psychiatrycznym (patrz Ryc. 22). Jako najsilniejsze obawy ankietowani wskazali brak możliwości pełnego stanowienia o sobie, brak prywatności oraz niepewność związana ze sposobem leczenia oraz przyjmowanymi lekami.

Równie silnym aspektem wskazywanym przez badanych były obawy o zaległości w nauce czy też zawodowe, niespełniające oczekiwań warunki pobytu czy kłopoty z odnalezieniem się wśród nowej grupy ludzi. Respondenci odczuwali natomiast mniejsze obawy o brak wsparcia ze strony rodziny i przyjaciół. Innymi wskazanymi obawami były brak możliwości ciekawego spędzania czasu, obawy o własne bezpieczeństwo, brak dostosowanych posiłków do potrzeb zdrowotnych i diety pacjenta, kradzieże, wstyd, skutki uboczne leków, pogorszenie stanu zdrowia itp.

7. Jakie kryteria byłyby dla Pana/Pani ważne przy wyborze psychologicznej/psychiatrycznej opieki zdrowotnej?

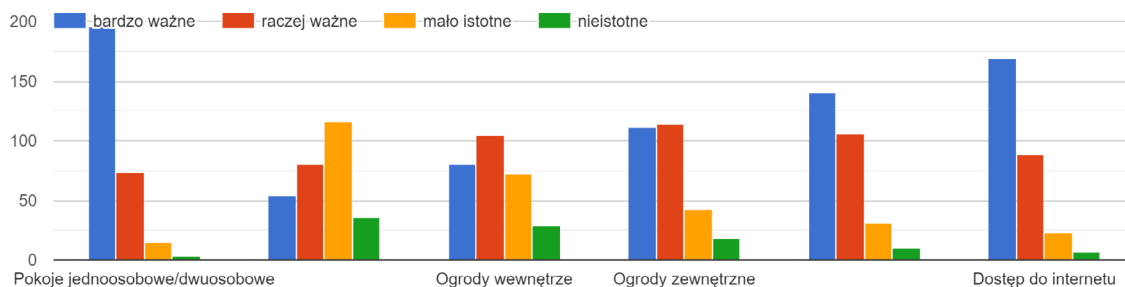


Ryc. 23. Odpowiedzi respondentów na pytanie: Jakie kryteria byłyby dla Pana/Pani ważne przy wyborze

W dalszej części dokonano weryfikacji kryteriów ważnych przy wyborze opieki psychologicznej/psychiatrycznej opieki zdrowotnej (patrz Ryc. 23).

Najważniejszym aspektem wybranym przez ankietowanych był wykwalifikowany personel i zapewnienie intymności przez placówkę. Jest to potwierdzeniem obaw, które zostały przedstawione w poprzednim pytaniu. Dla wielu ludzi ważny jest standard wizualny, bliskość terenów zielonych oraz spokojna i bezpieczna okolica, a także odległość od miejsca zamieszkania. Mniej ważne jest dostępowość do komunikacji publicznej.

8. Jakie dodatkowe udogodnienia są dla Pana/Pani ważne?



Ryc. 24. Odpowiedzi respondentów na pytanie: Jakie dodatkowe udogodnienia są dla Pana/Pani ważne?

Kolejne pytanie dotyczyło udogodnień, jakie wg respondentów powinny znaleźć się w szpitalu psychiatrycznym. Dla grupy osób ankietowanych najważniejszymi dodatkowymi rozwiązaniami były przede wszystkim pokoje jednoosobowe/dwuosobowe oraz dostęp do internetu. Szczególnie wysoką oceną uzyskała obecność wyznaczonej strefy dla odwiedzających i generalnie łatwy dostęp osób odwiedzających pacjentów. W dalszej kolejności istotne okazały się ogrody zewnętrzne, a także ogrody wewnętrzne. Mniej istotny był natomiast dostęp do restauracji. Oprócz tego ankietowani wskazywali też ważność takich udogodnień jak: sklep, kaplica, biblioteka, siłownia, czy pokoje przeznaczone dla dla pacjentów z pupilami.

Wnioski

Pierwszym istotnym wnioskiem wynikającym z przeprowadzonego badania jest fakt pozytywnego nastawienia osób badanych do leczenia psychiatrycznego oraz stosunkowo niewielkie obawy wynikające z reakcji otoczenia. To pozwala przypuszczać, że młodzi ludzie uzyskują wsparcie oraz akceptację w przypadku wystąpienia określonych zaburzeń psychicznych.

Większość obaw wskazywanych przez osoby badane wynika z percepcji przestrzeni szpitalnych, ich dostosowania do potrzeb pacjentów oraz walorów estetycznych. Istotne dla badanych są przede wszystkim pokoje jednoosobowe oraz warunki do przebywania z rodziną czy odwiedzającymi bliskimi. Ponadto, istotne są również możliwości kontynuowania nauki czy pracy, jeśli jest to możliwe w trakcie leczenia. W ten sposób eliminuje się stres pacjentów wynikający z potencjalnych zaległości, biorąc pod uwagę, że pobyt na oddziale psychiatrycznym zazwyczaj jest pobytem długoterminowym.

Otrzymane odpowiedzi znacząco wskazują na wyraźną chęć wysokiego standardu podczas leczenia. Potencjalni pacjenci chcą mieć większą swobodę i możliwość decydowania o sobie. Są to czasem aspekty wykluczające się, z uwagi na stan zdrowia oraz nadrzędność konieczność zapewnienia poczucia bezpieczeństwa w trakcie pobytu w szpitalu. Natomiast nie można ich ignorować. Jednak, nie można także ignorować, iż zdecydowana większość ankietowanych ma obawy dotyczące stereotypowego wyglądu szpitala psychiatrycznego i traktowania przez personel. Pokutuje w powszechnej świadomości społecznej niekorzystny wizerunek szpitala psychiatrycznego oraz przestrzeni do leczenia.

W ewaluacji wszystkich trzech szpitali psychiatrycznych stwierdzono brak wykorzystania przestrzeni zielonych w procesie terapii i rekonwalescencji, co jak potwierdzają wcześniejsze badania, mogłoby przynieść określone profity, nie tylko pacjentom, ale również personelowi [21].

Podsumowanie

Rola architekta w kreowaniu przestrzeni zdrowienia jest nie do przecenienia, szczególnie w aspekcie therapeutic design [22] [23] [24]. Zdrowie psychiczne społeczeństwa, w szczególności osób młodych, jest kapitałem i jednocześnie potencjałem katalizującym dalszy rozwój [25].

Projektowanie oddziałów psychiatrycznych dla dzieci i młodzieży musi pozostać konsensem pomiędzy ich potrzebami oraz oczekiwaniami, które mogą na pewnych polach się wzajemnie wykluczać. Fundamentalne jest w tym aspekcie włączanie w proces projektowania i programowania szpitali wszystkich użytkowników, w tym pacjentów. Na pewno, w świetle innych badań, jako kraj, jesteśmy w dobrym momencie, by wprowadzać dalsze udogodnienia do opieki psychiatrycznej dzieci młodzieży [26], także na poziomie jakości przestrzeni pobytowej. Nowa jakość architektury oddziałów psychiatrycznych ma szansę istotnie zmienić ich postrzeganie społeczne, także wśród młodych ludzi. Wymagają oni specyficznego podejścia od służby zdrowia niż pozostali pacjenci, a wzięcie pod uwagę ich perspektywy może mieć wpływ na ich podejście do leczenia i utrzymania zdrowia w przyszłości [27] [28].

Bibliografia

- [1] Inchley J, Currie D, Budisavljevic S, Torsheim T, Jåstad A, Cosma A et al., editors. Spotlight on adolescent health and well-being. Findings from the 2017/2018 Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) survey in Europe and Canada. International report. Volume 1. Key findings. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2020.
- [2] Sagan, A.; Kowalska-Bobko, I.; Biechowska, D.; Rogala, M.; Gałazka-Sobotka, M. Implementation of Mental Health Centres Pilots in Poland since 2018: A Chance to Move towards Community-Based Mental Health Services. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2022, 19, 5774. <https://doi.org/10.3390/ijerph19095774>.
- [3] Raport Dzieci się liczą 2022 – Raport o zagrożeniach bezpieczeństwa i rozwoju dzieci w Polsce, źródło: <https://fdds.pl/co-robimy/raporty-z-badan/2022/dzieci-sie-licza-2022.html> (dostęp: 28.12.2022).
- [4] Kiejna A, Adamowski T, Piotrowski P, Moskalewicz J, Wojtyniak B, Świątkiewicz G, Stokwiszewski J, Kantorska-Janiec M, Zagdańska M, Kessler R. „Epidemiologia zaburzeń psychiatrycznych i dostępność psychiatrycznej opieki zdrowotnej. EZOP – Polska” – metodologia badania [“Epidemiology of mental disorders and access to mental health care. EZOP – Poland” – research methodology]. *Psychiatr Pol.* 2015 Jan-Feb;49(1):5–13. Polish. doi: 10.12740/PP/30810. PMID: 25844406.
- [5] Najwyższa Izba Kontroli: <https://www.nik.gov.pl/aktualnosci/lecznictwo-psychiatryczne-dzieci-i-mlodziezy.html> (dostęp: 10.10.2022).
- [6] Besch, V.; Greiner, C.; Magnin, C.; Nérés, M.D.; Ambrosetti, J.; Perroud, N.; Poulet, E.; Debbané, M.; Prada, P. Clinical Characteristics of Suicidal Youths and Adults: A One-Year Retrospective Study. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2020, 17, 8733. <https://doi.org/10.3390/ijerph17238733>.
- [7] McGorry, P., Bates, T., & Birchwood, M. (2013). Designing youth mental health services for the 21st century: Examples from Australia, Ireland and the UK. *British Journal of Psychiatry*, 202(S54), S30-S35. doi:10.1192/bjp.bp.112.119214.
- [8] Lucyna Kicińska, Jolanta Palma, Raport „Zachowania samobójcze wśród dzieci i młodzieży. Raport za lata 2012–2021” na podstawie danych Komendy Głównej Policji.
- [9] <https://statystyka.policja.pl/st/wybrane-statystyki/zamachy-samobojcze>.
- [10] Główny Urząd Statystyczny, Polska.
- [11] Najwyższa Izba Kontroli, źródło: <https://www.nik.gov.pl/aktualnosci/lecznictwo-psychiatryczne-dzieci-i-mlodziezy.html>.
- [12] basiw.mz.gov.pl. (dostęp: 10.10.2022).
- [13] Małacz A., NIK: Leczenie psychiatryczne dzieci i młodzieży wymaga zmian, źródło: <https://www.prawo.pl/zdrowie/dostepnosc-lecznictwa-psychiatrycznego-dla-dzieci-i-mlodziezy,503080.html> (dostęp: 10.10.2022).
- [14] Nęcki T., Psychiatria dziecięca w Polsce – jaki jest jej stan i potrzeby?, źródło: <https://www.poradnikzdrowie.pl/zdrowie/psychiatria/psychiatria-dziecieca-w-polsce-jaki-jest-jej-stan-i-potrzeby-aa-SkY1-i3zH-NEHm.html> (dostęp: 10.10.2022).
- [15] Raport Psychiatria dzieci i młodzieży w Polsce, Roksana Maślankiewicz, Martyna Bójko Sieć Obywatelska Watchdog Polska, Menedżer zdrowia, wrzesień/październik 5–6/2019.
- [16] <https://www.termedia.pl/mz/Smutny-obraz-psychiatrii-dzieci-i-mlodziezy,36336.html>.
- [17] Szpital w Kocborowie, źródło: <https://kocborowo.pl> (dostęp: 10.10.2022).

- [18] Blouin D. Health professions education as a discipline: Evidence based on Krishnan's framework. *Med Teach*. 2022 Apr; 44(4):445–449. doi: 10.1080/0142159X.2021.2020233. Epub 2021 Dec 29. PMID: 34965185.
- [19] Andrade C, Menon V, Ameen S, Kumar Praharaj S. Designing and Conducting Knowledge, Attitude, and Practice Surveys in Psychiatry: Practical Guidance. *Indian Journal of Psychological Medicine*. 2020;42(5):478–481. doi:10.1177/0253717620946111.
- [20] Ulrich, Roger S., and P. Wilson. "Evidence-based design." *Public Service Review: Health* 8 (2006).
- [21] Curtis, S., Gesler, W., Fabian, K., Francis, S., & Priebe, S. (2007). Therapeutic Landscapes in Hospital Design: A Qualitative Assessment by Staff and Service Users of the Design of a New Mental Health Inpatient Unit. *Environment and Planning C: Government and Policy*, 25(4), 591–610. <https://doi.org/10.1068/c1312r>.
- [22] Connellan K, Gaardboe M, Riggs D, Due C, Reinschmidt A, Mustillo L. Stressed Spaces: Mental Health and Architecture. *HERD: Health Environments Research & Design Journal*. 2013;6(4):127–168. doi:10.1177/193758671300600408.
- [23] Liu, Z.; Yang, Z.; Osmani, M. The Relationship between Sustainable Built Environment, Art Therapy and Therapeutic Design in Promoting Health and Well-Being. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2021, 18, 10906. <https://doi.org/10.3390/ijerph182010906>.
- [24] Staniewska A., *Obłędne ogrody*, Wyd. Politechniki Krakowskiej, Kraków 2020.
- [25] World Health Organization (WHO). *Comprehensive Mental Health Action Plan 2013–2030*. 2021. Available online: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240031029> (accessed on 16 January 2022).
- [26] Viktorsson L, Toïrnavall E, Falk M, Wåhlin I, Yngman-Uhlin P (2022) Young adults' needs when seeking first-line healthcare: A grounded theory design. *PLoS ONE* 17(2): e0263963. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0263963>.
- [27] Douglas CH, Douglas MR. Patient-friendly hospital environments: exploring the patients' perspective. *Health Expectations : an International Journal of Public Participation in Health Care and Health Policy*. 2004 Mar;7(1):61–73. DOI: 10.1046/j.1369–6513.2003.00251.x. PMID: 14982500; PMCID: PMC5060211.
- [28] Shepley M., Pasha S., *Design for Mental and Behavioral Health*, Routledge 2017.

Design approach to challenging architectural facilities Perception of psychiatric treatment of adolescents in Poland and quality of hospital space from the perspective of potential patients

Abstract: Specific Polish conditions of paediatric psychiatry and insufficient supply of medical services in view of social demand for paediatric psychiatric consultancy have motivated us to research the issue and to conduct an original qualitative study within the framework of an interdisciplinary approach. The issue has been presented from the point of view of an architectural design of space dedicated to mental treatment of adolescents. The purpose hereof was to analyse social perception of psychiatric treatment on the basis of surveys conducted on a sample of 300 respondents. Based on the survey, it was diagnosed the social perception of psychiatric treatment in Poland among young potential patients, taking into account the local context. The research was preceded with an in situ study in three randomly selected psychiatric hospitals in Poland in order to verify the quality of hospital space intended for therapy of patients and to identify the areas in which architecture might facilitate patients' well-being and improve work organisation of the medical staff. This type of research studies is relatively rare, whereas social perception of the psychiatric treatment and quality of healing space plays an important role in prophylaxis, especially in view of a rising number of children and adolescents in need of psychiatric consultancy not only in Poland but also worldwide. The article presents the role of healing space as a vital part of mental treatment, in compliance with the assumptions of such concepts as: healing environment, patient-centred care, patient-centred design and co-design. Centres in Poland are irregularly distributed, waiting time for admission often exceeds several months. At the same time the specific nature of psychiatric treatment fails to be adequately reflected in functional designs of hospitals. They lack space dedicated to alternative forms of therapies, patient activities, including outdoor activities. Moreover, the research also shows that the quality of the built environment is directly correlated with therapy accessibility and social perception. This topic is also extremely important for adolescents globally and should be reviewed on regular basis via interdisciplinary research.

Keywords: architectural design, participation, mental health, psychiatric hospital, adolescents, children
