



WYDZIAŁ
ARCHITEKTURY

Imię i nazwisko studenta: [REDACTED]

Nr albumu: [REDACTED]

Poziom kształcenia: studia drugiego stopnia

Forma studiów: stacjonarne

Kierunek studiów: Architektura

Specjalność/profil: -

PRACA DYPLOMOWA MAGISTERSKA

Tytuł pracy w języku polskim: Architektura przestrzeni terapeutycznych - projekt ośrodka dziennego terapii dla młodzieży zmagającej się z depresją.

Tytuł pracy w języku angielskim: Architecture of therapeutic spaces - design of a day therapeutic center for young people.

Opiekun pracy: [REDACTED]

OŚWIADCZENIE dotyczące pracy dyplomowej zatytułowanej:
Architektura przestrzeni terapeutycznych - projekt ośrodka dziennego
terapii dla młodzieży zmagającej się z depresją.

Imię i nazwisko studenta: [REDAKTOWANE]
Data i miejsce urodzenia: [REDAKTOWANE]
Nr albumu: [REDAKTOWANE]

Wydział: Wydział Architektury
Kierunek: Architektura

Poziom kształcenia: studia drugiego stopnia
Forma studiów: stacjonarne

Typ pracy: praca dyplomowa magisterska

1. Oświadczenie dotyczące samodzielności pracy

Świadoma(y) odpowiedzialności karnej z tytułu naruszenia przepisów ustawy z dnia 4 lutego 1994 r. o prawie autorskim i prawach pokrewnych (t.j. Dz.U. z 2022 r. poz. 2509, z późn. zm.) i konsekwencji dyscyplinarnych określonych w ustawie z dnia 20 lipca 2018 r. Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce (t.j. Dz.U. z 2024 r. poz. 1571, z późn. zm.),¹ a także odpowiedzialności cywilnoprawnej oświadczam, że przedkładana praca dyplomowa została opracowana przeze mnie samodzielnie.

Niniejsza praca dyplomowa nie była wcześniej podstawą żadnej innej urzędowej procedury związanej z nadaniem tytułu zawodowego.

Wszystkie informacje umieszczone w ww. pracy dyplomowej, uzyskane ze źródeł pisanych i elektronicznych, zostały udokumentowane w wykazie literatury odpowiednimi odnośnikami zgodnie z art. 34 ustawy o prawie autorskim i prawach pokrewnych.

2. Oświadczenie o stosowaniu narzędzi GenAI

wykorzystywałam/wykorzystywałem narzędzia o potencjalnie niskim stopniu ingerencji

Oświadczam, że treści wygenerowane przy pomocy GenAI poddałam / poddałem krytycznej analizie i zweryfikowałam / zweryfikowałem.

[REDAKTOWANE]

Data i podpis lub uwierzytelnienie w portalu uczelnianym Moja PG

**) Dokument został sporządzony w systemie teleinformatycznym, na podstawie §15 ust. 3b Rozporządzenia MNiSW z dnia 12 maja 2020 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie studiów (Dz.U. z 2020 r. poz. 853). Nie wymaga podpisu ani stempla.*

¹ Ustawa z dnia 20 lipca 2018 r. Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce:

Art. 312. ust. 3. W przypadku podejrzenia popełnienia przez studenta czynu, o którym mowa w art. 287 ust. 2 pkt 1–5, rektor niezwłocznie poleca przeprowadzenie postępowania wyjaśniającego.

Art. 312. ust. 4. Jeżeli w wyniku postępowania wyjaśniającego zebrany materiał potwierdza popełnienie czynu, o którym mowa w ust. 5, rektor wstrzymuje postępowanie o nadanie tytułu zawodowego do czasu wydania orzeczenia przez komisję dyscyplinarną oraz składa zawiadomienie o podejrzeniu popełnienia przestępstwa.

STRESZCZENIE

Z uwagi na wzrastające tempo życia oraz coraz większy stres w medycynie coraz częściej mówi się o chorobach cywilizacyjnych XXI w. Jednym z zaburzeń określanym tym mianem jest depresja. Na polepszenie lub pogorszenie stanu pacjentów, oprócz medycyny, mogą mieć również wpływ inne czynniki – również architektura budynków i pomieszczeń, w których odbywa się leczenie lub terapia.

Współcześnie świadomość projektowa architektów jest coraz większa, a nowe obiekty oraz przebudowy już istniejących ośrodków medycznych powstają w oparciu o badania naukowe.

Praca skupia się na problemie, jakim jest wpływ architektury na polepszenie samopoczucia i powrót do zdrowia osób w wieku dojrzewania, które chorują z powodu obniżenia nastroju. Jej konsekwencją jest projekt koncepcyjny szpitala psychiatrycznego dla młodzieży cierpiącej na depresję.

W celu przeanalizowania problemu oraz sporządzenia wytycznych projektowych została przeanalizowana literatura tematyczna. Do przedstawienia sytuacji depresji w Polsce i na świecie posłużono się przede wszystkim raportami Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) oraz Najwyższej Izby Kontroli (NIK). Aspekty, dotyczące projektowania ośrodków medycznych, w szczególności obiektów leczenia psychiatrycznego, określono na podstawie wielu artykułów naukowych. Większość z nich opiera się na badaniach R. S. Ulricha, który uznawany jest za prekursora w tym temacie.

Aby potwierdzić wnioski sporządzone na podstawie badań, przeprowadzono wywiady zarówno z byłymi pacjentami, jak i personelem szpitali psychiatrycznych. Nie wolno zapomnieć, że są oni tak samo ważnymi użytkownikami tej przestrzeni.

Wykonano również studium przypadku. W tym celu przeanalizowano przykłady istniejących obiektów w Polsce i na świecie.

Analiza problemu, jakim jest projektowanie tak, aby budynek, jego forma, lokalizacja i struktura, miały wpływ terapeutyczny, pozwoliła na sporządzenie wytycznych projektowych. Koncepcja szpitala psychiatrycznego uwzględnia najważniejsze aspekty architektoniczne, wspomagające leczenie. Ośrodek przeznaczony zostanie dla młodzieży, która zmaga się z depresją.

Słowa kluczowe: architektura, szpital psychiatryczny, depresja, leczenie psychiatryczne, architektura terapeutyczna

ABSTRACT

Due to the increasing pace of life and growing stress, in medicine there is increasing talk of 21st-century lifestyle diseases. One of the disorders referred to by this term is depression. Besides medicine, other factors such as the architecture of buildings and spaces where treatment or therapy takes place can also influence the improvement or worsening of patients' conditions.

Contemporary awareness among architects regarding design is growing, and new facilities as well as renovations of existing medical centers are being based on scientific research.

The work focuses on the issue of how architecture affects the well-being and recovery of adolescents suffering from mood disorders. As a result, a conceptual design of a psychiatric hospital for depressed youth has been proposed.

To analyze the problem and draft design guidelines, thematic literature has been reviewed. Reports from the World Health Organization (WHO) and Najwyższej Izby Kontroli (NIK) were primarily used to present the situation of depression in Poland and worldwide. Aspects related to the design of medical facilities, particularly psychiatric treatment facilities, were determined based on numerous scientific articles. Most of them are based on the research of R. S. Ulrich, who is considered a pioneer in this field.

To confirm the conclusions drawn from the research, interviews were conducted with both former patients and psychiatric hospital staff. It is important to remember that they are equally important users of this space.

A case study was also conducted by analyzing existing examples in Poland and worldwide.

The analysis of the problem of designing buildings, their form, location, and structure to have a therapeutic impact, led to the drafting of design guidelines. The concept of the psychiatric hospital incorporates key architectural aspects that support treatment. The facility will be intended for youth struggling with depression.

Keywords: architecture, psychiatric hospital, depression, psychiatric treatment, therapeutic architecture

SPIS TREŚCI

STRESZCZENIE.....	1
ABSTRACT.....	2
SPIS TREŚCI.....	3
WYKAZ SKRÓTÓW I OZNACZEŃ.....	5
1. WSTĘP I CEL PRACY.....	6
2. STAN BADAWCZY.....	8
2.1. TEMATYKA DEPRESJI.....	8
2.2. PROJEKTOWANIE OŚRODKÓW LECZENIA I TERAPII.....	9
3. PROBLEMATYKA DOTYCZĄCA DEPRESJI.....	10
3.1. DEPRESJA WEDŁUG KLASYFIKACJI CHOROÓB PSYCHICZNYCH.....	11
3.2. DEPRESJA WSRÓD POLSKIEJ MŁODZIEŻY.....	12
3.3. LECZENIE DEPRESJI.....	12
3.4. DOSTĘPNOŚĆ LECZNICTWA PSYCHIATRYCZNEGO W POLSCE.....	13
3.4.1. SYTUACJA W TRÓJMIEŚCIE.....	13
4. PROJEKTOWANIE OŚRODKÓW LECZENIA PSYCHIATRYCZNEGO.....	14
4.1. PODŁOŻE HISTORYCZNE.....	14
4.2. OGÓLNE WYTYCZNE.....	15
4.3. WYTYCZNE DLA PROJEKTOWANIA OŚRODKÓW DLA MŁODZIEŻY.....	18
4.4. ASPEKTY PRAWNE.....	21
5. STUDIUM PRZYPADKU.....	22
5.1. CHILD PSYCHIATRY HOSPITALIZATION BUILDING, FRANCJA.....	22
5.2. KRONSTAD PSYCHIATRIC HOSPITAL, NORWEGIA.....	23
5.3. VEJLE PSYCHIATRIC HOSPITAL, DANIA.....	24
6. WNIOSKI Z WYWIADÓW.....	25
6.1. PERSPEKTYWA PACJENTA.....	25
6.2. PERSPEKTYWA PSYCHOLOGA.....	26
7. PODSUMOWANIE I WNIOSKI.....	27
8. OPIS KONCEPCJI PROJEKTOWEJ.....	28
8.1. IDEA PROJEKTOWA.....	28
8.2. LOKALIZACJA.....	29
8.2.1. SPEŁNIENIE WYTYCZNYCH PROJEKTOWYCH.....	29
8.3. ISTNIEJĄCE ZAGOSPODAROWANIE I ANALIZA TERENU.....	30
8.3.1. ISTNIEJĄCE ZAGOSPODAROWANIE TERENU.....	30
8.3.2. MIEJSCOWY PLAN ZAGOSPODAROWANIA TERENU.....	30
8.3.3. ANALIZY TERENU.....	31
8.4. PROJEKT ZAGOSPODAROWANIA TERENU.....	33
8.4.1. URBANISTYCZNE STREFY FUNKCJONALNE.....	33
8.4.2. ŚCIEŻKA SENSORYCZNA.....	34
8.4.3. LOKALIZACJA OBIEKTU NA DZIAŁCE.....	35

8.4.4.	ZGODNOŚĆ Z MIEJSCOWYM PLANEM ZAGOSPODAROWANIA	35
8.5.	PROJEKT ARCHITEKTONICZNY	36
8.5.1.	BRYŁA BUDYNKU	36
8.5.2.	PROGRAM FUNKCJONALNY	37
8.5.3.	DOSTĘPNOŚĆ DLA OSÓB Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ.....	38
8.5.4.	SPEŁNIENIE WYTYCZNYCH PROJEKTOWYCH	38
8.5.5.	ROZWIĄZANIA MATERIAŁOWE	39
8.6.	ELEMENY PROJEKTU TECHNICZNEGO	40
8.6.1.	USTRÓJ I UKŁAD BUDYNKU	40
8.6.2.	OCHRONA PRZECIWPOŻAROWA	40
	BIBLIOGRAFIA	42
	SPIS ILUSTRACJI	45
	ZAŁĄCZNIKI	46
	ZAŁĄCZNIKI GRAFICZNE	54

WYKAZ SKRÓTÓW I OZNACZEŃ

WHO – Światowa Organizacja Zdrowia (*World Health Organization*)

NIK – Najwyższa Izba Kontroli

EBD – *Evidence Based Design*

WSP – Wojewódzki Szpital Psychiatryczny

NAPICU – National Association of Psychiatric Intensive Care

VA – United States Department of Veterans Affairs

MPZP – Miejscowy Plan Zagospodarowania Przestrzeni

1. WSTĘP I CEL PRACY

Choroby psychiczne stają się jednym z największych problemów we współczesnej medycynie. Są one określane mianem chorób cywilizacyjnych XXI w., a w ostatnim czasie coraz częściej zostają tematem publicznej dyskusji¹. Na podstawie Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych IDC-10 (aktualnie obowiązującej w Polsce) została wybrana jednostka chorobowa, na których skupię się w pracy. Jest to zaburzenie nastroju w postaci zaburzenia depresyjnego nawracającego (F33)².

W literaturze depresja definiowana jest jako bardzo bolesne doświadczenie emocjonalne, które trwa dłużej niż zwykłe przygnębienie. Objawy mają wpływ na zaburzenie życia społecznego i emocjonalnego, a także funkcjonowanie organizmu oraz zachowanie człowieka³. Według danych WHO w 2020r. depresja była drugą najpowszechniej występującą chorobą (po chorobie niedokrwiennej serca) Natomiast przewidywania mówią o tym, że do 2030r. będzie ona występować najczęściej⁴. Przyczyną tego są czynniki cywilizacyjne, m.in. coraz szybsze tempo życia, do którego ludzie nie są przystosowani. Nie każdy organizm potrafi sobie poradzić z ogromną ilością stresorów, które towarzyszą nam każdego dnia⁵.

Według statystyk na depresję cierpi 350 milionów osób, z czego 1,5 miliona to Polacy. W naszym kraju zaburzenie dotyka najczęściej osoby w wieku 20-40 lat. Dwukrotnie częściej są to kobiety⁶. Najwyższa Izba Kontroli w swoim raporcie stwierdza, że wskaźnik zachorowalności na depresję rośnie wraz z wiekiem. Z oficjalnych danych wynika, iż w grupie dzieci i młodzieży w wieku od 6 do 12 lat wskaźnik ten wynosi 2%⁷. Wśród starszych nastolatków – do 18. roku życia badania mówią o co najmniej 9%. Jednak szacunki mówią nawet o 65% polskiej młodzieży, przy czym są to przypadki niestwierdzone. 25% tych osób wymaga leczenia⁸.

1 World Health Organization: *Global burden of mental disorders and the need for a comprehensive, coordinated response from health and social sectors at the country level*, 2011, https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA65/A65_10-en.pdf (data dostępu: 25.03.2024).

2 World Health Organization: *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems ICD-10*, 2008, <https://www.who.int/standards/classifications/classification-of-diseases> (data dostępu: 25.03.2024).

3 Krajewska-Kulać E., Kuźel A., Śmigielska-Kuzia J.: Percepcja depresji w wybranych grupach społecznych. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*, 3 (21), 2015, s. 295-302.

4 World Health Organization: *Global burden of mental disorders and the need for a comprehensive, coordinated response from health and social sectors at the country level*, 2011, https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA65/A65_10-en.pdf (data dostępu: 25.03.2024).

5 Czekaj A., Dubel J., Dubel R., Namroży N., Ruszel K.: Depresja i lęk – nieodłączni towarzysze studenta? – rozpowszechnienie zaburzeń psychicznych w środowisku akademickim, czynniki predysponujące do ich wystąpienia, leczenie, formy pomocy. *Quality in Sport*, 8 (3), 2022, s. 31-34.

6 Celińska-Janowicz K., Kazberuk A., Osińska M., Rysiak E., Zadykiewicz R.: Depresja – choroba cywilizacyjna XXI wieku. *Geriatrics*, 11, 2017, s. 123-129.

7 Najwyższa Izba Kontroli: *Zapobieganie i leczenie depresji*, 2018, <https://www.nik.gov.pl/kontrole/P/17/105/LGD/> (data dostępu: 25.03.2024).

8 Dymkowska A., Nowicka-Sauer K.: Depresja wśród młodzieży – problem wciąż aktualny. *Forum Medycyny Rodzinnej*, 2 (9), 2015, s. 124-126.

Jeszcze do niedawna depresja nie była postrzegana jako choroba. Wiele osób uważało, że jest to jedynie chwilowe lub dłuższe pogorszenie nastroju lub „wymysł”. Pocieszający jest fakt, że ostatnie badania wykazują coraz większą świadomość Polaków w tej kwestii. Większość z nich zaczęła postrzegać depresję jako chorobę lub zaburzenie dotyczące zdrowia psychicznego⁹. Nie rozwiązuje to jednak problemu, jakim jest niedobór placówek medycznych, w których młodzież mogłaby podjąć próbę leczenia, jednocześnie nie przerywając edukacji oraz utrzymując stały kontakt z rówieśnikami.

Współcześnie możemy zauważyć coraz większą świadomość społeczną w kwestii zdrowia psychicznego. Odnosi się to również do architektury. Dowodem na to są liczne badania dotyczące wpływu rozwiązań projektowych na poprawę samopoczucia pacjentów. Określane jest to mianem Evidence-Based Design¹⁰. W ostatnich latach zaczęto dostrzegać powiązanie reakcji behawioralno-fizjologicznych z odbiorem przestrzeni. Aktualnie często można spotkać się ze stwierdzeniem, że reakcje te mogą stanowić podstawę do dalszego rozwoju w projektowaniu architektoniczno-urbanistycznym¹¹.

Aby stworzyć odpowiednie środowisko medyczne należy skupić się na konkretnej grupie odbiorców i zaadaptować projekt do potrzeb pacjentów¹². W tym przypadku jest to młodzież cierpiąca na zaburzenie nastroju w postaci depresji. Najczęściej poruszonymi problemami w projektowaniu szpitali psychiatrycznych dla młodzieży jest przede wszystkim odpowiednia kompozycja, atmosfera, światło, bliskość natury oraz bezpieczeństwo. Warto stosować takie rozwiązania architektoniczne, aby przestrzeń była łatwa do przearanżowania oraz dostępna i przejrzysta dla użytkowników (pacjentów, personelu i osób odwiedzających). Wykreowany nastrój powinien być spokojny i domowy, zmniejszając ilość stresorów i wspomagając leczenie. Do wnętrza powinno dostawać się jak najwięcej dziennego światła. Dodatkową zaletą jest widok z okna na zieleni – ogród lub naturalny krajobraz. Biorąc pod uwagę wybraną jednostkę chorobową oraz wiek pacjentów istotne jest także, by zaprojektować budynek, który zapewni bezpieczeństwo nie tylko przebywającej tam młodzieży, ale również personelowi¹³.

Celem pracy jest opracowanie koncepcji architektonicznej szpitala psychiatrycznego dla młodzieży cierpiącej na depresję. Projektowany obiekt powinien być odpowiedzią na współczesne potrzeby społeczeństwa w zakresie opieki i leczenia młodych osób wkraczających w dorosłość. Teren projektowy znajduje się w Gdańsku.

9 Gluchowska P., Gucwa D., Grabowska W. Haideukevich Y., Hołubka Z.: *Raport z badania "Postawy Polaków wobec depresji"*, 2022, <https://wsip.sggw.pl/prace-badawcze-studentow> (data dostępu: 25.03.2024).

10 Kennedy H., Seppänen A., Shaw C., Törmänen I.: Modern forensic psychiatric hospital design: clinical, legal and structural aspects. *International Journal of Mental Health Systems*, 12, 2018, s. 1-12.

11 Bil J., Pawłowski L.: Wpływ architektury na zdrowie psychiczne – wybrane zagadnienia. *Przestrzeń i forma*, 28, 2016, s. 41-52.

12 Marczyńska M.: Architektura w terapii zaburzeń psychicznych. Ośrodek wsparcia zdrowia psychicznego. *Niepełnosprawność – zagadnienia, problemy, rozwiązania*, 1(46), 2023, s. 41-68.

13 Martinez A., Norouzi N., Rico Z.: Architectural Design Qualities of an Adolescent Psychiatric Hospital to Benefit Patients and Staff. *Health Environments Research & Design Journal*, 4 (16), 2023, s. 103-117.

2. STAN BADAWCZY

2.1. DEPRESJA

Ośrodki leczenia zdrowia psychicznego powstają od ponad trzech wieków, natomiast dopiero od trzydziestu lat przy ich projektowaniu stosuje się metody oparte na badaniach naukowych¹⁴.

Problematyka obiektów powstających w myśl EBD jest coraz częściej poruszana w literaturze angielskiej i niemieckiej. W Polsce temat długo wydawał się pomijany.¹⁵ Dopiero w ostatnich latach (być może w wyniku narastającego zjawiska depresji) architektura placówek medycznych zyskała zainteresowanie. Mimo rozwijającego się problemu depresji wśród młodzieży nadal brakuje prac poruszających kwestię projektowania ośrodków leczenia i terapii dla nastolatków.

W dzisiejszych czasach najbardziej aktualnym źródłem na temat depresji, jej kwalifikacji oraz objawów jest Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych opracowana przez WHO¹⁶. Do najistotniejszych prac na temat postępującego zjawiska depresji na świecie należy raport opracowany przez WHO *Global burden of mental disorders and the need for a comprehensive, coordinated response from health and social sectors at the country level*¹⁷.

O podejściu do problemu, reprezentowanych postawach i leczeniu w odniesieniu do młodzieży pisał Adam Raczkowski w artykule *Depresja dzieci i młodzieży – zjawisko i perspektywy pomocy*¹⁸.

W Polsce problematykę zjawiska depresji¹⁹ oraz dostępności do jej leczenia²⁰ skontrolowała NIK. Na podstawie raportów stwierdzono, że w Polsce należy wprowadzić lub zaktualizować obecne programy ochrony zdrowia psychicznego (szczególnie w odniesieniu do profilaktyki depresji u dzieci i młodzieży oraz osób po 65. roku życia) oraz przeprowadzić reorganizację w zakresie dostępu do świadczeń opieki psychiatrycznej.

14 Jaskólska D., Lyon C., McLaughlan R.: Architecture as change-agent? Looking for innovation in contemporary forensic psychiatric hospital design. *Med Humanities*, 47 (4), 2021, s.1-14.

15 Marczyńska M.: Architektura w terapii zaburzeń psychicznych. Ośrodek wsparcia psychicznego. *Niepełnosprawność – zagadnienia, problemy, rozwiązania*, 1 (46), 2023, s. 41-68.

16 World Health Organization: *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems ICD-10*, 2008, <https://www.who.int/standards/classifications/classification-of-diseases> (data dostępu: 25.03.2024).

17 World Health Organization: *Global burden of mental disorders and the need for a comprehensive, coordinated response from health and social sectors at the country level*, 2011, https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA65/A65_10-en.pdf (data dostępu: 25.03.2024).

18 Raczkowski A.: Depresja dzieci i młodzieży – zjawisko i perspektywy pomocy. *Wychowanie w Rodzinie*, 16 (2), 2017, s.315-329.

19 Najwyższa Izba Kontroli: *Zapobieganie i leczenie depresji*, 2018, <https://www.nik.gov.pl/kontrola/P/17/105/LGD/> (data dostępu: 25.03.2024).

20 Najwyższa Izba Kontroli: *Dostępność leczenia psychiatrycznego dla dzieci i młodzieży (w latach 2017-2019)*, 2019, <https://www.nik.gov.pl/aktualnosci/lecznictwo-psychiatryczne-dzieci-i-mlodziezy.html> (data dostępu: 02.04.2024).

2.2. PROJEKTOWANIE OŚRODKÓW LECZENIA I TERAPII

Architektura obiektów medycznych powinna wspomagać leczenie. Prekursorem działań w tym kierunku był Roger S. Ulrich, który już na przełomie lat 80. i 90. XXw. zaczął dostrzegać połączenie między tym, co nas otacza a naszym samopoczuciem. Poruszył wtedy temat tego, jak krajobraz wpływa na naszą psychikę²¹, różnic między reakcją organizmu na naturalne i zurbanizowane środowisko²² oraz wpływu widoku z okna, który może przyspieszyć nasz powrót do zdrowia po operacji²³.

W źródłach dotyczących tworzenia ośrodków medycznych coraz częściej porusza się temat łączenia neurobiologii z architekturą. Zjawisko to nazywane jest neuroarchitekturą²⁴.

Część prac opisuje ciekawy temat, jakim jest projektowanie ośrodków terapii psychicznej w oparciu o model salutogeniczny²⁵.

W literaturze skupiającej się na projektowaniu ośrodków odpowiednich dla osób cierpiących na depresję najczęściej wspomina się o kilku kwestiach. Elementem, który w szczególności pomaga zredukować stres jest natura – zarówno jej bezpośrednia bliskość, jak i sztuka, która ją przedstawia oraz dostęp do dziennego światła. Poruszane są także problemy integracji i prywatności. Należy w szczególności pamiętać o stworzeniu obiektu bezpiecznego dla użytkowników²⁶. Forma i kształty, jakie pojawiają się w przestrzeni także są istotne²⁷.

Ponadto w przypadku młodzieży poruszane są kolejne aspekty. Bardzo ważne jest pierwsze wrażenie, jakie miejsce wywołuje na młodych pacjentach w momencie wejścia do obiektu i rozpoczęcia terapii. Budynek powinien odpowiednio prowadzić swoich odbiorców tak, by samodzielnie mogli go odkryć. Młodzieży należy zapewnić przestrzeń do rozwijania swoich zainteresowań oraz kreatywnej pracy²⁸. Warto zwrócić uwagę na poziom głośności w obiekcie oraz jego najbliższej okolicy oraz aspekty wizualne – kolor, materiał, tekstura i forma²⁹. Dodatkowym atutem będzie bliskość obiektu sportowego. Jak udowadniają badania, aktywność fizyczna może znacząco poprawić kondycję psychiczną człowieka³⁰.

21 Ulrich R. S.: Visual Landscapes and Psychological Well-Being. *Landscape Research*, 4 (1), 1979, s. 17-23.

22 Ulrich R. S.: Natural versus urban scenes: Some psychophysiological effects. *Environment and behavior*, 13 (5), 1981, s. 523-556.

23 Ulrich R. S.: View through a window may influence recovery from surgery. *Science*, 224 (4647), 1984, s. 420-421.

24 Eberhard J. P.: Applying Neuroscience to Architecture. *Neuron*, 62, 2009, s. 753-756.

25 Golembiewski J. A.: Applying a salutogenic model to architectural design for psychiatric care. *Start making sense*, 28 (3/4), 2010, s. 100-117.

26 Borgen L., Gardiner S. K., Lundin S., Ulrich R. S.: Psychiatric ward design can reduce aggressive behavior. *Journal of Environmental Psychology*, 57, 2018, s. 53-66.

27 Banaei M., Hatami J., Gramann K., Yazdanfar A.: Walking through Architectural Spaces: The Impact of Interior Forms on Human Brain Dynamics. *Frontiers in Human Neuroscience*, 11, 2017, s. 1-14.

28 Fricke O. P., Halswick D., Längler A., Martin D. D.: Healing Architecture for Sick Kids. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 47 (1), 2019, s. 27-33.

29 Martinez A., Norouzi N., Rico Z.: Architectural Design Qualities of an Adolescent Psychiatric Hospital to Benefit Patients and Staff. *Health Environments Research & Design Journal*, 16(4), 2023, s. 103-117.

30 Marczyńska M.: Architektura w terapii zaburzeń psychicznych. Ośrodek wsparcia psychicznego. *Niepełnosprawność – zagadnienia, problemy, rozwiązania*, 1 (46), 2023, s. 41-68.

Poruszane są również zagadnienia związane z niekonwencjonalnymi metodami leczenia depresji oraz tworzenia odpowiednich dla nich przestrzeni. Uwagę poświęca się m.in. hortiterapii³¹ oraz zooterapii³². Wspomina się także o istotnej roli aktywności fizycznej w terapii depresji³³.

W Polsce brakuje wytycznych dla projektowania szpitali psychiatrycznych. Obowiązuje jedynie rozporządzenie, które odnosi się do wymagań dla obiektów, w których prowadzona jest działalność lecznicza³⁴. Konkretnie wytyczne dla ośrodków terapii zaburzeń psychicznych pojawiają się jednak na stronach rządowych innych państw, m.in. w Stanach Zjednoczonych³⁵ i Wielkiej Brytanii³⁶.

3. PROBLEMATYKA DOTYCZĄCA DEPRESJI

Problem chorób psychicznych jest coraz bardziej powszechny, a jego skala nadal się poszerza. Według przywołanych wcześniej badań WHO do 2030r. depresja będzie najczęściej występującą przyczyną niepełnosprawności na świecie³⁷. Również w Polsce liczba osób cierpiących z tego powodu wzrasta z roku na rok. Od 2022 do 2023r. odsetek Polaków odczuwających symptomy depresji wzrósł z 61,4% do 72,8%³⁸(Rys.1).

31 Zawiślak G.: Hortiterapia jako narzędzie wpływające na poprawę zdrowia psychicznego i fizycznego człowieka. *Sectio Horticultura*, 25(1), 2015, s. 21-31.

32 Girczys-Połedniok K., Pasierb N., Pudło R., Szymłak A.: Zastosowanie terapii z udziałem zwierząt w praktyce psychiatrycznej. *Psychiatria*, 11(3), 2014, s. 171-176.

33 Marczyńska M.: Architektura w terapii zaburzeń psychicznych. Ośrodek wsparcia psychicznego. *Niepełnosprawność – zagadnienia, problemy, rozwiązania*, 1 (46), 2023, s. 41-68.

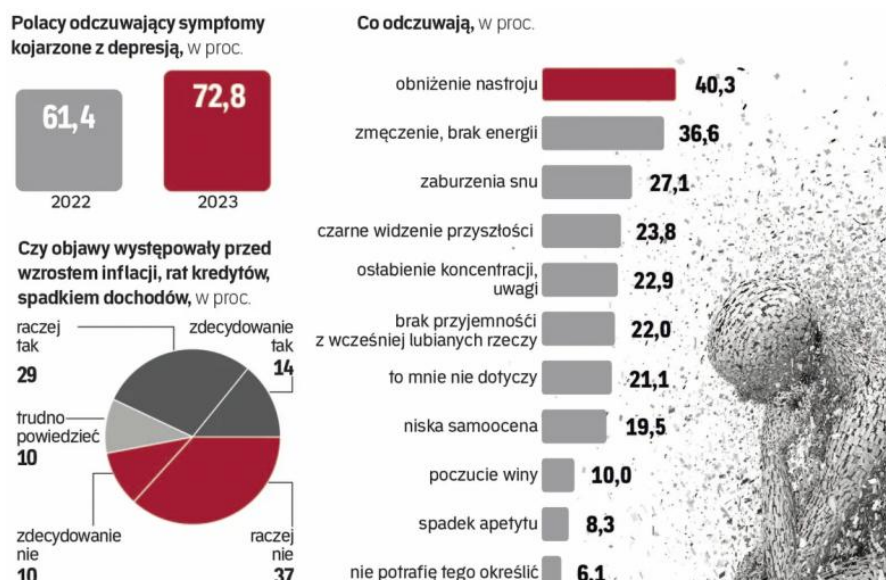
34 Dziennik Ustaw Rzeczypospolitej Polskiej: *Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą*, 2019, <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20190000595> (data dostępu: 22.04.2024).

35 U.S. Department of Veterans Affairs: *Design Guide for Inpatient Mental Health & Residential Rehabilitation Treatment Programme Facilities*, 2021, <https://www.cfm.va.gov/til/dGuide/dgMH.pdf> (data dostępu: 22.04.2024).

36 National Association of Psychiatric Intensive Care and Low Secure Units: *Design Guidance for Psychiatric Intensive Care Units*, 2017, <https://napicu.org.uk/wp-content/uploads/2017/05/Design-Guidance-for-Psychiatric-Intensive-Care-Units-2017.pdf> (data dostępu: 22.04.2024).

37 World Health Organization: *Global burden of mental disorders and the need for a comprehensive, coordinated response from health and social sectors at the country level*, 2011, https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA65/A65_10-en.pdf (data dostępu: 25.03.2024).

38 Mazurkiewicz P.: Depresja Polaków kosztuje już dwa miliardy. Problem może się nasilić. *Rzeczpospolita*, 2023, https://www.rp.pl/finanse/art40194471-poznalismy-najlepszych-audytorow-w-polsce-ranking-rzeczpospolitej?utm_source=rp&utm_medium=komponent_winieta&utm_campaign=RASG (data dostępu: 22.04.2024).



Rys.1 Wyniki badań cyklicznych UCE Research oraz ePsychology, <https://www.rp.pl/gospodarka/art37894161-depresja-polakow-kosztuje-juz-dwa-miliardy-problem-moze-sie-nasilic> (data dostępu 22.04.2024).

3.1. DEPRESJA WEDŁUG KLASYFIKACJI CHOROÓB PSYCHICZNYCH

Aktualnie obowiązującym w Polsce systemem klasyfikacji jednostek chorobowych jest Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10, wydana w 2008r. przez WHO. Od 1 stycznia 2023r. na arenie międzynarodowej obowiązuje rewizja jedenasta. Jak dotąd nie została ona jednak przetłumaczona na język polski.

Według rewizji dziesiątej podczas epizodów depresyjnych (F32) pacjent cierpi z powodu pogorszonego nastroju, braku energii oraz małej aktywności. Obniża się jego poziom odczuwania przyjemności, koncentracja i zainteresowania zmniejszają się. Występuje również częste zmęczenie, mały apetyt oraz zaburzona samoocena i pewność siebie³⁹.

Nawracające zaburzenie depresyjne (F33) cechuje powtarzalność lub ciągłość epizodów depresyjnych. Mogą pojawiać się krótkotrwałe polepszenia nastroju, które mogą być powiązane z leczeniem i terapią⁴⁰.

39 World Health Organization: *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems ICD-10*, 2008, s.222, <https://www.who.int/standards/classifications/classification-of-diseases> (data dostępu: 25.03.2024).

40 Tamże, s.223.

3.2. DEPRESJA WSRÓD POLSKIEJ MŁODZIEŻY

Depresja wśród młodzieży to nie tylko problem aktualny, ale również rozwijający się. Oficjalne dane podają, że 9% osób w okresie dojrzewania cierpi na tę chorobę. Raport GUS (Główny Urząd Statystyczny) z 2023 wykazuje, iż w Polsce żyje 37,8 mln ludzi, w tym ok. 3mln młodzieży.⁴¹ Oznacza to, że w naszym kraju 270 tys. osób w wieku 13-19 dotyka depresja. Biorąc pod uwagę badania, mówiące o wskaźniku zachorowania wynoszącym ok. 20% liczba chorych wynosi już 600 tys. Te liczby udowadniają, że omawiane zjawisko nie jest marginalne.

3.3. LECZENIE DEPRESJI

Aby leczenie depresji było skuteczne powinno się ono odbywać na dwóch płaszczyznach. Farmakoterapia opiera się na doborze leku odpowiedniego do pacjenta oraz o wskazanym profilu działania⁴². Powinno być to wspomagane psychoterapią lub spotkaniami w grupie wsparcia. Celem takiej formy terapii jest wytworzenie się relacji terapeutycznej, dzięki której lekarz jest w stanie zrozumieć podłoże problemu oraz pomóc w zmianie funkcjonowania psychiczno-społecznego pacjenta⁴³.

Współcześnie stosowane są również terapie alternatywne, m.in. hortiterapia, zooterapia i arteterapia. Hortiterapia jest także nazywana ogrodolecznictwem. Może przybierać zarówno formę czynną, jak i bierną – uprawianie ogrodu lub jedynie spacerowanie po nim. Taki kontakt z naturą skutecznie wpływa na dobre samopoczucie i koncentrację⁴⁴. Nawiązanie relacji ze zwierzęciem również pozytywnie wpływa na stan pacjentów, u których zdiagnozowano depresję. Przede wszystkim redukuje lęk, zmniejsza poczucie samotności i poprawia nastrój⁴⁵. Arteterapia pozwala na wstępne określenie stanu pacjenta poprzez wyrażoną przez niego kreację plastyczną. Dzięki niej, pacjenci mogą wyzbyć się swoich negatywnych emocji w twórczy sposób.⁴⁶

Aktywność fizyczna także ma swój udział w terapii depresji. Odpowiednia edukacja zdrowotna społeczeństwa może skutecznie zmniejszyć ilość osób zapadających na tę chorobę cywilizacyjną. Ćwiczenia pozytywnie wpływają m.in. na funkcjonowanie układu nerwowego, co w konsekwencji zmniejsza stany depresyjne⁴⁷.

41 Główny Urząd Statystyczny, *Departament Opracowań Statystycznych: Polska w liczbach 2023*, 2023, <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/inne-opracowania/inne-opracowania-zbiorcze/polska-w-liczbach-2023,14,16.html> (data dostępu: 02.04.2024).

42 Murawiec S.: Rozpoznawanie i leczenie depresji w praktyce lekarza POZ – aspekty praktyczne. *Lekarz POZ*, 5, 2017, s.338-343.

43 Bałkowiec-Iskra E., Cessak G., Ryszewska-Pokraśniewicz B.: Rola farmakoterapii i psychoterapii w leczeniu zaburzeń depresyjnych. *Psychiatria po Dyplomie*, 2013, s.41-44.

44 Zawisłak G.: Hortiterapia jako narzędzie wpływające na poprawę zdrowia psychicznego i fizycznego człowieka. *Secta eee Horticultura*, 25(1), 2015, s. 21-31.

45 Girczys-Połedniok K., Pasierb N., Pudło R., Szymłak A.: Zastosowanie terapii z udziałem zwierząt w praktyce psychiatrycznej. *Psychiatria*, 11(3), 2014, s. 171-176.

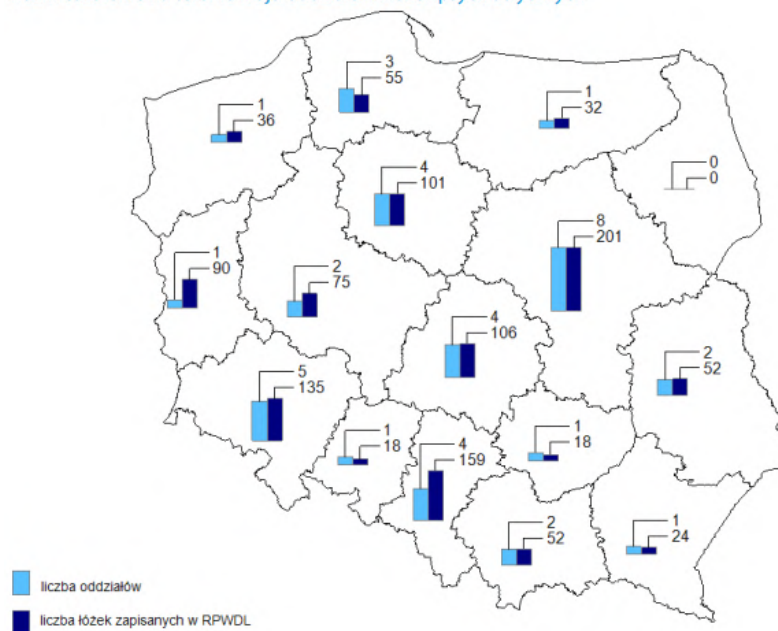
46 Chmielnicka-Plaskota A., Kompowska-Marek R.: Czy arteterapia może wspomagać proces leczenia zaburzeń depresyjnych? – studium przypadku. *Neuropsychiatria. Przegląd Kliniczny*, 10(2-3), 2018, s. 49-54.

47 Marczyńska M.: Architektura w terapii zaburzeń psychicznych. Ośrodek wsparcia psychicznego. *Niepełnosprawność – zagadnienia, problemy, rozwiązania*, 1 (46), 2023, s. 41-68.

3.4. DOSTĘPNOŚĆ LECZNICTWA PSYCHIATRYCZNEGO W POLSCE

W 2019 roku NIK przeprowadziła kontrolę w związku z narastającym problemem. Okazało się, że w analizowanym okresie w aż pięciu województwach nie funkcjonował żaden dzienny oddział psychiatryczny, a w jednym brakowało całodobowego oddziału dla dzieci i młodzieży. Ponad połowa sprawdzanych placówek kontrolą nie realizowała działań w zakresie leczenia zaburzeń psychicznych, co uzasadniano prowadzeniem podobnych działań przez szkoły⁴⁸. Wyniki kontroli wykazują, że nadal brakuje placówek, w których młodzież mogłaby powrócić do zdrowia psychicznego (Rys.2).

Rozmieszczenie na terenie kraju oddziałów i łóżek psychiatrycznych



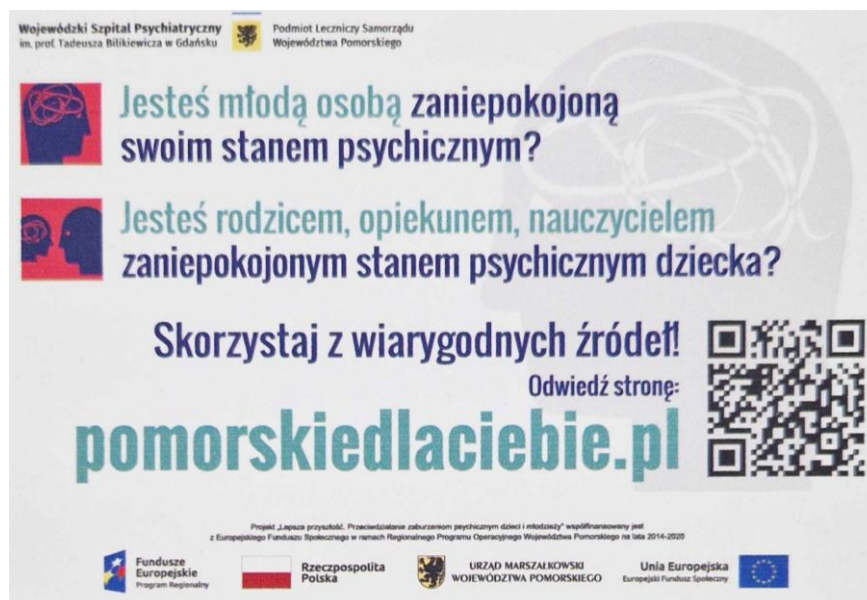
Rys. 2 Rozmieszczenie na terenie kraju oddziałów i łóżek psychiatrycznych – opracowanie NIK na podstawie danych Ministerstwa Zdrowia, <https://www.nik.gov.pl/aktualnosci/lecznictwo-psychiatryczne-dzieci-i-mlodziezy.html> (data dostępu: 02.04.2024).

3.4.1. SYTUACJA W TRÓJMIEŚCIE

W Trójmieście funkcjonuje zdecydowanie za mało placówek, które oferują pomoc młodzieży z depresją. Do najważniejszych z nich należą Wojewódzki Szpital Psychiatryczny im. prof. Tadeusza Bilikiewicza w Gdańsku, Gdański Ośrodek Pomocy Psychologicznej dla Dzieci i Młodzieży w Gdańsku – Wrzeszczu oraz niedawno otwarte Centrum Zdrowia Psychicznego Dzieci i Młodzieży w Gdyni – Grabówku.

Szczególnie WSP nie jest pozytywnie odbierany w opinii publicznej mieszkańców. Mimo upływu lat nadal określany jest mianem „wariatkowa”, co odstrasza potencjalnych pacjentów. Obecnie ośrodek prowadzi kampanie, które zachęcają do zatroszczenia się o własne zdrowie oraz zdrowie naszych bliskich (Rys. 3). Często jednak zdarza się, że młodzież i dzieci trafiają do szpitala w konsekwencji prób samobójczych.

⁴⁸ Najwyższa Izba Kontroli: *Dostępność leczenia psychiatrycznego dla dzieci i młodzieży (w latach 2017-2019)*, 2019, <https://www.nik.gov.pl/aktualnosci/lecznictwo-psychiatryczne-dzieci-i-mlodziezy.html> (data dostępu: 02.04.2024).



Rys. 3 Kampania WSP jako Podmiotu Leczniczego Samorządu Województwa Pomorskiego w celu zachęcenia do zateroszczenia się o zdrowie psychiczne młodzieży, zdjęcie własne.

Obecna sytuacja dostępności do ośrodków leczenia zdrowia psychicznego w Trójmieście potwierdza, iż powstanie szpitala psychiatrycznego jako alternatywy dla obecnie istniejącego jest wskazane. Nowy obiekt bez negatywnej przeszłości mógłby sprawić, że młodzież chętniej korzystałaby z jego usług.

4. PROJEKTOWANIE OŚRODKÓW LECZENIA PSYCHIATRYCZNEGO

Współcześnie architektura obiektów medycznych w dużym stopniu odnosi się do badań wskazujących, iż ma ona istotny wpływ na samopoczucie pacjentów oraz czas, w jakim dochodzą oni do siebie po zabiegach i operacjach. Wyjątkiem nie są placówki, w których świadczone są usługi leczenia psychiatrycznego lub terapii. W związku z tym od około trzech dekad panuje słuszne przekonanie, że takie ośrodki powinny spełniać nie tylko prawne wytyczne, ale również niepisane zasady, które pozytywnie wpływają na dobrostan chorych.

4.1. PODŁOŻE HISTORYCZNE

Obiekty, z których wskutek postępu cywilizacyjnego powstały współczesne szpitale psychiatryczne zaczęły się pojawiać w XVII w. Ówczesnie jednak nie były one traktowane jako placówki medyczne, a jako ośrodki izolacji ludzi „obłąkanych”. Zamykano tam wszystkich ludzi, którzy w jakiś sposób odstawali od społeczeństwa. Takie działanie było formą ratunku przed zarażeniem. Choroby psychiczne nie były wtedy diagnozowane, wskutek czego osoby cierpiące były postrzegane jako „szaleńcy”, przed którymi należy się chronić⁴⁹.

49 Malinowska M.: Przestrzeń psychiatrycznego eksperymentu. Relacja teorii psychiatrii i architektury. *Czas kultury*, 4, 2021, s.122-123.

Dopiero w XIX w. zaczęto postrzegać „obłąkanie” jako chorobę, co doprowadziło do narodzin nowej dziedziny medycyny – psychiatrii. Wskutek tego tendencja do przekształcania klasztorów, twierdz i zamków na zakłady psychiatryczne (przełom XVIII i XIX w.) została zastąpiona tworzeniem ośrodków w nowym stylu. Duży udział miał w tym Johann Christian Reil, który sądził, że leczenie powinno się odbywać w odpowiednich placówkach. Są one bowiem odpowiednio zaprojektowane i wyposażone w sprzęty, których nie ma w domach⁵⁰. W 1803 wydał on esej *Rhapsodien über die Anwendung der psychischen Curmethode auf Geisteszerrüttungen*, w których stwierdził, że zakłady psychiatryczne trzeba lokalizować w pięknym otoczeniu (wśród strumieni, łąk, gór itp.), w oknach nie powinny znajdować się kraty, a wewnątrz należy zaprojektować miejsca do koncentracji umysłu⁵¹.

Pod koniec XIX w. narodził się ruch antypsychiatrów. To wymagało od psychiatrów jeszcze większego zaangażowania i szerzenia przekonania, że osoby chore też mają swoje prawa. W wyniku tych działań wzrosło zainteresowanie zakładem psychiatrycznym jako obiektem architektonicznym. Koncepcja zakładająca konieczność izolacji chorych została zastąpiona modelem, który przedstawiał przestrzeń otwartą i przyjazną, co dawało pacjentom poczucie wolności i normalności⁵².

W XX w. architektura ośrodków psychiatrycznych nie poczyniła znaczącego postępu. Nowe obiekty były raczej modyfikacją lub ulepszoną wersją zakładów powstałych wcześniej⁵³. Dopiero na przełomie XX i XIX w. nastąpił przełom. Projektowanie obiektów medycznych zaczęło opierać na badaniach, które określają jakie rozwiązania pozytywnie wpływają na dobrostan pacjentów.

4.2. OGÓLNE WYTYCZNE

Większość współcześnie przyjętych wytycznych do projektowania obiektów terapeutycznych opiera się na teoriach sformułowanych przez R. S. Ulricha, uważanego za prekursora projektowania wspierającego. Według niego rozwiązania architektoniczne w szpitalach powinny pomagać w redukcji stresu pacjenta, m.in. zapewniając przestrzeń do integracji, wspomagając poczucie kontroli i samodzielności oraz dostarczając pozytywne rozpraszacze⁵⁴.

50 Tamże, s. 123-124.

51 Reil J. C.: *Rhapsodien über die Anwendung der psychischen Curmethode auf Geisteszerrüttungen* 1803.

52 Malinowska M.: Przestrzeń psychiatrycznego eksperymentu. Relacja teorii psychiatrii i architektury. *Czas kultury*, 4, 2021, s.124.

53 Tamże, s. 129.

54 Campbell J., Jovanović N., Priebe S.: How to design psychiatric facilities to foster positive social interaction – A systematic review. *European Psychiatry*, 60, 2019, s. 49–62.

WIDOK Z OKNA

Według badań przeprowadzonych wśród pacjentów stwierdzono, że oglądanie przyrody redukuje stres psychiczny i fizyczny. Zmniejsza także odczuwanie gniewu⁵⁵.

Nie tylko z uwagi na pacjentów sugeruje się projektowanie ośrodków z widokiem na naturę. Również badania przeprowadzone wśród pielęgniarek wskazują, iż osoby, które na co dzień mają zapewnioną ekspozycję na zieleni doświadczają mniejszego stresu związanego z wykonywaną pracą oraz większej satysfakcji zawodowej⁵⁶.

Szczególnie w dobie postępującego rozwoju cywilizacyjnego i tempa życia istotnym jest, by w każdy możliwy sposób starać się redukować otaczające nas stresory. Odpowiednia lokalizacja okien budynku wydaje się jednym z prostszych rozwiązań.

DOŚWIETLENIE

Podczas leczenia, oprócz skuteczności, ważnym aspektem jest również jego długość. Według przeprowadzonych badań na czas pobytu w szpitalu może wpłynąć ilość dostarczanego do pomieszczenia światła. Leczenie hospitalizowanych pacjentów z depresją przebywających w pomieszczeniach o większym nasłonecznieniu trwało krócej niż tych chorych, do których pokoi docierało mniej dziennego światła⁵⁷.

Podobnie jak w przypadku widoku z okna, również personel medyczny odczuwa wyższą satysfakcję z pracy, lepszy stan zdrowia oraz mniejszy stres, jeżeli ma dostęp do większej ilości naturalnego doświetlenia⁵⁸.

BLISKOŚĆ NATURY

Badania wykazują, że najlepszym rodzajem sztuki w przypadku oddziałów psychiatrycznych są krajobrazy przedstawiające naturę. Dzieła abstrakcyjne mogą bowiem wywoływać niepokój wśród pacjentów i stres. Popierają to badania z zakresu neurologii, które stwierdzają, że wzrok człowieka najlepiej odbiera i przetwarza realistyczne sceny obrazujące zieleni⁵⁹ (Rys. 4).

55 Borgen L., Gardiner S. K., Lundin S., Ulrich R. S.: Psychiatric ward design can reduce aggressive behavior. *Journal of Environmental Psychology*, 57, 2018, s. 57.

56 Tamże, s. 57.

57 Barbini B., Bendetti F., Campori E., Colombo C., Smeraldi E.: Morning sunlight reduces length of hospitalization in bipolar depression. *Journal of Affective Disorders*, 62, 2001, s.221–223.

58 Borgen L., Gardiner S. K., Lundin S., Ulrich R. S.: Psychiatric ward design can reduce aggressive behavior. *Journal of Environmental Psychology*, 57, 2018, s. 57.

59 Fernandez D., Wilkins A. J.: Uncomfortable images in art and nature. *Perception*. 37(7), 2008, s.1098–1113.



Rys. 4 Wizualizacja zwycięskiego projektu szpitala psychiatrycznego w Helsingborg w Szwecji (projekt Schmidt Hammer Lassen Architects) - wizualizacja przedstawia pokój pobytowy z dużymi oknami zapewniającymi dzieńne nasłonecznienie i ekspozycję na zieleń oraz obrazem ilustrującym naturę, https://www.archdaily.com/348441/helsingborg-hospital-extension-winning-proposal-schmidt-hammer-lassen-architects?ad_source=search&ad_medium=projects_tab.

PRYWATNOŚĆ A INTEGRACJA

Każdy człowiek ma prawo do prywatności, jednak w przypadku leczenia psychiatrycznego często istotnym aspektem jest również integracja z innymi pacjentami. Z tego powodu ośrodki leczenia lub terapii powinien zapewniać przestrzeń dla obu sytuacji.

W szpitalach przeznaczonych dla osób chorych na depresję najlepiej sprawdzają się pokoje pobytowe dwuosobowe lub jednoosobowe. W przypadku takich pacjentów często istnieje zagrożenie związane z próbą samobójczą. Obecność współlokatora może pomóc w nadzorze nad sobą nawzajem i zmniejsza poczucie samotności. Rozwiązaniem, które zapewnia więcej prywatności są pokoje jednoosobowe. Jednak w tej sytuacji konieczny jest dodatkowy nadzór i obserwacja nad chorymi. Nie należy projektować pokoi z większą ilością łóżek. Może to skutkować większym stresem, a to z kolei agresją, spowolnieniem leczenia oraz wycofaniem społecznym wśród pacjentów⁶⁰.

Aby nie zakłócać prywatności pacjentów, a jednocześnie nie izolować ich od społeczeństwa, należy zapewnić przestrzeń wspólną. Takie pomieszczenie powinno być przestronne i łatwe do przearanżowania. Dzięki temu możliwa będzie integracja w różnych grupach. Towarzystwo innych pozwoli zmniejszyć poczucie odosobnienia oraz zmniejszyć lęk społeczny⁶¹.

⁶⁰ Borgen L., Gardiner S. K., Lundin S., Ulrich R. S.: Psychiatric ward design can reduce aggressive behavior. *Journal of Environmental Psychology*, 57, 2018, s. 56.

⁶¹ Tamże, s. 56.

BEZPIECZEŃSTWO

W obiektach medycznych, a w szczególności szpitalach psychiatrycznych, bardzo ważne jest bezpieczeństwo wszystkich użytkowników. Na niebezpieczeństwo narażeni są nie tylko pacjenci, ale również personel i osoby odwiedzające. Z tego powodu budynki projektowane są w taki sposób, by możliwie najskuteczniej zapobiegać niepożądanym epizodom w postaci samookaleczania, prób samobójczych czy ataków agresji⁶². Przestrzenie powinny zapewniać możliwie najlepszą widoczność, maksymalizując pole widzenia i eliminując martwe pole. Należy unikać wąskich korytarzy i ciemnych zakamarków⁶³.

FORMA I KSZTAŁT

Badania dowodzą, że towarzyszące nam formy architektoniczne mają wpływ na emocje. Według niektórych z nich zakrzywione linie odbierane są jako „spokojne, wdzięczne i czułe”, podczas gdy linie proste określane były mianem „solidnych, energicznych i bardziej dostojnych”. Taki wynik pomaga sformułować wniosek, że w ośrodkach terapii powinny pojawiać się łuki oraz obłe formy. Nie należy jednak stosować tych kształtów w zbyt dużych ilościach, ponieważ może to oddziaływać negatywnie i powodować stres⁶⁴.

4.3. WYTYCZNE DLA PROJEKTOWANIA OŚRODKÓW DLA MŁODZIEŻY

ATMOSFERA I AKUSTYKA

Atmosfera definiowana jest jako reakcja emocjonalna na otoczenie. W przypadku ośrodków leczenia i terapii na atmosferę mogą wpływać formy i kształty pojawiające się w budynku, zastosowane materiały oraz poziom hałasu. Stworzenie odpowiedniej atmosfery wewnątrz oraz na zewnątrz obiektu znacząco wpływa na dobre samopoczucie, zmniejszenie stresu, a także zwiększa społeczne zaangażowanie⁶⁵.

Przestrzeń skutecznej terapii powinna być cicha. Przy wyborze lokalizacji ośrodka leczenia psychiatrycznego należy pamiętać, że powinien się on znajdować w okolicy oddalonej od miejsc wywołujących duży hałas np. lotniska, dworce, ruchliwe ulice. W przeciwnym przypadku pacjenci będą narażeni na rozdrażnienie, dodatkowy psychiczny ból oraz bezradność. Otoczeniem pożądanym dla obiektów terapii jest bliskość natury. Szum drzew, śpiew ptaków oraz odgłos płynącej wody tworzą spokojne środowisko dla pacjentów i personelu⁶⁶.

62 Lundin S.: Can Healing Architecture Increase Safety in the Design of Psychiatric Wards?. *Health Environments Research & Design Journal*, 14 (1), 2021, s. 106-117.

63 Martinez A., Norouzi N., Rico Z.: Architectural Design Qualities of an Adolescent Psychiatric Hospital to Benefit Patients and Staff. *Health Environments Research & Design Journal*, 16 (4), 2023, s. 112-113.

64 Banaei M., Hatami J., Gramann K., Yazdanfar A.: Walking through Architectural Spaces: The Impact of Interior Forms on Human Brain Dynamics. *Frontiers in Human Neuroscience*, 11, 2017, s. 1-14.

65 Martinez A., Norouzi N., Rico Z.: Architectural Design Qualities of an Adolescent Psychiatric Hospital to Benefit Patients and Staff. *Health Environments Research & Design Journal*, 16 (4), 2023, s. 109.

66 Tamże, s. 109.

PIERWSZE WRAŻENIE

Moment, w którym pacjent wchodzi do budynku, rozpoczynając leczenie ma ogromny wpływ na dalszy proces terapii. Pierwsze wrażenie często definiuje naszą opinię i oczekiwania wobec zastanego otoczenia. By młodzież poczuła się akceptowana ze swoimi potrzebami należy zaprojektować przyjazną przestrzeń. Elementami, które mogą pomóc w uzyskaniu tego efektu jest dzienne światło, ciepłe kolory oraz naturalne rozwiązania materiałowe⁶⁷.

PROWADZENIE UŻYTKOWNIKA

Obiekt, którego głównymi użytkownikami są osoby młode powinien zapewniać im możliwość do samodzielnego poznawania przestrzeni wokół nich. Budynek powinien pozwalać się odkrywać, jednocześnie odpowiednio prowadząc. Dzięki temu pacjenci będą mogli poczuć większą niezależność⁶⁸. Jeśli obiekt oferuje swoją architekturą możliwość wyboru własnej drogi zwiększa to poczucie kontroli. Pacjenci mogą modyfikować i personalizować ścieżki, którymi podążają, kształtując sobie opinię⁶⁹. W okresie dojrzewania jest to bardzo ważne.

SAMOROZWÓJ

Osoby w młodym wieku dopiero poznają siebie, swoje potrzeby i zainteresowania. Z tego powodu należy zapewnić im przestrzeń w której będą mogły rozwijać swoje pasje i wykazać się kreatywnością. Młodzież często posiada potrzebę do podkreślenia swojej indywidualności lub podzielenia się twórczością ze światem. Dobrym rozwiązaniem w ośrodku leczenia psychiatrycznego może być pusta ściana, na której pacjenci mogą umieszczać swoje rysunki bądź zdjęcia. Możliwość wyrażenia swojej kreatywności jest również formą terapii⁷⁰.

KOMUNIKACJA

Znacznym ułatwieniem dla młodych osób, które nadal uczęszczają do szkoły, jest dobre połączenie komunikacyjne z resztą miasta. W przeciwieństwie do osób dorosłych, młodzież często nie porusza się samochodem. Z tego powodu należy szczególnie przemyśleć lokalizację ośrodków projektowanych dla takich użytkowników.

67 Fricke O. P., Halswick D., Längler A., Martin D. D.: Healing Architecture for Sick Kids. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 47 (1), 2019, s. 31.

68 Tamże, s. 31.

69 Bergamin J., Bockting C. L., Denys D., Kiverstein J., Luigjes J.: Defining Autonomy in Psychiatry. *Frontiers in Psychiatry*, 13, 2022, s. 1-11.

70 Fricke O. P., Halswick D., Längler A., Martin D. D.: Healing Architecture for Sick Kids. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 47 (1), 2019, s. 32.

KOMPOZYCJA

Architektura obiektu przeznaczonego dla nastolatków powinna odpowiadać ich potrzebom, wspomagać terapię i przygotować ich do życia poza ośrodkiem. Sugeruje się projektowanie szpitali psychiatrycznych jako „małych miasteczek”, gdzie zabudowa otacza dziedziniec dostępny dla pacjentów. Takie zamknięte kampusy tworzą poczucie bezpieczeństwa i zapewniają spokój, co jest szczególnie ważne w przypadku osób cierpiących na depresję⁷¹ (Rys. 5).



Rys. 5 Rzut dziecięcego szpitala psychiatrycznego w Orsay we Francji (projekt a+samueldelmas) – wewnątrz budynku znajduje się zielony dziedziniec, <https://www.archdaily.com/921452/child-psychiatry-hospitalization-building-of-12-beds-in-bures-sur-yvette-a-plus-samueldelmas>.

71 Martinez A., Norouzi N., Rico Z.: Architectural Design Qualities of an Adolescent Psychiatric Hospital to Benefit Patients and Staff. *Health Environments Research & Design Journal*, 16 (4), 2023, s. 107.

4.4. ASPEKTY PRAWNE

W niektórych krajach udostępniane są rządowe dokumenty, które opisują jak powinny być projektowane obiekty opieki i terapii psychiatrycznej. W Polsce brakuje jasnych, oficjalnych wytycznych. W prawie obowiązuje jedynie *Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą*, które nie rozróżnia obiektów pod względem specjalizacji medycznej.

Takie ustalenia zostały sporządzone m.in. w Wielkiej Brytanii. Tamtejsze stowarzyszenie zajmujące się problematyką intensywnej opieki psychiatrycznej National Association of Psychiatric Intensive Care (NAPICU) ogłosiło w 2017r. swoje sugestie. Dokument określa wytyczne odnośnie lokalizacji i wielkości obiektu. Wspomina również o tym, jak powinny być podzielone przestrzenie w ośrodku, jaka ich część powinna zostać przeznaczona na pokoje pacjentów zapewniające prywatność i poszanowanie godności oraz rozdzieleniu płci. NAPICU opisało także dobór wyposażenia wnętrz, osobne dla przestrzeni wspólnych, sypialni, pomieszczeń klinicznych i zaplecza pracowniczego. W rozporządzeniu została zamieszczona informacja o istotnej roli ogrodu w obiekcie, ze szczególnym zaznaczeniem, że powinna być to przestrzeń możliwa do obserwowania przez opiekunów. Określono również techniczne specyfikacje dobranych urządzeń i mebli oraz warunki bezpieczeństwa, jakie powinien spełniać budynek.⁷²

W styczniu 2021r. wytyczne zostały udostępnione przez Departament Spraw Weteranów Stanów Zjednoczonych – US Department of Veterans Affairs (VA). Wskazówki zostały wydane w formie rozbudowanego przewodnika projektowego dla stacjonarnych placówek opieki psychiatrycznej i leczenia rehabilitacyjnego. W dokumencie zostały przedstawione różne podejścia do planowania ośrodków przeznaczonych dla pacjentów (przebywających w obiekcie ok. 5-7dni) oraz rezydentów (pobyt ok. miesiąca lub dłużej). Wytyczne podzielono na rozdziały opisujące aspekty ogólne, techniczne i architektoniczne, wskazując szczegółowe rozwiązania dla każdego z pomieszczeń, które powinny znajdować się w budynku.⁷³

72 National Association of Psychiatric Intensive Care and Low Secure Units: *Design Guidance for Psychiatric Intensive Care Units*, 2017, <https://napicu.org.uk/wp-content/uploads/2017/05/Design-Guidance-for-Psychiatric-Intensive-Care-Units-2017.pdf> (data dostępu: 22.04.2024).

73 U.S. Department of Veterans Affairs: *Design Guide for Inpatient Mental Health & Residential Rehabilitation Treatment Programme Facilities*, 2021, <https://www.cfm.va.gov/til/dGuide/dgMH.pdf> (data dostępu: 22.04.2024).

5. STUDIUM PRZYPADKU

5.1. CHILD PSYCHIATRY HOSPITALIZATION BUILDING, FRANCJA

Ośrodek dzienny psychiatrii dla dzieci i młodzieży powstał w 2015 roku w Orsay w dzielnicy Bures-sur-Yvette. Został zaprojektowany przez biuro architektoniczne a+samueldelmas. W budynku znajduje się 12 łóżek dla pacjentów wymagających dłuższego pobytu. Jego ideą było dostarczenie odpowiedniego wsparcia w terapii, poprzez zapewnienie ochrony, ciszy i bezpieczeństwa chorującym⁷⁴.

Wewnątrz obiektu zaprojektowano dziedziniec, dzięki czemu do wnętrza dociera więcej dziennego światła oraz zieleni (Rys. 6). Budynek zachęca do swobodnego poruszania się w jasno zidentyfikowanej przestrzeni, odpowiedniej dla różnych faz terapeutycznych. W ośrodku przewidziano pomieszczenia prywatne (pokoje), odpowiednie dla fazy chronionej. Znajdują się również przestrzenie uspokojenia istotne dla pierwszej fazy otwarcia. W fazie interakcji pacjenci korzystają z przestrzeni społecznych (jadalnia, salon) i miejsc przeznaczonych do aktywności fizycznej⁷⁵.



Rys. 6 Dziedziniec wewnętrzny dziecięcego szpitala psychiatrycznego w Orsay we Francji (projekt a+samueldelmas), <https://www.archdaily.com/921452/child-psychiatry-hospitalization-building-of-12-beds-in-bures-sur-yvette-a-plus-samueldelmas>.

74 ArchDaily: *Child Psychiatry Hospitalization Building of 12 beds in Bures-sur-Yvette* / a+ samueldelmas, 2019, <https://www.archdaily.com/921452/child-psychiatry-hospitalization-building-of-12-beds-in-bures-sur-yvette-a-plus-samueldelmas> (data dostępu: 11.06.2024).

75 Tamże.

5.2. KRONSTAD PSYCHIATRIC HOSPITAL, NORWEGIA

Szpital psychiatryczny projektu Orgio Arkitektgruppe powstał w Bergen w 2013 roku. W swoim założeniu architekci położyli duży nacisk na „otwartość i przejrzystość”, a także na stworzenie bezpiecznego miejsca dla użytkowników. W budynku znajdują się oddziały dla pacjentów, dzienna opieka psychiatryczna oraz kliniki lekarskie⁷⁶ (Rys.7).



Rys. 7 Przestrzeń przed budynkiem szpitala psychiatrycznego Kronstad Psychiatric Hospital w Bergen w Norwegii (projekt Orgio Arkitektgruppe), https://www.archdaily.com/451158/kronstad-orgio-arkitektgruppe?ad_source=search&ad_medium=projects_tab.

Tym, co wyróżnia projekt jest ogólnodostępny plac przed obiektem. Stanowi on wyjątkową przestrzeń dla społeczności, gdzie można spędzić aktywnie czas lub kontemplować. Elewacja budynku symbolizuje otwartość na problemy zdrowia psychicznego, bezpieczeństwo oraz domową atmosferę. Na wyższych piętrach znajdują się ogrody i miejsca do rekreacji, zachęcające do spędzania czasu na świeżym powietrzu. Cała kompozycja została zorganizowana wokół trzech atrii, które dodają światła do wnętrza, a także ułatwiają orientację w budynku (Rys. 8). Plany szpitala opierają się na czytelności i przejrzystości. Dodatkowym celem było stworzenie bezpiecznego środowiska pracy dla personelu oraz wspieranie prywatności pacjentów i ich drogi w powrocie do „normalności”⁷⁷.

⁷⁶ ArchDaily: *Kronstad Psychiatric Hospital* / Orgio Arkitektgruppe, 2013, https://www.archdaily.com/451158/kronstad-orgio-arkitektgruppe?ad_source=search&ad_medium=projects_tab (data dostępu: 12.06.2024)

⁷⁷ Tamże.



Rys. 8 Przekrój szpitala psychiatrycznego Kronstad Psychiatric Hospital w Bergen w Norwegii (projekt Orgio Arkitektgruppe), ukazujący trzy atria, wokół których skupia się kompozycja budynku, https://www.archdaily.com/451158/kronstad-orgio-arkitektgruppe?ad_source=search&ad_medium=projects_tab

5.3. VEJLE PSYCHIATRIC HOSPITAL, DANIA

Szpital psychiatryczny otwarto w 2017 r. w Vejle. Powstał na podstawie projektu Arkitema Architects. Obiekt jest doceniany na całym świecie w kontekście placówek zdrowia psychicznego. Powszechnie uważa się go za przykład uzdrawiającej architektury. Główną ideą było wizjonerskie podejście do projektowania budynków opieki zdrowotnej, zachęcające do aktywności fizycznej oraz minimalizujące przymusowe leczenie⁷⁸ (Rys. 9).



Rys. 9 Wewnętrzne boisko w szpitalu psychiatrycznym Vejle Psychiatric Hospital w Vejle w Danii (projekt Arkitema Architects), https://www.archdaily.com/901732/vejle-psychiatric-hospital-arkitema-architects?ad_source=search&ad_medium=projects_tab.

Szpital został przemyślany jako miejsce bezpieczne zarówno dla pacjentów, jak i personelu. Wewnętrzne dziedzińce zapewniają odpowiednią ilość dziennego światła oraz dostęp do natury (Rys. 10). Układ funkcjonalny jest przejrzysty i dostępny. W szpitalu odbywa się terapia światłem, co dodatkowo działa kojąco na pacjentów, wspiera ich sen, eliminuje depresję i pozwala zachować użytkownikom naturalny rytm dobowy⁷⁹.

⁷⁸ ArchDaily: *Vejle Psychiatric Hospital* / *Arkitema Architects*, 2018, https://www.archdaily.com/901732/vejle-psychiatric-hospital-arkitema-architects?ad_source=search&ad_medium=projects_tab (data dostępu: 12.06.2024).

⁷⁹ Tamże.



Rys. 10 Widok szpitala psychiatrycznego Vejle Psychiatric Hospital w Vejle w Danii (projekt Arkitema Architects) -wiele dziedzińców wewnętrznych zapewnia dużą ilość światła dziennego i dostęp do natury, https://www.archdaily.com/901732/vejle-psychiatric-hospital-arkitema-architects?ad_source=search&ad_medium=projects_tab

6. WNIOSKI Z WYWIADÓW

W celu pogłębienia problematyki związanej z projektowaniem ośrodków, specjalizujących się w leczeniu i terapii młodzieży zmagającej się z depresją przeprowadzono dwa wywiady. Jeden z nich odbył się z byłym pacjentem Szpitala Psychiatrycznego im. Tadeusza Bilewicza w Gdańsku, co umożliwiło spojrzenie na temat z perspektywy głównego użytkownika przestrzeni. W drugiej rozmowie uczestniczyła psycholożka i psychoterapeutka Karolina Wasilewska-Dudek, pracująca w WSP oraz prowadząca prywatną praktykę terapeutyczną. Z obu przeprowadzonych wywiadów wynikają wnioski, które w dużej części pokrywają się z założeniami projektowymi określonymi na podstawie przeprowadzonych analiz.

6.1. PERSPEKTYWA PACJENTA

Były pacjent Wojewódzkiego Szpitala Psychiatrycznego im. Tadeusza Bilewicza w Gdańsku wspomina między innymi o:

- Szokującym widoku z okna – w omawianym ośrodku z okna pokoju pacjenta rozciągał się widok na cmentarz, co było niepokojące i nieodpowiednie w kontekście terapeutycznym
- Braku dostępnych przestrzeni zielonych mogących rekompensować negatywny wpływ okolicy (cmentarza). W okresie zimowym przestrzenie te, nawet jeśli istniały, nie były dostępne, a zostały określone jako istotna potrzeba.
- Wystroju wnętrz, gdzie przeważał „szpitalny żółty”, który nie był odbierany pozytywnie. Pacjent podkreślił, że otoczenie powinno sprawiać poczucie bardziej domowego i estetycznego. Drewno, zieleń i welurowe powierzchnie pomogłyby uzyskać to wrażenie.

- Braku przestrzeni prywatnej – pokoje były wieloosobowe (6–8 osób), co prowadziło do braku możliwości odpoczynku w samotności, a konieczność dzielenia przestrzeni z osobami w różnym stanie zdrowia mogła wpływać negatywnie na samopoczucie pacjentów. Mniejsze pokoje mogłyby zapewnić większy komfort i jednocześnie spełniać wymogi bezpieczeństwa.
- Braku ustrukturyzowanego planu dnia – nie były zaplanowane zajęcia ani terapie grupowe (choć możliwe, że to kwestia krótkiego pobytu) oraz harmonogram realizacji różnorodnych aktywności
- Istotnym znaczeniu dostępu do technologii (komputerów, telefonów) dla osób w wieku młodzieńczym

Według pacjenta ośrodek terapeutyczny powinien oferować bardziej komfortowe, domowe warunki, z większym uwzględnieniem prywatności pacjentów, dostępu do zieleni oraz różnorodnych aktywności wspierających terapię. Istotne są również estetyka, ergonomia oraz dostosowanie przestrzeni do potrzeb młodzieży.

6.2. PERSPEKTYWA PSYCHOLOGA

Psycholożka i psychoterapeutka w wywiadzie zwróciła uwagę na:

- Znaczenie przestrzeni wspólnych - pacjenci najlepiej czują się w przestrzeniach, gdzie mogą przebywać bez nadzoru personelu, w wygodnym i sprzyjającym interakcjom otoczeniu. Sale terapii grupowej są istotnym elementem przestrzeni terapeutycznej, a ich odpowiednia lokalizacja (z dobrym oświetleniem i ograniczonym ruchem na zewnątrz) wpływa pozytywnie na proces terapeutyczny.
- Aranżację pomieszczeń terapeutycznych - ustawienie mebli w salach terapii powinno zapewniać możliwość swobodnego kontaktu wzrokowego, co sprzyja lepszej komunikacji i dostrzeganiu emocji.
- Kolorystyce i wystroju wnętrz - jasne, stonowane kolory sprzyjają lepszemu samopoczuciu pacjentów i zapobiegają poczuciu przytłoczenia, wskazane jest stosowanie neutralnych obrazów, nawiązujących do natury.
- Minimalizacji zbędnych elementów - przestrzenie terapeutyczne powinny być uporządkowane, bez nadmiaru zbędnych przedmiotów, które mogą tworzyć niepotrzebny chaos.
- Przestrzeniach zielonych - kontakt z naturą ma pozytywny wpływ na proces leczenia i samopoczucie pacjentów, a możliwość spacerów na terenach zielonych wokół szpitala stanowi istotny element terapeutyczny, zwłaszcza dla pacjentów przebywających na oddziale przez dłuższy czas.
- Potrzebie elastycznych przestrzeni wspólnych - pacjenci często spędzają czas wspólnie, organizując różne aktywności, a przestrzenie wspólne powinny być dostosowane do takich działań, zawierać elementy umożliwiające integrację (np. pufy, stoły do gier, rzutniki).

- Braku potrzeby izolowanych pomieszczeń z uwagi na ryzyko nadużywania takich miejsc przez osoby, którym samotność mogłaby zaszkodzić, lepszym rozwiązaniem są przestrzenie wspólne z możliwością delikatnego wydzielenia indywidualnych stref.
- Znaczeniu naturalnych materiałów - w ośrodkach terapeutycznych dobrze sprawdzają się naturalne materiały, takie jak drewno czy wełna, które nadają przestrzeni ciepły i przyjazny charakter; ważne jest także, aby wystrój nie był zbyt domowy, ale jednocześnie tworzył atmosferę komfortu i bezpieczeństwa.

Podsumowując, architektura terapeutyczna powinna uwzględniać zarówno potrzeby integracji społecznej, jak i zapewnienia komfortu psychicznego pacjentów. Odpowiednie rozmieszczenie pomieszczeń, ich kolorystyka, aranżacja wnętrz oraz dostęp do zieleni mają kluczowe znaczenie w procesie terapeutycznym.

7. PODSUMOWANIE I WNIOSKI

Depresja jest jedną z najpoważniejszych chorób cywilizacyjnych XXI wieku, a jej skala stale rośnie. Mimo coraz większej świadomości społecznej, w Polsce nadal brakuje odpowiednich placówek terapeutycznych dla młodzieży. Nadal wzrasta liczba młodych osób cierpiących na depresję – oficjalne dane wskazują na co najmniej 270 tys. nastolatków dotkniętych tym problemem, choć rzeczywista liczba może być znacznie większa.

Brakuje placówek dostosowanych do leczenia depresji młodzieży – wiele regionów Polski ma niewystarczającą liczbę oddziałów psychiatrycznych, co wykazały kontrole NIK. W Trójmieście dostępność specjalistycznej opieki psychiatrycznej dla młodzieży jest ograniczona – funkcjonuje kilka placówek, jednak ich liczba nie jest wystarczająca wobec rosnącego zapotrzebowania.

Leczenie depresji powinno opierać się na farmakoterapii, psychoterapii oraz alternatywnych metodach, takich jak hortiterapia, zooterapia i aktywność fizyczna. Współczesne badania potwierdzają wpływ środowiska architektonicznego na zdrowie psychiczne, co staje się podstawą do projektowania przestrzeni terapeutycznych. W architekturze placówek zdrowotnych coraz częściej stosuje się podejście Evidence-Based Design oraz neuroarchitekturę. Architektura może wspomagać proces terapii poprzez odpowiednie kształtowanie przestrzeni, które wpływa na komfort psychiczny i emocjonalny użytkowników.

Na podstawie przeanalizowanej literatury, studium przypadku oraz praktycznego punktu widzenia byłego pacjenta oraz psycholożki i psychoterapeutki można sporządzić podobne wnioski i wytyczne projektowe. W projektowaniu ośrodków terapeutycznych kluczowe znaczenie mają elementy takie jak światło naturalne, ergonomia przestrzeni, dostęp do przyrody oraz materiały o przyjaznej fakturze. Przestrzenie terapeutyczne powinny równoważyć potrzeby społeczne i indywidualne użytkowników, zapewniając zarówno miejsca do integracji, jak i strefy prywatności. Obserwacje pokazują, że elastyczność przestrzeni i możliwość dostosowania jej do zmieniających się potrzeb pacjentów zwiększa skuteczność terapii. Istotnym elementem projektu jest zastosowanie terapii opartych na kontakcie z naturą, np. hortiterapii i terapii sensorycznej.

Ośrodek terapeutyczny dla młodzieży powinien łączyć funkcjonalność z estetyką sprzyjającą zdrowiu psychicznemu. Odpowiednio zaprojektowana przestrzeń może redukować stres, wspierać koncentrację i poprawiać nastrój użytkowników. Strefowanie przestrzeni powinno umożliwiać różne formy aktywności – od spotkań grupowych po indywidualną terapię w spokojnym otoczeniu. Włączenie elementów natury oraz zastosowanie zrównoważonych rozwiązań architektonicznych wspiera dobrostan psychiczny pacjentów.

8. OPIS KONCEPCJI PROJEKTOWEJ

8.1. IDEA PROJEKTOWA

Część projektowa pracy magisterskiej obejmuje koncepcję architektoniczną ośrodka terapii przeznaczonego na dzienny pobyt młodzieży zmagającej się z depresją w Gdańsku przy ul. Polanki. Projekt powstał w myśl idei zachowania „balansu” zarówno w odniesieniu do życia użytkowników, jak i równowagi w przestrzeni. Istotą stało się harmonijne rozłożenie funkcji w obiekcie tak, aby przestrzenie relaksu i samorozwoju uzupełniały się z częścią terapeutyczno-leczniczą. Bryła budynku została wpisana w zastane otoczenie, wcinając się w skarpe oraz łącząc wnętrze z zewnątrz poprzez liczne przeszklenia i ścieżkę sensoryczną biegnącą wokół ośrodka. Takie rozwiązania przywodzą na myśl tytułowy „balance”.

Na program funkcjonalny obiektu składa się nie tylko pomieszczenia przeznaczone pod spotkania terapeutyczne oraz zaplecze medyczne, ale także przestrzenie uzupełniające w postaci miejsc, w których młodzież może się integrować podczas zabawy i rozwijania zainteresowań.

Istotną rolę w leczeniu depresji pełni akceptacja choroby, zarówno ta osobista jak i ze strony społeczeństwa oraz powiązane z tym wsparcie. W Polsce nadal brakuje ośrodków dziennej opieki dla młodzieży. Budowa większej ilości takich obiektów mogłaby mieć pozytywny wpływ w zapobieganiu konieczności hospitalizacji najbardziej cierpiących pacjentów. W projektowanym ośrodku zostały zaplanowane gabinety terapii indywidualnej i grupowej oraz małe ambulatorium. W budynku znajdzie się również przestrzeń do realizacji terapii alternatywnych – pracownia artystyczna do arteterapii oraz zimowy ogród i towarzyszące przestrzenie zielone, gdzie może być realizowana hortiterapia. Połączenie możliwości prowadzenia tradycyjnej psychoterapii oraz terapii alternatywnych pozwoli zmaksymalizować efekty leczenia i pozytywny wpływ na dobrostan pacjentów.

Głównymi użytkownikami ośrodka będą osoby młode. Istotne dla koncepcji było, aby zachęcić młodzież do przebywania w obiekcie. W tym celu zaprojektowano liczne przestrzenie, w których można się nie tylko zrelaksować, ale również rozwijać swoje zainteresowania np. uprawianie sportu, e-sportu czy tworzenie kreatywne. Zapewniono także pomieszczenia przeznaczone pod realizację obowiązków szkolnych. W każdym z tych pomieszczeń młodzież będzie miała szansę, by zintegrować się z rówieśnikami przy podobnych pasjach lub zadaniach.

W budynku zaprojektowano salę konferencyjną, co może zwiększyć zainteresowanie obiektem oraz związaną z nim problematyką wśród osób ze środowiska medycznego. Przy głównym wejściu do budynku zlokalizowano kawiarnię.

W wyniku przeprowadzonych analiz ważnym aspektem projektu jest połączenie go z sąsiadującą zielenią, gdyż udowodniono, że ma ona istotny wpływ na dobrostan. W związku z tym zdecydowano się na zagłębienie budynku w istniejącej skarpie i przeszklenie widocznych elewacji. Całość uzupełniły zielone dachy oraz połączenie ich z ścieżką sensoryczną prowadzącą wokół ośrodka. Istotne było, aby stworzona przestrzeń była przytulna i otwarta dla użytkownika.

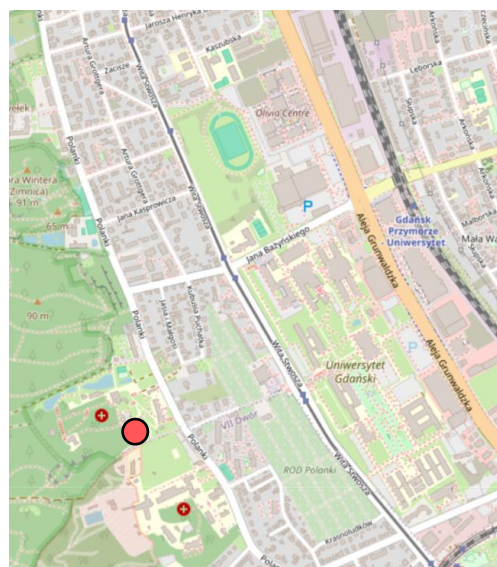
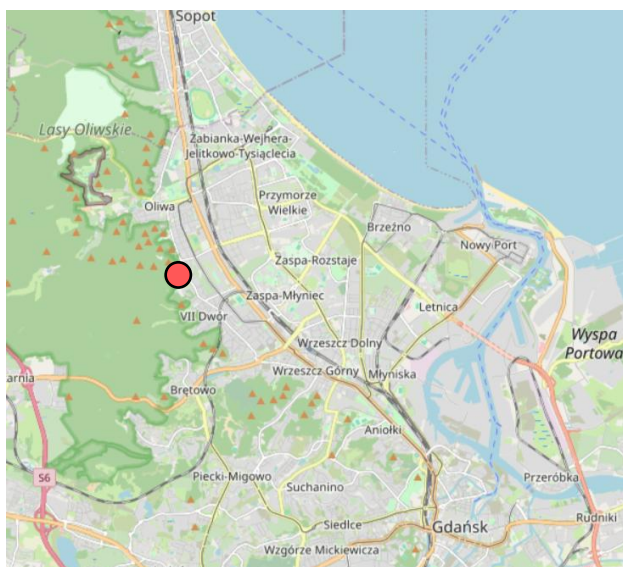
8.2. LOKALIZACJA

Lokalizacja ośrodka została zaprojektowana zgodnie z wytycznymi wynikającymi z części badawczej wnioskami oraz analizami urbanistycznymi. Jako działkę projektową wybrano teren szpitala dziecięcego w Gdańsku przy ul. Polanki (Rys. 11, Rys. 12). Wybór terenu związany jest z istniejącą infrastrukturą zieloną, komunikacyjną oraz funkcjonalną. Obiekt zostanie zlokalizowany pod lasem, w spokojnej i cichej okolicy. Jednocześnie bliskość przystanków komunikacji miejskiej będzie znacznym ułatwieniem dla młodych użytkowników.

8.2.1. SPEŁNIENIE WYTYCZNYCH PROJEKTOWYCH

Teren projektowy spełnia wytyczne projektowe sporządzone w pierwszej części pracy odnoszące się do lokalizacji:

- Bliskość natury – Obiekt został zaprojektowany w pobliżu zieleni, w bliskim sąsiedztwie Trójmiejskiego Parku Krajobrazowego.
- Akustyka – Dzięki odpowiedniemu oddaleniu od głównego ciągu komunikacyjnego, w ośrodku zostanie zapewniona cisza i spokój, by zapewnić odpowiednie warunki terapii.
- Komunikacja – Teren projektowy posiada dobre połączenie komunikacyjne z pozostałą częścią miasta Gdańsk, co jest znacznym ułatwieniem dla młodzieży uczęszczającej do szkoły.



Rys. 11 i 12 Lokalizacja terenu projektowego, <https://www.openstreetmap.org/#map=15/54.39913/18.57333>

8.3. ISTNIEJĄCE ZAGOSPODAROWANIE I ANALIZA TERENU

8.3.1. ISTNIEJĄCE ZAGOSPODAROWANIE TERENU

Obecnie w miejscu projektowanego ośrodka na pobyt dzienny znajduje się budynek, będący częścią istniejącej infrastruktury Szpitala Dziecięcego Polanki. Zgodnie z Miejscowym Planem Zagospodarowania Przestrzeni budynek przeznaczony jest do rekompozycji. W wyniku analiz projektowych zdecydowano się przenieść funkcje pełnione przez obiekt, a w jego miejscu zlokalizować Ośrodek Diennej Terapii dla młodzieży zmagającej się z depresją. Projektowany budynek znajduje się w sąsiedztwie Szpitala Dziecięcego Polanki oraz 7.Szpitala Marynarki Wojennej. W okolicy dominuje zabudowa mieszkaniowa wielorodzinna oraz usługowa.

8.3.2. MIEJSCOWY PLAN ZAGOSPODAROWANIA TERENU

Teren posiada MPZP o nr 0224 Oliwa Górna rejon ul. Polanki – Zachód II w mieście Gdańsku (Rys.13) . Większość działki nr 424 (teren szpitala) znajduje się na terenie oznaczonym w planie miejscowym nr 004-U34. Pozostała część znajduje się na terenie 006-ZL i podlega pod teren lasu.

W karcie terenu o nr 004 określono następujące wytyczne:

- maksymalna nieprzekraczalna linia zabudowy: według rysunku MPZP
- maksymalna pow. zabudowy: 10% powierzchni terenu
- minimalna pow. biologicznie czynna: 70% powierzchni terenu
- intensywność zabudowy: min.:---, maks.: 0,3
- wysokość zabudowy: min.:---, maks.: 15m
- forma zabudowy: wolno stojąca
- kształt dachu: stromy
- pokrycie dachu ceramiczne
- maksymalne zachowanie istniejącej zieleni i zakaz wycinki wartościowego drzewostanu



Rys. 13 Fragment rysunku MPZP nr 0224, <https://www.gdansk.pl/zagospodarowanie-przestrzenne-gdanska/plany,0224>

8.3.3. ANALIZY TERENU

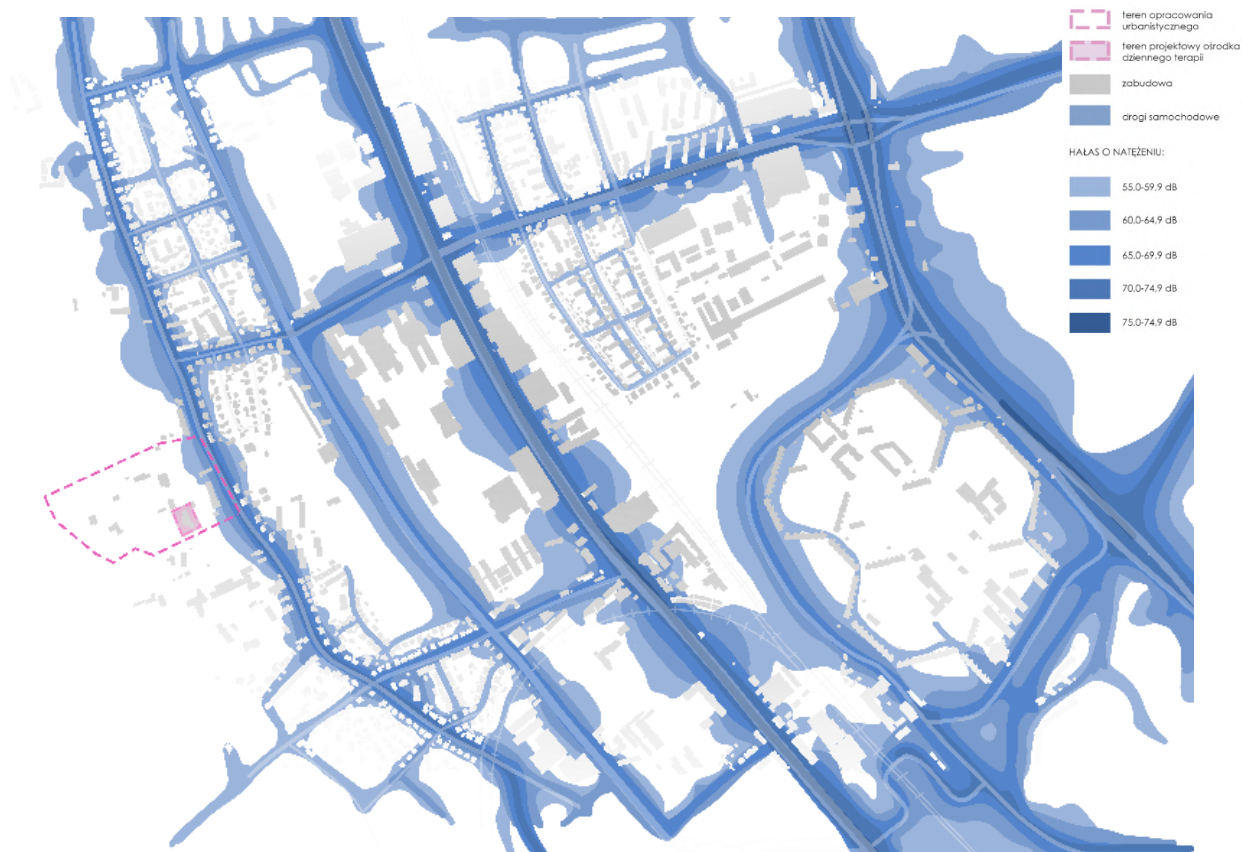
W celu wyznaczenia odpowiedniego terenu projektowego zostały przeprowadzone analizy: analiza terenów zielonych (Rys.14), analiza komunikacyjna (Rys.15), analiza hałasu (Rys.16).



Rys. 14 Analiza terenów zielonych, opracowanie własne



Rys. 15 Analiza komunikacyjna, opracowanie własne



Rys. 16 Analiza hałasu, opracowanie własne

Z przeprowadzonych analiz wynika, iż:

- Teren projektowy znajduje się w bardzo bliskim sąsiedztwie terenów zielonych. W okolicy znajdują się zarówno lasy, urządzone parki, infrastruktura sportowa, a także stawy. Działka znajduje się w bardzo bliskim sąsiedztwie Trójmiejskiego Parku Krajobrazowego. W sąsiedztwie zlokalizowane są również place zabaw i przestrzeń przeznaczona pod ogródki działowe. Zieleń ma bardzo istotny wpływ na dobrostan, dlatego ich duża ilość stała się jednym z czynników warunkujących wybór terenu projektowego.
- Wybrana lokalizacja posiada dobre połączenie komunikacyjne z pozostałą częścią miasta. W okolicy znajdują się nie tylko przystanki autobusowe i tramwajowe, ale także stacja SKM i PKM. Na teren projektowy można się dostać z łatwością zarówno korzystając z komunikacji miejskiej, jak i własnego samochodu. Biorąc pod uwagę wiek użytkowników, szczególnie ważne jest dobre połączenie komunikacji miejskiej.
- Mimo bliskości wielu intensywnie uczęszczanych tras samochodowych, teren jest na tyle oddalony od ulicy, że do projektowanego obiektu nie będzie docierał nadmierny hałas. Cisza i spokój mają duży wpływ na dobre samopoczucie użytkowników szczególnie narażonych na bodźce, dlatego odpowiednie oddalenie od drogi i akustyka są ważne dla lokalizacji ośrodka.

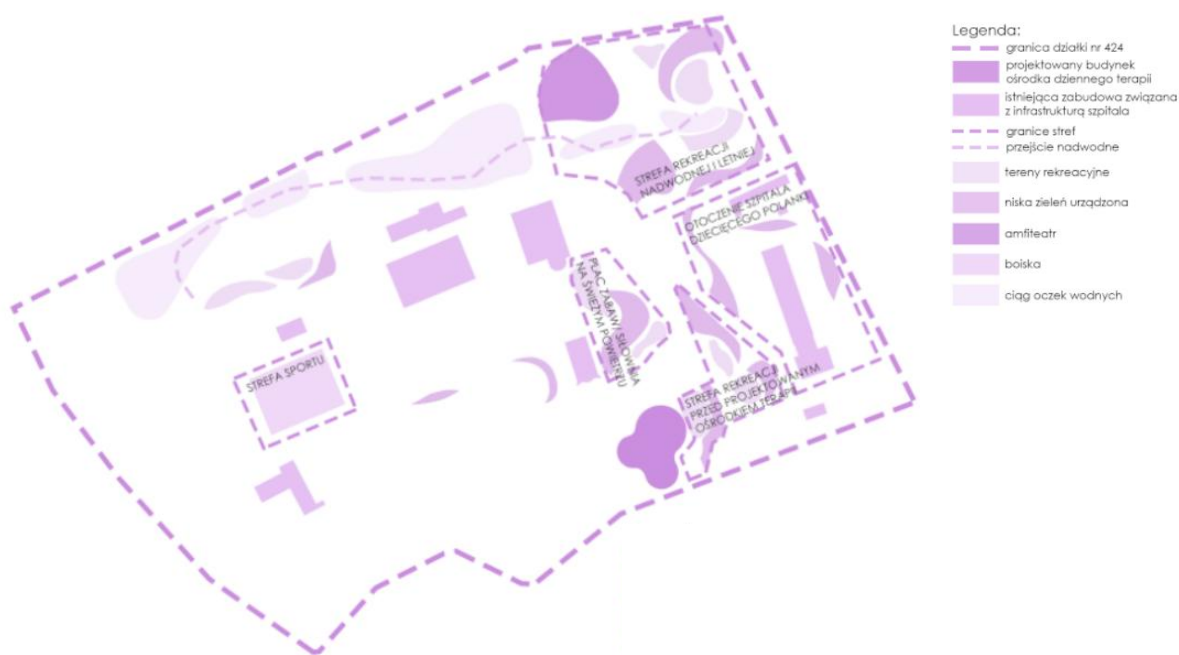
8.4. PROJEKT ZAGOSPODAROWANIA TERENU

Koncepcja zagospodarowania terenu obejmuje całą działkę należącą do Szpitala Dziecięcego Polanki. Projektuje się stworzenie układu ścieżek i zieleni urządzonej spójnego dla całego założenia. Ośrodek terapeutyczny został połączony z zewnętrznymi strefami, które są dopełnieniem funkcji obiektu. Zaprojektowano organiczne ciągi piesze, otaczające teren Szpitala.

8.4.1. URBANISTYCZNE STREFY FUNKCJONALNE

Zagospodarowanie podzielono na pięć głównych stref funkcjonalnych (Rys.17):

- Strefa rekreacji przed projektowanym obiektem – przestrzeń przeznaczona głównie dla rodziców oraz opiekunów lub osób towarzyszących pacjentów ośrodka, teren został urozmaicony placami zabaw i oczkami wodnymi
- Plac zabaw i siłownia na świeżym powietrzu – „przedłużenie” projektowanego ośrodka, atrakcyjna przestrzeń zachęca do spędzania czasu na świeżym powietrzu
- Otoczenie Szpitala Dziecięcego Polanki – przeprojektowany układ ścieżek przed szpitalem tak, aby był spójny z założeniem
- Strefa rekreacji nadwodnej i letniej – przestrzeń ogólnodostępna z placem zabaw, amfiteatr przeznaczony na letnie występy pacjentów i gości, układ tarasów nad projektowanym oczkiem wodnym oraz przejście drewnianym podestem nad projektowanymi oraz istniejącymi zbiornikami wodnymi
- Strefa sportu – projektowane boiska multifunkcjonalne dostępne dla pacjentów

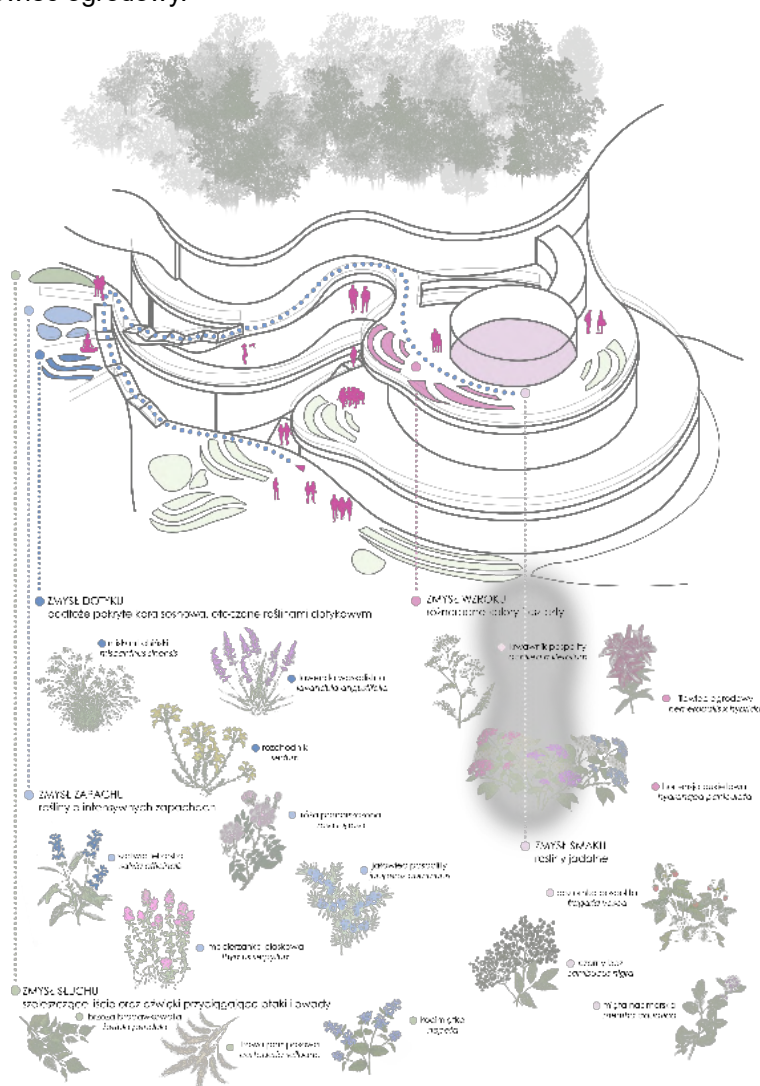


Rys. 17 Schemat stref funkcjonalnych, opracowanie własne

8.4.2. ŚCIEŻKA SENSORYCZNA

Bezpośrednio przy ośrodku projektowana jest ścieżka sensoryczna (Rys.18), oddziałująca na każdy ze zmysłów. Jest ona projektowana jako forma hortiterapii. Z obiektem zostanie połączona poprzez szklarnię i schody przechodzące przez budynek. Na ścieżkę składa się pięć części powiązanych ze zmysłami:

- Dotyk – podłoże pokryte korą sosnową, otoczone roślinami dotykowymi – miskantem chińskim, lawendą wąskolistną i rozchodnikiem
- Zapach – rośliny o intensywnych zapachach – szaflwia lekarska, róża pomarszczona, macierzanka piaskowa oraz jałowiec pospolity
- Słuch – szeleszczące liście oraz dźwięki przyciągające ptaki i owady – brzoza brodawkowata, trawa pampasowa, kocimiętka
- Smak – rośliny jadalne – poziomka pospolita, czarny bez oraz mięta nadmorska
- Wzrok – różnorodne kolory i kształty – krwawnik pospolity, hortensja bukietowa, liliowiec ogrodowy.



Rys. 18 Schemat ścieżki sensorycznej, opracowanie własne

8.4.3. LOKALIZACJA OBIEKTU NA DZIAŁCE

Ośrodek dziennej terapii został zlokalizowany tak, aby zminimalizować ingerencję w istniejące ukształtowanie terenu – kondygnacje zostały zagłębione w skarpie w formie schodków. Istotną wytyczną projektową stało się zaprojektowanie obiektu połączonego z zielenią. Zewnętrzne schody wpisują się w bryłę obiektu i pozwalają w płynny sposób poruszać się między wnętrzem za otoczeniem. Każda z kondygnacji zostanie przykryta zielonym dachem, po którym można się poruszać i który jest częściowo pokrywa ścieżka sensoryczna. W pobliżu budynku zaprojektowano miejsce gromadzenia odpadów (Rys.19).



Rys. 19 Fragment PZT, opracowanie własne

8.4.4. ZGODNOŚĆ Z MIEJSCOWYM PLANEM ZAGOSPODAROWANIA

W projekcie postanowiono częściowo zakwestionować ustalenia MPZP:

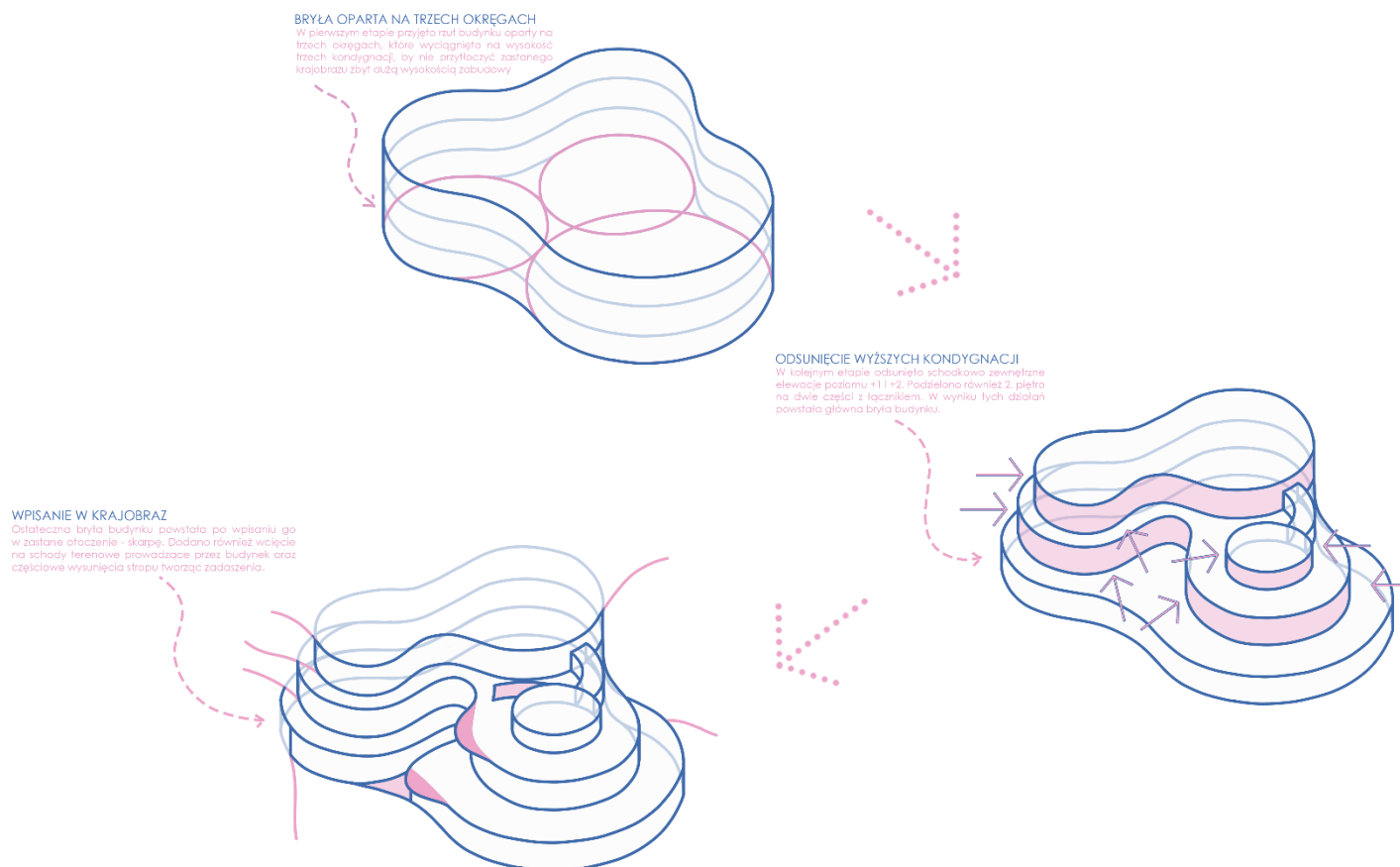
- maksymalna nieprzekraczalna linia zabudowy – zachowano wschodnią i południową linię zabudowy, a pozostałe zostały przekroczone z uwagi na chęć zaprojektowania przyciągającego uwagę obiektu, wpisującego się w otoczenie. Ograniczenia planu zmuszały do zaprojektowania obiektu o prostokątnym rzucie, co zmniejsza atrakcyjność obiektu. Dodatkowo bryła ośrodka zostanie zagłębiona w skarpie, co zmniejszy jej widoczną kubaturę.
- kształt dachu: stromy – zaprojektowano płaski dach, który odpowiada kształtom dachów na istniejących obiektach szpitala. Dach ośrodka jednocześnie jest dachem zielonym- po którym można się poruszać – w przypadku dachu stromego nie byłoby takiej możliwości, co w konsekwencji utrudniłoby poruszanie się między kondygnacjami oraz możliwość wpisania obiektu w teren przy jednoczesnym zachowaniu odpowiedniego doświetlenia.
- pokrycie dachu ceramiczne – zaprojektowano zielone dachy, będące kontynuacją istniejącego terenu zielonego.

8.5. PROJEKT ARCHITEKTONICZNY

Ośrodek dziennej terapii dla młodzieży zmagającej się z depresją zaprojektowano jako obiekt trzykondygnacyjny – 14,4m wysokości. Poziom posadzki parteru ustalono na 47,55 m n.p.m. Teren wokół budynku znacznie wznosi się w kierunku zachodnim, a jego bryła została zagłębiona w skarpie. Ideą było, aby zachować płynność przejścia między wnętrzem ośrodka a zewnętrzem. Forma architektoniczna jest organiczna i delikatna, co może mieć pozytywny wpływ na dobrostan użytkowników. Powierzchnia zabudowy projektowanego obiektu: 1394m²

8.5.1. BRYŁA BUDYNKU

Idea bryłowa powstała w wyniku połączenia chęci stworzenia budynku delikatnego w odbiorze oraz minimalnie wpływającego na istniejącą rzeźbę terenu. Zakrzywione kształty mają pozytywny wpływ na samopoczucie i zmniejszenie stresu użytkowników, dlatego przenikające się okręgi stały się podstawą do promienistego układu osiowego oraz obłej formy budynku. Na całej długości widocznych elewacji zaprojektowano przeszklenia, by zmaksymalizować dostęp dziennego światła. Obiekt został częściowo zagłębiony w skarpie, wpisując się w zastany krajobraz. Kolejne piętra wznoszą się schodkowo, a wraz ze wzrostem wysokości budynku zmniejsza się powierzchnia kondygnacji. Komunikacja między poziomami odbywa się nie tylko wewnątrz, ale również na zewnątrz budynku. Zaprojektowano schody biegnące między częściami budynku, aby ułatwić poruszanie się po terenie ośrodka. Elewacje obiektu zostały urozmaicone zielonymi ścianami oraz wysuniętymi daszkami (Rys.20).



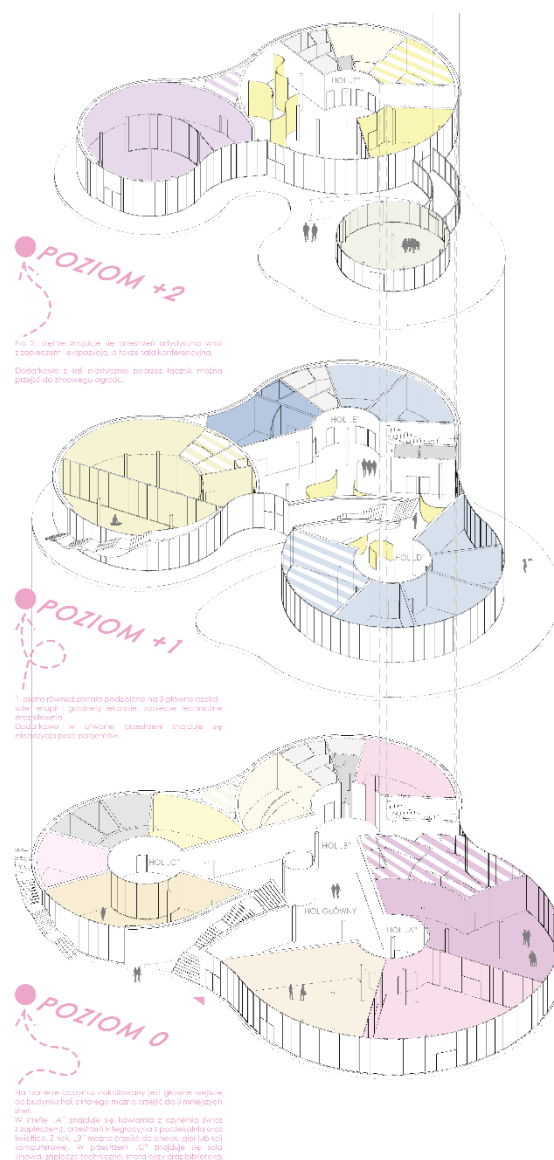
Rys. 20 Schemat powstawania bryły, opracowanie własne

8.5.2. PROGRAM FUNKCJONALNY

W projektowanym ośrodku przeznaczonym na dzienny pobyt młodzieży zmagającej się z depresją zrealizowano program funkcjonalny (Rys.21), który łączy ze sobą przestrzenie terapeutyczne i rekreacyjne tj.:

- Hol wejściowy z recepcją i archiwum
- Kawiarnia z zapleczem
- Przestrzeń przeznaczona do nauki i edukacji (świetlica, biblioteka z czytelnią)
- Przestrzeń do wypoczynku i rekreacji (przechodnia przestrzeń integracyjna z poczekalnią, strefa ciszy, mała sala kinowa, sala komputerowa, aneks do mini-sportu, siłownia, sala do arteterapii)
- Sale do terapii grupowej i indywidualnej oraz małe ambulatorium
- Sala konferencyjna
- Zaplecze socjalne dla pracowników
- Zaplecze techniczne
- Zespół toalet na każdej z kondygnacji
- Szklarnia

Całkowita powierzchnia użytkowa budynku: 2732m²



Rys. 21 Schemat układu funkcjonalnego, opracowanie własne

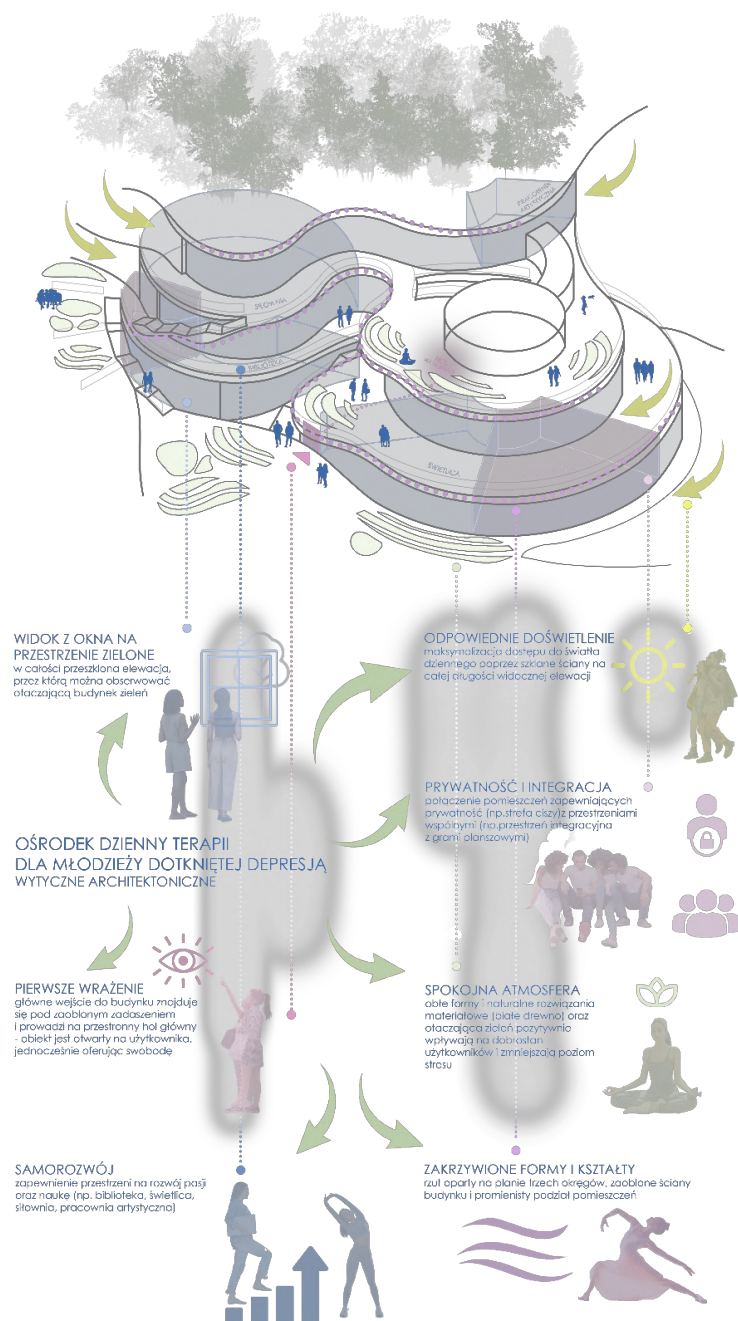
8.5.3. DOSTĘPNOŚĆ DLA OSÓB Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ

Obiekt został zaprojektowany jako w pełni dostępny dla osób z niepełnosprawnością. Wejście do budynku zaprojektowano z poziomu -0,02, bez ograniczeń, aby osoba z niepełnosprawnością swobodnie mogła pokonać przeszkodę. Na wszystkich piętrach budynku zostały zaprojektowane toalety dostępne dla osób niepełnosprawnych. Zaprojektowana winda dostępna dla pacjentów i pracowników posiada wymiary umożliwiające wjazd wózkiem.

8.5.4. SPEŁNIENIE WYTYCZNYCH PROJEKTOWYCH

W projekcie ośrodka zostały spełnione następujące wytyczne (Rys.22) sporządzone w pierwszej części pracy:

- Widok z okna na przestrzenie zielone – Budynek został zaprojektowany w taki sposób, aby ściany zewnętrzne pomieszczeń przeznaczonych na długotrwały pobyt użytkowników były w całości przeszklone, ukazując tym zielone tereny wokół budynku.
- Odpowiednie doświetlenie – Dostęp do światła dziennego został zmaksymalizowany poprzez zastosowanie przeszkleń na całej długości widocznych ścian zewnętrznych.
- Prywatność i integracja – W ośrodku zapewniono zarówno pomieszczenia, w których można spędzić czas indywidualnie, w ciszy oraz miejsca integracji np. pracownia artystyczna czy poczekalnia z możliwością rozmów i gier.
- Zakrzywione formy i kształty – Rzut budynku oparty jest na planie trzech przenikających się okręgów, co sprawia, że widoczne ściany zewnętrzne są obłe, również we wnętrzach ośrodka został zachowany promienisty podział pomieszczeń – takie rozwiązania wybierane są jako „spokojne i czułe”.
- Spokojna atmosfera – Zastosowane w budynku formy, kształty i materiały zostały dobrane w taki sposób, aby reakcja emocjonalna użytkowników pozytywnie wpływała na samopoczucie i zmniejszały ich stres.
- Pierwsze wrażenie – Główne wejście do budynku zostało zaprojektowane pod zadaszeniem, przez drzwi dwuskrzydłowe, na przestronny hol, co sprawia, że ośrodek jest otwarty na użytkownika, jednocześnie oferując mu odpowiednią przestrzeń i swobodę. Zastosowane we wnętrzach rozwiązania materiałowe zapewnią poczucie bezpieczeństwa i domowości.
- Samorozwój – W obiekcie zaprojektowano przestrzenie pozwalające na rozwój pasji oraz naukę i pogłębianie swojej wiedzy. Program użytkowy przewiduje przestrzeń na bibliotekę z czytelnią, świetlicę, ale również salę komputerową, siłownię i pracownię artystyczną.



Rys. 22 Schemat spełnienia wytycznych projektowych, opracowanie własne

8.5.5. ROZWIĄZANIA MATERIAŁOWE

Budynek został zaprojektowany w konstrukcji żelbetowej. Zaprojektowano stropodachy płaskie, które będą pełniły również funkcje dachów zielonych intensywnych.

Jako materiał elewacyjny wybrano okładzinę drewnopodobną o pionowym podziale paneli, w kolorystyce zbliżonej do białej. Większość widocznej części budynku będzie przeszklona. Bariereki zewnętrzne ze szkła bezpiecznego. Dobór materiałów elewacyjnych podyktowany jest chęcią maksymalnego wizualnego wpisania budynku w otoczenie.

8.6. ELEMENTY PROJEKTU TECHNICZNEGO

8.6.1. USTRÓJ I UKŁAD BUDYNKU

W budynku zaprojektowano układ konstrukcyjny słupowo-ścianowym, z uwagi na jego nietypowy plan. Osie konstrukcyjne zostały przyjęte na schemacie trzech przenikających się okręgów podzielonych, każdy z nich podzielony na mniejsze. Aby zapewnić odpowiednią stateczność główna konstrukcja budynku zostanie oparta na żelbetowych słupach o okrągłym przekroju o średnicy 30cm na parterze i 25cm na wyższych kondygnacjach. Rolę usztywnienia pełnią ściany o gr. 30cm na poziomie 0 oraz 25cm na poziomie +1 i +2. Ściany działowe z bloczków betonowych i płyt gipsowo-kartonowych.

Budynek zostanie posadowiony na płycie fundamentowej żelbetowej. Zaprojektowano stropodach płaski jako dach zielony intensywny.

8.6.2. OCHRONA PRZECIWPOŻAROWA

Kategoria zagrożenia ludzi: ZL III ⁸⁰

Zaprojektowano budynek średniowysoki (SW) o kat. zagrożenia ludzi ZL III: Klasa odporności pożarowej: "B" ⁸¹

Klasa odporności pożarowej „B”			
Element	Wymóg	Opis zastosowanych elementów	Uwagi
Główna konstrukcja nośna	R120	Ściany żelbetowe 30cm i 25cm oraz słupy żelbetowe 30cm i 25cm	Spełnia R120
Konstrukcja dachu	R30	Stropodach żelbetowy	Spełnia R30
Strop	REI60	Strop żelbetowy	Spełnia REI60
Ściany zewnętrzne	EI60	Ściany żelbetowe 30cm, ocieplenie nacinanymi płytami EPS 20cm	Spełnia EI120
Ściany wewnętrzne	EI30	Ściany żelbetowe 30cm i 25cm, ściany murowane z bloczków betonowych 12cm	Spełnia EI120 i EI60
Przekrycie dachu	RE30	Płyty EPS 30cm NRO	Spełnia RE30
Biegi i spoczniki schodów	R30	Biegi i spoczniki żelbetowe	Spełnia R30

Budynek stanowi jedną strefę pożarową:

- SP nr 1 o powierzchni wewnętrznej 2989,91m²⁸²

Warunki i strategia ewakuacji:

- Zaprojektowano 5 wyjścia prowadzące na zewnątrz budynku, każde o szerokości drzwi ewakuacyjnych min. 0,9m.
- Ewakuacja z parteru odbywać się będzie drogami komunikacji ogólnej na zewnątrz budynku, a z wyższych pięter budynku na zewnątrz budynku lub do sąsiedniej strefy pożarowej.

⁸⁰ Dziennik Ustaw Rzeczypospolitej Polskiej: *Rozporządzenie Ministra Infrastruktury z dnia 12 kwietnia 2002 r. w sprawie warunków technicznych, jakim powinny odpowiadać budynki i ich usytuowanie*, 2002, <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20020750690> (data dostępu: 18.03.2025), s.5242.

⁸¹ Tamże, s.5242-5244.

⁸² Tamże, s.5247.

- Długości dojść ewakuacyjnych z pomieszczeń, z których zapewniony jest tylko jeden kierunek ewakuacji, nie przekraczają dopuszczalnych 30 m, w tym 20 m na poziomych drogach ewakuacyjnych. Szerokość poziomych dróg ewakuacyjnych wynosić będzie co najmniej 1,4 m.
- Zaprojektowano klatkę schodową o szerokości biegów 1,5m i szerokości spocznika 1,55m. Na parterze przy klatce schodowej znajduje się korytarz z wyjściem ewakuacyjnym bezpośrednio na zewnątrz budynku.
- Długości przejść ewakuacyjnych w poszczególnych częściach budynku, nie przekraczają 40 m. Przejścia nie będą prowadzić przez więcej niż trzy pomieszczenia.⁸³

Dobór urządzeń przeciwpożarowych oraz innych instalacji i urządzeń służących bezpieczeństwu pożarowemu:

- Obiekt należy wyposażyć w przeciwpożarowy wyłącznik prądu (PWP), awaryjne oświetlenie ewakuacyjne zastosowane na drogach ewakuacyjnych oświetlonych wyłącznie światłem sztucznym oraz przeciwpożarową klapę oddymiającą klatkę schodową.
- W budynku zaprojektowano po dwa hydranty wewnętrzne DN25 na każdej kondygnacji użytkowej – jeden dla części przychodni z administracją oraz jeden dla części biurowej z restauracją na ostatnim piętrze. Wężę gaśnicze hydrantów obejmują całą powierzchnię budynku.⁸⁴

Przygotowanie obiektu budowlanego do prowadzenia działań ratowniczych:

- Dla budynku została zapewniona droga pożarowa w odległości od 4m do 15m od najdłuższej, a jednocześnie frontowej (wschodniej) elewacji budynku.
- Wymagana ilość wody do celów przeciwpożarowych do zewnętrznego gaszenia pożaru – 10 dm³/s. Zaopatrzenie w wodę stanowi hydrant zewnętrzny DN80 zlokalizowany w odległości 10m od budynku.⁸⁵

Usytuowanie budynku z uwagi na bezpieczeństwo pożarowe

- Projektowany budynek będzie znajdował się w odległości 13m od najbliższej zlokalizowanego budynku sąsiedniego.⁸⁶

83 Tamże, s.5250-5255.

84 Dziennik Ustaw Rzeczypospolitej Polskiej: *Rozporządzenie Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z dnia 7 czerwca 2010 r. w sprawie ochrony przeciwpożarowej budynków, innych obiektów budowlanych i terenów*, 2010, <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20101090719> (data dostępu: 18.03.2025), s. 9122-9126.

85 Dziennik Ustaw Rzeczypospolitej Polskiej: *Rozporządzenie Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z dnia 24 lipca 2009 r. w sprawie przeciwpożarowego zaopatrzenia w wodę oraz dróg pożarowych*, 2009, <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20091241030> (data dostępu: 18.03.2025), s. 9066-9069.

86 Dziennik Ustaw Rzeczypospolitej Polskiej: *Rozporządzenie Ministra Infrastruktury z dnia 12 kwietnia 2002 r. w sprawie warunków technicznych, jakim powinny odpowiadać budynki i ich usytuowanie*, 2002, <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20020750690> (data dostępu: 18.03.2025), s.5258.

BIBLIOGRAFIA

Artykuły w czasopismach:

1. Bałkowiec-Iskra E., Cessak G., Ryszewska-Pokraśniewicz B.: Rola farmakoterapii i psychoterapii w leczeniu zaburzeń depresyjnych. *Psychiatria po Dyplomie*, 2013, s.41-44.
2. Banaei M., Hatami J., Gramann K., Yazdanfar A.: Walking through Architectural Spaces: The Impact of Interior Forms on Human Brain Dynamics. *Frontiers in Human Neuroscience*, 11, 2017, s. 1-14.
3. Barbini B., Bendetti F., Campori E., Colombo C., Smeraldi E.: Morning sunlight reduces length of hospitalization in bipolar depression. *Journal of Affective Disorders*, 62, 2001, s.221–223.
4. Bergamin J., Bockting C. L., Denys D., Kiverstein J., Luigjes J.: Defining Autonomy in Psychiatry. *Frontiers in Psychiatry*, 13, 2022, s. 1-11.
5. Bil J., Pawłowski L.: Wpływ architektury na zdrowie psychiczne – wybrane zagadnienia. *Przestrzeń i forma*, 28, 2016, s.41-52.
6. Borgen L., Gardiner S. K., Lundin S., Ulrich R. S.: Psychiatric ward design can reduce aggressive behavior. *Journal of Environmental Psychology*, 57, 2018, s. 53–66.
7. Campbell J., Jovanović N., Priebe S.: How to design psychiatric facilities to foster positive social interaction – A systematic review. *European Psychiatry*, 60, 2019, s. 49–62.
8. Celińska-Janowicz K., Kazberuk A., Osińska M., Rysiak E., Zadykiewicz R.: Depresja – choroba cywilizacyjna XXI wieku. *Geriatrics*, 11, 2017, s.123-129.
9. Chmielnicka-Plaskota A., Kompowska-Marek R.: Czy arteterapia może wspomagać proces leczenia zaburzeń depresyjnych? – studium przypadku. *Neuropsychiatria. Przegląd Kliniczny*, 10(2-3), 2018, s. 49-54.
10. Czekał A., Dubel J., Dubel R., Namroży N., Ruszel K.: Depresja i lęk – nieodłączni towarzysze studenta? – rozpowszechnienie zaburzeń psychicznych w środowisku akademickim, czynniki predysponujące do ich wystąpienia, leczenie, formy pomocy. *Quality in Sport*, 8 (3), 2022, s.31-34.
11. Dymkowska A., Nowicka-Sauer K.: Depresja wśród młodzieży – problem wciąż aktualny. *Forum Medycyny Rodzinnej*, 2 (9), 2015, s.124-126.
12. Eberhard J. P.: Applying Neuroscience to Architecture. *Neuron*, 62, 2009, s. 753-756.
13. Fernandez D., Wilkins A. J.: Uncomfortable images in art and nature. *Perception*. 37(7), 2008, s.1098–1113.
14. Fricke O. P., Halswick D., Längler A., Martin D. D.: Healing Architecture for Sick Kids. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 47 (1), 2019, s. 27–33.
15. Girczyś-Połedniok K., Pasierb N., Pudło R., Szymłak A.: Zastosowanie terapii z udziałem zwierząt w praktyce psychiatrycznej. *Psychiatria*, 11(3), 2014, s. 171-176.
16. Golembiewski J. A.: Applying a salutogenic model to architectural design for psychiatric care. *Start making sense*, 28 (3/4), 2010, s. 100-117.

17. Jaskólska D., Lyon C., McLaughlan R.: Architecture as change-agent? Looking for innovation in contemporary forensic psychiatric hospital design. *Med Humanities*, 47 (4), 2021, s.1-14.
18. Kennedy H., Seppänen A., Shaw C., Törmänen I.: Modern forensic psychiatric hospital design: clinical, legal and structural aspects. *International Journal of Mental Health Systems*, 12, 2018, s.1-12.
19. Krajewska-Kula E., Kužel A., Śmigielska-Kuzia J.: Percepcja depresji w wybranych grupach społecznych. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*, 3 (21), 2015, s.295-302.
20. Lundin S.: Can Healing Architecture Increase Safety in the Design of Psychiatric Wards?. *Health Environments Research & Design Journal*, 14 (1), 2021, s. 106-117.
21. Malinowska M.: Przestrzeń psychiatrycznego eksperymentu. Relacja teorii psychiatrii i architektury. *Czas kultury*, 4, 2021, s.122-123.
22. Marczyńska M.: Architektura w terapii zaburzeń psychicznych. Ośrodek wsparcia zdrowia psychicznego. *Niepełnosprawność – zagadnienia, problemy, rozwiązania*, 1(46), 2023, s. 41-68.
23. Martinez A., Norouzi N., Rico Z.: Architectural Design Qualities of an Adolescent Psychiatric Hospital to Benefit Patients and Staff. *Health Environments Research & Design Journal*, 4 (16), 2023, s.103-117.
24. Murawiec S.: Rozpoznawanie i leczenie depresji w praktyce lekarza POZ – aspekty praktyczne. *Lekarz POZ*, 5, 2017, s.338-343.
25. Raczkowski A.: Depresja dzieci i młodzieży – zjawisko i perspektywy pomocy. *Wychowanie w Rodzinie*, 16 (2), 2017, s. 315-329.
26. Reil J. C.: *Rhapsodien über die Anwendung der psychischen Curmethode auf Geisteszerrüttungen* 1803.
27. Ulrich R. S.: Visual Landscapes and Psychological Well-Being. *Landscape Research*, 4 (1), 1979, s. 17-23.
28. Ulrich R. S.: Natural versus urban scenes: Some psychophysiological effects. *Environment and behavior*, 13 (5), 1981, s. 523-556.
29. Ulrich R. S.: View through a window may influence recovery from surgery. *Science*, 224 (4647), 1984, s. 420-421.
30. Zawiślak G.: Hortiterapia jako narzędzie wpływające na poprawę zdrowia psychicznego i fizycznego człowieka. *Secta eee Horticultura*, 25(1), 2015, s. 21-31.

Artykuły internetowe:

1. ArchDaily: *Child Psychiatry Hospitalization Building of 12 beds in Bures-sur-Yvette / a+ samueldelmas*, 2019, <https://www.archdaily.com/921452/child-psychiatry-hospitalization-building-of-12-beds-in-bures-sur-yvette-a-plus-samueldelmas> (data dostępu: 11.06.2024).
2. ArchDaily: *Kronstad Psychiatric Hospital / Origo Arkitektgruppe*, 2013, https://www.archdaily.com/451158/kronstad-origoarkitektgruppe?ad_source=search&ad_medium=projects_tab (data dostępu: 12.06.2024)

3. ArchDaily: *Vejle Psychiatric Hospital / Arkitema Architects*, 2018, https://www.archdaily.com/901732/vejle-psychiatric-hospital-arkitema-architects?ad_source=search&ad_medium=projects_tab. (data dostępu: 12.06.2024)
4. Mazurkiewicz P.: Depresja Polaków kosztuje już dwa miliardy. Problem może się nasilić. *Rzeczpospolita*, 2023, https://www.rp.pl/finanse/art40194471-poznalismy-najlepszych-audytow-w-polsce-ranking-rzeczpospolitej?utm_source=rp&utm_medium=komponent_winieta&utm_campaign=RASG (data dostępu: 22.04.2024).

Raporty:

1. Główny Urząd Statystyczny, *Departament Opracowań Statystycznych: Polska w liczbach 2023*, 2023, <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/inne-opracowania/inne-opracowania-zbiorcze/polska-w-liczbach-2023,14,16.html> (data dostępu: 02.04.2024).
2. Głuchowska P., Gucwa D., Grabowska W., Haideukevich Y., Hołubka Z.: *Raport z badania "Postawy Polaków wobec depresji"*, 2022, <https://wsip.sggw.pl/prace-badawcze-studentow> (data dostępu: 25.03.2024).
3. Najwyższa Izba Kontroli: *Dostępność leczenia psychiatrycznego dla dzieci i młodzieży (w latach 2017-2019)*, 2019, <https://www.nik.gov.pl/aktualnosci/lecznictwo-psychiatryczne-dzieci-i-mlodziezy.html> (data dostępu: 02.04.2024).
4. Najwyższa Izba Kontroli: *Zapobieganie i leczenie depresji*, 2018, <https://www.nik.gov.pl/kontrola/P/17/105/LGD/> (data dostępu: 25.03.2024).
5. World Health Organization: *Global burden of mental disorders and the need for a comprehensive, coordinated response from health and social sectors at the country level*, 2011, https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA65/A65_10-en.pdf (data dostępu: 25.03.2024).
6. World Health Organization: *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems ICD-10*, 2008, <https://www.who.int/standards/classifications/classification-of-diseases> (data dostępu: 25.03.2024).

Rozporządzenia:

1. Dziennik Ustaw Rzeczypospolitej Polskiej: *Rozporządzenie Ministra Infrastruktury z dnia 12 kwietnia 2002 r. w sprawie warunków technicznych, jakim powinny odpowiadać budynki i ich usytuowanie*, 2002, <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20020750690> (data dostępu: 18.03.2025).
2. Dziennik Ustaw Rzeczypospolitej Polskiej: *Rozporządzenie Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z dnia 24 lipca 2009 r. w sprawie przeciwpożarowego zaopatrzenia w wodę oraz dróg pożarowych*, 2009, <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20091241030> (data dostępu: 18.03.2025).
3. Dziennik Ustaw Rzeczypospolitej Polskiej: *Rozporządzenie Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z dnia 7 czerwca 2010 r. w sprawie ochrony przeciwpożarowej budynków*,

- innych obiektów budowlanych i terenów*, 2010, <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20101090719> (data dostępu: 18.03.2025).
4. Dziennik Ustaw Rzeczypospolitej Polskiej: *Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą*, 2019, <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20190000595> (data dostępu: 22.04.2024).
 5. National Association of Psychiatric Intensive Care and Low Secure Units: *Design Guidance for Psychiatric Intensive Care Units*, 2017, <https://napicu.org.uk/wp-content/uploads/2017/05/Design-Guidance-for-Psychiatric-Intensive-Care-Units-2017.pdf> (data dostępu: 22.04.2024).
 6. U.S. Department of Veterans Affairs: *Design Guide for Inpatient Mental Health & Residential Rehabilitation Treatment Programme Facilities*, 2021, <https://www.cfm.va.gov/til/dGuide/dgMH.pdf> (data dostępu: 22.04.2024).

SPIS ILUSTRACJI

- Rys 1. Wyniki badań cyklicznych UCE Research oraz ePsycholodzy, <https://www.rp.pl/gospodarka/art37894161-depresja-polakow-kosztuje-juz-dwa-miliardy-problem-moze-sie-nasilic> (data dostępu 22.04.2024) 11
- Rys 2. Rozmieszczenie na terenie kraju oddziałów i łóżek psychiatrycznych – opracowanie NIK na podstawie danych Ministerstwa Zdrowia, <https://www.nik.gov.pl/aktualnosci/lecznictwo-psychiatryczne-dzieci-i-mlodziezy.html> (data dostępu: 02.04.2024) 13
- Rys 3. Kampania WSP jako Podmiotu Leczniczego Samorządu Województwa Pomorskiego w celu zachęcenia do zatroszczenia się o zdrowie psychiczne młodzieży, zdjęcie własne 14
- Rys 4. Wizualizacja zwycięskiego projektu szpitala psychiatrycznego w Helsingborg w Szwecji (projekt Schmidt Hammer Lassen Architects) - wizualizacja przedstawia pokój pobytowy z dużymi oknami zapewniającymi codzienne nasłonecznienie i ekspozycję na zieleni oraz obrazem ilustrującym naturę, https://www.archdaily.com/348441/helsingborg-hospital-extension-winning-proposal-schmidt-hammer-lassen-architects?ad_source=search&ad_medium=projects_tab 17
- Rys 5. Rzut dziecięcego szpitala psychiatrycznego w Orsay we Francji (projekt a+samueldelmas) – wewnątrz budynku znajduje się zielony dziedziniec, <https://www.archdaily.com/921452/child-psychiatry-hospitalization-building-of-12-beds-in-bures-sur-yvette-a-plus-samueldelmas>. 20
- Rys 6. Dziedziniec wewnętrzny dziecięcego szpitala psychiatrycznego w Orsay we Francji (projekt a+samueldelmas), <https://www.archdaily.com/921452/child-psychiatry-hospitalization-building-of-12-beds-in-bures-sur-yvette-a-plus-samueldelmas>..... 22

Rys 7. Rys. 7 Przestrzeń przed budynkiem szpitala psychiatrycznego Kronstad Psychiatric Hospital w Bergen w Norwegii (projekt Orgio Architektgruppe), https://www.archdaily.com/451158/kronstad-origo-arkitektgruppe?ad_source=search&ad_medium=projects_tab	23
Rys 8. Rys. 8 Przekrój szpitala psychiatrycznego Kronstad Psychiatric Hospital w Bergen w Norwegii (projekt Orgio Architektgruppe), ukazujący trzy atria, wokół których skupia się kompozycja budynku, https://www.archdaily.com/451158/kronstad-origo-arkitektgruppe?ad_source=search&ad_medium=projects_tab	24
Rys 9. Wewnętrzne boisko w szpitalu psychiatrycznym Vejle Psychiatric Hospital w Vejle w Danii (projekt Arkitema Architects), https://www.archdaily.com/901732/vejle-psychiatric-hospital-arkitema-architects?ad_source=search&ad_medium=projects_tab	24
Rys 10. Widok szpitala psychiatrycznego Vejle Psychiatric Hospital w Vejle w Danii (projekt Arkitema Architects) -wiele dziedzińców wewnętrznych zapewnia dużą ilość światła dziennego i dostęp do natury, https://www.archdaily.com/901732/vejle-psychiatric-hospital-arkitema-architects?ad_source=search&ad_medium=projects_tab	25
Rys 11. Lokalizacja terenu projektowego, https://www.openstreetmap.org/#map=15/54.39913/18.57333	29
Rys 12. Lokalizacja terenu projektowego, https://www.openstreetmap.org/#map=15/54.39913/18.57333	29
Rys 13. Fragment rysunku MPZP nr 0224, https://www.gdansk.pl/zagospodarowanie-przestrzenne-gdanska/plany,0224	30
Rys 14. Analiza terenów zielonych, opracowanie własne	31
Rys 15. Analiza komunikacyjna, opracowanie własne	31
Rys 16. Analiza hałasu, opracowanie własne	32
Rys 17. Schemat stref funkcjonalnych, opracowanie własne	33
Rys 18. Schemat ścieżki sensorycznej, opracowanie własne	34
Rys 19. Fragment PZT, opracowanie własne	35
Rys 20. Schemat powstawania bryły, opracowanie własne	36
Rys 21. Schemat układu funkcjonalnego, opracowanie własne	37
Rys 22. Schemat spełnienia wytycznych projektowych	39

ZAŁĄCZNIKI

1. Transkrypcja wywiadu z byłym pacjentem Wojewódzkiego Szpitala Psychiatrycznego w Gdańsku im. prof. Tadeusza Bilikiewicza – Mateuszem Piekarskim
2. Transkrypcja wywiadu z psycholożką i psychoterapeutką, pracującą w Wojewódzkim Szpitalu Psychiatrycznym im. Tadeusza Bilewicza w Gdańsku oraz prowadzącą prywatną praktykę w ośrodku Unisono w Gdyni – Karoliną Wasilewską-Dudek

To może zacznijmy od tego, czy pozostały z Tobą jakieś ogólne wrażenia odnośnie architektury ośrodka, w którym przebywałeś?

Szczerze mówiąc, w tamtym momencie mojego życia, niezbyt mocno się skupiałem na architekturze. Myślę, że to była ostatnia rzecz, o której myślałem. Poza tym to było parę lat temu i nie przebywałem tam na szczęście zbyt długo, bo zaledwie niecałe dwa tygodnie. Ale jest taka rzecz, która na pewno zapadła mi w pamięć. Nadal pamiętam to, że z okna, nie wszystkich, ale z okna mojego pokoju przynajmniej, widok był na cmentarz.

No właśnie, to jest bardzo ważny aspekt. Zagłębiłam się już trochę w ten temat wytyczne, które co prawda w Polsce oficjalnie nie obowiązują, wspominają o istotnym wpływie widoku z okna i zieleni na dobrostan pacjentów... To, że w Twoim przypadku byłeś zmuszony do obserwowania cmentarza jest dość absurdałne...A może były tam jakieś inne przestrzenie zielone, które w jakiś sposób mogłyby zrekompensować ten brakujący element?

Myślę, że kolorem przewodnim był żółty, taki typowy szpitalny żółty, jeżeli dobrze pamiętam. Również przed naszą rozmową obejrzałem jakieś zdjęcia, takie bardziej publiczne, bo na miejscu nie można robić zdjęć, by przypomnieć sobie to miejsce. Ale też ja sam żadnych takich zielonych przestrzeni nie pamiętam, aczkolwiek byłem tam w grudniu, więc nawet jeżeli byłyby jakieś takie widoki zielone, no to zimą one zielone nie są.

No tak, racja. Czyli nie mieliście dostępu do ogrodów czy atrium, nic takiego?

Nie wiem, czy było to spowodowane tym, że to była zima, czy tym że byłem tam krótko, ale nie przypominam sobie, żebym ja czy ktoś inny wychodził na zewnątrz. No, ale fajnie by było, fajnie by było, jakby było coś zielonego, żeby sobie tak pójść i pomyśleć.

Zdecydowanie się zgadzam, tak powinno być. A czy w szpitalu jakieś miejsca, w których moglibyście się wspólnie integrować, spędzać czas?

Tak, było coś takiego. Nie wiem dokładnie, czy to była stołówka, głównie to był taki długi korytarz, w jednym miejscu, tak bardziej na środku, była taka jakby jadłodajnia. Stamtąd było wydawane jedzenie. Trochę na lewo od tego było takie jakby poszerzenie tego korytarza, gdzie były stoliki i to było takie, myślę, główne miejsce integracji, gdzie przynajmniej ja się jakkolwiek integrowałem z innymi pacjentami.

Rozumiem. I jak wpływało na Ciebie przebywanie w tej przestrzeni? Pomagało Ci to?

I tak i nie. Wiesz, dla mnie to jest okej, żebym na godzinę pogadał z kimś w moim wieku. To było ok, ale tego czego brakowało to właśnie takie miejsca, w których mógłbym pobyć sam, ponieważ pokoje nie są jednoosobowe. Tam są ustawione właściwie tylko kozetki i leży tam nie wiem, 6 lub 8 osób, z czego niektórzy są w poważnym stanie i krzyczą całą noc. Na pewno to by się przydało...

Okej, czyli brakowało Ci większej prywatności.

Zdecydowanie. Z jednej strony to rozumiem dlaczego tak nie było, no bo w prywatności zapewne większość pacjentów, łącznie ze mną w tamtym momencie, zapewne chciałoby zrobić sobie krzywdę. Ale tak, ja potrzebowałem chociaż chwili spokoju.

Wydaje mi się, że wystarczyłoby, żeby te pokoje były po prostu mniejsze, na przykład dwuosobowe. Jak czytałam na ten temat to z takimi rozwiązaniami się często spotykałam. Wtedy nie ma aż takiego, nazwijmy to „zamieszania” jak przy większej ilości pacjentów. Przy dwóch osobach jest jednak trochę więcej tej prywatności i też łatwiej się z kimś dogadać.

Tak, myślę że to już byłoby wystarczające.

A czy w budynku były jakieś przestrzenie czy elementy, oprócz tego widoku na cmentarz, które wybudziły twój niepokój? Które uważasz, że powinny być inaczej zlokalizowane, czy wyglądać inaczej? Pytam w kontekście tego, czego powinno się unikać po prostu w takich miejscach.

Hmm, muszę sobie przypomnieć. Cmentarz najbardziej pamiętam, bo to było dla mnie szczególnie szokujące. Były tam jakieś drzwi, za którymi nie miałem pojęcia co było, ale to raczej kwestia ciekawości niż niepokoju. Czego można by unikać? Na ten moment nic innego nie przychodzi mi do głowy.

Może to i lepiej, bo to znaczy że jakichś innych rażących elementów tam nie było. A jak wyglądało takie Twoje codzienne funkcjonowanie w tym ośrodku? Po jakich przestrzeniach się poruszałeś? Mniej więcej o jakich porach dnia? Czy to były tylko te pokoje i ta przestrzeń wspólna z jadłodajnią, czy coś jeszcze? Mieliście jakieś terapie grupowe, czy indywidualne?

Większość mojego czasu to było chodzenie po tym głównym korytarzu. Na pewno była taka pobudka rano, o wczesnej godzinie. Jak było potrzebne to robili wtedy pobieranie krwi, jak nie to nie. Tam leki dostawaliśmy też, a później hmm... Nie przypominam sobie, żebym miał jakieś terapie grupowe, ale wiadomo byłem tam krócej niż inni i możliwe, że to dlatego, bo wtedy jeszcze nie miałem takiej pełnej diagnozy. Na pewno miałem spotkania z psychiatrą. Ale to wtedy wizyta, a nie terapia, to co innego. Na pewno nie mieliśmy jakiegoś typowego planu dnia typu „pacjenci wychodzą na spacer do ogrodu” albo „teraz godzina na aktywność fizyczną”. Ale czy nie było tego, bo nie było, czy nie było tego, ponieważ po prostu ja nie uczestniczyłem, trudno mi powiedzieć.

Jasne, rozumiem.

A jeszcze plus był taki pacjenci mieli dostęp do telefonów, z ograniczeniem takim, że bez ładowarek. Wiesz dlaczego bez ładowarek... Czyli jakby mogłem sobie korzystać z tego telefonu, dopóki się nie wyładował. Więc w taki sposób też spędzałem czas.

Dobra, a czy oprócz tego, o czym już mi powiedziałeś, czyli że brakowało Ci takiej większej prywatności, to czy brakowało Ci jakiejś konkretnej przestrzeni? Teraz są takie praktyki, że projektuje się bardzo różnorodne funkcje w podobnych obiektach – na przykład przestrzenie kreatywne, gdzie też można wspólnie malować po ścianach, czy coś.

Serio? Super, nie miałem o tym pojęcia.

A z Twojej subiektywnej strony, co uważasz, że powinno się znaleźć w ośrodku dla osób w takim wieku, jak wtedy byłeś, czyli dla młodzieży? Czy tobie czegoś brakowało konkretnie? W końcu ważne jest, żeby pacjenci czuli jak w domu...

Ja w wieku 18 lat...Czego mi brakowało? No to pewnie gry komputerowe.

Tak właśnie myślałam... Czyli jakaś sala do gamingu, czy coś takiego?

No na przykład do gamingu, no bo z komputerem można też wiele innych rzeczy zrobić, nawet jak ktoś lubi po prostu sobie poprogramować.

Dobra, to jeszcze jedna kwestia. Jakbyś mógł zaprojektować takie idealne dla Ciebie miejsce do terapii, to co by tam było? Jakby to wyglądało? Jaka kolorystyka itp.? Tak wiesz, ogólnie, jakbyś swoimi słowami miał opisać takie miejsce, w którym czułbyś się po prostu dobrze, że no, co by tam po prostu było, nie?

Ja, jako osoba, która przez całe życie unika jak ognia terapii, to najlepiej się czułem, w miejscach, które były po prostu zwykłe, które sprawiały wrażenie że można by tam żyć.

Czyli taki jakby salon, gabinet?

No tak, takie miejsce, które nie wygląda szpitalnie, tak jakby medycznie, no bo to jest trochę odrzucające. Jak byłem na przykład tutaj gdzie teraz mieszkam, w Piastowie, na terapii, to Pani miała bardzo ładne biuro, ładny wystrój i to myślę, że miało niesamowity wpływ. To, że nie wygląda to szpitalnie. Z czasem pomogło to, jak się tam częściej przychodziło, takie przyzwyczajenie, że to jest miejsce, które jest safe space'em. Taki wiesz, cały proces wbicia się w ten pomysł, że to miejsce jest safe space'em, jest długotrwały, ale dla mnie duże znaczenie miało to, że ładnie wyglądało, estetycznie. Fajnie, że zostało to zaprojektowane z jakimś pomysłem, a nie takie podejście typu „dobra, tu masz krzesło, tu masz biurko i siadaj”. No i wiecznie ta żółta lub do połowy żółta ściana i kafelki, taka jak w szpitalu.

Okej, a jaka kolorystyka i materiały najlepiej na Ciebie działają?

Kolory hmm... próbuję sobie przypomnieć wygląd tego biura, w którym byłem i było okej, Myślę, że też fajne by było, gdyby właśnie wszystko było dostosowane do wieku. Jak byłem w liceum to co innego było dla mnie fajne niż teraz i niestety w tym szpitalu było bardziej uniwersalnie niż młodzieżowo. A jakie kolory i materiały? Ja lubię drewno, lubię zielony. Tak, myślę że zielony i drewno to dobry wybór. A co do materiałów, to bardzo bezpiecznie się czułem siedząc na welurowej kanapie. Najważniejsze, żeby było zadbanie i domowo i żebym miał możliwość tam wejść, powiedzieć do myślę lub nie i nieważne, co powiem, to czuć się komfortowo.

Dziękuję Ci bardzo, na pewno wykorzystam te informacje i uwzględnię Twoje uwagi w moim projekcie.

ZAŁĄCZNIK NR 2 – Transkrypcja wywiadu z psycholożką i psychoterapeutką, pracującą w Wojewódzkim Szpitalu Psychiatrycznym im. Tadeusza Bilewicza w Gdańsku oraz prowadzącą prywatną praktykę w ośrodku Unisono w Gdyni – Karoliną Wasilewską-Dudek

Może zacznę tak ogólnie – jakie elementy architektoniczne mają według Pani najistotniejszy wpływ na dobrostan i postępy w procesie terapii? W jakich miejscach pacjenci najlepiej się czują, najwięcej czasu spędzają?

Ma Pani na myśli jakąś przestrzeń w szpitalu?

Tak. Może jakieś takie może przestrzenie wspólne w tych szpitalach? Jakies sale terapii grupowej? Może coś takiego?

Tak, tak. No to ja jednak myślę sobie, że pacjenci to najlepiej się czują w takich przestrzeniach, gdzie nie ma personelu, gdzie jest dość wygodnie. W takim sensie, że jest możliwość, żeby jakoś razem sobie usiedli, żeby jakoś spędzili też wspólnie czas. Co do takiej naszej sali terapii grupowej, no to ona jest dość okej. W tym sensie, że znajdujemy się na piętrze, w związku z czym nie chodzi nikt za oknem, tego nie widać. Natomiast jest dobre oświetlenie i akurat okno z mojej perspektywy jest bardzo ważne, nie tylko w kontekście terapii grupowej, ale też indywidualnej.

A aranżacja takiego pomieszczenia? Jak według Pani powinno to zostać zrealizowane?

Mam wrażenie, że u nas w szpitalu takie dobre ustawienie jest raczej nierealne ze względu na to, że te pokoje mają akurat takie rozmieszczenie, że są raczej długie i wąskie, więc te fotele stoją w taki sposób, że ktoś musi być tyłem do okna. Ja u siebie w ośrodku mam akurat tak, że mam te fotele pod skos, to znaczy żeby pacjent nie patrzył w stronę okna, ale też żeby ja nie patrzyła w stronę okna, żebyśmy się jakoś widzieli, żeby było widać twarze. Mi się to wydaje być bardzo istotne w kontekście też tego dostrzegania siebie, patrzenia na siebie, na swoją mimikę, więc jeśli pacjent mnie nie widzi albo ja nie widzę jego, to to zdecydowanie wpływa. Niestety warunki szpitalne są takie, a nie inne i myślę, że jakoś nikt o tym wcześniej pewnie nie pomyślał, ale to byłoby ważne, tak żeby tak się działo.

To może teraz spójrzmy na ten temat z drugiej strony. Czy uważa Pani, że jakieś błędy, oprócz tego co już Pani wspomniała o tych długich, wąskich pokojach, zostały popełnione w projektowaniu tego szpitala?

Jeśli chodzi oczywiście o lokalizację jakichś pomieszczeń, czy coś takiego, no to pewnie faktycznie tych zauważalnych błędów byłoby więcej z perspektywy pacjenta. Natomiast to co się zmieniło po remoncie to na pewno ta kolorystyka pomieszczeń, która jest bardzo ważna. No i zmieniła się na plus, tzn. te pomieszczenia są jasne, sprzyja to temu, żeby właśnie się jakoś tak nie zapadać, ale też żeby te kolory jakoś nie wpływały mocno na pacjentów. Szczerze mówiąc, tak sobie pomyślałam, że jednak mi jest trudno wymienić takie błędy, dlatego że ja niekoniecznie się na nich wcześniej jakoś skupiałam. To jest faktycznie taki obszar jakoś przez nas pewnie pomijany ze względu na ten brak środków, brak możliwości. Wiemy, że nawet jakby się chciało coś zmienić, to raczej się tego zmienić nie da już... Mogę powiedzieć bardziej z perspektywy mojego ośrodka, a nie szpitala, o tym jakich

błędów my się staraliśmy nie popełnić. Kiedy tworzyliśmy to miejsce i jakoś próbowaliśmy się na różne rzeczy decydować, no to na to, żeby to były przestrzenie jasne, żeby obrazy, które wiszą na ścianach były w miarę neutralne. One oczywiście mogą być różnie interpretowane, ale nawiązują do natury. Mi się wydaje to konieczne, aby to było wszystko w jakichś takich spokojnych, neutralnych barwach i żeby też nie było zbyt wielu tych rzeczy. Myślę, że to jest jakaś kwestia a propos szpitala do zmiany, że tam jest mnóstwo rzeczy, które tworzą taki niepotrzebny chaos, a niekoniecznie są potrzebne. I to już jest czasem w gestii personelu, co się z tym robi, ale np. w naszym gabinecie to faktycznie wszystko jest na wierzchu i jest tam mnóstwo tych rzeczy, czasem zupełnie niepotrzebnie, na przykład stoją trzy biurka, które są naprawdę na takim metrażu, ja myślę, że to jest pokój nie większy niż 10m² i dość wąski. No to proszę sobie wyobrazić, że jeszcze muszą się zmieścić dwa fotele. Więc to, co jeszcze mi przychodzi do głowy, to żeby odległość między fotelami była jednak większa. Ja mam u siebie w gabinecie prywatnym dość dużą odległość w porównaniu do tego, jak pracuję w szpitalu i to sprzyja jednak też temu, żeby ci pacjenci się tak nie bali tak bliskiego kontaktu. Można sobie wyobrazić, że są hospitalizowani bardzo różni pacjenci, w związku z czym to jest jakąś taką szkodą, że ja jestem aż tak blisko.

Tak, ale też myślę, że skoro Pani nie widzi więcej takich rażących rzeczy, to znaczy, że dużo tych błędów jednak nie ma. Dobrze też, że też coś się tam zmienia na plus pod względem chociażby tej kolorystyki, także z mojego punktu widzenia jako architekta to idzie to w dobrym kierunku. Mam jeszcze pytanie o przestrzeń zieloną. Wiadomo, że u Pani w ośrodku pacjenci spędzają pewnie maksymalnie parę godzin, jednak w szpitalu no to jednak jest to dłuższy pobyt. Czy pacjenci mają dostęp do jakichś terenów zielonych, gdzie mogą wyjść, spędzać czas? I jeżeli tak, to czy zauważyła Pani, że jakoś to wpływa na nich lepiej?

Tak, no zdecydowanie, zwłaszcza, że u nas są takie konkretne warunki do spełnienia, jeśli chodzi o to spacerowanie. Tacy pacjenci, którzy są troszeczkę dłużej hospitalizowani mogą korzystać z tej możliwości spacerów i to jest, no myślę, z resztą wszystkie badania to pokazują, że obcowanie z naturą sprzyja temu, żeby zdrowieć w każdym sensie. Dla takich pacjentów to jest bardzo ważne. Akurat mamy tę dogodność, że jest dość dużo zieleni wokół szpitala. Też orientując się jakoś w innych takich miejscach, innych placówkach zamkniętych, kiedy tak się dzieje że pacjenci są dużo na świeżym powietrzu, obcują z naturą, no to też jakoś dobrze to wpływa. Tak w dużym skrócie oczywiście.

Tak, dobrze. A jeszcze pytanie odnośnie tego, jak pacjenci najczęściej spędzają wolny czas? Pod tym względem, czy wolą jednak spędzać ten czas indywidualnie, zamykają się, czy jednak są otwarci na tę integrację z innymi pacjentami? Pytam ponieważ w temacie depresji, no to jednak jest takie przeświadczenie, że te osoby są takie zamknięte, więc tutaj pytanie, jak to w praktyce wygląda?

W praktyce to wygląda tak, że u nas na oddziale nie ma takiego pomieszczenia, które mogłoby służyć takim pacjentom, którzy jakoś potrzebują się trochę na chwilę odseparować, czy potrzebują tej chwili dla siebie. Myślę sobie, że może to by było potrzebne czasem, natomiast z drugiej strony zastanawiam się, na ile to nie byłoby jednak nadużywane przez

osoby, którym nie służyłoby takie separowanie się i spędzanie tego czasu w samotności. To, że to jest oddział, który w ten sposób funkcjonuje, że wszyscy są razem, szpital, NFZ, nie ma innej możliwości, no to to jest zdecydowanie coś, co na pewno sprzyja zdrowieniu. Mam na myśli to, że ludzie w grupach, zwłaszcza na takich oddziałach jak nasz, czyli takim, gdzie jest prowadzona w zasadzie prawie, że codziennie jakaś grupa terapeutyczna, no to bardzo sprzyja temu, żeby jakoś doświadczać jej wspólnotowości i doświadczać też tego, że inni mają podobnie. To jest takim dużym czynnikiem leczącym w psychoterapii, żeby zobaczyć tak, że nie jest się jedynym na świecie w takim cierpieniu. Takie miejsca odosobnione, no to z jednej strony wydają się być dobre, ale z drugiej strony niekoniecznie. Myślę że byłyby też ryzykowne i wyobrażam sobie, że część pacjentów mogłaby jakoś bardzo oblegać takie miejsca i że to by im nie służyło. Ale taka, powiedzmy, większa część wspólna, gdzie jest trochę więcej tej przestrzeni i jest się z jednej strony, nie wiem, w różnych kątach, tu stoi jakaś pufa, tam stoi jakaś pufa i to jest dość daleko od siebie, no to mi się wydaje to być bardzo sensowne. Z jednej strony jest się razem, a z drugiej strony ma się jakiś taki kąt wspólny.

Też mi się tak wydaje, no bo właśnie w przypadku osób z depresją to faktycznie przebywanie samemu mogłoby być też nie tylko ryzykowne ze względu tego, że nadużywaliby tego odizolowywania się, ale też po prostu mogłoby się coś zdarzyć, prawda? Więc faktycznie takie zupełnie odizolowanie przestrzeni byłoby dość niepożądane? A czy są jakieś inne takie przestrzenie, które uważa Pani, że powinny się znaleźć w takim ośrodku? Coś co uważa Pani, że byłoby dobre dla pacjentów? Mój poprzedni rozmówca podał jako przykład salę komputerową. A co Pani o tym sądzi?

No to ja bym powiedziała, że nie, że ta sala komputerowa nie. Ale to nie dlatego, że mam coś przeciwko komputerom, no bo to nie chodzi o jakieś demonizowanie tego, co i tak jest i będzie. Po prostu wydaje mi się że warto jakoś inaczej wykorzystać ten czas, a na oddziale zamkniętym dla młodzieży, no to pewnie i tak większość ma swój komputer. Ja bardziej bym zainwestowała w miejsce, które właśnie będzie sprzyjać socjalizacji, a no myślę sobie, że komputery tego nie robią. I że no oczywiście można gdzieś tam wspólnie grać, ale to jest na tyle krótko, że da się inaczej i żeby próbować jednak tych młodych ludzi też zachęcać do tego, do innych form spędzania czasu. U nas na przykład jest taka sala, gdzie są właśnie pufy, jest stół do ping-ponga, jest worek taki do boksowania i bardziej myślałabym o tym w taki sposób, żeby to było miejsce, które będzie zachęcać do tego, żeby w nim przebywać. Może jakbym miała jakiś nieograniczony budżet i fantazję, no to bym zrobiła pewnie, żeby to było dość duże miejsce z pufami, właśnie z czymś, w co można grać, ze stołem właśnie na przykład do tego, żeby można było grać w planszówki, pełno planszówek i rzutnik, tak bym wymyśliła, żeby właśnie można wspólnie oglądać. Zresztą u nas pacjenci się tak angażują w to życie „poobchodowe”, że tak powiem, czyli po tym, jak już personel idzie do domu. Organizują sobie jakiś karaoke, wspólne oglądanie filmów, czasem dyskusje, ktoś czyta swoje wiersze. To, żeby takie miejsce było, to jasne jest potrzebne i też właśnie, żeby można

było skorzystać z jednej rzeczy, czyli z takiego rzutnika, gdzie wtedy wszyscy razem siedzą, a nie każdy w swoim komputerze.

Jasne. To może jeszcze taka ostatnia kwestia. Bo właśnie wspomniała Pani o tym, że ostatnio szpital przeszedł taki remont. Czy mogłaby mi Pani powiedzieć o tej kolorystyce dokładniej, jaka była, a jaka teraz jest?

Ojej, tutaj to nie za bardzo pomogę, dlatego, że ja nie byłam, nie widziałam jak było przed remontem. Ja po prostu bardziej słyszałam, że były jakieś dzikie kolory, no i że ten standard też był znacznie niższy niż teraz jest. Ale nawet nie wiem, jak wyglądało.

Rozumiem. To w takim razie może z perspektywy samego urządzania takiego miejsca na przykładzie Pani ośrodka? Jakie tutaj takie architektoniczne rozwiązania Pani wybrała?

Powiem bardzo ogólnie, że raczej ciepłe barwy, jak najbardziej zbliżone do naturalnych materiałów, to znaczy, no wiadomo, nie wszędzie tak jest, ale dywan to wełniany. To jest też coś o mnie, bo ja akurat mam tak sama, że po prostu takie naturalne materiały czy w ogóle rzeczy lubię. Też myślę sobie, że to jest faktycznie dobrze jeśli w miejscu, w którym często się spędza dość dużo czasu, żeby to było takie miejsce, w którym nie jest za wygodnie, ale jest wygodnie. To znaczy, żeby nie był to fotel, w którym się zapadasz, ale żeby to był fotel, w którym się wygodnie siedzi, w którym można te 50 minut co najmniej wytrzymać czy tam no właśnie usiąść w jakiejś takiej względnej wygodzie. Mamy też drewniane podłogi, to są faktycznie wszystko naturalne materiały. Co prawda te drewniane podłogi już tam były, ale no tak słysząc jakoś feedback pacjentów, którzy czasem się nim dzielą, a propos właśnie wystroju, no to im się bardzo podobało to, że to jest nawiązujące do jakiejś historii, że to nie jest takie nowoczesne. No i ja sobie jakoś też to cenię, w takim sensie, że to dla mnie też jest ważne, jako dla osoby, która tam przyjmuje i dużo tych godzin spędza tygodniowo w tym miejscu, żeby czuć się tam komfortowo. Ważne żeby czuć się trochę tak jak w domu, ale jednocześnie no myślę sobie, że trzeba taką granicę postawić, że to nie jest dom, prawda? To nie może wyglądać, jakby faktycznie ktoś wszedł do mieszkania, w którym równie dobrze ja mogę mieszkać dosłownie. Chodzi o to żeby to było wiadomo, że to są gabinety, ale jednocześnie myślę, że dużo jakoś jest takich punktów wspólnych właśnie z no takich mieszkań domowych, że to jakoś tak daje moim zdaniem taki klimat dobry, sprzyjający temu, żeby się otwierać, dzielić, być tam, przechodzić gdzieś.

Muszę przyznać, że wiele z tego, co mi Pani powiedziała potwierdza to, czego wcześniej dowiedziałam się z przestudiowanych artykułów. Bardzo Pani dziękuję, bo chyba wszystkie kwestie które mnie interesowały omówiliśmy i będę teraz mogła zastosować w projekcie również ten praktyczny punkt widzenia od Pani.

ZAŁĄCZNIKI GRAFICZNE

- Plansza nr 1 – główna wizualizacja
- Plansza nr 2 – analizy urbanistyczne cz.1
- Plansza nr 3 – analizy urbanistyczne cz.2
- Plansza nr 4 – projekt zagospodarowania terenu
- Plansza nr 5 – rzut poziom 0
- Plansza nr 6 – rzut poziom +1 i +2
- Plansza nr 7 – przekroje, schemat funkcjonalny
- Plansza nr 8 – elewacje, wizualizacja wnętrza