múr *Brut*

DIPLOMOVÁ PRÁCA
EVA MACEJKOVÁ

POD SUPERVÍZIOU MONIKY MITÁŠOVEJ

múr *Brut*

diplomová práca
Eva Macejková
pod supervíziou Moniky Mitášovej

FA VUT BRNO 2024

ANOTÁCIA

Múr Brut je pokračovaním dišputácie na tému ako prostredia inštitúcií iniciujú a formujú konkrétne čítanie rozmanitých aktivít, ovplyvňujúcich vzťahy a väzby medzi prostredím, personálom a pacientom. Otázky týkajúce sa moci, možnosti voľby, dohľadu, kontroly a hlavne vyjednávania priestorových hraníc medzi nimi, sú prítomné v celej knihe, práve to bolo pre mňa hnacou silou.
Projekt tiež skúma vnútronárodný kontext Slovenska a snaží sa prísť na to, kde leží možný dôvod stagnácie priestoru v týchto inštitúciách.
Následne predkladá variácie možností zásahov do stávajúcich sedimentov, a zároveň načrtáva možný pozitívny vzor.

ABSTRACT

Múr Brut is a continuation of the discussion on the topic of how the environments of institutions initiate and shape a specific reading of various activities, affecting the relationships and ties between the environment, staff and patients. Questions of power, choice, surveillance, control, and especially the negotiation of spatial boundaries between them are present throughout the book, and that was the driving force for me.
The project also examines the domestic context of Slovakia and tries to find out where the possible reason for the stagnation of space in these institutions lies.
Subsequently, it presents variations of the possibilities of intervention in the existing sediments, and at the same time outlines a possible positive pattern.

kľúčové slová
_psychiatrické inštitúcie _dohľad _liečebňa _starostlivosť _duševné zdravie

autor
Eva Macejková
vedúci práce
prof. Ing. arch. Monika Mitášová, Ph. D.

Diplomová práca na tému “Múr Brut” s oficiálnym názvom “Za zdi léčebny: vnitřní a vnější prostory psychiatrické léčby” pod vedením prof. Ing. arch. Monika Mitášová, Ph. D. bola vytvorená na Fakulte Architektury Vysokého učení technického v Brne v letnom semestri akademického roku 2023/2024 na podklade preddiplomovej práce s titulom “Oddelenie Brut”.

čestné prehlásenie
Prehlasujem, že som svoju diplomovú prácu na tému “Za zdi léčebny” vypracovala samostatne a s použitím uvedenej literatúry a prameňov.

Poďakovanie za túto prácu patrí v prvom rade pani profesorke Monike Mitášovej, ktorej trpezlivé vedenie, ľudský prístup, konštruktívne kritiky a hlavne rozhovory s ňou boli veľkou inšpiráciou a motiváciou pri navrátení sa do štúdia a znovanadchnutí. Ďakujem Petrovi Maláskovi, Karin Krettkovej, Oskarovi Madrovi a Veronike Lietavovej za formovanie a oporu, vždy.
V neposlednom rade patrí ďakujem mojej rodine, za všetko.

VYSOKÉ UČENÍ TECHNICKÉ V BRNĚ

BRNO UNIVERSITY OF TECHNOLOGY

FAKULTA ARCHITEKTURY

FACULTY OF ARCHITECTURE

ÚSTAV TEORIE ARCHITEKTURY

DEPARTMENT OF THEORY

ZA ZDI LÉČEBNY: VNITŘNÍ A VNĚJŠÍ PROSTORY PSYCHIATRICKÉ LÉČBY

BEHIND THE MENTAL HOSPITAL WALLS: INTERNAL AND EXTERNAL SPACES OF MENTAL HEALTH TREATMENTS

DIPLOMOVÁ PRÁCE

MASTER'S THESIS

AUTOR PRÁCE — Bc. Eva Macejková

AUTHOR

VEDOUCÍ PRÁCE — prof. Ing. arch. Monika Mitášová, Ph.D.

SUPERVISOR

BRNO 2024

VYSOKÉ UČENÍ TECHNICKÉ V BRNĚ | FAKULTA ARCHITEKTURY

Zadání diplomové práce

Číslo práce:	FA-DIP0031/2023
Ústav:	Ústav teorie architektury
Studentka:	**Bc. Eva Macejková**
Studijní program:	Architektura a urbanismus
Studijní obor:	bez specializace (do roku 2022)
Vedoucí práce:	**prof. Ing. arch. Monika Mitášová, Ph.D.**
Akademický rok:	2023/24

Název diplomové práce:

Za zdi léčebny: vnitřní a vnější prostory psychiatrické léčby

Zadání diplomové práce:

Základním problémem jsou nejen dějiny a současnost uzavřených/otevřených oddělení léčeben pro psychicky nemocné, ale především otázka, jak se na uzdravování může podílet architektonický návrh nových prostorových vztahů léčebních procesů v interiérech a těch, které se odehrávají anebo se mohou dít v exteriérech? Jaký je vztah současných a nových léčebných procesů a postupů k ověřeným architektonickým programům a typologiím léčeben? Jaká by mohla být nová typologie a architektonická re–forma léčby? Na základě komparace stávajících variant bude navržen hypotetický model variantních, popřípadě nových prostorových vztahů uzdravování.

Rozsah grafických prací:

listinná a digitální publikace (esej/studie + obrazová část) v rozsahu min. 30 normostran textu + obrazová část (vhodné typy obrazových komparací variantních řešení, např. dokumentační, analytické a interpretační skici, kresby, diagramy, atd.)

Seznam literatury:

BAKER, A.; DAVIES, R.; SIVADON, P. Psychiatric services and architecture. World Health Organization, 1959. https:// iris.who.int/handle/10665/37761

CUMMINS, Ian. Mental Health Services and Community Care: A Critical History. 1st ed. Bristol University Press, 2020. ISBN 9781447350590

GOOD, Lawrence R.; SIEGEL, Saul M.; BAY, Alfred Paul. Therapy by Design; Implications of Architecture for Human Behavior. Spring eld, Ill., C.C. Thomas, 1965. Dostupné na https://archive.org/details/therapybydesign0000unse

MARKUS, Thomas A. Buildings and Power: Freedom and Control in the Origin of Modern Building Types. Routledge, 1993. ISBN 9781136130922

MORAN, J.; TOPP, L.; ANDREWS, J. Madness, Architecture and the Built Environment: Psychiatric Spaces in Historical Context. Routledge, 2007. ISBN 978-0415375290

PEVSNER, Nikolaus. A History of Building Types. Princeton University Press, 1976. ISBN 9780691018294

Termín zadání diplomové práce: 12.2.2024

Termín odevzdání diplomové práce: 6.5.2024

Diplomová práce se odevzdává v rozsahu stanoveném vedoucím práce; současně se odevzdává 1 výstavní panel formátu B1 a diplomová práce v elektronické podobě.

Bc. Eva Macejková student(ka)	prof. Ing. arch. Monika Mitášová, Ph.D. vedoucí práce	prof. Ing. arch. Vladimír Šlapeta, DrSc. vedoucí ústavu

V Brně dne 12.2.2024

Ing. arch. Radek Suchánek, Ph.D.
děkan

Fakulta architektury, Vysoké učení technické v Brně / Poříčí 273/5 / 639 00 / Brno

OBSAH

4 ANOTÁCIA

15 ÚVOD

18 STIGMA

22 SLOVENSKO

56 ROZHOVORY

71 PROSTRIEDKY

85 IZBA

105 TELO

111 ČAS

125 CHODBA

135 DIAGRAM MB01

137 ZÁVER

139 *ZOZNAM POUŽITEJ LITERATÚRY*

ÚVOD

Moja preddiplomová práca Oddelenie Brut bola dišputáciou na tému neslobody a ľudských práv. Vo svete, kde sa snáď každodenná starosť o duševné zdravie mestského človeka stáva hygienou 21. storočia sa stretávame s rozporom, kedy inštitúcie určené pre takúto hygienu sú len utilitárnymi sedimentáciami z minulých režimov psychiatrickej starostlivosti vtelenej do schránky nemocnice.
Múr Brut túto dišputáciu vedie ďalej.

Múr Brut skúma problémy súvisiace s tým, ako prostredia inštitúcií iniciujú a formujú konkrétne čítanie rozmanitých aktivít, ovplyvňujúcich pacientov aj personál a ich vznikajúci vzťah k sebe navzájom. Otázky týkajúce sa moci, možnosti voľby, vzťahov, dohľadu, kontroly a hlavne vyjednávania hraníc medzi nimi, sú prítomné v celej knihe, pretože práve to bolo pre mňa hnacou silou. Všetko sú to faktory, ktoré ovplyvňujú a formujú prežívané skúsenosti človeka, ktorý sa ocitol v tiesni. Okrem toho sa tu zaoberám aj podrobnou analýzou a interpretáciou skúseností vo viacerých inštitúciách na Slovensku.

1 mld.

ľudí na svete

Report WHO z januára 2022 uvádza, že duševné ochorenia postihujú až 1 miliardu ľudí na svete.[2] *(Pri odhadovanom počte 8 miliárd obyvateľov Zeme je to každý 8. človek.*[x]*)*

x Seesame, s.r.o: *Depression Scorecard* (report), 2022. Dostupné z SLOVAKIA.pdf (depressioncare.eu)

> 40 %

všetkých chronických ochorení

Duševné poruchy predstavujú viac ako 40% všetkých chronických ochorení. Sú závažným dôvodom straty zdravých rokov života v dôsledku zdravotného postihnutia. Najdôležitejšou jedinou príčinou je depresia. Päť z pätnástich hlavných faktorov, ktoré ovplyvňujú záťaž choroby patria medzi duševné poruchy. V mnohých krajinách je 35-45% absencie spojené s problémami duševného zdravia.

25 %

zažije psychickú poruchu

Celosvetové údaje Svetovej zdravotníckej organizácie (WHO) uvádzajú, že nejakú formu psychickej poruchy zažije v priebehu života asi štvrtina ľudí.

depresia

2. najčastejšia príčina PN

Najnovšie štatistiky hovoria, že depresia celosvetovo postihuje viac ako 300 miliónov ľudí a počet ľudí s psychickými ochoreniami stále rastie a podľa WHO sa depresia stane čoskoro druhou najčastejšou príčinou práceneschopnosti vo svete.

1 zo 7

aspoň raz za život

V rámci krajín EÚ zažije jeden človek zo siedmych aspoň raz za život epizódu duševnej poruchy. Výskyt je vyšší ak sa prirátajú poruchy spojené s užívaním psychoaktívnych látok a sebapoškodzovanie. Tieto údaje odrážajú najmä oficiálne štatistiky a sú s veľkou pravdepodobnosťou podhodnotené.[x]

X Ministerstvo financií SR. *Duševné zdravie a verejné financie.* Útvar hodnoty za peniaze. Máj 2020. dostupné z Dusevne_zdravie_verejne_financie_UHP.pdf (mfsr.sk)

84 mil.

populácie trpí

Podľa štatistík OECD viac než 84 miliónov obyvateľov krajín EÚ trpí nejakou formou duševného ochorenia. Najčastejšie v populácii EÚ vyskytujú úzkosť (25 miliónov ľudí) a depresia (21 miliónov). [x]

X Údaje dostupné z https://www.angeliniphar-ma.sk/terapeuticke-oblasti/dusevne-zdravie/.

150 000

samovrážd ročne

Jedným z najtragickejších následkov duševných porúch je samovražda. Deväť z desiatich krajín s najvyššou mierou samovrážd sa nachádza v európskom regióne. Podľa posledných údajov asi 150 000 ľudí dobrovoľne opúšťa svoje životy ročne, pričom 80% z nich je mužov. Samovražda je vedúcou a skrytou príčinou smrti u mladých ľudí, druhá vo vekovej skupine 15-35 rokov (po dopravných nehodách). [x]

x Portnov, A.: *Prevalencia a štatistika duševných chorôb;* 23. 4. 2024. Dostupné z https://sk-m.iliveok.com/health/prevalencia-statistika-dusevnych-chorob_108840i15956.html.

Existuje niekoľko zaužívaných mýtov, ktoré vedú ku stigmatizácii duševných chorôb a duševne chorých ľudí na Slovensku, ale aj vo svete. Stigma duševných chorôb vedie k strachu zamestnávať ľudí, ktorí v minulosti trpeli duševnou chorobou alebo ľudí, ktorí sa z nej stále zotavujú. Zamestnávatelia sa obávajú straty produktivity alebo potenciálnych škôd a nepríjemností, ktoré im títo ľudia môžu spôsobiť počas práce. Na druhej strane sa ľudia zotavujúci sa z duševnej choroby obávajú návratu do pracovného procesu z dôvodu možnej diskriminácie, ktorá môže viesť k nespravodlivému zaobchádzaniu.

„Často sa stáva, že keď zamestnávateľ zistí, že jeho zamestnanec trpí duševnou poruchou, zľakne sa a pri najbližšej možnej príležitosti ho prepustí, lebo ‚duševne chorí ľudia sú nevyspytateľní' a ‚bohvie, čo by mi tu vyviedol'." [x]

x Bražinová, A.: *Neliečime státisíce ľudí so závislosťami, s príznakmi depresie a úzkostných porúch.* In: Denník N, 5. september 2017.

„Stigmatizácia sa prejavuje naprieč celou spoločnosťou. Ľudia s duševnou poruchou majú strach z toho, ako ich prijme okolie. Boja sa predsudkov. Táto téma je tabu, ľudia tak často nevedia rozoznať duševnú poruchu, a preto nevyhľadajú pomoc. Všeobecní lekári aj špecialisti chýbajú alebo nemajú dosť informácií a neprichádza k potrebnej liečbe. Škola ani firmy často nie sú bezpečný priestor, kde by človek vyhľadal pomoc. V zahraničí sú programy, kde práve v škole, škôlke a u zamestnávateľov pomáhajú ľuďom s problémami a v prevencii. Na Slovensku sa to nedeje dostatočne." [y]

y Grajcarová, L.:: *V Prešove je jedna ambulancia detskej psychiatrie na celý kraj.* In: Denník N, 9. jún 2020.

Väčšina pacientov s duševnými poruchami na Slovensku nikdy nevyhľadá odbornú pomoc. Dôvodom býva aj nízke celospoločenské povedomie o duševných poruchách. Ľudia, ktorí trpia psychickou poruchou, nevedia rozpoznať jej príznaky a často ani nepoznajú spôsob, ako a kde vyhľadať odbornú pomoc.[z]

z Izáková Ľ. - Králová M. - Pečeňák J.: *Najčastejšie psychické poruchy v psychiatrických ambulanciách - súčasnosť a nová klasifikácia MKCH-11.* In: Česká a slovenská psychiatrie. Roč. 117, č. 1, 2021, s. 33 -41.

SR

Popísať stav duševného zdravia populácie nie je jednoduché.
Vieme zmapovať počet ľudí, ktorí využívajú služby psychiatrickej zdravotnej starostlivosti, tento indikátor označujeme liečená prevalencia. To je však vrchol ľadovca, v populácii je ešte množstvo ľudí, ktorí majú príznaky duševných porúch, tieto služby však nevyužívajú (toto označujeme pojmom „medzera v liečbe"). Je možné, že mnohí z nich využívajú poradenstvo psychológov či psychoterapeutov, táto evidencia však nie je dostupná a v Slovenskej republike sa nerealizuje. Mnohí z týchto ľudí by s najväčšou pravdepodobnosťou z odbornej pomoci benefitovali v zmysle zvýšenej kvality života. [x]
x Sivčová, V.: *Čo vieme o duševnom zdraví obyvateľov Slovenskej republiky?* Ústav epidemiológie, LF UK, 2021. Dostupné z https://www.fmed.uniba.sk/fileadmin/lf/veda/svoc/SVOCprace2021/49.pdf.

626 000

s jednou alebo viacerými duševnými poruchami

Z dostupných údajov je možné odhadnúť, že na Slovensku v roku 2017 trpel každý deviaty obyvateľ Slovenska jednou alebo viacerými duševnými poruchami. [x]
x Izáková Ľ. - Králová M. - Pečeňák J.: *Najčastejšie psychické poruchy v psychiatrických ambulanciách - súčasnosť a nová klasifikácia* MKCH-11. In: Česká a slovenská psychiatrie. Roč. 117, č. 1, 2021, s. 33 -41.

42%

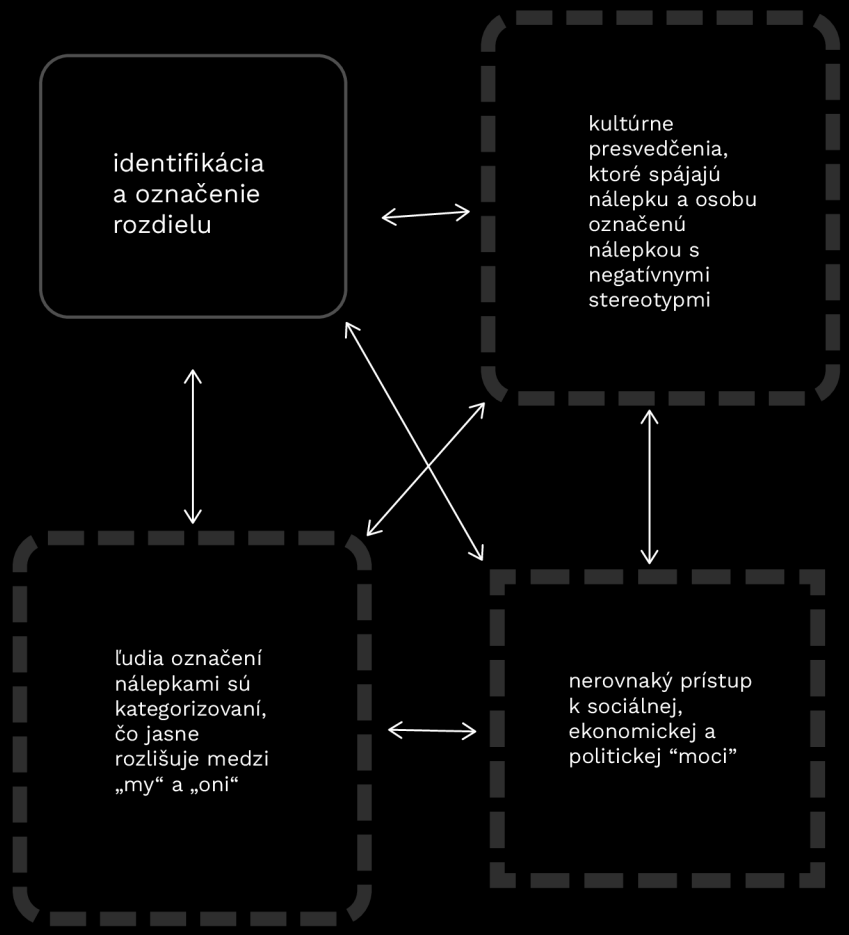
s emocionálnym alebo psycho-sociálnym problémom

Za posledných 12 mesiacov malo na Slovensku nejaké emocionálne alebo psycho-sociálne problémy (napríklad pocit depresie alebo úzkosti) až 42% populácie (Pozri: graf na nasledujúcej strane.) [x]
x European Commision: *Mental Health. Flash Eurobarometer 530,* June 2023. Dostupné z https://europa.eu/eurobarometer/surveys/detail/3032.

Bežné mýty:

Všetci ľudia s duševnými chorobami sú násilní a nebezpeční.
Ľudia s duševnými poruchami sú chudobní a menej inteligentní.
Psychické stavy sú spôsobené osobnou slabosťou.
Ľudia, ktorí sú v depresii, sa z toho môžu dostať sami, ak by sa dostatočne snažili.
Psychické stavy sa nedajú liečiť.
Akonáhle sa u človeka vyvinie duševná choroba, už navždy zostane chorý.
Duševná choroba je podobná mentálnej retardácii.
Duševné choroby postihujú len slabých a starých ľudí.

Y Dostupné z internetu.



Psychiatria na Slovensku stelesňuje konflikt medzi jednotlivcom, ktorý prežíva niektoré z jeho najosobnejších životných skúseností, a potrebami zdravotníckeho personálu a vybavenia. Z hľadiska financovania a dôrazu na pokrytie starostlivosti o duševné zdravie na Slovensku sa dá hovoriť o čakaní na Godota.

Krátko po politických zmenách v roku 1989, profesor Hašto v roku 1991 predstavil komplexnú reformu psychiatrickej starostlivosti na Slovensku [x]. Nasledovali roky debát a hlavne roky začleňovania tejto reformy do slovenských zákonov. Diskusie sa točili hlavne okolo rozdielov medzi zástancami tradičnej psychiatrie, ktorí sa sústredili predovšetkým na biologické aspekty, a psychiatrami s dôrazom na psychoterapiu, ktorí zastávali kombinovaný biologický, psychoterapeutický a sociálny prístup.

X Hašto, J. et al.: Reforma psychiatrickej starostlivosti. 1. vyd. Trenčín: Vydavetľstvo F, 1999. 88 str.

Debata bola v skutočnosti zbytočná, pretože nemala priamy vzťah k Reforme. Hlavným princípom reformy bolo vnímanie človeka ako bytosti s biologickými, psychologickými a sociálnymi aspektmi. Ďalším omylom toho obdobia bolo predpokladané očakávanie, že úspešné začlenenie reformných princípov do legislatívy automaticky zaručí financovanie potrebné na realizáciu *Reformy*.

S plynutím času, keď sa finančné ťažkosti slovenského zdravotníctva zhoršovali, pozornosť sa postupne presúvala k inej reforme – k "trhovej" reforme zdravotnej starostlivosti. V roku 2004 sa perspektívy reformy psychiatrickej starostlivosti na Slovensku stávali čoraz viac nejasné.

Pred rokom 2004 bola úlohou zdravotných poisťovní rozdeľovať zdravotné príspevky, ktoré občania Slovenskej republiky platili podľa zákona. Táto služba bola financovaná z pevného percenta získaného z poistného. Po roku 2004 začali poisťovne vyčleňovať percentá za správu priamo do svojich nákladov a akékoľvek nevyužité zdravotné príspevky na zdravotnú starostlivosť si ponechávali ako zisk.

Súčasná *Reforma psychiatrickej starostlivosti* je napísaná a reaguje na situáciu. Je známe, že nové budovy a komunitné centrá budú financované z Plánu obnovy a sú známe aj pracovné pozície, ktoré sa v nich budú obsadzovať. V kapitole 7. s názvom KOMUNITNÉ PSYCHIATRICKÉ ZARIADENIAx sú síce tieto zariadenia definované, ale bez nejakej programovej koncepcie.:

„...psychiatrický stacionár (PS) – vysokoprahové zariadenie, kde sa poskytuje systematická veľmi intenzívna epizodická každodenná liečba počas všetkých pracovných dní, s maximálnym trvaním 3 mesiace v roku; miera podpory pacienta v tomto type komunitného zariadenia je veľmi vysoká. – vyliečiť/zmierniť reverzibilné reziduálne prejavy psychických porúch a dosiahnuť čo najvyšší stupeň zotavenia – zariadenie komunitnej psychiatrickej starostlivosti (ZKPS) – nízkoprahové zariadenie s dôrazom na zdravotnú starostlivosť, kde sa poskytuje systematická pravidelná liečba počas niekoľkých hodín niektorých pracovných dní, do dosiahnutia liečebného cieľa. – podporiť sebestačnosť a funkčnosť pacienta, aj v prípade, keď nie je možné dosiahnuť vyliečenie chronicky prebiehajúcej psychickej poruchy, v jeho prirodzenom sociálnom prostredí bez potreby dlhodobej hospitalizácie alebo celoživotnej inštitucionalizácie – psychosociálne centrum (PSC) – nízkoprahové zdravotnícke zariadenie s vyššou podporou sociálnych služieb, kde sa starostlivosť poskytuje počas niekoľkých hodín niektorých pracovných dní, do dosiahnutia liečebného cieľa."

X Izáková, Ľubomíra (ed.) a kol.: *Základné princípy reformy psychiatrickej starostlivosti na Slovensku*. Bratislava: Slovenská psychiatrická spoločnosť, január 2021. Dostupné z: https://www.psychiatry.sk/cms/File/2022/principy%20reformy%20PS%20final%20zverejneny.pdf.

67 až 84 %

s duševným problémom sa nelieči

Údaje o výskyte duševných porúch a nákladoch na Slovensku sú s veľkou pravdepodobnosťou podhodnotené. ... Z prvotného epidemiologického výskumu na Slovensku však vyplýva, že až 67 % ľudí s príznakmi depresie a 80 % závislých na alkohole sa nelieči, nedostanú sa tak do štatistík. Pri úzkostných poruchách dosahuje počet neliečených až 84%. Súvisí to pravdepodobne so slabou informovanosťou, stigmatizáciou a slabou dostupnosťou modernej starostlivosti.* [x]

** Autori štúdie určujú počet neliečených ako rozdiel medzi počtom liečených pacientov na Slovensku a mediánovým výskytom porúch v európskych krajinách*

**Skutočný výskyt duševných porúch na Slovensku doteraz nebol zdokumentovaný; riadny epidemiologický prieskum dosiaľ neprebehol.* [y]

y Útvar hodnoty za peniaze. *Duševné zdravie a verejné financie.* Máj 2020. Dostupné z https://www.mfsr.sk/files/archiv/9/Dusevne_zdravie_verejne_financie_UHP.pdf

x Ministerstvo zdravotníctva. KOMPONENT 12: Humánna, moderná a dostupná starostlivosť o duševné zdravie. In: *Plán obnovy a odolnosti Slovenskej republiky.* Dostupné z https://www.health.gov.sk/?Plan-obnovy-a-odolnosti

„Na Slovensku máme vysokú „medzeru v liečbe" (z angl. treatment gap), čo znamená, že máme veľké množstvo ľudí, ktorí trpia nejakou duševnou poruchou, no neliečia sa na ňu. Z našich údajov vyplýva, že viac ako dve tretiny ľudí, ktorí majú príznaky depresie, sa neliečia. To isté platí pre závislosti, najčastejšie od alkoholu. Vychádza to na niekoľko stotisíc ľudí. Pri úzkostných poruchách je to ešte horšie, nelieči sa vyše 80 percent ľudí s úzkostnou poruchou." [x]

Alexandra Bražinová epidemiologička

x Bražinová, A.: Neliečime státisíce ľudí so závislosťami, s príznakmi depresie a úzkostných porúch. In: *Denník N*, 5. september 2017.

+ 68 tis.

nových psychiatrických pacientov ročne

(priemerný počet za obdobie rokov 2010 – 2019) [x]

x Národné centrum zdravotníckych informácií: *Zdravotnícka ročenka Slovenskej republiky 2010 – 2021.* Dostupné z https://www.nczisk.sk/Statisticke_vystupy/Zdravotnicka_rocenka/Pages/Archiv.aspx

Keďže sú psychiatrické inštitúcie na hranici obmedzovania ľudských práv, podliehajú v našich systémoch špeciálnym kontrolným orgánom. Jedným z nich je:

Výbor Rady Európy na zabránenie mučenia a neľudského či ponižujúceho zaobchádzania alebo trestania (CPT).

Tento výbor periodicky navštevuje krajiny Európy a kontroluje stav zariadení obmedzujúcich ľudské práva, t. j. väznice, či psychiatrické inštitúcie. Naposledy publikoval správu o stave na Slovensku v roku 2018.

Táto správa sa zameriava aj na zlepšenie podmienok v psychiatrických zariadeniach na Slovensku. V tejto správe pre slovenskú vládu sa zdôrazňuje potreba zriadenia špecializovaných detenčných ústavov a bezpečných oddelení v existujúcich nemocniciach, ako aj zlepšenie životných podmienok pacientov. Správa poukazuje na dlhodobý plán zriadiť psychiatrický **detenčný ústav** pre osoby, ktoré súd uznal za nebezpečné pre spoločnosť v dôsledku duševnej poruchy. Tento ústav by mal poskytnúť adekvátne podmienky pre detenciu, čo je opatrenie zavedené Trestným zákonom z roku 2005. Avšak výstavba tohto ústavu bola opakovane odložená, čo viedlo k tomu, že v roku 2018 nebolo možné uložiť opatrenie detencie žiadnej osobe. Správa tiež informuje o pláne zriadiť **bezpečné oddelenia** v tých už existujúcich psychiatrických. Tieto oddelenia by mali slúžiť na umiestnenie pacientov, ktorí by na bežnom oddelení predstavovali zvýšené riziko. Očakáva sa, že zriadením týchto oddelení dôjde **k poklesu** používania **obmedzovacích prostriedkov** a postupnému **vyraďovaniu sieťových postelí (na čo boli upozornení už v roku 2008).** CPT tiež poukazuje na nevyhovujúce materiálne podmienky, najmä na oddeleniach dlhodobej liečby. Podmienky sú opísané ako skromné, s **priestorovo stiesnenými izbami** a nedostatočnou výzdobou, čo negatívne ovplyvňuje terapeutické prostredie. CPT odporúča **zníženie obsadenosti** izieb, vyzdobenie pacientskych izieb a spoločenských priestorov, a opravu elektrických zásuviek a svietidiel. Okrem toho, pacienti nemajú možnosť každodenných prechádzok vonku, čo je považované za dôležitú súčasť ich terapie a rehabilitácie. CPT odporúča zabezpečenie vonkajšieho priestoru pre prechádzky, vybaveného lavičkami a prístreškom pre prípad nepriaznivého počasia. **Správa CPT pre slovenskú vládu jasne poukazuje na potrebu zlepšenia podmienok v psychiatrických zariadeniach.** Zdôrazňuje dôležitosť zriadenia špecializovaných detenčných ústavov a bezpečných oddelení, ako aj zlepšenie životných podmienok pacientov. **Tieto kroky sú nevyhnutné pre zabezpečenie dôstojného a terapeutického prostredia pre všetkých pacientov a pre ochranu ich práv a zdravia.**

Ak sa teraz vrátim k *Reforme psychiatrickej starostlivosti*, tá čiastočne reaguje na poznatky výboru CTP. Napriek tomu sa priestoru dotýka len okrajovo, v pár bodoch:

Zlepšenie materiálno-technického vybavenia zdravotníckych zariadení.

Modernizácia obmedzovacích prostriedkov (redukcia počtu ochranných lôžok, vytvorenie seklúznych izieb a bezpečnostných jednotiek pre pacientov so závažnými poruchami správania, vytvorenie registra agresívnych prejavov a použitých obmedzovacích prostriedkov).

Avšak nie je jasné, aké konkrétne služby tieto centrá budú poskytovať ani to, ako bude zabezpečené ich financovanie. Dnes na Slovensku existuje vážne riziko, že napriek vládnym uzneseniam a diskusiám o potrebe reformy nebude dostatok financií ani odborníkov na jej skutočné zavedenie, tobôž na zaoberanie sa akoukoľvek priestorovou koncepciou.

Na základe odporúčaní Svetovej zdravotníckej organizácie a po vzore iných krajín (najmä Českej republiky – kde už takéto orgány existovali), bola zriadená Rada vlády Slovenskej republiky pre duševné zdravie (RVDZ) 24. februára 2021 ako nadrezortný orgán pre duševné zdravie a stály poradný orgán vlády SR.

3250

"psychiatrických postelí"

v roku 2021 bolo vykázaných vyše 3 tis. postelí psychiatrickej starostlivosti

31 719

hospitalizovaní pacienti

v roku 2021 bolo v SR hospitalizovaných celkovo vyše 30 tis. Pacientov

301

lekárskych miest

v roku 2021 bolo vykázaných 301 lekárskych miest

27,2

priemerný ošetrovací čas v dňoch

Jeden hospitalizovaný pacient strávil v útvare ústavnej zdravotnej starostlivosti v priemere takmer 4 týždne[x]

x Národné centrum zdravotníckych informácií: *Zdravotnícka ročenka 2022.* Dostupné z Zdravotnicka_rocenka_Slovenskej_republiky_2022.pdf (nczisk.sk).

9,3

lekárskych miest na 100 postelí

v roku 2021 bolo vykázaných 9,5 lekárskych miest na 100 postelí

Jedny z mála bodov týkajúcich sa prostredia psychiatrických oddelení môžeme nájsť vo *Vestníku Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky*[x]. Tieto priority sú v súlade s medzinárodnými dohovormi a odporúčaniami, zhrnula som ich tu:

Primeraná životná úroveň a sociálna ochrana

Modernizácia materiálno-technického zabezpečenia zariadení, vrátane vytvorenia minimálne **dvojlôžkových** izieb so sociálnym zariadením.

Zabezpečenie bezpečného vonkajšieho priestoru pre pacientov

Poskytovanie voľnočasových aktivít a umožnenie komunikácie s okolím a vytvorenie návštevných priestorov pre podporu rodinných a sociálnych väzieb.

Umožnenie pacientom aktívne tráviť voľný čas v bezpečne upravenom interiéri aj exteriéri, čo prispieva k ich sociálnej integrácii a zlepšeniu kvality života.

Vnútorný poriadok a individuálny liečebný plán

Zavedenie vnútorného poriadku, ktorý definuje práva pacientov a riadi každodenný život v zariadeniach, prispôsobený individuálnym potrebám pacientov.

Vzdelávanie zdravotníckych pracovníkov

Zvyšovanie povedomia o ľudských právach, dôstojnosti a nezávislosti pacientov.

Zverejňovanie etických noriem a vzdelávanie v oblasti práv pacientov.

Ochrana pred mučením a zneužívaním

Zákaz používania ochranných lôžok (sieťových postelí) a klietkových postelí.

Nahradenie obmedzovacích prostriedkov modernejšími alternatívami.

Realizácia investícií a stavebných rekonštrukcií potrebných na zriadenie seklúznych miestností a zlepšenie lôžkového fondu, s celkovou odhadovanou investíciou vo výške približne 30 970 000 EUR.

Vytvorenie špecializovaných forenzných zariadení

Realizácia forenznej expertízy, ochranných liečení a detencie u páchateľov trestných činov s duševnou poruchou.

Humanizácia lôžkového fondu

Rekonštrukcia veľkokapacitných izieb na izby s maximálne štyrmi pacientmi, preferencia dvojlôžkových izieb.

Vylúčenie používania sieťových postelí a ich nahradenie izoláciami podľa odporúčaní Výboru CPT.

Destigmatizácia a optimalizácia bezpečnostného režimu

Zlepšenie kvality poskytovanej starostlivosti prostredníctvom humanizácie oddelení.

Humanizácia materiálno-technického zabezpečenia

Zriadenie vhodných miestností na výkon certifikovaných pracovných činností psychoterapie, ktoré sú nevyhnutné pre komplexnú starostlivosť o duševné zdravie.

Zabezpečenie priestorov a vybavenia pre ergoterapiu, muzikoterapiu, biblioterapiu, arteterapiu a pohybovú terapiu, ktoré sú dôležité pre celkovú pohodu pacientov.

Tieto priority sú zamerané na zabezpečenie dôstojných a bezpečných podmienok prostredia pre pacientov, zlepšenie kvality ich života a poskytovanie starostlivosti, ktorá rešpektuje ich práva a potreby. Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky píše, že sa zaviazalo tieto ciele dosiahnuť prostredníctvom opatrení a investícií, ktoré sú súčasťou *Plánu obnovy a odolnosti*.

X Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou: Správa o stave vykonávania verejného zdravotného poistenia za rok 2021. In: Vestník číslo 11/2022, september 2022. Dostupné z https://www.udzs-sk.sk/wp content/uploads/2022/09/VE_11_2022_web_sprava-o-VZP.pdf.

Plán obnovy je spoločnou reakciou krajín EÚ na silný pokles ekonomiky v dôsledku pandémie COVID – 19. Jeho hlavným cieľom je podporiť reformy a investície, ktoré Slovensku umožnia začať opäť dobiehať životnú úroveň priemeru EÚ.[y]

y Úrad vlády SR: *Kompletný plán obnovy.* Dostupný z https://www.planobnovy.sk/kompletny-plan-obnovy/.

42 876/rok

priemerný počet hospitalizácii ročne (2008 – 2019)

V období 2017 – 2019 počet hospitalizovaných medziročne stúpal, ale v roku 2020 v súvislosti s protiepidemickými opatreniami počet hospitalizácií klesol o 16,2 %. V roku 2021 prišlo k miernemu medziročnému nárastu o 1,7 %.[x]

x Národné centrum zdravotníckych informácií: *Zdravotnícka ročenka 2022.* Dostupné z Zdravotnicka_rocenka_Slovenskej_republiky_2022.pdf (nczisk.sk).

Hospitalizácie podľa skupín psychiatrických diagnóz; 2021

Najviac hospitalizácií si podobne ako v predchádzajúcich rokoch vyžiadali poruchy psychiky a správania zapríčinené užívaním alkoholu (dg. F10) (25,8 %), druhou najčastejšou príčinou hospitalizácie bola schizofrénia, schizotypové poruchy a poruchy s bludmi (dg. F20 – F29) (21,0%). Nasledovali afektívne poruchy (dg. F30 – F39 = depresívne poruchy, bipolárne afektívne poruchy, ..) (14,4%) a organické duševné poruchy vrátane symptomatických (dg. F00 – F09) (14,0 %)[x].

x Národné centrum zdravotníckych informácií: *Zdravotnícka ročenka 2021.* Dostupné z Zdravotnicka_rocenka_Slovenskej_republiky_2022.pdf (nczisk.sk).

Úzkosť (anxieta = pocit úzkosti) patrí medzi neurotické poruchy psychiky a ide o nepríjemný duševný stav s negatívnymi emóciami, ktoré sú sprevádzané predtuchou hrozby. Ide o difúznu emóciu, ktorá sa ťažko verbalizuje, je viazaná na nevedomie a orientovaná viac do budúcnosti. [x]

x Behaviorálny a experimentálny ekonomický tím: *Analýza duševnej pohody u mladých ľudí počas pandémie COVID-19.* Bratislava: Odbor inovatívnych prístupov v zdravotníctve MZ SR, 2022. Dostupné z https://www.beet.sk/storage/2022/11/Analyza-dusevnej-pohody-u-mladych-Covid-19.pdf.

Depresia patrí medzi afektívne poruchy psychiky, pričom symptomatológia depresie (i jej protipólu: mánie) sa netýka iba emocionálnej roviny. Pozmenené sú aj rôzne vitálne funkcie (spánok, chuť do jedla, sexuálny apetít), ale i kognitívne funkcie (pozornosť, dynamická, formálna a obsahová zložka myslenia) (Heretik et al., 2016).[x]

x Behaviorálny a experimentálny ekonomický tím: *Analýza duševnej pohody u mladých ľudí počas pandémie COVID-19.* Bratislava: Odbor inovatívnych prístupov v zdravotníctve MZ SR, 2022. Dostupné z https://www.beet.sk/storage/2022/11/Analyza-dusevnej-pohody-u-mladych-Covid-19.pdf.

Plán obnovy (zhrnutie jednotlivých investícií):

Investícia 2.1: Projektové riadenie a projektová príprava investícií sa zameriava na projektové riadenie a prípravu investícií, ktoré sú súčasťou širšieho plánu obnovy a odolnosti. Táto investícia je kľúčová pre modernizáciu zdravotníckej infraštruktúry na Slovensku, kde momentálne chýba najmä komunitná starostlivosť o duševné zdravie a kde je dostupnosť zdravotnej starostlivosti obmedzená kvôli nedostatočnému materiálno-technickému zabezpečeniu.

Hlavné výzvy: Modernizácia zastaranej zdravotnej starostlivosti. Nedostatok komunitnej starostlivosti o duševné zdravie. Slabá časová a regionálna dostupnosť zdravotnej starostlivosti. Obmedzené skúsenosti s výstavbou zdravotníckych zariadení. Absencia moderných technických a medicínskych špecifikácií.

Ciele investície: Vytvorenie implementačnej jednotky pre koordináciu prípravy investičných projektov v oblasti zdravotníctva. Centralizácia projekčnej a inžinierskej činnosti a výberu zhotoviteľa. Spolupráca na organizácii výstavby a kontrolnej činnosti pre dosiahnutie úspor. Definovanie kapacitného plánovania a procesného redizajnu pre medicínske služby. Vytvorenie plánu technologického vybavenia a kompetenčnej mapy pre lekárske a nelekárske pozície. Špecifikácia nemocničného informačného systému a projektov v oblasti digitalizácie, AI, automatizácie a centrálneho riadenia nemocníc.

Rozpočet: 4,3 milióna eur z Plánu obnovy a odolnosti

Investícia 2.2: Vytvorenie detenčných zariadení

Vytvorenie detenčných zariadení pre pacientov s duševnými poruchami. Cieľom je poskytovať im adekvátnu starostlivosť a zároveň zabrániť ich neželanému prepusteniu do spoločnosti. Celková suma tejto investície je 37,5 milióna eur.

Investícia 2.3: Vybudovanie psycho-sociálnych centier

Hlavné výzvy: Osoby s dlhodobými závažnými duševnými ochoreniami často končia v ústavných psychiatrických zariadeniach kvôli nedostatku vhodných komunitných, ambulantných a mobilných služieb. Títo pacienti sú nesprávne umiestnení v sociálnych pobytových zariadeniach, kde nie sú dostatočné bezpečnostné opatrenia ani adekvátna starostlivosť. Inštitucionalizácia týchto pacientov vedie k nesamostatnosti a stigmatizácii, čo je v rozpore s princípmi deinštitucionalizácie a ľudských práv.

Ciele investície: Poskytovať adekvátnu dlhodobú starostlivosť o dlhodobo chorých pacientov v ich prirodzenom prostredí. Zriadiť dve detenčné zariadenia s kapacitou 75 lôžok pre dospelých a deti s obmedzenou sociálnou adaptáciou. Centrá budú poskytovať zdravotné a sociálne služby cez multidisciplinárny tím.

Rozpočet: 24,8 milióna eur z Plánu obnovy a odolnosti

Investícia 2.4: Doplnenie siete psychiatrických stacionárov

Hlavné výzvy: Denná forma psychiatrickej starostlivosti na Slovensku je poddimenzovaná a nachádza sa medzi ústavnou a ambulantnou formou. Absencia komunitných služieb komplikuje zdravotno-sociálnu rehabilitáciu po prepustení z nemocnice a prispieva k rozvoju akútnych stavov, čo vedie k opakovaným hospitalizáciám. Nedostatok psychiatrických ambulancií a psychológov s klinickým vzdelaním vedie k nadužívaniu ústavnej starostlivosti a farmakoterapie namiesto iných foriem terapie. Existujúce psychiatrické stacionáre sú považované za vhodný typ poloústavnej/polostacionárnej starostlivosti. Pacienti sa v týchto stacionároch zdržiavajú od 8:00 do 16:00 a dostávajú prevažne psychoterapeutickú starostlivosť. Na Slovensku je 15 psychiatrických stacionárov, ktoré sú však vysoko podfinancované. Služba je preplácaná zo zdravotného poistenia, pričom náklady sú vyššie. Nedostatočné personálne zabezpečenie bráni vzniku nových stacionárov, a to aj pre deti a adolescentov.

Ciele: Hlavnou úlohou stacionára je psycho-sociálna rehabilitácia s cieľom vyliečenia. Ďalším cieľom je predchádzať hospitalizáciám a ich skracovanie, udržiavať kvalitu života, úplný návrat do spoločnosti a znižovanie nezamestnanosti a invalidity. Pre dosiahnutie týchto cieľov sa vybuduje sieť stacionárov, ktorá pokryje potreby dospelých a detí v rôznych regiónoch.

Rozpočet: 6,5 milióna eur z Plánu obnovy a odolnosti

Investícia 3.3: Humanizácia oddelení v ústavnej starostlivosti

Hlavné výzvy: Podľa poslednej správy Európskeho výboru na zabránenie mučenia a neľudského či ponižujúceho zaobchádzania alebo trestania (CPT) z roku 2018 majú izby v ústavných zdravotných zariadeniach v psychiatrickej starostlivosti veľkosť medzi 21 a 24 m² pre troch a niekde aj štyroch pacientov. Sanitárne zariadenia sú umiestňované rôzne, buď na chodbách pre viacero pacientov, alebo na izbách, teda pre maximálne štyroch pacientov. Napriek odporúčaniam Výboru OSN pre ľudské práva, ktorý už v roku 2008 odporučil Slovensku vylúčiť používanie sieťových (klietkových) postelí, sa v ústavnej starostlivosti stále používajú.

Ciele: Rekonštrukcia lôžkového fondu ústavných psychiatrických zariadení má za cieľ humanizáciu podmienok pre hospitalizáciu. To znamená redukciu počtu pacientov na izbe so samostatným sanitárnym zariadením. Cieľom nie je znižovanie počtu lôžok. Plánuje sa vylúčiť používanie sieťových postelí a nahradiť ich miestnosťami pre izoláciu. Odporúčania CPT zahŕňajú dve miestnosti na jedno psychiatrické akútne oddelenie s príslušným zariadením. Cieľom je destigmatizácia a optimalizácia bezpečnostného režimu v ústavných zariadeniach poskytujúcich psychiatrickú starostlivosť.

Rozpočet: 10,6 milióna eur z Plánu obnovy a odolnosti

Časový rozvrh pre všetky vyššie spomenuté investície: Predpokladané ukončenie implementácie je v Q4 2025.

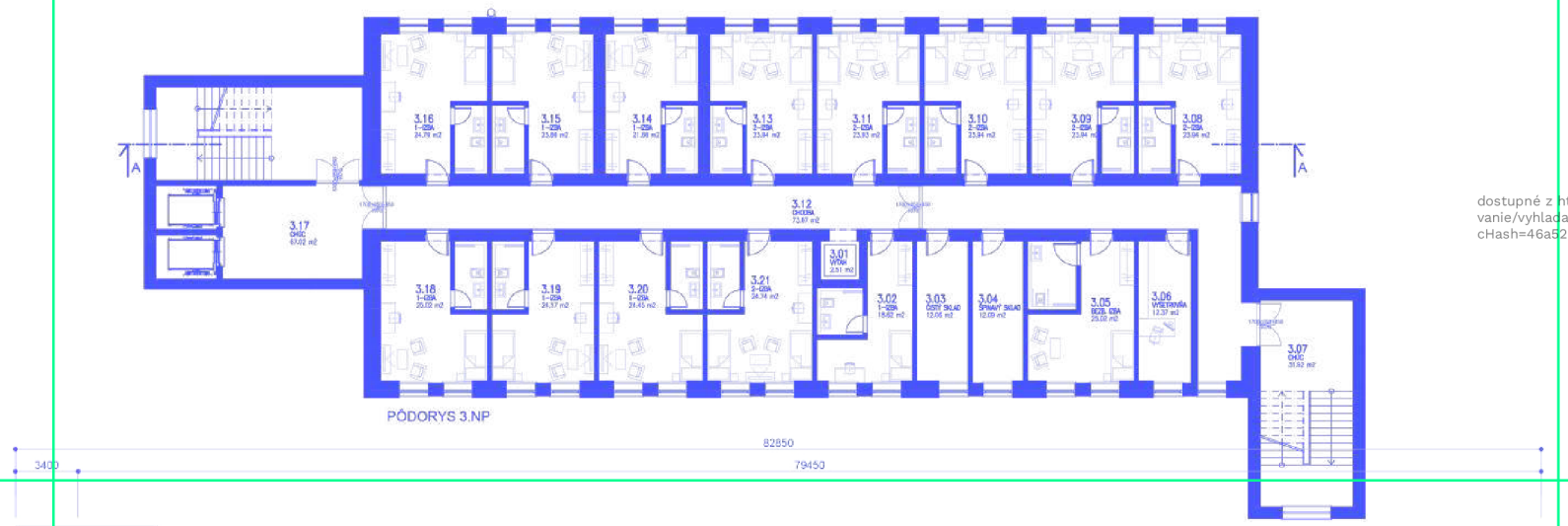
Tieto dotačné programy už prebiehajú a sú v rôznych štádiách procesu realizácie. Vďaka nutnosti publikovania výberových riadení na zhotoviteľa sa už dnes môžeme pozrieť, ako sa nové zariadenia navrhujú.

Na pôdorysoch A a B z práve pripravovaných realizácií vidíme až typologicky opakujúci sa vzor dlhej chodby a retiazky miestností. Kvôli absencii jasnej metodiky sa tieto realizácie motajú v modernistickom kruhu toho, čo v našom kontexte poznáme, a pri tom už u nás niekoľko rokov kritizujeme. Dnes sa pohybujeme v modeli, kedy ministerstvo vypíše peniaze, zriaďovateľ nemocnice si nechá navrhnúť štúdiu, ktorá je z veľkej časti iba reflexiou toho, čo povie zástupca toho zriaďovateľa (teda často stávajúci, či budúci primár).

Slovo architekta je v tomto prípade minimálne, a z projektu sa stáva iba technicistný a funkčný kostlivec na vyplnenie rozpočtových tabuliek, v ktorom by mal pacient stráviť v priemere minimálne jeden mesiac. [x]

x Národné centrum zdravotníckych informácií: *Zdravotnícka ročenka 2022.* Dostupné z Zdravotnicka_rocenka_Slovenskej_republiky_2022.pdf (nczisk.sk).

A



dostupné z https://www.uvo.gov.sk/vyhladavanie/vyhladavanie-zakaziek/detail/496154?-cHash=46a528cb04d193cf3ecf5e6d50137a39

B

dostupné z https://www.uvo.gov.sk/vyhladavanie/vyhladavanie-zakaziek/detail/496154?-cHash=46a528cb04d193cf3ecf5e6d50137a39

Na Slovensku sú tri liečebne, kde liečba v priemere trvá 4 mesiace, z toho dve pre dospelých a jedna pre detských pacientov, najväčšia s kapacitou 250 lôžok. Päť špecializovaných nemocníc má kapacitu od 260 do 480 lôžok, z toho 40 % na špecializovaných oddeleniach. Akútni pacienti sa prijímajú hlavne do všeobecných nemocníc a psychiatrických nemocníc, liečebňa je dlhodobá liečba pre chronických pacientov, ktorí tu zostávajú v priemere spomínané 4 mesiace, no niektorí aj vyše roka, a to po 4 až 8 pacientov na izbe.

**Akútne oddelenie* – slúži na zvládanie akútnych stavov u hospitalizovaných pacientov. Liečebný režim akútnej časti oddelenia sa venuje biologickej liečbe akútnej fázy ochorenia a bazálnej rehabilitácii pacienta.

**Oddelenie s otvoreným režimom* – slúži pacientom v chronickom štádiu ochorenia, korí sú čiastočne sebestační v oblasti sebaopatery. Liečebný režim otvorenej časti oddelenia sa venuje úprave a stabilizácii zdravotného stavu pacienta. Pacienti na oddelení majú skupinové terapie, prípadne pracovnú terapiu v dielňach alebo prechádzky v skupine s dozorom personálu.

**Oddelenie psychiatrickej liečebne* – Realizuje doliečovanie duševných porúch – psycho-sociálnu rehabilitáciu, farmakoterapiu, elektrokonvulziu, arteterapiu, ergoterapiu, pohybové aktivity, pomocné psychoterapeutické aktivity a aktivity liečebnej pedagogiky.

**Psychiatrický stacionár* – predstavuje doplňujúcu formu starostlivosti o psychické zdravie pacientov, zvyčajne v nadväznosti na ústavnú zdravotnú starostlivosť, prípadne ako doplnenie ambulantnej starostlivosti.

**Denný stacionár* – špecializované ambulantné psychiatrické zariadenie, kde sa pacientom s duševnými poruchami poskytuje komplexná psychiatrická liečba počas dňa. Liečebný program je určený pre pacientov s poruchami ako schizofrénia, depresia, afektívne poruchy, neurotické poruchy, a závislosť od alkoholu či iných psychoaktívnych látok.

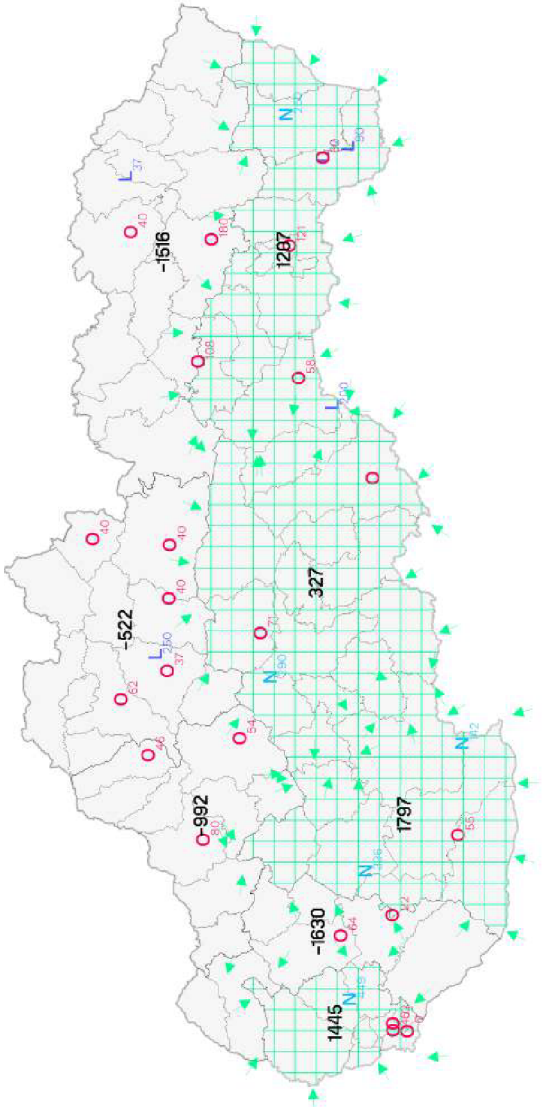
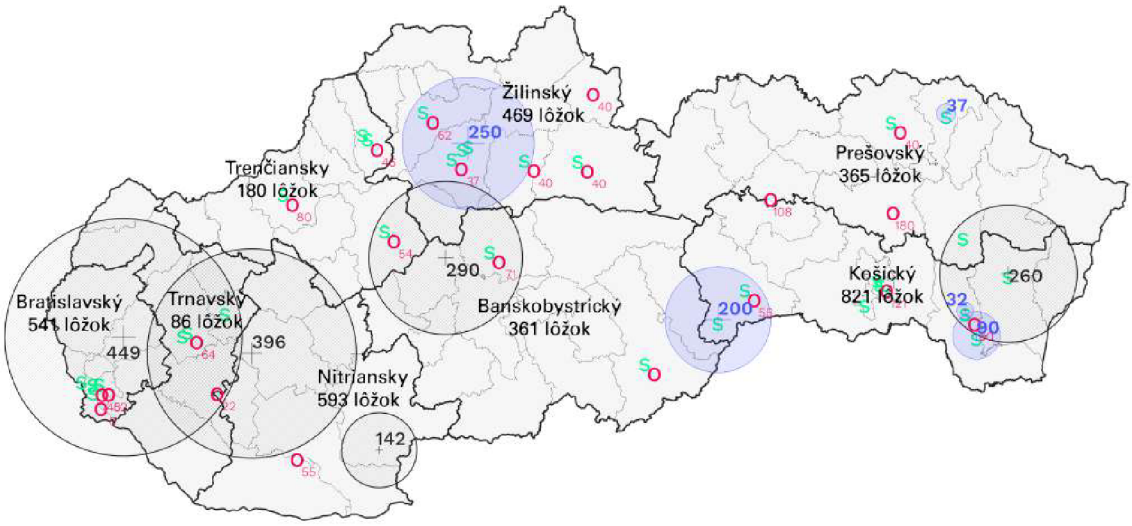


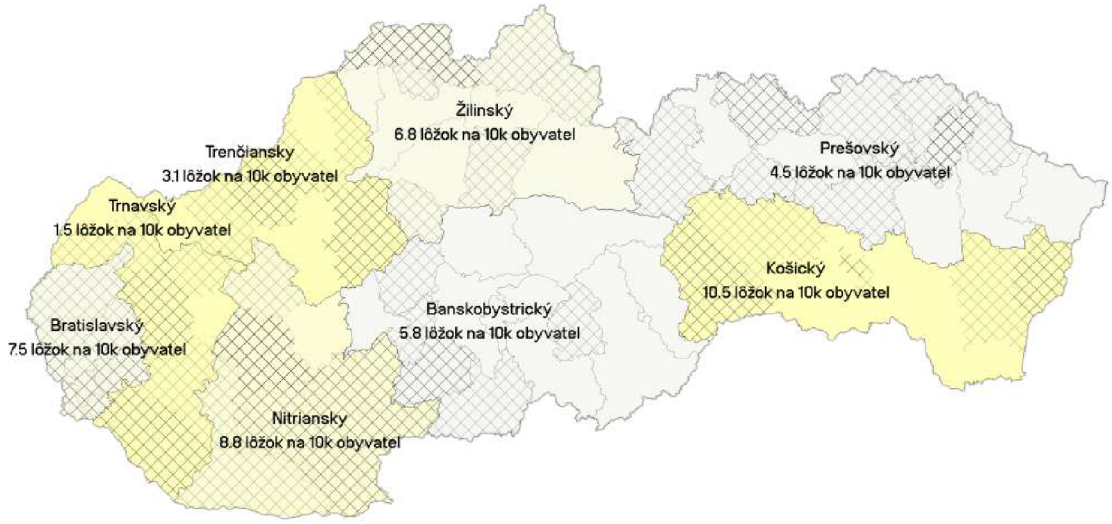
FIG. 1
analýza, vlastná tvorba



Celkové počty psychiatrických lôžok v kraji
a jednotlivých zariadeniach

psychiatrické oddelenie · liečebne · nemocnice · stacionáre

FIG. 3
analýza, vlastná tvorba

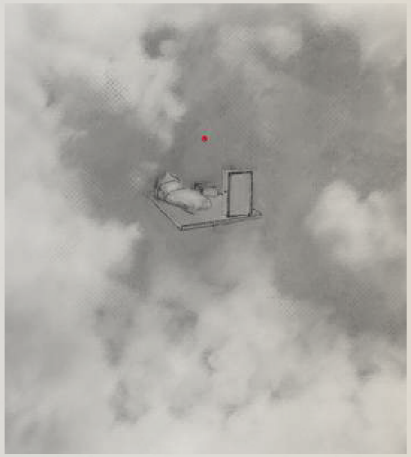


Pomer psychiatrických lôžok
na desať tisíc obyvateľov

lôžok na desať tisíc obyvateľov	počet obyvateľov v okresoch
0 - 4	0 - 50000
4 - 6	50000 - 100000
6 - 8	100000 - 150000
8 - 10	150000 - 180000
10 - 11	

FIG. 2
analýza, vlastná tvorba

V nasledujúcej časti sa venujem vlastným zážitkom, skúsenostiam a následným rozhovorom s mojimi spolupacientami aj personálom.

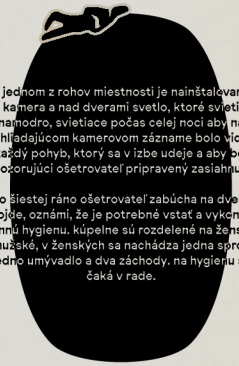


kapitola 1

* o deviatej večer ťa prijme psychiater, ktorý má práve službu. spýta sa ťa, poprípade aj osoby, ktorá ťa priviedla, pár otázok. pozoruje ťa a tvorí si zápis. po pár minútach vynesie verdikt, oznamuje ti, že si prípad patriaci na akútne oddelenie.

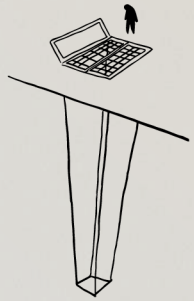
zavolá ošetrovateľa, ty sa rozlúčiš s osobou, ktorá ťa tam priviedla, následne ťa ošetrovateľ vedie po schodoch na najvyššie poschodie, kde sú zamknuté dvere. odomkne ich, vojdete dnu, zamkne ich.

ošetrovateľ ťa vedie do prvých dverí od vstupu, do skladu. v sklade prezerá veci, ktoré s tebou prišli. kontroluje ktoré z nich sú *vyhovujúce* (tzn. môžeš si ich na pobyt nechať) a ktoré nevyhovujúce (tzn. nalepí sa na nich nálepka s tvojim menom a ostanú pod zámkom v sklade).



v jednom z rohov miestnosti je nainštalovaná kamera a nad dverami svetlo, ktoré svieti namodro, svietiace počas celej noci aby na dohliadajúcom kamerovom zázname bolo vidieť každý pohyb, ktorý sa v izbe udeje a aby bol pozorujúci ošetrovateľ pripravený zasiahnuť.

* o šiestej ráno ošetrovateľ zabúcha na dvere, vojde, oznámi, že je potrebné vstať a vykonať rannú hygienu. kúpelne sú rozdelené na ženské a mužské, v ženských sa nachádza jedna sprcha, jedno umývadlo a dva záchody. na hygienu sa čaká v rade.



podprsenka kúsok každodenného šatníka odňatý, z ôvodu potenciálnej hrozby použitia pri ublížení na zdraví

šnúry šnúrky, opasky, káble, slúchadká odňaté, z dôvodu potenciálnej hrozby použitia pri ublížení na zdraví

pohár/hrnček sklo rovnako ako keramika odňaté, z dôvodu potenciálnej hrozby použitia pri ublížení na zdraví

ostré objekty vidlička, nožík, pinzeta, manikúrne nožničky, vešiak, pero, či špirála na skicári samozrejme označené za nevyhovujúce, odňaté

kozmetika akákoľvek stopa alkoholu striktne zakázaná, odňatá

mobil po preukázaní dobrého správania je osobný mobil donesený zo skladu na limitovanú dobu 45 minút na deň

odnášaš si so sebou
pyžamo, papuče, toaletný papier, uterák

a

kelímok z dôvodu odňatia hrnčeka pri vstupnej prehliadke osobných vecí poskytuje ošetrovateľ prázdny plastový kelímok z automatu

zubná kefka základná hygiena striktne dodržiavaná, stav kefky kontrolovaný (či je celá; z dôvodu mnohých prípadov, kedy si pacient dokázal ublížiť zlomeným plastom).

lyžica raňajky, obed, večera. pacient sa naučí rezať jedlo tupým predmetom

štetec nástroj slúžiaci na urýchlenie času, namáčaný v káve ako v jedinom dostupnom povolenom médiu. v porovnaní s ceruzkou menej ostrý, zn. vyhovujúci

* 07.00	podávajú sa raňajky. v jedálni si pri výdajovom okne vezmeš tanier s chlebom a pomazánkou a sadneš si za stôl tam, kde sedia tvoje spolubývajúce.
* 07.15	kričí sestra na chodbe: "Lieky!" vezmeš si kelímok s vodou a stojíš v rade na chodbe, kým sa dostaneš k sestre podávajúcej ti do dlane tebe pridelené lieky, zapíjaš ich pred ňou, vyplazíš jazyk, aby skontrolovala, či si ich požil.
* 07.30 - 10.00	sa čaká na primárku kým príde na vizitu do sesterskej izby, kde znova postavení v rade sú pacienti volaní po jednom dnu. primárka pokladá pár otázok, robí si zápis.
* 10.00- 12.00	voľný program
* 12.00	podáva sa obed, tzn. berieš si do jedálne lyžicu, vyzdvihneš si tanier s jedlom a sadáš si na rovnaké miesto, kde si sedel pri raňajkách.
* 12.15	"Lieky!"
* 12.30 - 15.00	voľný program (tzn. spíš/ležíš/sedíš na svojej posteli/sedíš/prechádzaš sa po chodbe/ak to situácia dovolí, konverzuješ s ostatnými pacientami)

Príklady konverzácie

za čo si tu

"Za čo ťa tu dostali?"
"ZA nič."
"Mhm."

koľko ešte

"Pekný deň, čo?"
"Mhm."
"Za 8 dní ma pustia!"
"Mhm."
"Len vydržať!"
"Mhm."

koľko je hodín

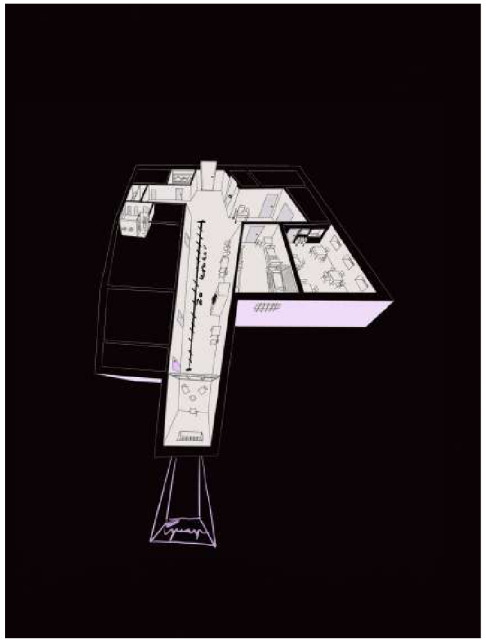
"To je ešte len 10 hodín?"
"Mhm."
"Mám pocit akoby bol večer."
"Ty si zas nespal, čo?"

čo berieš

"Prečo sa toľko prechádzaš?"
"Pretože som nepokojná."
"Dali ti klozapín?"
"Neviem, nepovedali čo mi dali, ale zase mi to zmenili."
"Len vydržať!"
"Mhm."

koľko ešte - 8 dní neskôr

"Koľko ešte?
"Za 8 dní!"
"Mhm."
"Len vydržať!"
"Mhm."



pokiaľ sa na primárskej vizite zhodnotí tvoje správanie ako zvládnutia hodné, po 10 dňoch môžeš postúpiť na

oddelenie s otvoreným režimom.

ošetrovateľ ťa zavedie do skladu, vezmeš si svoje veci a spolu s ošetrovateľom idete dolu po schodoch na prízemie budovy, kde sa nachádza oddelenie s otvoreným režimom. čakáš na chodbe s ošetrovateľom, kým ti pridelia izbu. izby sú dvoj, troj alebo štvorlôžkové. na oknách nie sú mreže, no páky sú odrezané tak, aby sa okná nedali otvoriť. Pri každej posteli je skrinka na uloženie osobných vecí. Všetko okrem ostrých predmetov je už povolené. Mobily sa na noc zatvárajú v sesterni.

kapitola 2

* 15.00	prichádza ošetrovateľ s krabicou, v ktorej sú mobilné telefóny pacientov. keďže si na oddelení prvý deň, mobil nedostávaš, nemal/a si šancu preukázať dobré správanie.
* 15.00-16.30	voľný program
* 16.30	podáva sa večera, postup rovnaký ako pri raňajkách a obede.
* 17.15	"Lieky!"
* 17.15-21.00	voľný program, o 20.00 ošetrovateľ púšťa televúziu v jedálni a necháva tam ovládač.
* 21.00	"Lieky!"
* 21.15 - 21.30	večerná hygiena
* 21.30	večierka počas celého dňa a noci je chodba umelo osvetlená. prostredie ti jasne naznačuje, že hlavným záujmom oddelenia je riadenie rizík.

rozvrh xxx scenár týždňa xxx akútne oddelenie
nalepený na dverách sesterne,
vyžaduje sa dodržiavať ho.

_pondelok
_utorok
_streda
_štvrtok veľká primárska vizita
_piatok
_sobota návštevné hodiny*
_nedeľa

*obmedzené kvôli Covidu

rozvrh xxx scenár týždňa xxx otvorený režim
vyvesený na nástenke na chodbe,
vyžaduje sa dodržiavať ho.

_pondelok
_utorok
_streda
_štvrtok veľká primárska vizita
_piatok
_sobota návštevné hodiny*
_nedeľa

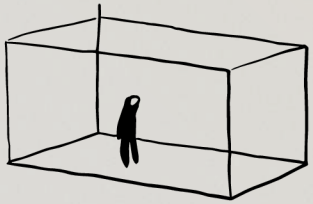
*obmedzené kvôli Covidu

* po raňajkách na otvorenom režime pribúda ranná komunita. * každé ráno, o 07.15, sa v jedálni deje ranná komunita, ktorú zahájuje oprávnený pacient - komunitár (vykonáva ju počas celej dĺžky svojho pobytu).
na úvod sa pripomína dátum, deň v týždni a sviatok. následne sa vymenujú služby na daný deň, a to služba pri telefóne ako na ženskej tak aj na mužskej chodbe, služba podávania jedla v jedálni. poverený pacient z predošlého dňa hovorí vtip dňa, motto dňa následuje hneď za ním. poveria sa pacienti pre vtip a motto na nadchádzajúci deň. slovo si prevezme ergoterapeut, ktorý oznamuje pacientom scenár dňa.
na záver komunitár spíše 10 pacientov, ktorý chcú a zároveň majú povolené ísť na prechádzku s ergoterapeutom do novinového stánku (nachádzajúceho sa pri vstupe do nemocnice), a 3 pacientov, ktorí majú záujem o spoveď (farár prichádza o 18. večer na centrálnu chodbu). tieto privilégia pacient nadobúda po minimálne týždni dobrého správania.
ranná komunita končí, podávajú sa raňajky.

* po raňajkách sa čaká na chodbe pred lekárskou izbou na lekára, kým začne vizita. pacienti sú zoradení a za radom vchádzajú do izby, kde sú s lekárom osamote. každý štvrtok sa deje vizita aj s primárkou.

* v čase do obeda pribúda na oddelení otvoreného režimu terapia, ktorú vedú ergoterapeuti.

pacienti sú rozdelení do dvoch skupín, jedna skupina v jedálni s ergoterapeutom niečo kreslí/hrá karty/lúšti krížovky, a druhá skupina ide do terapeutickej miestnosti na skupinovú terapiu. v tejto miestnosti sa rozostavajú stoličky skoro do kruhu, ergoterapeut predstaví tému sedenia, pacienti sa k nej vyjadrujú a interagujú/ neinteragujú. ergoterapeut/ička si tvorí zápis.



* po obede pribúda v pracovné dni prechádzka s ergoterapeutom do novinového stánku, kde si môžeš niečo zakúpiť pod dozorom ergoterapeuta. (limit je vždy 10 pacientov, ktorí sa ráno na komunite prihlásia)

* pribúda aj služba pri telefóne. to znamená, že ráno sa na komunite pridelí, z ktorej izby majú pacienti striedavú službu pri telefóne. jeden telefón (pevná linka) sa nachádza ako na ženskej, tak aj na mužskej chodbe. služba spočíva v tom, že pacient sedí za stolom, na ktorom je telefón položený, a stráži, či niektorému z pacientov niekto zavolá. (to sa stáva len ojedinele, väčšina pacientov vlastní mobil.)
* na otvorenom režime pribúda aj fajčiareň. pacienti majú pri bývalom zadnom vchode vyhradené miesto pre fajčenie cigariet, ktorých počet majú priradené sestrami na deň, za pásku však nesmú. (priestor je snímaný kamerovým systémom) Je to jediný priestor, kde sa personál nezdržiava, rozhovory medzi pacientmi nie je tak dobre počuť ako vovnútri.

* v noci už na izbách nesvieti modré svetlo, z dôvodu neprítomnosti kamier na izbách (už sú len na chodbách). každú noc sa deje kontrola ošetrovateľom, ktorý chodí raz za noc po izbách a kontroluje správanie/spánok/nespánok pacientov.

ak si na otvorenom oddelení 31 dní, prečerpal si svoj zaplatený pobyt od poisťovne, to znamená, že sa ďalej pokračuje v liečbe v

liečebni

z nemocnice sa teda balíš, prichystá sa sanitka, ktorá ťa vezie niekoľko hodín do najbližšej spádovej liečebne.

takto som to mala.

dĺžka pobytu trvala niekoľko mesiacov. rok 2021/2022

***všetky zobrazenia v tomto denníku sú z vlastnej tvorby, väčšina z nich bola vytvorená počas pobytu v liečebni.**

rozvrh xxx scenár týždňa xxx režim psychiatrickej liečebne vyvesený na nástenke na chodbe, vyžaduje sa dodržiavať ho.

_pondelok
_utorok
_streda
_štvrtok veľká primárska vizita
_piatok
_sobota návštevné hodiny*
_nedeľa návštevné hodiny*

*obmedzené kvôli Covidu

* pred rannou komunitou na liečebni pribúda ranná rozcvička o 7.00
* každé ráno, o 07.15, sa v jedálni deje ranná komunita, ktorú zahájuje oprávnený pacient - komunitár (vykonáva ju počas celej dĺžky svojho pobytu).
na úvod sa pripomína dátum, deň v týždni a sviatok. poverený pacient z predošlého dňa hovorí vtip dňa, motto dňa následuje hneď za ním. pribúda povinnosť pripraviť si a podať krátku správu. každý deň sú poverený piati pacienti a podávajú správy z počasia, športu, domova, sveta a kultúry.
následne pacienti podávajú nahlas sťažnosti(o krádežiach na oddelení/ o programe/ o pacientoch) ak nejaké sú.
slovo si prevezme ergoterapeut, ktorý oznamuje pacientom scenár dňa.
na záver komunitár spíše 10 pacientov, ktorý chcú a zároveň majú povolené ísť na prechádzku s ergoterapeutom do cukrárne/ obchodu (nachádzajúceho sa 1 km od nemocnice) toto privilégium pacient nadobúda po minimálne týždni dobrého správania.
ranná komunita končí, ošetrovateľka donesie vozík s raňajkami, každý si osobitne vyzdvihne tácku s prideleným jedlom.

* po raňajkách sa čaká na izbe na lekára, ktorý vykonáva vizitu. pacienti sedia na posteliach, majú popratanú izbu. každý štvrtok sa deje vizita aj s primárkou. vizity tu už nie sú súkromné.

* každý pacient chodí na skupinovú terapiu. pri začiatku je podľa diagnózy pridelený do jednej z troch skupín; depresie a úzkosti, schizoafektívne poruchy, alebo závislosti na návykových látkach. o 10.00 prídu na oddelenia psychológovia a každý si odvedie svoju skupinu do príslušnej miestnosti, kde sa odohráva terapia.
* v liečebni pribudla možnosť podľa počasia a podľa záujmu ísť po obede s ergoterapeutmi na vychádzku na dvor po dobu jednej hodiny pred nemocnicou.

* samotné oddelenie je na piatom poschodí, takže kontakt s vonkajším prostredím je sprostredkovaný cez dlhý úzky balkón
*medzi 15.00 a 16.00 každý deň vykladá sestra rýchlovarnú konvicu. všetci pacienti si zalievajú kávu, kým zase konvica nezmizne.
* spoločné priestory sú dostupné, jedáleň s televíziou, dva výklenky/niky chodby, ktorá je približne 65 metrov dlhá s akustikou, kde je nemožné nebyť počutý. v strede chodby sa nachádza stanica zdravotnej sestry, ktorej dvere sú nonstop otvorené, z ktorých občas vyjde, a pozoruje pacientov/interaguje s nimi. balkón, na ktorý má prístup sestra zo základne je oddelený mrežami.
* s liečebňou prichádza v neposlednom rade privilégium priepustky. po uvážení stavu je možné začať s priepustkami. najprv na hodinu počas víkendu s príslušnou osobou, ktorá podpisuje súhlas o zodpovednosti. neskôr sa priepustka môže povoliť na celý víkend.

ČASŤ PREDDIPLOMOVEJ PRÁCE
Macejková, Eva. *Oddelenie Brut* (preddiplomový projekt), Fa VUT: Brno, 2023, vlastná tvorba

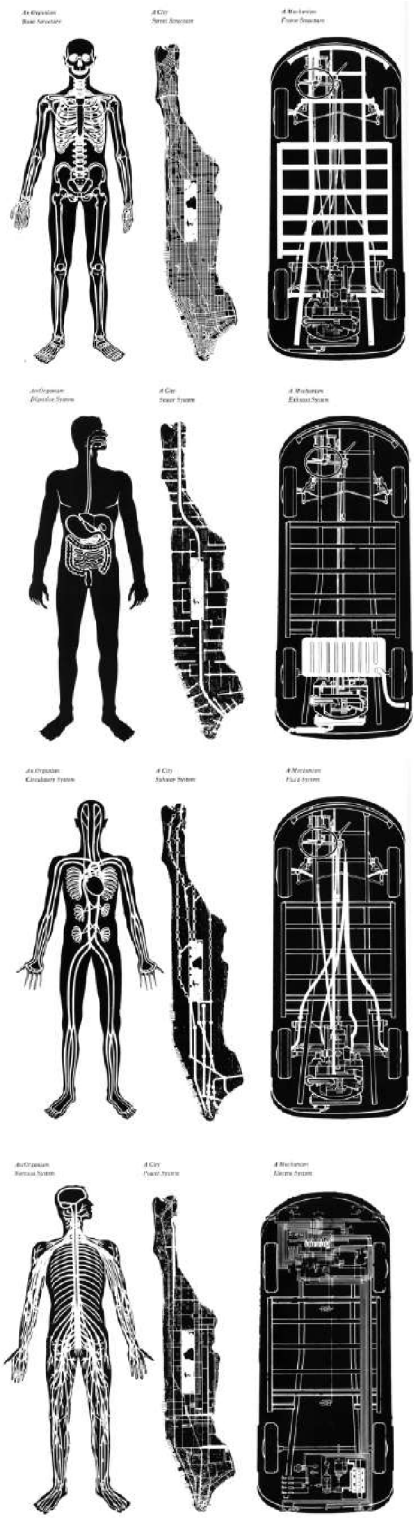
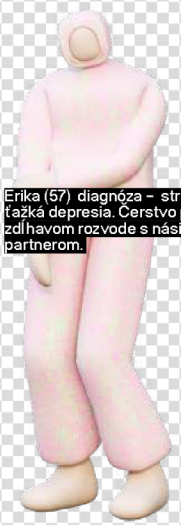


FIG. 04 O.M. Ungers, *City Metaphors*, 1979.
ľudské telo bolo a je referenčným
pre metafory v dejinách urbanizmu a
architektúry

Je problém našej odcudzenosti v tom, že stav duševného a mentálneho zdravia sa nedá röntgenom zobraziť, uchopiť, dokázať?

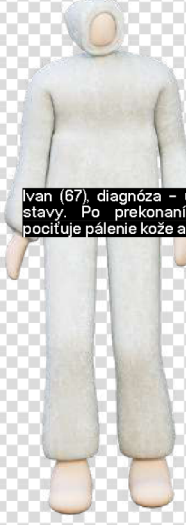
* Z dôvodu zachovania anonymity sú mená všetkých účastníkov pseudonymy.

Jozef (28) – diagnóza – schizofrenia. Počuje Boha, ktorý mu riadi život a prikazuje, čo má robiť, napr. z ničoho nič si kľaknúť na zem a modliť sa. *pozn. po 3 mesiacoch a 6 elektrošokoch sa halucinácie vytratili.



Erika (57) diagnóza – stredne ťažká depresia. Čerstvo po zdĺhavom rozvode s násilným partnerom.

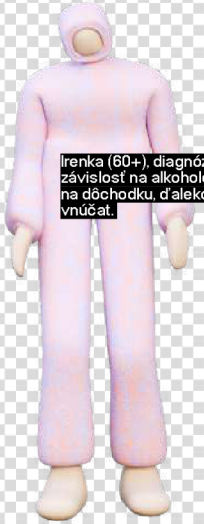
Gréta (60+), diagnóza – závislosť na alkohole. Hospitalizovaná 3. krát. Trápi ju samota vo veľkom dome po rodičoch.



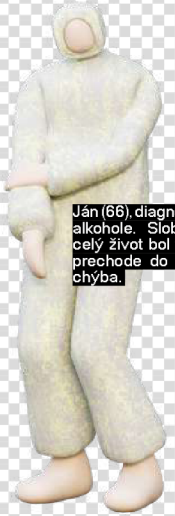
Ivan (67), diagnóza – úzkostné stavy. Po prekonaní covidu pociťuje pálenie kože a tras.

Marek (35+), diagnóza – závislosť na návykových látkach, ťažká depresia. Lieči sa prvýkrát.

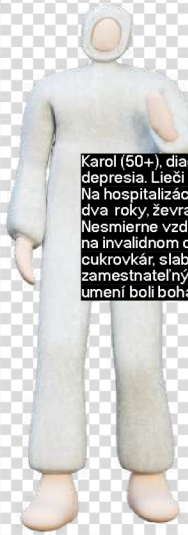
Lucia (33) – diagnóza – schizofrenia. Sprevádza ju paranoja, že je odpočúvaná. Pobyt v uzavretej skupine ľudí ju privádza k novým paranojám. *pozn. hospitalizovaná 4. krát.



Irenka (60+), diagnóza – závislosť na alkohole. Čerstvo na dôchodku, ďaleko od detí a vnúčat.



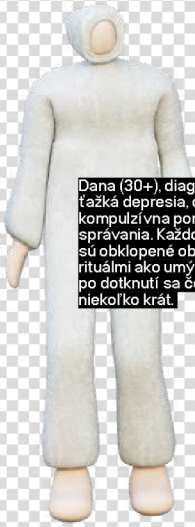
Ján (66), diagnóza – závislosť na alkohole. Slobodný, bezdetný, celý život bol telocvikárom, po prechode do dôchodku mu to chýba.



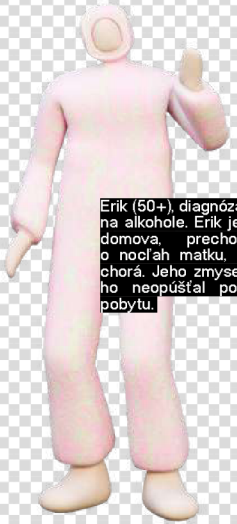
Karol (50+), diagnóza – ťažká depresia. Lieči sa už 15 rokov. Na hospitalizáciu príde každé dva roky, ževraj preliečiť. Nesmierne vzdelaný, no na invalidnom dôchodku, cukrovkár, slabý zrak, ťažko zamestnateľný. Debaty s ním o umení boli bohaté.

Mária (50+), diagnóza – závislosť na alkohole. Práve pochovala manžela kvôli rakovine po tom, čo sa oňho starala 2 roky.

Veronika (40+), diagnóza – stredne ťažká depresia. Rozvedená, 4 deti, manžel neplatí alimenty, prišla rozvodom o prácu v manželovej firme.



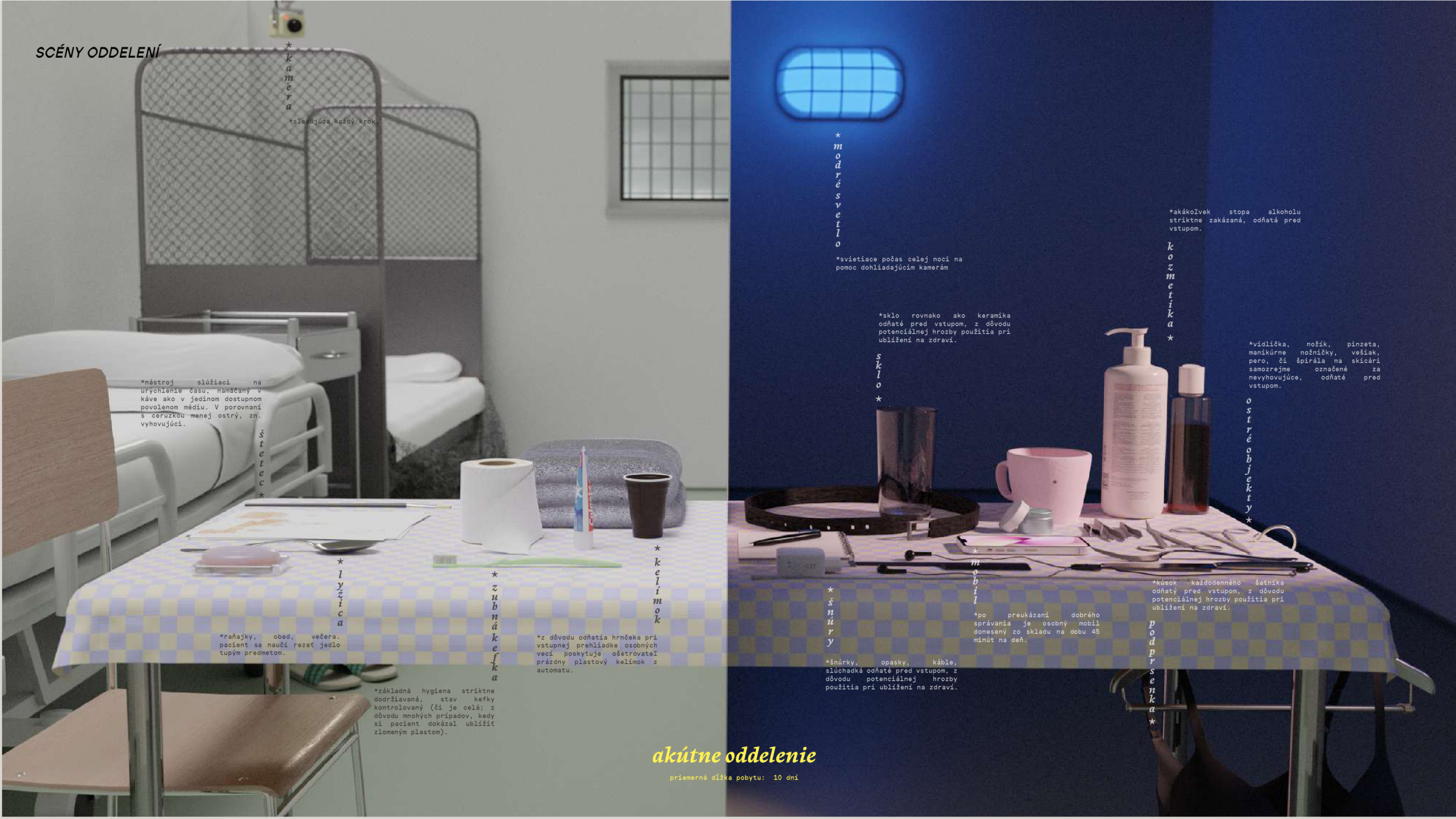
Dana (30+), diagnóza – ťažká depresia, obsesívne kompulzívna porucha správania. Každodenné činnosti sú obklopené obsesívnymi rituálmi ako umývanie si rúk po dotknutí sa čohokoľvek niekoľko krát.



Erik (50+), diagnóza – závislosť na alkohole. Erik je človek bez domova, prechodne prosí o nocľah matku, ktorá je ale chorá. Jeho zmysel pre humor ho neopúšťal počas celého pobytu.

Anna (35), diagnóza – stredne ťažká depresia s halucináciami. Stavy jej začali po pôrode, začala počuť hlas, ktorý jej prikazuje, čo má robiť.

Igor (60+), diagnóza – závislosť na alkohole. Rozvedený, bezdetný, hospitalizovaný týždeň po pohrebe matky.



OB1. AKUTNÉ ODDELENIE
Macejková, Eva. *Oddelenie Brut* (preddiplomový projekt), Fa VUT: Brno, 2023, s. 9, vlastná tvorba

OB2. BALÍČEK KONTROLY NEFYZICKÉHO PROSTREDIA
Macejková, Eva. *Oddelenie Brut* (preddiplomový projekt), Fa VUT: Brno, 2023, s. 11., vlastná tvorba

Jedným z aspektov inštitucionálnej liečby je organizácia tiel a telesných vzťahov na oddelení. Spôsob, akým sa telá pacientov stávajú zoskupeniami v rámci inštitucionálnej asambláže je sprostredkovaný psychotropnými liekmi. Pacienti na oddelení zvyčajne musia užívať celý rad liekov, od "typickej" a "atypickej" antipsychotickej liečby až po lieky na depresiu a úzkosť, spolu s ďalšími liekmi na zvládnutie vedľajších účinkov a fyzických symptómov. Antipsychotiká môžu napríklad zmierniť pocity paranoje alebo počúvania hlasov, ale môžu priniesť aj nepokoj, ospalosť, pocit spomaleného myslenia, závraty, atd. Telo tak môže pôsobiť ako miesto transformácie, kde sa konštituujú nové spôsoby vzťahovania sa k sebe samému a teda k priestoru, ktorý ho obklopuje.
"Všetko je architektúra", vyhlásil Hans Hollein v roku 1968 vo vydaní časopisu "Bau", svojim rovnako nazvaným manifestom. Od svojej zásadnej výstavy "Architektúra" v roku 1963 v Galérii Nächst St Stephan Monsignore Otta Mauera spolu s Walterom Pichlerom Hollein prejavil svoj odpor k povojnovej funkčnej architektúre a k nenápaditým viedenským stavbám 50. rokov a vyhlásil: "Musíme oslobodiť architektúru od stavania".

HOLLEIN, Hans. *ALLES IST ARCHITEKTUR*. Bau, Schrift für Architektur und Städtebau, 23. Jahrgang, Heft 1/2, Wien 1968. Citované podľa Macejková, Eva. Oddelenie Brut (preddiplomový projekt), Fa VUT: Brno, 2023, s. 11.

OB3. ODDELENIE S OTVORENÝM REŽIMOM
Macejková, Eva. *Oddelenie Brut* (preddiplomový projekt), Fa VUT: Brno, 2023, s. 12., vlastná tvorba

OB4. RANNÁ KOMUNITA
Macejková, Eva. *Oddelenie Brut* (preddiplomový projekt), Fa VUT: Brno, 2023, s. 14., vlastná tvorba

OB5. TELEFÓN
Macejková, Eva. *Oddelenie Brut* (preddiplomový projekt), Fa VUT: Brno, 2023, s. 16., vlastná tvorba

OB5. VIZITA
Macejková, Eva. *Oddelenie Brut* (preddiplomový projekt), Fa VUT: Brno, 2023, s. 18., vlastná tvorba

ROZHOVORY NA PSYCHIATRIÁCH V RÁMCI SPRACOVANIA DIPLOMOVEJ PRÁCE V LETNOM SEMESTRI 2024 – (V PRÍLOHÁCH UVÁDZAM CELÉ ZNENIE INTERVIEW S PRIMÁRKOU S 29 ROČNOU PRAXOU, ZVYŠNÉ ROZHOVORY VZNIKLI BEZ AUDIOZÁZNAMU, S PROSBOU O ANONYMIZÁCIU).

Spísané po interview s pacientmi

Mnoho pacientov spomínalo, že by sa radi vyhli typickému klinickému, sterilnému a úplne bielemu nemocničnému priestoru s labyrintom chodieb. Mal by to byť otvorený priestor s veľkými oknami, plný svetla a pestrých farieb. Takmer všetci zdôrazňovali dôležitosť prístupu k zeleným plochám a prírode. Psychiatria by mala byť umiestnená v meste a zároveň mať prístup do parkov a záhrad s fontánami, jazierkami so žabami, kŕmidlami pre vtáky a motýľovými záhonami, skleníkmi a priestormi na pestovanie zeleniny, rastlín a byliniek. Liečebňa by mala mať rôzne priestory pre rôzne potreby: tiché a prázdne; hlučné a chaotické; mäkké a pohodlné; veľké, ľahké a otvorené; malé tmavé a uzavreté. Zdôrazňovali, aké dôležité je oddeliť súkromné priestory a spoločné priestory, napr. spoločné priestory na pitie kávy a priestory na jedenie. Ľudia by mali mať možnosť personalizovať si svoje vlastné izby, napr. zmeniť farbu stien vo svojich izbách, mať lampy, ktoré imitujú východy a západy slnka, ak ich človek nevidí, mať osvetľovací systém prepojený s náladou vydávaných zvukov, možnosť vybrať si vône a zvuky okolo seba atď. Niektoré návrhy však boli skromnejšie, napr. pomohlo by, keby pacienti mohli spať s niečím vlastným – vankúšom, perinou, alebo jednoducho kvalitnou posteľou a matracom. Niektorí ľudia sa podelili o svoje negatívne skúsenosti s tým, ako boli vymknutí zo svojej izby, aby sa stýkali s ostatnými (a toto „socializovanie“ pozostávalo zo sledovania príliš hlasnej televízie alebo niečoho rovnako desivého). Prioritou psychiatrickej liečebne by malo byť rešpektovanie súkromia a bezpečnosti pacientov; mal by sa cítiť bezpečne, podporne, upokojujúco a udržateľne. Vyskytli sa aj kreatívne nápady, bežným bola „odhlučnená miestnosť“ na kričanie, tvorenie alebo počúvanie hudby. Niekto navrhol, že táto zvukotesná miestnosť by mala fungovať ako nahrávacia kabína, kde si človek môže zaznamenať všetko, čo si myslí, a použiť jednoduché postupy na prácu s týmito myšlienkami.

Pre tých, ktorí sa potrebujú zbaviť napätia, hnevu a deštruktívnych myšlienok, by mala byť k dispozícii štylizovaná ‘polstrovaná bunka’, miestnosť, kde je všetko nerozbitné, niečo ako dospelácka verzia mäkkého ihriska, kde sa môžete vyšantiť, vynerviť a nič nezničiť. Naproti tomu niekto navrhol veľmi jednoduchý priestor – miestnosť, kde sa môžete pred všetkými skryť a byť sám. Toto miesto môže byť so zablokovaným signálom. Len pobyt v tomto psychiatrickom priestore nestačí, preto pacienti navrhovali činnosti, ktoré by ľudia počas pobytu mali ‚povinne robiť‘. Mnoho ľudí zdôrazňovalo dôležitosť fyzických aktivít – telocvičňa, hodiny jógy a tanca, plávanie atď. Jedna osoba povedala: ‚Umenie a vzdelávanie sú spôsoby, ako si ľudia môžu obnoviť svoju identitu po tom, čo prešli systémom, ktorý dokáže skutočne odstrániť všetok zmysel pre identitu.‘ V súvislosti so vzdelávaním a aktivitami kolovali rôzne názory, napr. zdieľanie diskusií s inými ľuďmi so skúsenosťami v oblasti duševného zdravia, hodiny filozofie a diskusné skupiny, hodiny umenia a hudby, rôzne druhy pracovnej terapie, kde je možné dosiahnuť pocit úspechu za krátku dobu.

Ľudia navrhovali, aby vo všeobecnosti bola atmosféra bezpečná, pokojná, úprimná a plná nádeje. Jeden z pacientov to zhrnul: ‚Psychiatria by mala byť miestom, kde sa dá rásť a podstupovať nové kroky.‘

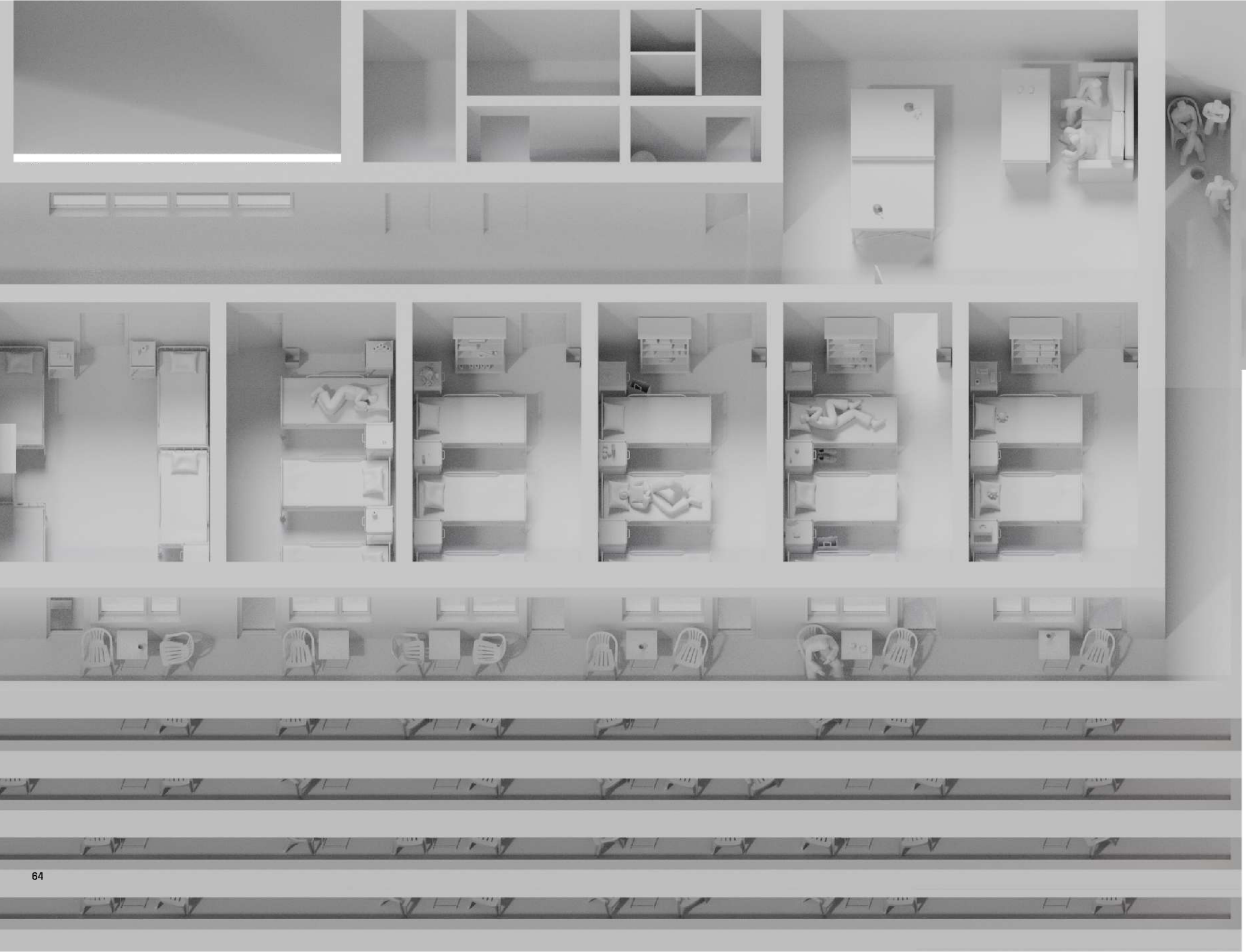
Pri rozhovoroch som spozorovala niekoľko rozdielov aj v spôsobe, akým personál a pacienti hodnotia prostredie oddelení. Rozhovormi som zistila, že pacienti hodnotia mieru bezpečnosť vyššie než personál, zatiaľ čo personál hodnotí oddelenia ako terapeutickejšie než ako ich hodnotia pacienti. Tento rozdiel korešponduje s argumentom Curtisay, že personál a pacienti na psychiatrických oddeleniach majú odlišné priority, pričom personál je obzvlášť zaujatý rizikom; dôraz na riziko logicky zahŕňa prehnanejšie nároky na bezpečnosť. Rozdielne skúsenosti personálu a užívateľov služieb na oddelení ma vedú k oddelenými a niekedy protichodnými spôsobmi.

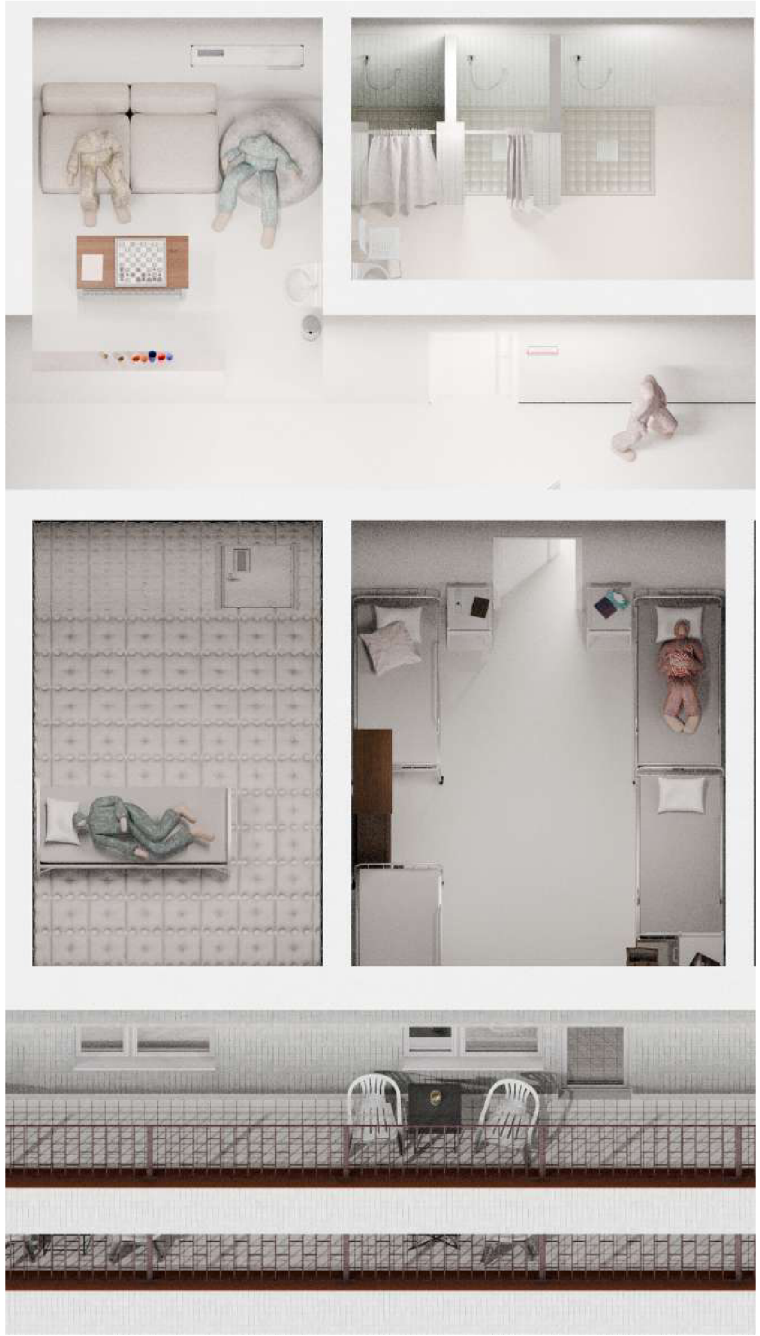
Oddelenie je často označované ako priestor reakcie, kde personál pasívne pozoruje užívateľov služieb a zapája sa do ich prežívania iba v prípade „vyskytnutia problémov“. Pacienti sú tak ponechaní plávať ako prízraky v priestore; bez nejakej identity, bez znalosti toho, prečo tam sú, aké lieky dostávajú, aké postupy liečby sa o nich rozhodujú alebo čo im priestor vie poskytnúť.

Súvisiaca sťažnosť z komunikácie s pacientami bola nedostatočná aktivita na oddeleniach. Niektoré psychiatrické oddelenia boli opísané ako ‚prázdne klietky‘, kde chýba zmysluplná aktivita alebo spoločný život, vyjadrili sa, že sú tam častokrát dni, kedy len ‚zabíjajú čas‘“.

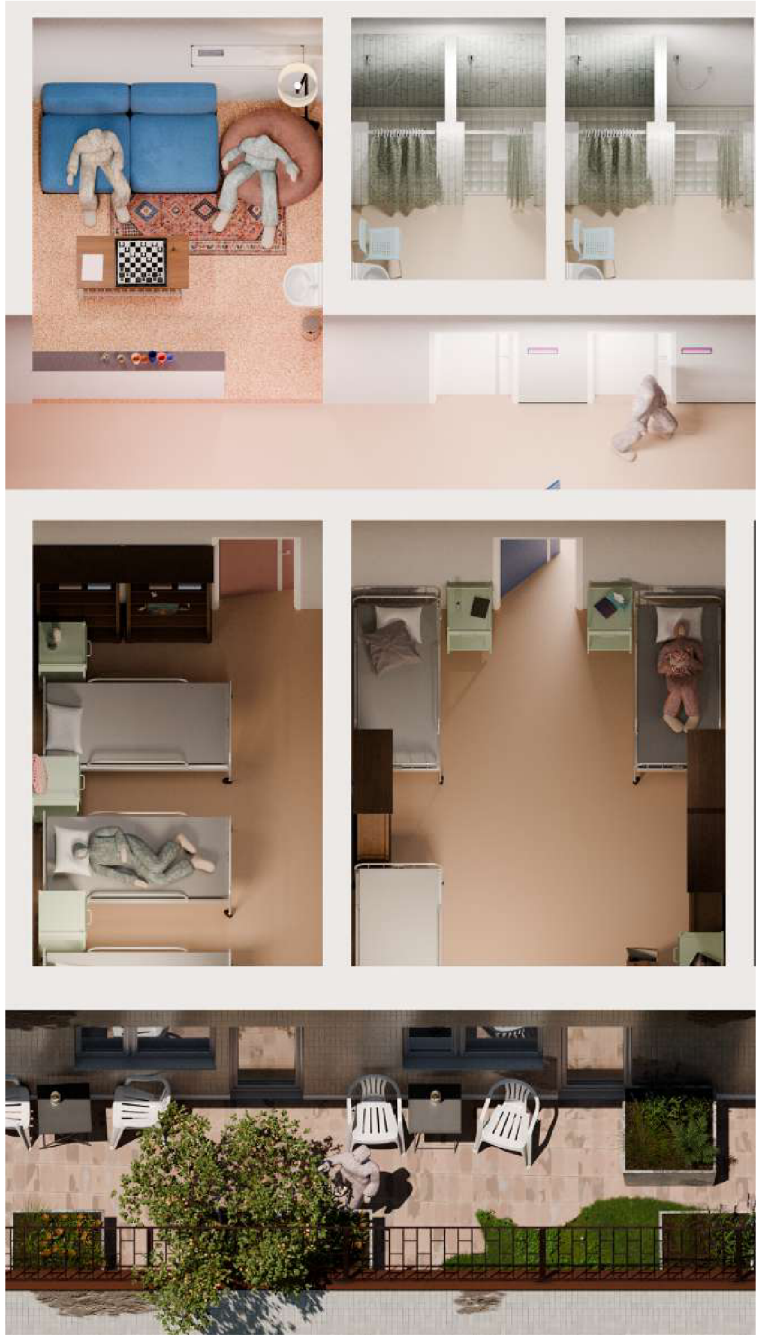
Z rozhovorov vznikli obrazové interpretácie. Prvá zo stavu, ako si ho pamätám z môjho pobytu. Nasledujúce dve interpretujú to, ako si ideálne oddelenie predstavuje pani primárka*PP* a potom také, ktoré zobrazuje minimálne zásahy pre zlepšenie priestoru podľa pacientov*P*.

Všetky rozhovory boli však pre mňa prínosné v ďalšom rozkľúčovávaní vzťahov a väzieb a inšpiráciou.





INTERPRETÁCIA PREDSTÁV PANI PRIMÁRKY



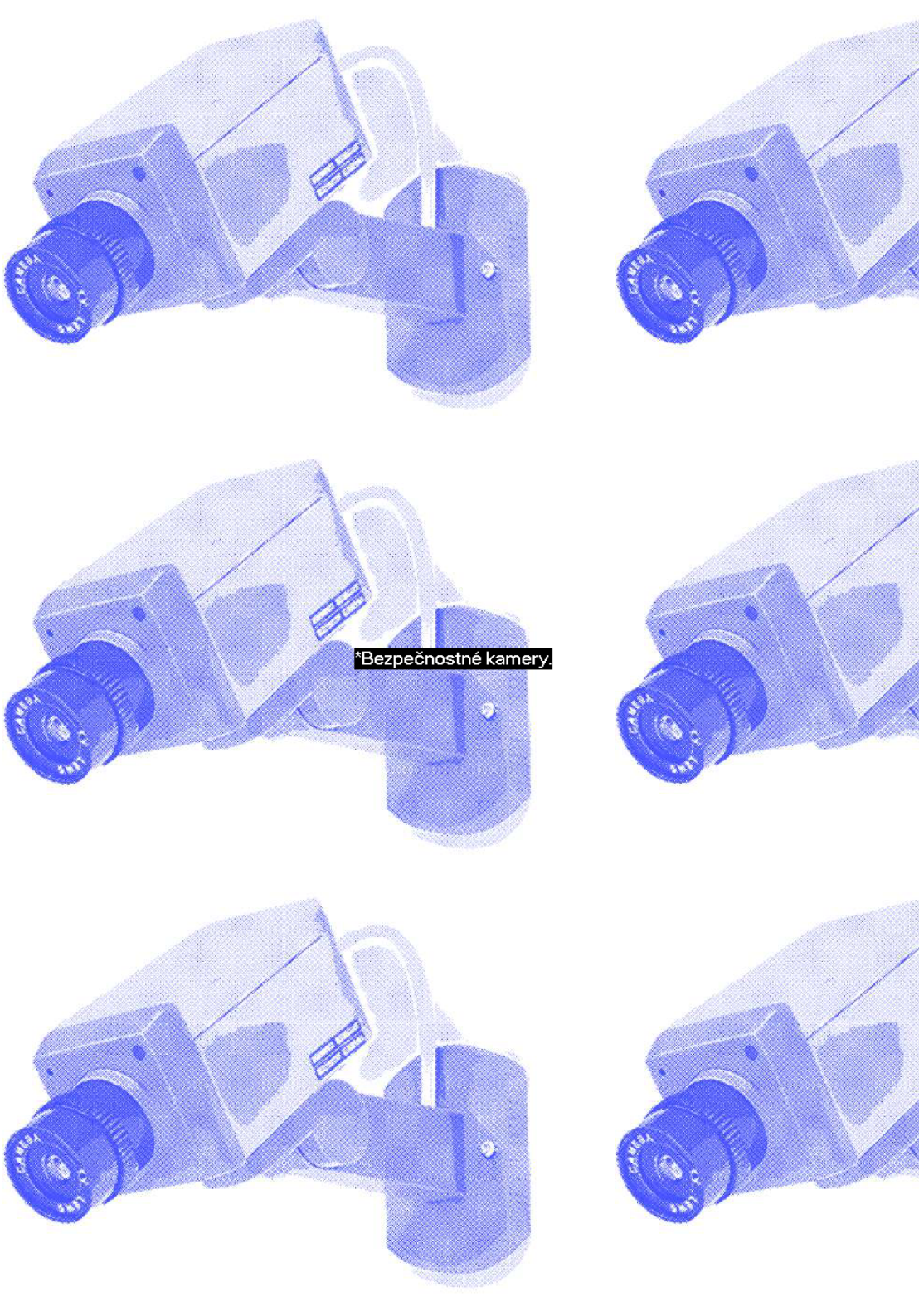
INTERPRETÁCIA MINIMÁLNYCH ZÁSAHOV PRE SPOKOJNOSŤ PACIENTOV

prostriedky ovplyvňujúce správanie

120. CPT konštatuje, že slovenský zákon o zdravotnej starostlivosti123 neobsahuje žiadne ustanovenia o použití obmedzovacích prostriedkov v psychiatrických zariadeniach. Táto oblasť je namiesto toho upravená usmernením č. 29/2009 ministerstva zdravotníctva.124 CPT ďalej
konštatuje, že usmernenia nepokrývajú použitie chemických obmedzovacích prostriedkov (t. j. nútené podanie medikácie na zvládnutie správania pacienta).[x]

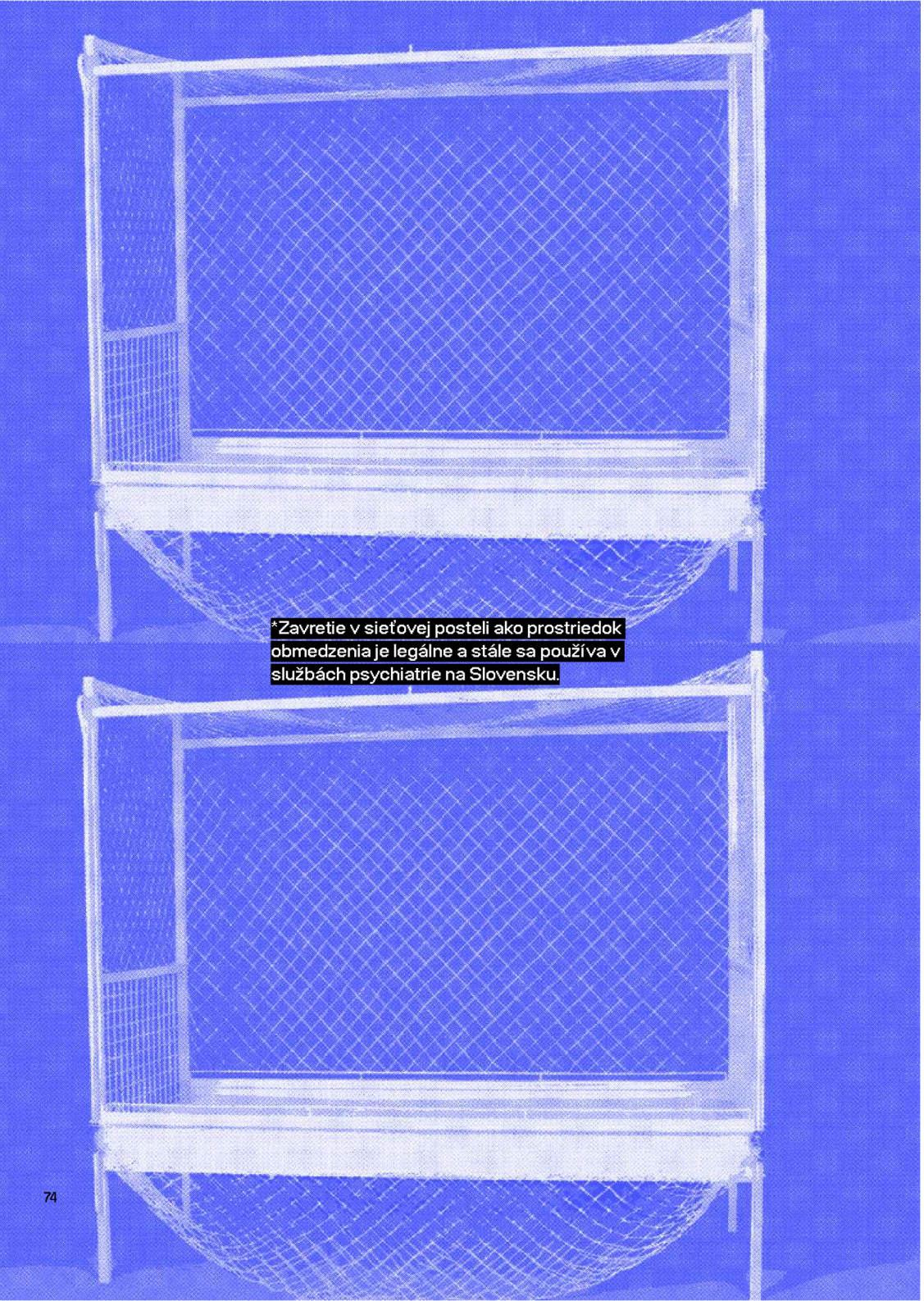
X SPRÁVA PRE VLÁDU SLOVENSKEJ REPUBLIKY O NÁVŠTEVE SLOVENSKEJ REPUBLIKY, KTORÚ USKUTOČNIL EURÓPSKY VÝBOR NA ZABRÁNENIE MUČENIU A NEĽUDSKÉMU ČI PONIŽUJÚCEMU ZAOBCHÁDZANIU ALEBO TRESTANIU (CPT)
https://rm.coe.int/168094fd72 (dostupné online 3. 5. 2024)

PSYCHIATRICKÉ
ODDELENIE
McVeillance
ZÁKAZ
FOTOGRAFOVAŤ!
VEĽKÝ POZOR! OBSAHUJE
KAMEROVÝ
SYSTÉM!

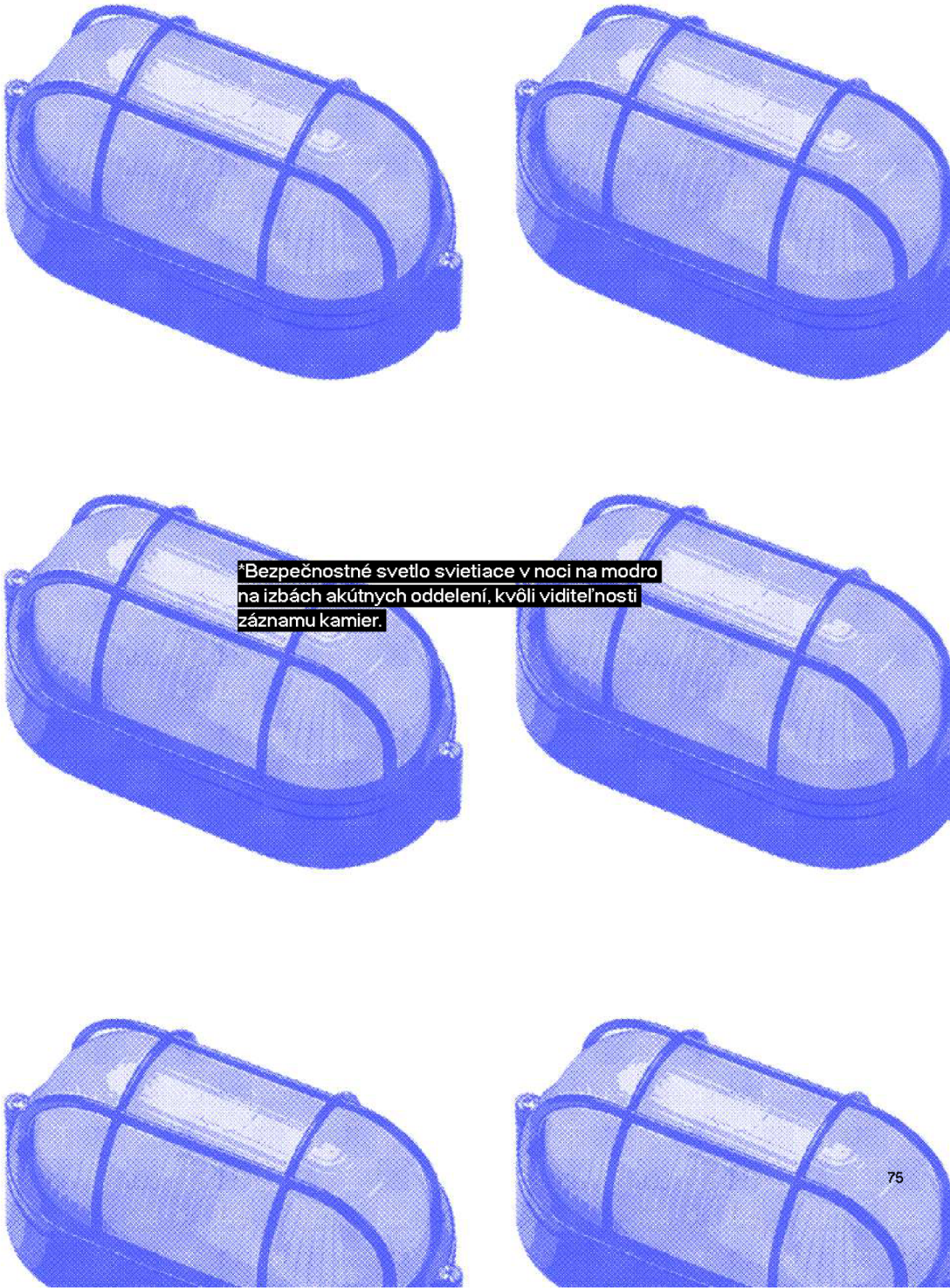

*Bezpečnostné kamery.

*Benzodiazepíny

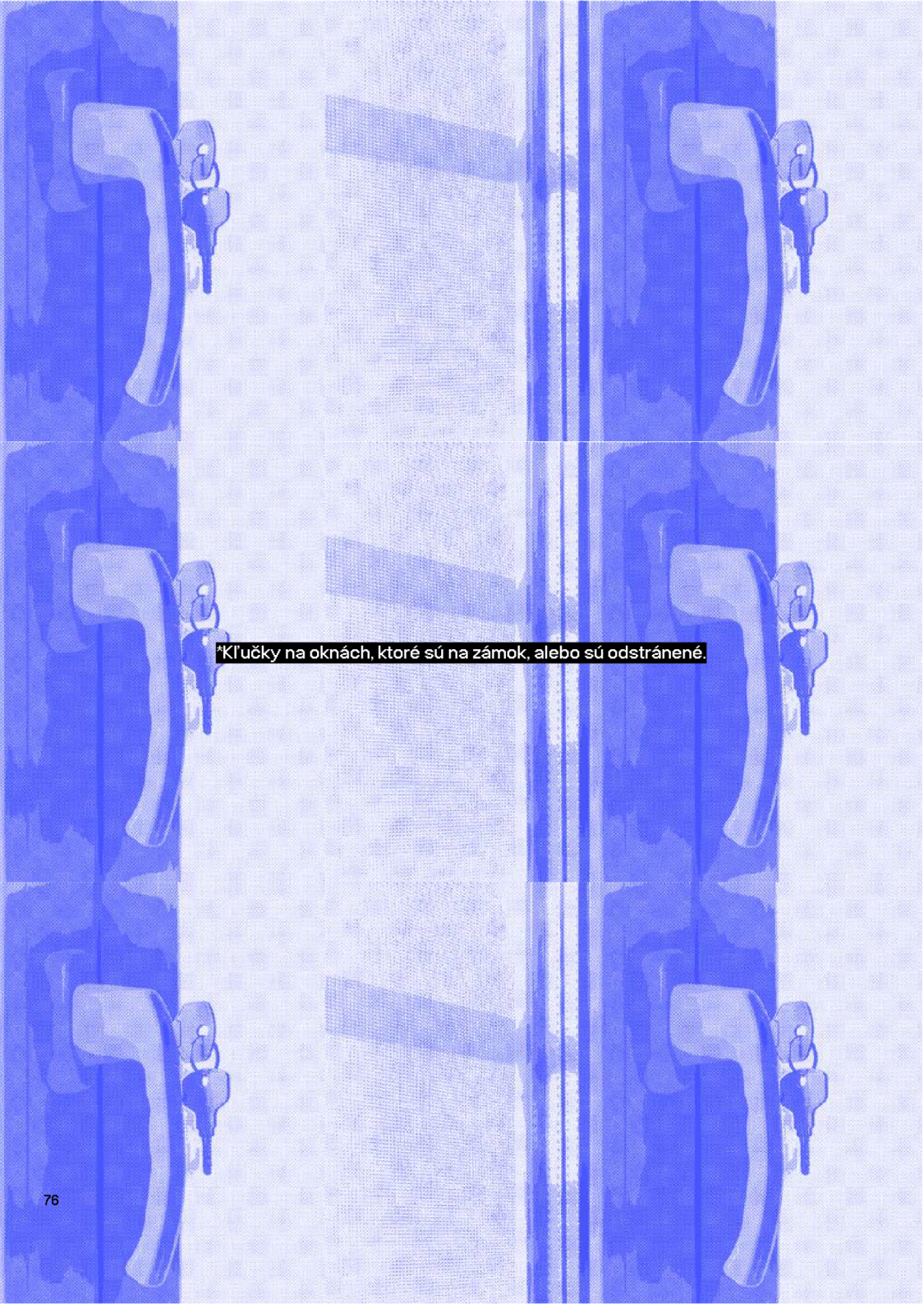
*ECT – elektrokonvulzívna terapia je legálna, dnes často používaná pri diagnózach depresií a schizofrénií. Možné príznaky v období postúpenia liečby – zmena vnímania, výpadky pamäte.



*Zavretie v sieťovej posteli ako prostriedok obmedzenia je legálne a stále sa používa v službách psychiatrie na Slovensku.



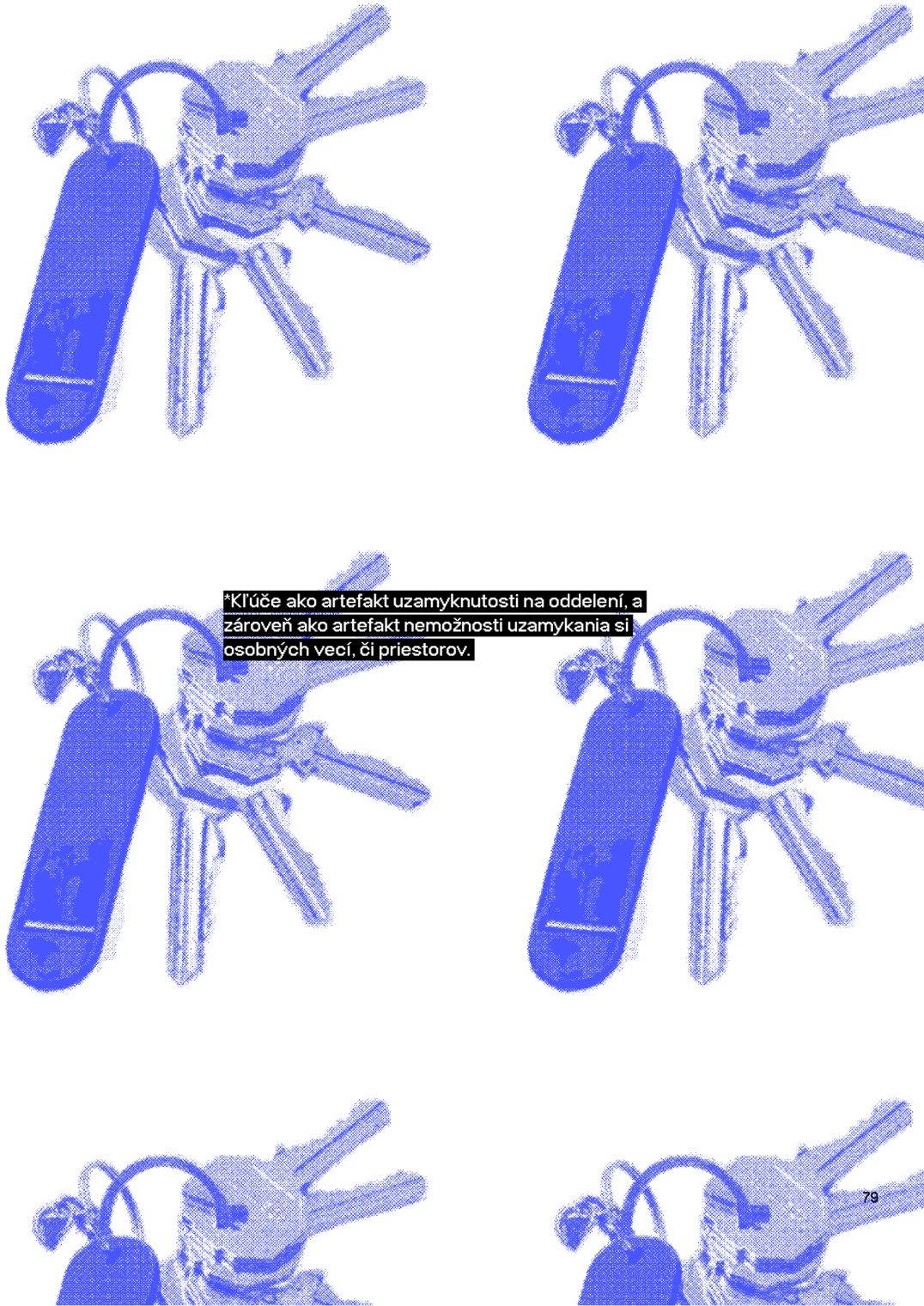
*Bezpečnostné svetlo svietiace v noci na modro na izbách akútnych oddelení, kvôli viditeľnosti záznamu kamier.



*Kľučky na oknách, ktoré sú na zámok, alebo sú odstránené.

*Označenie zákazu vstupu pomocou pásky.

*Observačné okno.



*Kľúče ako artefakt uzamyknutosti na oddelení, a zároveň ako artefakt nemožnosti uzamykania si osobných vecí, či priestorov.

*Uväzovanie remeňmi na posteli ako prostriedok obmedzenia je legálne a stále sa používa v službách psychiatrie na Slovensku.

Financované Európskou úniou
NextGenerationEU

MINISTERSTVO ZDRAVOTNÍCTVA SLOVENSKEJ REPUBLIKY

PLÁN OBNOVY

Minimálny štandard zodpovedá zoznamu oprávnených výdavkov	
1.	Omietka stien vr. Vysprávky
2.	Murovaná priečka pre zástenu, vrátane potrebných búracích prác
3.	Mäkký obklad stien od podlahy po strop
4.	Podlaha – vrátane demontáže pôvodnej podlahy a montáže mäkkej podlahy
5.	Dvere – s výmenou zárubne, jednostranne obložené rozmer 900x2000mm
6.	Okno vonkajšie s bezpečnostným sklom 1000x600mm
7.	Okno observačné s bezpečnostným sklom 1000x600mm
8.	Ventilátor na prívod a odvod vzduchu, vrátane elektroinštalácie, časového spínača
9.	Televízor/ rádio
10.	Kamera, s prepojením na centrálny pult
11.	Toaleta s umývadlom – nerezové, sprcha, vrátane inštalácií a napojenia na vodu a kanalizáciu
12.	Pevné lôžko s možnosťou prípadnej fixácie remeňmi (predpripravené úchytky na lôžko)
13.	Mikrofón, reproduktor na obojsmernú komunikáciu s pacientom – umiestnené na bezpečnom mieste
14.	Informačná tabuľa – pevnená na bezpečnom mieste a viditeľnom mieste
15.	Osvetlenie – LED svietidlo s vypínačom a napojením na existujúci rozvádzač, elektroinštalačné práce v nevyhnutnom rozsahu, vyhotovenie revíznej správy

*Požiadavky pre seklúzne izby podľa Plánu obnovy.

izba

Počas zaoberania sa prostredím izby psychiatrických priestorov som siahla po evidence-based design / navrhovaní založenom na evidentných dátach, ktoré je západnej medicíne tak blízke. Po prečítaní niekoľkých štúdií som vybrala niekoľko, ktoré mi poskytli obraz o evidence-based design, ako aj o perspektívach pacientov a personálu v iných krajinách, než na Slovensku. Všetky informácie v nadchádzajúcom rozbore sú z originálnych zdrojov, ktoré som preložila:

X Jovanović N – Campbell J – Priebe S.: How to design psychiatric facilities to foster positive social interaction - A systematic review. In: *Eur Psychiatry*. Č. 60, 2019, s. 49-62. doi: 10.1016/j.eurpsy.2019.04.005.

Y Ittelson, W. H. – Proshansky, H. M. – Rivlin, L. G.: Bedroom size and social interaction of the psychiatric ward. In: J. F. Wohlwill & D. H. Carson (Eds.), *Environment and the social sciences: Perspectives and applications*. American Psychological Association, 1972, s. 95–104. Dostupné z https://doi.org/10.1037/10045-009.

How to design psychiatric facilities to foster positive social interaction - A systematic review / Ako navrhovať psychiatrické zariadenia aby sa posilnili sociálne interakcie – Systematická recenzia[x]

Autori tejto štúdie vykonali komplexný prehľad literatúry, aby identifikovali, aké typológie a návrhové riešenia podporujú pozitívnu sociálnu angažovanosť medzi užívateľmi psychiatrických priestorov, oddelení, či ústavov. Táto štúdia naznačuje, že tieto inštitúcie sú často odsudzované pre ich nevhodný, obmedzujúci návrh, čo vedie k tomu, že pacienti sa často sťažujú na nepriaznivé interakcie, vrátane agresie a nedostatku plnohodnotných interakcií so spolupacientami, ale aj s personálom a príbuznými. Autori analyzovali širokú škálu vedeckých prác o liečbe duševného zdravia. Vybrala som informácie, ktoré môžu viesť k vytvoreniu môjho vlastného konceptu toho, aké elementy prostredia ovplyvňujú správanie na psychiatrii.

Whitehead (1984) 30 pacientov na uzavretom oddelení

Prerobené oddelenie zvýšilo sociálnu interakciu prelomením dlhých inštitucionálnych chodieb, rozdelených ubytovacích zón, zlepšeným prístupom do návštevnej miestnosti, pridanou flexibilitou využitia skupinových a denných izieb, otvorením ošetrovateľskej stanice a zvýraznením praktických funkcií, účelov prostredníctvom farieb, grafiky a atraktívneho zariadenia.

Holahan (1976) 50 pacientov, 50% v psychóze na uzavretom oddelení

Prerobené oddelenie (premaľované, pridané priečky – paravány v izbách, dve lôžka, stôl a dve pohodlné stoličky v každej izbe, poskytnuté pre konverzáciu v súkromí) sa vyznačovalo zvýšenou interakciou medzi pacientmi, personálom a návštevníkmi a zníženým izolovaným pasívnym správaním.

Christenfeld (1986) 81 pacientov so schizofréniou na uzavretom oddelení

Pridanie série stien vo výške pása do veľkej dennej miestnosti na oddelení podporilo interakcie – rozhovory a vytvorilo miesta, kde môže byť pacient sám.

Devlin (1992) 82 pacientov, 83 personálu na uzavretom oddelení

Nový nábytok a možnosť pestovať izbové rastliny zlepšili hodnotenie prostredia personálom a znížili letargické správanie pacientov. Najpozitívnejším prírastkom na oddeleniach boli rastliny a hlavná požiadavka bola, že ich treba ešte viac.

Muller (1996) 55 pacientiek na uzavretom oddelení

Menší počet pacientov na izbu, lepší nábytok a viac ako jedna spoločenská miestnosť zvýšili počet pacientov prichádzajúcich do dennej miestnosti – von z izieb (35 % vs. 64 %).

Olver (2009) 15 pacientov, väčšina so schizofréniou

Po presťahovaní z dočasného, zrekonštruovaného lekárskeho oddelenia do veľkého, presvetleného, účelne postaveného zariadenia, došlo k výraznému zníženiu počtu epizód, ktoré si vyžadovali seklúziu – pobyt v seklúznej miestnosti, či použitie obmedzovacích prostriedkov. V novom zariadení boli pacienti premiestnení zo štvorlôžkových izieb do súkromných jednolôžkových a došlo k veľkým rozšíreniam vnútorných a vonkajších rekreačných priestorov.

Ulrich (2018) 42 pacientov na uzavretom oddelení

V porovnaní so starou nemocnicou sa nové oddelenia vyznačovali nižšou sociálnou hustotou (počet osôb na izbu) a komponentmi znižujúcimi stres, napr. viac jednolôžkových izieb s vlastnou kúpeľňou, spoločné priestory s nábytkom, s ktorým môžu pacienti hýbať, návrh s ohľadom na zníženie hluku, návrh s ohľadom na podporu kontroly v izbách pacientov, záhrada prístupná pre pacienta, návrh s ohľadom pre vyššiu dávku denného svetla, spoločné priestory a návrh s ohľadom pre výhľad na dvere izby z jej centrálnej časti.

Borckardt (2011) 3 oddelenia pre dospelých, 1 geriatrické oddelenie, 1 detské oddelenie

Nenákladné fyzické zmeny (premaľovanie stien teplými farbami, umiestnenie príjemných koberčekov, rastlín, preskupenie nábytku s cieľom zvýšiť interakciu medzi pacientom a pacientom aj pacientom a personálom boli spojené s veľkým znížením miery izolácie.

Van der Schaaf (2013) 16 psychiatrických nemocníc, 199 oddelení, 14 834 pacientov

Komponenty, ako je viac celkového súkromného priestoru na pacienta, vyššia úroveň pohodlia a lepšia viditeľnosť na oddelení, znížili riziko seklúzie.

Kidd a spol. (2015) 5 pacientov so schizofréniou

Inštalácia digitálnych rámov na fotografie v izbách pacientov podnietila rozhovory medzi pacientom a personálom, poslúžila ako pozitívne rozptýlenie pacientov a zlepšilo ich prostredie.

Urbanoski (2013) 290 pacientov s úzkostnými poruchami

Pacienti na zrekonštruovanom oddelení (so súkromnými izbami s vlastným sociálnym zariadením, centrálnou spoločenskou miestnosťou, súkromnejšími návštevnými zónami a kuchynským kútom) vnímali pozitívnejšiu atmosféru v súvislosti s väčšou podporou zo strany rovesníkov a autonómiou aj rozvojom praktických zručností.

Dressler (2015) 18 pacientov na uzavretom oddelení

V novej budove sa podstatne zväčšil priestor na oddelení, zmenila sa konfigurácia izieb (z prevažne 2-4 lôžkových na 2- a 1-lôžkové izby), zlepšilo sa usporiadanie a rozdelenie sociálnych zariadení, prirodzenejšie osvetlenie a veľké balkóny. Došlo k výraznému zníženiu izolácie, využitiu seklúznych izieb a fyzických obmedzovacích prostriedkov.

Nicholls (2015) 100 pacientov na akútnych oddeleniach, 92 personálu

Po presťahovaní sa zo starého zariadenia (stiesneného, tmavého, takmer bez exteriérových priestorov, s minimálnymi sociálnymi priestormi, spoločnými izbami a sociálnymi zariadeniami) do nového zariadenia (individuálne izby s vlastnou kúpeľňou, rekreačné nádvoria, väčší dostupný priestor) pacienti vnímali zmenu a považovali sa za spoločensky aktívnejších a energickejších.

Smith and Jones (2014) 15 pacientov, väčšina so schizofréniou

Miestnosť pre zmyslové zážitky so svetlomodrými stenami, laminátovou podlahou, jedným oknom, projektorom premietajúcim svetlo/obraz, ďalej s rôznymi vankúšmi, hračkami na zmiernenie stresu a vzdelávacími materiálmi poskytovala miesto na relaxáciu, socializáciu a možnosť zažiť zmyslové aktivity a vnemy, najmä počúvanie hudby. Väčšina pacientov a personálu tvrdila, že miestnosť evokuje pocit komunity a poskytuje priestor pre socializáciu. Obe skupiny tvrdili, že senzorická miestnosť zlepšila komunikáciu personálu a pacienta aj skúsenosti na oddelení.

Bedroom size and social interaction of the psychiatric ward / Veľkosť izby a sociálna interakcia psychiatrickej starostlivosti[y]

Keďže izolované pasívne správanie narastá s nárastom počtu lôžok na izbu, takmer presne opačný vzorec sa prejavuje u sociálneho správania. Poskytnutie súkromia pacientom zlepší ich sociálne správanie. Tieto vzorce aktivít naznačujú potrebu prehodnotiť koncept súkromia na psychiatrickom oddelení. Na súkromie sa vo všeobecnosti hľadelo ako na fyzickú izoláciu jedného jednotlivca od ostatných. Súkromie na psychiatrickom oddelení ale nemusí znamenať „byť sám“, skôr môže znamenať – mať širokú škálu osobných možností. Na rozdiel od väčšiny tradičných predstáv o psychiatrických oddeleniach sú to v skutočnosti veľké zdieľané izby, ktoré vyvolávajú stiahnutie sa pacienta do seba.

„Pozrite sa, je veľa diskusií o tom a preferuje sa s plánom obnovy, že tie peniaze, ktoré získame, aby sa psychiatrie rekonštruovali na jednolôžkové, ktoré majú sociálne zariadenie a toaletu. Myslím si že to nie je vhodné pre každého. Liečba úzkostného pacienta, sociálne izolovaného pacienta je v tom, že ho naučíme komunikovať s niekým. Niekoho a niečo akceptovať. Ja v tom nevidím problém, že sú traja, štyria, viete, a ja si nemyslím, že by sa mali uzatvárať sami."

primárka psychiatrického oddelenia

„Sťažujú sa nám dennodenne pacienti na svojich spolubývajúcich. Niektoré terapie tak strávime len ich sťažnosťami, ako sa nedá žiť na ich vlastnej izbe."

Psychologička, vedúca skupinové terapie

„Neviem, neviem aké by to bolo a čo by sa zmenilo. Neviem si to predstaviť, veď keď tie izby predelia, tak tam budú natlačení na sebe.“

Sestra na psychiatrickom oddelení

„Tie priestory by mali byť útulné, čisté, biele a mali by evokovať v tom pacientovi taký útulný a čistý pocit. Nechcem povedať, že pocit domova, pretože psychiatrické pracovisko musí byť rozdelené na jednotlivé ošetrovacie jednotky podľa závažnosti diagnóz.“

primárka psychiatrického oddelenia

„Tie farby by mali byť teplé, pozitívne, materiály by mohli byť drevené, príjemné. Veď to všetko vyzerá úplne rovnako, izba za izbou, furt si pomýlim dvere do tej mojej.“

Pacientka na psychiatrickom oddelení

„Ale veď nie sú doma, nemocnica má byť biela, sterilná, farby môžu byť predsa rušivé.“

Sestra psychiatrického oddelenia

„Určite sú štúdie na vplyv farieb a materiálov na ľudí, ale sme v nemocnici, neviem či by to šlo v izbách, ale v terapeutických miestnostiach by sa to mohlo implikovať."

Psychologička na psychiatrickom oddelení

„Tým, že som hyperaktívna a neviem čo všetko možné do toho, ja mám problém sa sústrediť, pokiaľ je okolo mňa vzruch. A ja hrozne rada čítam, len na to potrebujem kľud. A to mi nejde keď vedľa mňa ryčí na celé oddelenie telka a poprosíte svoju spolupacientku aby to dala trošku tichšie, a ona sľúbi, že dá, ale len na jednu pesničku a potom znova vypeckuje na plno. To by som brala nejakú takú odhlučnenú miestnosť. 4–5 kresiel by stačilo proste aby si tam mal človek kde sadnúť, zrelaxovať, alebo si čítať."

Pacientka

„Keď som videl niektoré psychiatrie zblízka, mal som pocit, že tie priestory musia rozvoj porúch doslova podporovať. Neraz ide o tmavé miestnosti a chodby, ktoré navodzujú pocit depresie aj návštevám. Ako môže také prostredie liečiť?“ [x]

Michal Patarák, psychiater, Fakultná nemocnica s poliklinikou F. D. Roosevelta v Banskej Bystrici

X Patarák, M.: Bez kazajky a ochranných sietí to občas nejde. In: *Denník N*, 17. marec 2015. Dostupné z Psychiater: Bez ochranných sietí to občas nejde (dennikn.sk).

Vzhľadom na širokú škálu problémov a preferencií v psychiatrických liečebniach nie je možné nájsť jednoznačné ani celkom univerzálne riešenie. Preto ale predostieram vo vyššie rozobratých štúdiách, (ktoré nie sú jediné svojho druhu), že medzi sebou majú prieniky, ktoré podľa mňa aj bez uvádzania dôkazov vyplývajú z diagnóz a z prežívaných situácií. Ukázali, neprekvapujúc, že prostredie izby má zásadný význam v starostlivosti o duševné zdravie. Tieto práce zdôrazňujú dôležitosť sociálnej hustoty, svetla, súkromia, bezpečnosti, flexibility, a spojenia s exteriérom. Hoci súkromie a bezpečnosť môžu byť na psychiatrickom oddelení protichodné, obe sú rovnako dôležité, preto návrhy riešenia by mali byť o vyjednávaní a rokovaní o hraniciach medzi nimi.

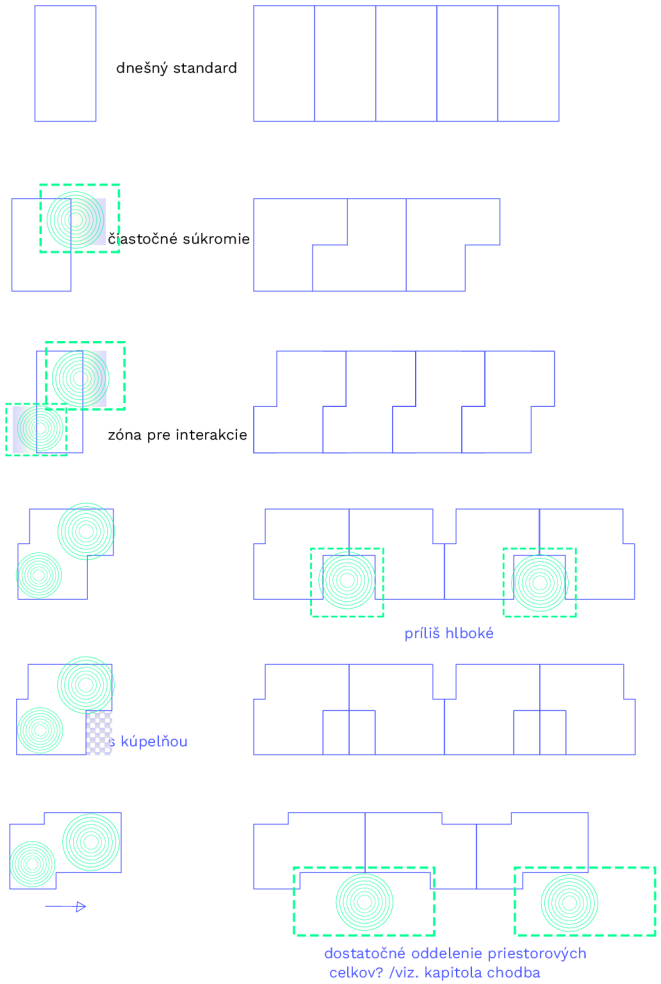
Verím, že druhy starostlivosti o duševné zdravie sa s narastajúcim „dopytom“ a klesajúcou stigmou budú vyvíjať. Preto na základe svojich doterajších poznatkov aj skúseností nekreslím „ideálnu miestnosť“. Naopak, chcem poukázať na dôležité prvky a možnosti pri navrhovaní možných variánt vhodných miestností, ktoré by zlepšili pohodu rozmanitých pacientov v psychiatrických zariadeniach. Tieto prvky je možné pridávať, odoberať alebo kombinovať v rôznych dispozíciách miestnosti v závislosti od potrieb oddelenia aj individuálnych pacientov.

Izby by už dnes nemali pôsobiť inštitucionálne odosobnene. Bez ohľadu na to, či ide o krátkodobé, dlhodobé, jednolôžkové alebo viaclôžkové, mali by od pacientov dostávať prívlastok aspoň minimálne slovom *príjemné*. Myslím si, že práve tu by mohli architekti zohrávať úlohu; pri zlepšovaní príležitostí a možností pre užívateľa, ktorý by mohol reagovať na variabilitu. Verím, že len v príjemnom, teda pre nich naladiteľnom prostredí sa ľudia zotavia. Aj keď zdravotnícky personál upozorňuje, že existuje riziko, že oddelenia by sa mohli stať „príliš peknými“, osobne si myslím, že hranicu medzi nemocnicou a domovom by nemal rozhodovať architekt sám ani inštitúcia sama. Snaha urobiť všetko pre to, aby sa zabezpečilo zlepšenie života užívateľov a poskytla sa im možnosť pokračovať a viesť život v spoločnosti, by mala byť vyšším zámerom dosahovaným v interakcii s pacientami prepúšťanými z oddelení po ich zotavení či vyliečení.

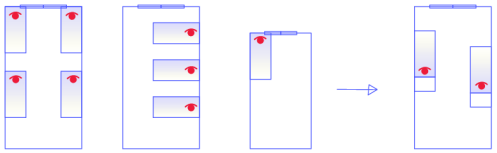
Je možné inšpirovať sa aj analógiou medzi dobrým prospievaním ľudí a rastlín v uzavretých priestoroch a v záhradách: *“If we take plants as an analogy, some which have been injured by the vagaries of the weather might well need a sheltered environment where humidity, temperature, and light are controlled in order to recover. If, however, they are retained within this environment for too long a period, they become ‘hothouse plants’ and will never be able to face the rigours of normal garden life.”* WHO, 1959, p. 11.

V nasledujúcej časti načrtávam dôležitosť variantného rozvrhnutia typológie izby, s ohľadom a s poznatkami z vyššie spomenutých výskumov. Ostatné dôležité interiérové prvky ako nábytok, materiály, farby a rastliny som sa rozhodla v tejto fáze zatiaľ podrobne nerozoberať.

konfigurácie 13,2 m² /viz. kapitola chodba



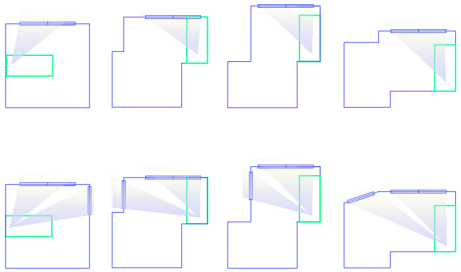
vidieť



dnešný standard

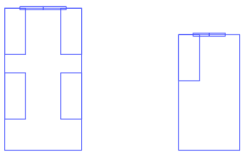
čo takto?

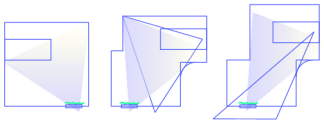
pohľad z okna



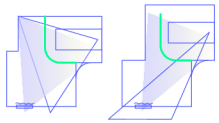
byť videný

dnešný štandard - dohľad vo forme kamery/ nočných obhliadok



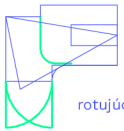


observačné okno so závesom

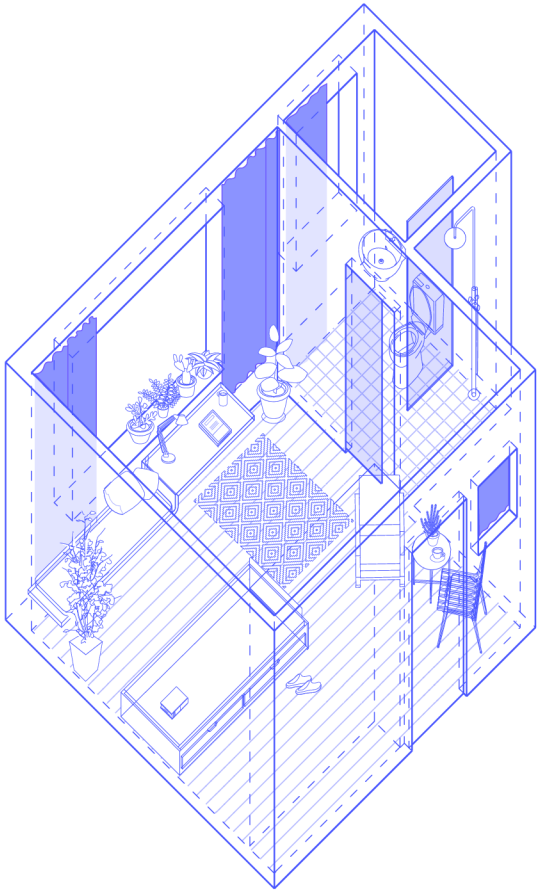


observačné okno so závesom + filtrom oddelená súkromná časť

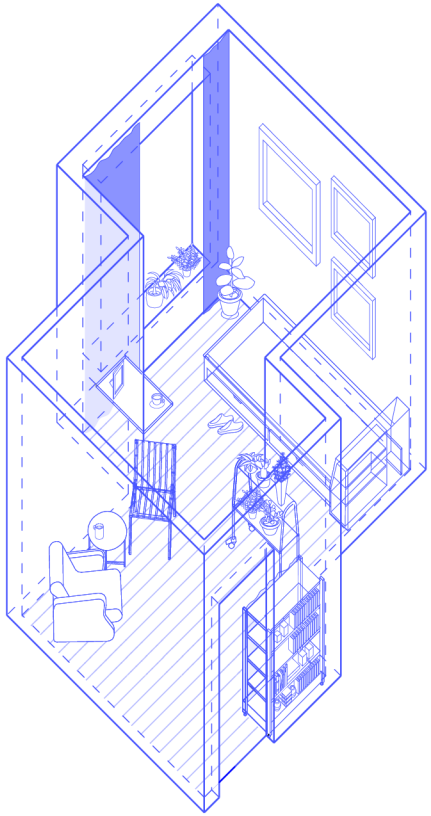
vyjednávanie hraníc?



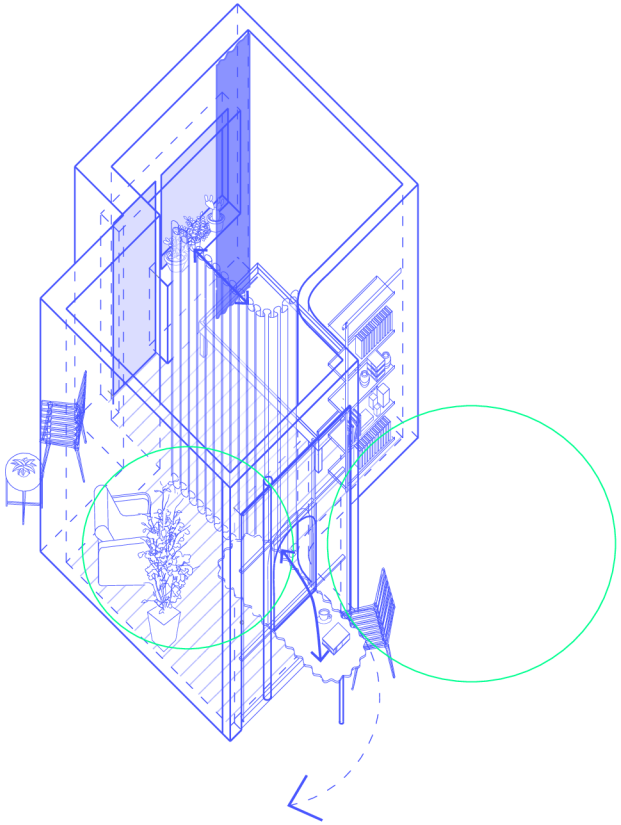
rotujúca priečka - filter, otvárajúca sa do spoločného priestoru



možná konfigurácia na 13,2 m²

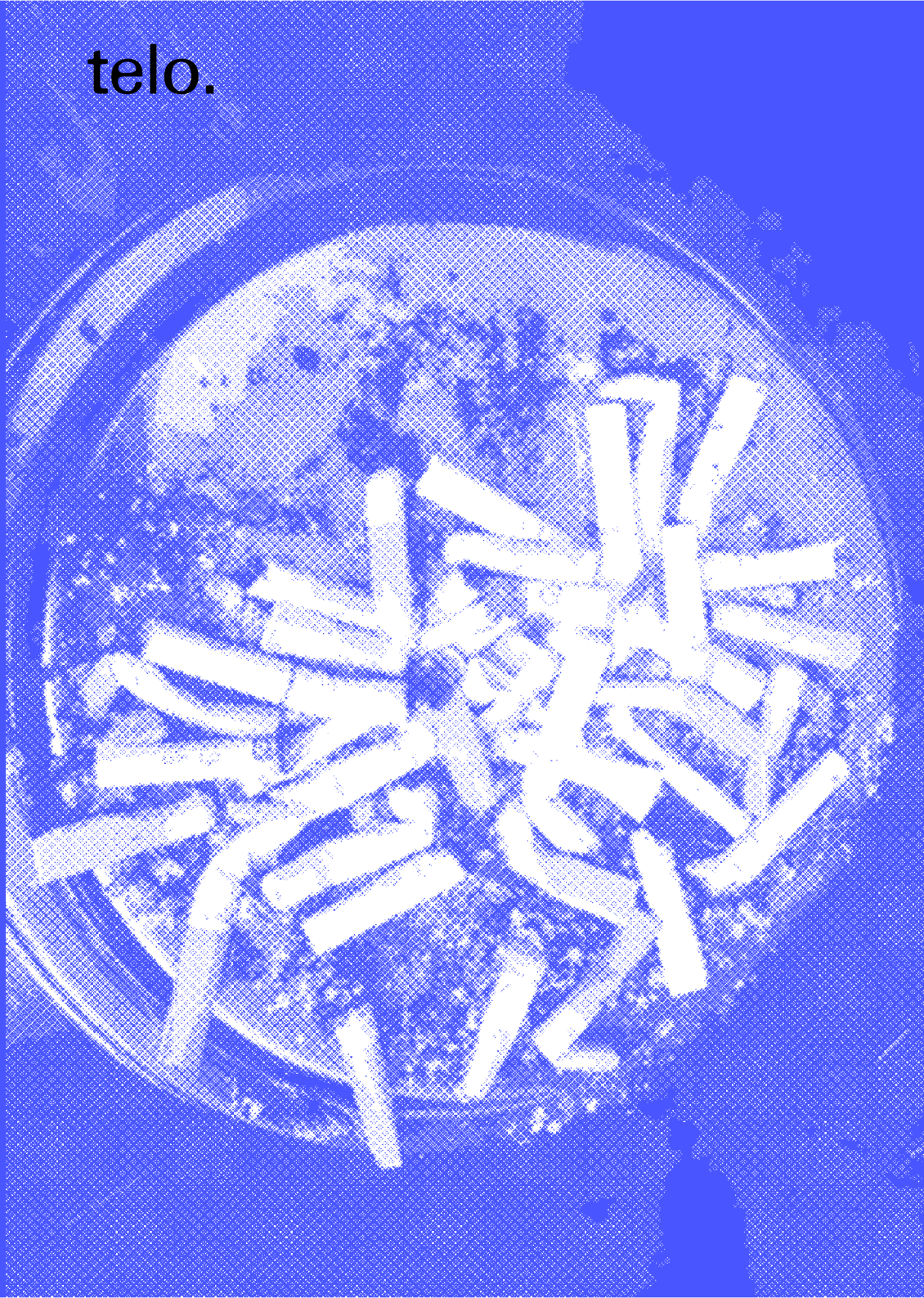


možná konfigurácia na 13,2 m²



možná konfigurácia na 13,2 m²

telo.



Analýza je inšpirovaná *statusom quo* fajčiarskeho kútika ako miesta sociálnej interakcie, ktoré kladie vedľa seba fajčenie ako individuálny aj spoločenský rituál a jeho marginalizáciu. Táto kapitola sa však netýka analýzy významu fajčiarna pre ľudí vo všeobecnosti. Zaoberá sa jeho sociálno-spoločnenskou úlohou v liečebni.

Otázkou je význam priestoru pre fajčenie na psychiatrickom oddelení – ako miesta konfliktu, regulácie a odporu. Fajčiareň v mojom chápaní sa stáva priestorom rokovaní a rituálu. Skúmam fajčiareň ako priestor, ktorého protirečivý status a stav zostal nevyriešený – a teda ako oblasť možných rokovaní a vyjednávaní medzi pacientmi a personálom.

Moje pozorovania a spomienky z môjho pobytu, aj následné rozhovory v rámci spracovania diplomovej práce na akútnom uzavretom oddelení, ale aj na oddelení s otvoreným režimom (taktiež uzamknutom) mi naznačujú, že fajčiareň sa stala pre pacientov dôležitým miestom. Mnohí ostávali celé hodiny vo fajčiarskom priestore, hlavne v dni, kedy sa žiaden program nedial. Relatívne súkromie viedlo k otvorenejším rozhovorom v spoločnosti s ostatnými pacientmi a častokrát tieto interakcie poskytovali kľúčovú dennodennú podporu počas pobytu na oddelení. To bolo v kontraste s ostatnými priestormi oddelenia, ktoré pacienti vnímali tak, že sú pod dohľadom personálu. Všimla som si, že moje pozorovania sú v súlade s publikovanými antropologickými štúdiami na psychiatrických oddeleniach, ktoré pripisujú fajčiarňam symbolický význam „bezpersonálového“ a špeciálneho miesta pre pacientov. Antropologické či etnografické texty striedavo charakterizovali fajčiarsku miestnosť na psychiatrických oddeleniach ako „voľnú oblasť“ pre užívateľov[x] ako arénu „pacientov“[y] či dokonca ako *„vnútornú svätyňu, svet vo svete“*. [z] Fajčiareň bola ale opísaná aj ako miesto, kde sa užívatelia môžu zapojiť do činnosti, ktorá nesúvisí s „liečbou“, a teda je priestorom, ktorý môže dočasne destabilizovať pozíciu psychiatrického pacienta.[q]

Vo svojej štúdii fajčiarskej miestnosti na psychiatrickom oddelení v Nórsku Skorpen a kolektív.[y] poznamenávajú, že fajčiareň sa stala arénou strategického odporu pre pacientov v tom, že poskytovala *„priestor a príležitosť zachovať si časti svojho občianskeho života a dôstojnosti“* (s. 733).

Fajčiareň predstavuje priestor, ktorý je *„iný“ / „other“*[W] v tom, ako podlieha disciplíne a regulácii v porovnaní napríklad s izbami alebo chodbami. Z tohto pohľadu, namiesto toho, aby to bola iba svätyňa alebo len slobodný priestor, chápem fajčiareň psychiatrického oddelenia ako priestor medzi: je súčasťou inštitúcie a predsa sa od nej líši. Čas na oddelení a čas strávený vo fajčiarni sú diferencované, oddelené, ale vzájomne prepojené. Disciplinácia ľudských tiel, prítomných v iných priestoroch oddelenia, sa vo fajčiarni môže stávať odlišne diskutovanou, komentovanou, reflektovanou: zväčšenou-zmenšenou a hmatateľnou. Stav „medzi“ fajčiarskej miestnosti poskytuje zrkadlo aj re-akčný priestor pre špecifické napätie a problémy, ktoré stelesňujú základné otázky týkajúce sa priestoru a tela a disciplíny v psychiatrických priestoroch vo všeobecnosti.

Filozof Bruno Latour[F] tvrdil, že materiálne objekty sú neoddeliteľnou súčasťou sociálneho sveta ľudí; objekty sprostredkúvajú a transformujú interakcie a skúsenosti, a preto ich nemožno vnímať ako ontologicky od ľudí celkom oddelené, alebo im dávať zmysel len prostredníctvom diskurzu[Q] .

Z tohto pohľadu sa priestor, objekty a materiály podieľajú na produkcii vzťahov sociálneho života a ľudskej skúsenosti a naopak – význam konkrétneho priestoru, objektu a materiálu sa vynára zo sociálnych interakcií, ktoré sa v priestore odohrávajú[Q].

Psychiatrické oddelenia nie sú len „klinické priestory“ alebo miesta pre liečbu. Sú to tiež právne priestory, ktorých funkciou je oddeľovať a pokúsiť sa o „znormálnenie“ jednotlivcov, ktorí sa stali „odlišnými“[P]. Tvrdí sa tiež, že psychiatrické oddelenia sú priestormi, ktorých objekty a materiálne zloženie je preniknuté záujmom o riziko, monitorovanie a pozorovanie,[Q] čo prispieva k stereotypizácii objektov aj užívateľov ako „rizikových“ jednotiek a jednotlivcov, ktorí potrebujú dohľad. Možno teda povedať, že materiálne, objektové a priestorové zloženie psychiatrického oddelenia formuje zážitok z ich používania a typy interakcií, ktoré sa v priestore môžu odohrávať.

V tejto kapitole vychádzam z práce filozofa Michela Foucaulta[M] o dozeraní a trestaní, o disciplíne a priestore, aby som analyzovala produkciu času, ľudských tiel a priestoru vo fajčiarni. Dôležité pre Foucaultov argument je, že diskurzívne a nediskurzívne prvky sú úzko prepojené – a že materiálny a priestorový kontext, ako aj stelesnenie osoby –, sa podieľajú na produkcii disciplinujúcej moci.[Q] Priestor hrá zásadnú úlohu pri regulácii a disciplinovaní tielM a Foucaultove dielo *Historie šílenství* (*Madness and Civilisation*) možno v podstate chápať ako históriu nerozumu disciplinovaného rozumom prostredníctvom regulácie priestoru, tiel a času.[P]

Preto sa zaoberám fajčiarňou ako fenoménom – priestorom odborníkmi aj užívateľmi utvoreným ako „iný“, a nie úplne „inštitucionálny“. Analýzou konfliktu medzi niektorými užívateľmi a personálom zisťujem, ako sa fajčiarska miestnosť stáva fajčiarskou miestnosťou na základe špecifických spôsobov disciplinovania času, priestoru a tiel. Fajčiareň sa zároveň stáva platformou odporu, čo pochopiteľne umožňuje, aby sa objavili vyjednávania o právo na prístup, vlastníctvo a sebaurčenie.

Podľa pravidiel by pacient mal ísť do fajčiarne, vyfajčiť cigaretu, a vrátiť sa „naspäť dovnútra“: na chodbu a do izby. To naznačuje, že návštevy fajčiarne – t. j. čas strávený v miestnosti – je niečo, čo chce oddelenie obmedziť. Používatelia sa musia v prvom rade „vrátiť späť dovnútra“. Malým slovom „znova“ sa naznačuje, že čas strávený v iných priestoroch oddelenia sa počíta, zatiaľ čo čas vo fajčiarni sa považuje za čas „vonku“. Inými slovami, fajčiarska miestnosť nie je v súlade s časovým rámcom starostlivosti oddelenia o pacienta.

Na oddelení skutočnosť, že inštitúcia musí dať užívateľom k dispozícii priestor „bez produktívnej klinickej funkcie“, ktorý je v rozpore s časovým rozvrhom oddelenia, spôsobuje, že čas, ktorý užívatelia strávia vo fajčiarni, je vo svojej podstate problematický. Čas strávený vo fajčiarskej miestnosti nie je možné naplánovať ani podriadiť rozvrhu. Keďže nemá žiadnu klinickú funkciu, čas strávený vo fajčiarni sa môže interpretovať iba ako „strata času“. Namiesto toho, aby sme sa pýtali, prečo si mnohí užívatelia očividne želajú obsadiť a užívať takýto priestor na tak dlhú dobu, sa stáva nevyhnutným zintenzívniť disciplínu času stráveného v nej... (neodpustím si tu ironickú poznámku).

Telá profesionálov aj užívateľov, interakcie medzi nimi, sa podieľajú na vytváraní fajčiarne ako „iného“ priestoru. Telá užívateľov zostávajú vo fajčiarskej miestnosti celé hodiny statické, niekedy fajčia, niekedy sa len rozprávajú. Z fajčiarne sa vlastne stáva neformálna hovorňa. V žiadnych iných priestoroch oddelenia sa užívatelia nezhromažďujú a neinteragujú medzi sebou tak dlho a neformálne. Všetky ostatné miesta na oddelení sú potenciálne priestory „liečby“, kde sa užívatelia „liečia“ a kde ich personál lieči.

Pretože fajčiareň nemá žiadnu klinickú funkciu, nadobúda v skúsenostiach užívateľov osobitné postavenie; je to priestor, ktorý je možno viac utváraný ako „ich“ než ktorákoľvek iná časť oddelenia. Personál sa tiež podieľa na tvorbe fajčiarne ako „inakosti“ – konkrétne citeľnou absenciou ich tiel. Vo všetkých ostatných priestoroch oddelenia je ich prístup „samozrejmý“; personál bez námahy vojde do dielne, chodí všade po chodbe, sadne si do jedálne a dokonca bez váhania vstúpi do izieb pacientov. Okrem toho so sebou nesú hmotný artefakt – kľúč – ktorý označuje prístup do priestorov oddelenia, ktoré sú pre pacientov mimo hraníc, ako je lekárska či sesterská izba, kuchyňa, sklad, či iné priestory. Avšak zatiaľ čo personál má kľúče a telá, ktoré môžu bez prekážok vstúpiť do všetkých priestorov oddelenia, fajčiarska miestnosť je jediným miestom, kam je ich prístup obmedzený. Personál nemá vo fajčiarni žiadnu rolu, ktorú by zohrával. Vskutku, ak vôbec vstúpia, stačí len veľmi krátko otvoriť dvere, zastaviť sa pri vchode a zavolať niektorého z užívateľov. Zastavenie pri dverách naznačuje, že prítomnosť ich tela vo fajčiarskej miestnosti nie je „samozrejmá“ ani „jasná“. Práve naopak, stáva sa nepríjemnou, nemiestnou. Telá používateľov medzitým tiež reagujú, keď vstúpi personál; majú tendenciu mlčať a byť napätí, čakajúc, kým osoba odíde. Fajčiareň tak predstavuje jedinú miestnosť na oddelení, kde telá, ktoré majú prirodzenú prítomnosť na oddelení, patria pacientom.

Zdá sa však, že to má ešte podvratnejší aspekt. Vo svojej diskusii o disciplinujúcej moci Foucault[M] tvrdí, že moderná moc nepôsobí násilím a uväznením, ale individualizáciou, oddelením a rozdelením medzi jednotlivcov. Pacienti sú odrádzaní od blízkych osobných vzťahov a sú posudzovaní, monitorovaní a liečení individuálne. Preventívne opatrenia a nepísané pravidlá slúžia na reguláciu vzájomnej blízkosti ich tiel; nemajú povolený vstup do izieb toho druhého. Týmto spôsobom sú odrádzaní od blízkej intimity (v tomto význame nemyslím len telesnej, ale predovšetkým vzťahovej), čo prispieva k individualizácii každého užívateľa. Vo fajčiarni sa však najbližšie dostanú k tomu, aby sa aspoň na chvíľu, ako skupina, stali jedným kolektívnym telom, dokonca telom v ritualizovanej činnosti, ktorá je vzťahová.

Priestor by sa v liečebniach ani inde nemal považovať iba za nádobu akcií a subjektov, ale za vzťahovú látku – hmotu, ktorá je tvorená interakciami, a podieľa sa na tvorbe interakcií, významu a statusu subjektu. Táto kapitola objasňuje, ako „medzistav“ fajčiarskej miestnosti vytvára priestor pre iné spôsoby bytia a konania, ktoré sa považujú za oddelené, izolované od ostatných priestorov oddelenia. Ak sa budeme riadiť argumentom, že látka, materiál sa podieľa na produkcii subjektivity, fajčiareň sa stáva priestorom, ktorý poskytuje príležitosť pre iné typy stávania sa človekom a ľudskou sociálnou bytosťou, než „liečený pacient“. Vo fajčiarni sa inak oddelené a rozdelené telá môžu stať aj interagujúcimi kolektívnymi telami, ktoré potenciálne stoja a konajú spolu silnejšie a vzdorovitejšie. Aj keď sa fajčiarska miestnosť tvorí ako „iná“, nie je pritom celkom ostro a jasne oddelená od ostatných priestorov oddelenia. Priestor fajčiarskej miestnosti je tvorený vyjednávaním a dohodou o prístupe. Niektoré telá majú povolený prístup do fajčiarskej miestnosti (užívatelia, ktorí fajčia); ostatné telá majú právo na monitorovanie zvonku (personál). Ani telá, ktoré majú prístup, nemajú neobmedzený prístup (regulácia času). Práve na základe týchto vzorcov je fajčiarska miestnosť tvorená síce ako disciplinárny priestor, ale s iným disciplinujúcim režimom. Boje okolo prístupu do fajčiarskej miestnosti môžeme čítať ako teritoriálne boje o územia, o právo definovať sa aj spoločensky aj individuálne, dočasne vlastniť miestnosť, nadobúdať svoju „dôstojnosť“, vytvárať rámec času a formovať vlastné telesné spojenia s priestorom a odpojenia od neho. Medzitým status priestoru fajčiarne ako „inej“ alebo „medzi“ umožňuje kľúčový aspekt oslobodenia – je dostatočne „oslobodzujúci“, aby pritom umožňoval existenciu boja o teritórium a dočasné, zdieľané vlastníctvo. Je to iné „vlastníctvo“ ako „spoločná izba“ aj ako celkom nedostupná sesterňa. Práve v rámci týchto de-teritorializovaných rokovaniach o prístupe, disciplíne, a odpore sa priestor stáva fajčiarňou.

W Foucault, Michel. Citované podľa Foucault, Michel – Miskowiec, Jay. “Of Other Spaces.” In: *Diacritics*. Roč. 16, č. 1, 1986, s . 22–27. Dostupné z https://doi.org/10.2307/464648. Vyhľadané 3. 5. 2024. Česky publikované ako: Foucault, Michel: O jiných prostorech. In: Myšlení vnějšku. Praha: Herrmann a synové, s. 71-86.

M Foucault, Michel. *Discipline and Punish: The birth of the prison*. London, Penguin, 1991. Česky publikované ako: Foucault, Michel: Dohlížet a trestat. Praha: Dauphin, 2000.

Q McGrath, L. – Reavey, P.: Heterotopias of control: placing the material in experiences of mental health service use and community living. In: *Health Place*. Č 22, 2013, s 123-31. doi: 10.1016/j.healthplace.2013.03.010. Epub 2013 Apr 25. PMID: 23694819.

F Latour, Bruno. *Reassembling the Social – An Introduction to Actor-Network-Theory.* Oxford University Press, 2005.

P Parr, H.: *Mental Health and Social Space : Towards Inclusionary Geographies?* Series: RGS-IBG book series. Blackwell Publishing: Malden, MA ; Oxford, 2008.

x Terkelsen, Toril Borch: Transforming subjectivities in psychiatric care. In: *Subjectivity.* 27. 10.1057/sub.2009.6. 195 – 216 . 2009.

Y Skorpen, A. – Anderssen, N. – Oeye, C. – Bjelland, A. K.: The smoking-room as psychiatric patients' sanctuary: A place for resistance. In: *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing*. Roč. 15, č. 9, 2008, s. 728–736. Dostupné z https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2008.01298.x

Z Thomas, SP – Shattell, M – Martin, T.: What's therapeutic about the therapeutic milieu? In: *Arch Psychiatr Nurs*. Roč. 16, č. 3, 2002, s. 99-107. doi: 10.1053/apnu.2002.32945. PMID: 12037795.

čas

Čas, hoc často nehmatateľný – na rozdiel od objektov v priestore –, je kľúčovým faktorom, utvárajúcim komponentom inštitucionálneho priestoru. Psychiatrické oddelenie nie je trvalým miestom. Čas prepustenia a dĺžka hospitalizácie je pritom predmetom vyjednávania. Zatiaľ čo užívatelia majú často vlastnú predstavu o tom, kedy je hospitalizácia a prepustenie užitočné, je na odborníkoch, aby rozhodli o časovom rámci pobytu pacienta. Čas na psychiatrickom oddelení je regulovaný deň za dňom rovnako. Dni sú štruktúrované všeobecne i konkrétne, ako ideálny obraz toho, ako by mal vyzerať „zdravý denný rytmus“ pre ľudí, ktorí sú v poriadku. Táto regulácia času je odôvodnená tým, že napomáha zotaveniu a je vyjadrená v biomedicínskom zmysle: existuje čas na liečbu, čas na lieky, čas na vizitu a čas čakania – to všetko je súčasťou ľudového jazyka nemocnice. Všetko sú to udalosti v čase a priestore, ktoré nepatria k „normálnemu“ všednodennému životu, ale spolu tvoria priestor psychiatrického oddelenia a čas strávený v ňom „liečbou“. „Ideálny obraz“ bežného každodenného života, ako aj liečebný režim, ktorým sa riadi život na oddelení, sa podieľajú na disciplinovaní času na oddelení, ktoré pritom nemá s bežným každodenným životom takmer nič spoločné. Pochopenie časovej štruktúry je kľúčové pre pochopenie priestoru oddelenia – a pre pobyt na oddelení. Pacienti, ktorí rozumejú času a priestoru oddelenia – t.j. dokážu sa orientovať v nepísaných pravidlách vykonávaním a „citovaním“ vhodných vzorcov akcií –, sa pre personál stávajú rozpoznateľnými subjektmi, ktoré sú chápané ako výkonní a zodpovední jednotlivci. Dodržiavanie správneho časového rámca je tak pre užívateľov obrazom ich kompetencie v dekódovaní implicitných, často nepísaných ani nevyslovených noriem inštitúcie, kompetencií v performovaní pacienta zrozumiteľným spôsobom, ako aj obrazom jeho zdravotného stavu.

Časový rámec oddelenia je spojený s priestorom aj v tom zmysle, že pre každú miestnosť sú určené špecifické aktivity, a všetky majú naplánovaný harmonogram. Pacientské izby sú pre pacientov, v ktorých majú zostávať v noci; tu by mali spať a odpočívať. Chodba je na sedenie počas dňa, jedáleň na stolovanie. Ďalšie miestnosti sú určené na stretnutia a sú v nich priestory, v ktorých môže personál diskutovať o liečbe. Okrem toho, že tieto miestnosti majú špecifické funkcie, existujú aj vďaka rozvrhu času. Existujú časové rámce a intervaly, kedy spať, kedy vstať, kedy mať spoločné stretnutia, kedy jesť a kedy vykonávať aktivity, ako je napríklad skupinová terapia či občasná prechádzka. Existuje časový rámec a trvanie, kedy môžu používatelia relaxovať a zabávať sa sledovaním televízie v jedálni.

Toto delenie a klasifikácia času na jednotlivé momenty a časové úseky je na oddelení dôležité. Naproti tomu nekontrolovateľný čas – čas, ktorý je bez rozvrhu akoby stratený, ten čas, ktorý je neštruktúrovane hmlistý a tekutý – je interpretovaný ako čas neproduktívny, čo predstavuje pre personál problém. Denný rytmus mnohých užívateľov je tak chápaný ako tekutý a nedisciplinovaný (mnoho užívateľov je mimo liečebňu nezamestnaných), čo zintenzívňuje potrebu vytvárania štruktúrovaného a „produktívneho“ času na oddelení. Foucault poznamenáva, že vynález rozvrhu vznikol na základe „princípu nezaháľania“[y], aby sa chránilo pred rizikom plytvania časom, ktoré sa s rozvojom kapitalizmu čoraz viac stávalo opovrhnutiahodným hriechom. Dodržiavanie produktívneho harmonogramu sa tak stáva aj morálnou a etickou otázkou.

Napriek pokusom o štruktúrovanie času na oddelení veľkú časť skutočného, teda prežívaného času užívateľov strávia čakaním. A kde čakajú? Tam, kde ich je dobre vidno, a kde sa predsa čaká… Na chodbe.

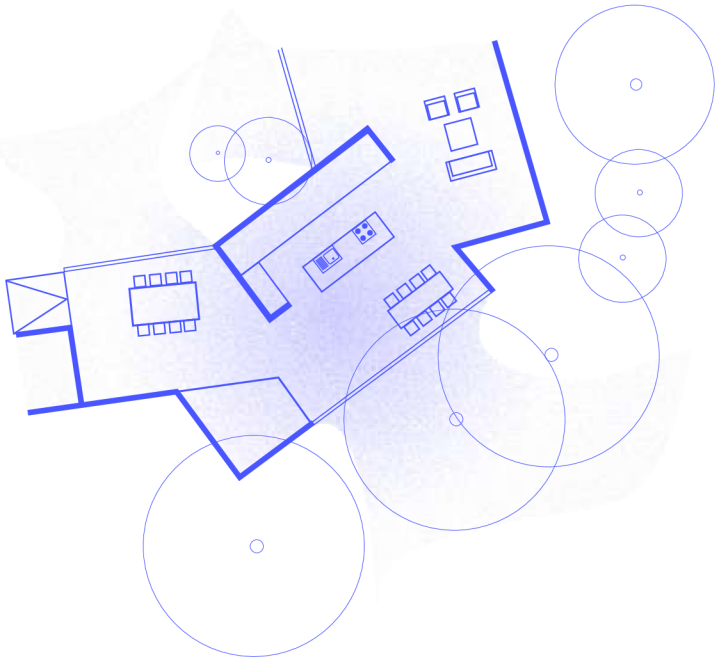
Y Foucault, Michel. *Discipline and Punish: The birth of the prison.* London, Penguin, 1991. s. 135. Česky publikované ako: Foucault, Michel: Dohlížet a trestat. Praha: Dauphin, 2000.

chodba

Mnohí architekti sa už dlho snažia navrhnúť nemocničné zariadenia nad a mimo rámec ich vysoko klinicky-technickej úlohy, hlavne také, ktoré by poskytovali starostlivé prostredie pre najzraniteľnejších a najcitlivejších užívateľov. Posun od liečby k starostlivosti, alebo ešte lepšie k liečbe a starostlivosti, sa stáva častým mottom dnešných popredných zdravotníckych projektov, ktoré sa zameriavajú na liečivé účinky slnka, výhľadu do prírody, prístupu čerstvého vzduchu a spoločnesko-sociálneho prostredia s cieľom prispieť k lepšiemu psychologickému a emocionálnemu, a teda zdravotnému stavu pacientov a personálu. Napríklad *Maggie's Centers*, centrá pre pacientov s rakovinou predstavujú anti-inštitucionalistický prístup ku koncepcii priestoru liečby. Koncept týchto centier podnietili a spravovali Maggie Keswick Jencks a jej manžel, historik a kritik modernej a súčasnej architektúry Charles Jencks (kniha *The Architecture of Hope: Maggie's Cancer Caring Centres* je jedno z Charlesových posledných diel.) Architekta a kurátorka Giovanna Borasi a architekt, kurátor a kritik Mirko Zardini vo svojej zásadnej eseji Demedicalize Architecture / Odmedikalizujme architektúru[y] okrem iného zdôrazňujú ambíciu *Maggie's Centers* ponúknuť *„pacientom s rakovinou pohodlný priestor (...) taký priestor, aký stresujúce prostredie tradičnej nemocnice neponúka,“* poskytujúc tak všeobecný pocit fyzickej a psychickej pohody. Od 90. rokov 20. storočia si pre každé nové centrum prizvalo k projektu celosvetovo známe architektonické štúdiá ako sú Frank Gehry, Zaha Hadid, Richard Rogers, Steven Holl, OMA, a ďalší. Už aj tento fakt ukazuje a napomáha napísať správu o spoločnosti, ktorá akoby hovorila – „Záleží nám na tom, nie je nám to jedno, neskrývame týchto ľudí, neodvraciame od nich zrak, hoc je to bolestivý problém“.

Vznikla a vzniká tak nová typológia, v ktorej architektúra reinterpretuje vzťah medzi budovou, ľudským zdravím, liečbou, starostlivosťou a prírodou.

Kitchenism / kuchyňovanie, ako to nazval Charles Jencks, je jedným z najdôležitejších aspektov, prečo sa centrá dokážu odlíšiť od inštitucionalizovanej architektúry nemocnice. Istým spôsobom je to reakcia na nemocnicu v tom zmysle, že sa zameriava na blaho ľudskej bytisti ako celku, nie iba na jeho chorobu. Centrá Maggie poskytujú priestor na vysporiadanie sa – „predýchanie“ diagnózy rakoviny, o ktorej sa práve človek dozvedel, a vytvárajú príležitosť na stretnutie ľudí v podobnej situácii. *Maggie's* poskytujú návštevníkovi pocit pokoja a pohodlia, aby daný moment vyrovnávania sa s diagnózou nebol podceňovaný v tom čase, keď to ľudia najviac potrebujú. Vďaka tomu sa cítia bezpečne a kontrolujú svoje okolie tým, že si môžu vyberať, kde sa budú cítiť pohodlne, na akú stoličku si sadnú, na akom vankúši sa uvelebia, ... práve tieto maličkosti sú dôležité, aby sa prelomila tuhosť vety „Nemám na výber, mám pridelenú diagnózu.“ Centrá dosahujú takéto uvoľnenie a zároveň vlastnú kontrolu prostredia aj tým, že vytvárajú akýsi ústredný bod, presnejšie atraktor pre interakcie v budove. Tým, že „kuchynský stôl“ sa stane centrom či atraktorom v priestoroch budovy. Priestor na spoločné jedlo alebo šálku horúceho nápoja je dôvodom na to, aby boli ľudia medzi sebou vzájomne prítomní a zhovárali sa, aby spolu pestovali rituály, ktoré sú im vlastné. V porovnaní s chodbou nemocnice, kde ľudia sedia za podobných a pritom odlišných okolností, nie je ťažké si predstaviť ten pocit hrôzy, ktorý sa na vás valí, keď sedíte na plastových stoličkách každých pár metrov od seba v jasnom neónovom osvetlení. Čakajúc a plávajúc v čase.



nakreslená schéma pôdorysu kuchyne v Maggie´s Centre, OMA

Netvrdím, že rakovina a duševná choroba sú rovnaké, ani že sa liečia rovnako, to ani zďaleka. Existuje však dvojaký meter pre empatiu voči rôznym fyzickým, psychickým či psycho-fyzickým diagnózam. Pacienti s duševnou chorobou sú často nepochopení následkom nedostačujúceho kolektívneho aj odborného povedomia o ich chorobách aj o tom, ako im ich diagnózy môžu ovplyvniť správanie,. Nechápu sa častokrát ani sami medzi sebou. Preto jeden z dôležitých zámerov v komponovaní priestoru psychiatrických liečební, by malo byť vytváranie prostredí otvorených pre vzťahovú interakciu a rozomieľanie hraníc medzi pacientmi navzájom a medzi personálom.

y Borasi, Giovanna – Zardini, Mirko: Demedicalize Architecture. In: *Places Journal*, 2012. Dostupné z https://doi.org/10.22269/120306. Vyhľadané 21.5. 2024.

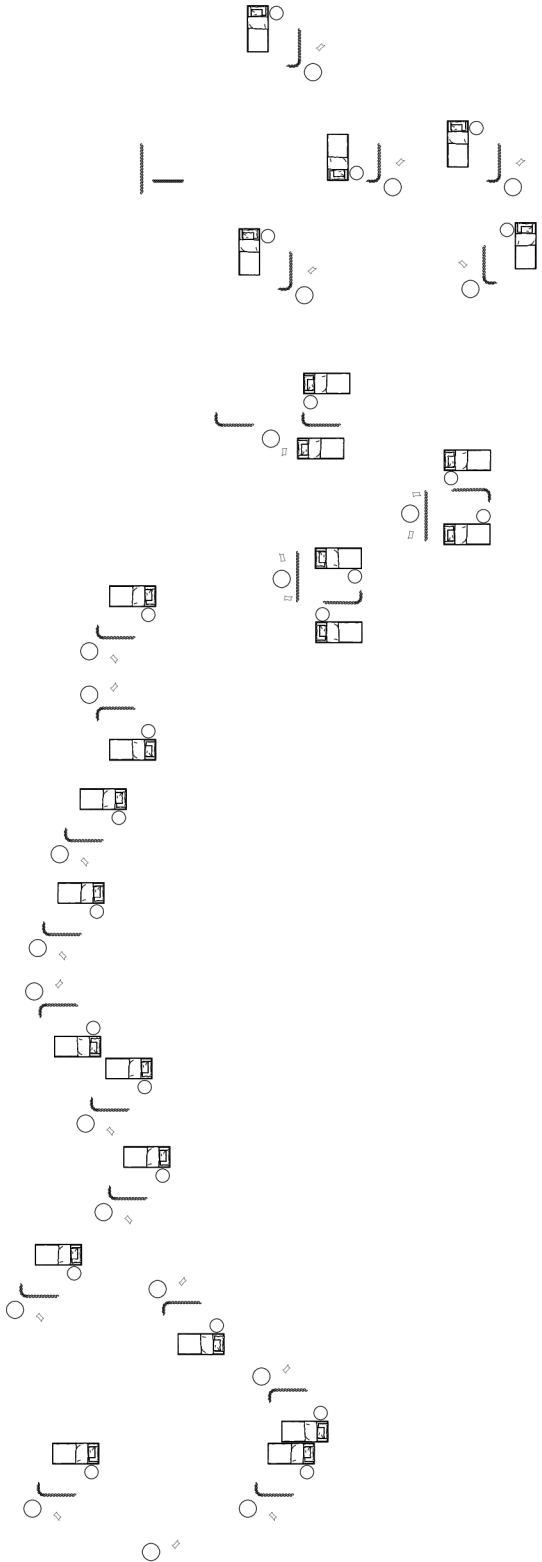
Zvýšeným pocitom otvorenosti v interakcii sa zaoberala aj štúdia od architekta Rogera S. Ulricha a kol.[z] s názvom *Psychiatric ward design can reduce aggressive behaviour* / Návrh založený na psychiatrickej starostlivosti môže znížiť agresívne správanie. V nej autorský kolektív uvádza niekoľko elementov, ktoré majú vplyv na redukovanie agresie u pacientov. Okrem toho sa v ich porovnaní renovácie psychiatrického oddelenia s pôvodným priemerná dĺžka pobytu pacienta skrátila o 20 percent a zaznamenalo sa výrazné zníženie fyzických útokov na personál a ostatných pacientov. Ulrich v tejto štúdií predostiera koncept spoločensko-sociálnej hustoty vs. priestorovej hustoty. Spoločensko-sociálna hustota, ktorá sa týka počtu pacientov zdieľajúcich daný priestor, je podľa jeho štúdie kritickým faktorom pri zmierňovaní agresie. Na rozdiel od priestorovej hustoty, ktorá iba kvantifikuje fyzický priestor v merateľných jednotkách, dostupný pre jedného pacienta, spoločensko-sociálnu hustotu chápe ako interpersonálnu dynamiku, ktorá sa objavuje pri interakcii pacientov v spoločných priestoroch. Rozdiel medzi týmito dvoma hustotami je dôležitý; zatiaľ čo priestorová hustota sa týka hmatateľných a merateľných rozmerov prostredia, spoločensko-sociálna hustota sa zaoberá nehmotným, vzťahovým a interaktívnym, no vplyvným aspektom ľudskej prítomnosti vo vizuálnych poliach.

Korelácia medzi spoločensko-sociálnou hustotou a agresivitou je nepriamo úmerná; pokles počtu pacientov na izbu koreluje so znížením agresívneho správania vyvolaného stresom. Tento jav sa pripisuje zvýšenému pocitu osobného priestoru a súkromia, ktorý poskytuje nižšia spoločensko-sociálna hustota, čo zase podporuje pocit pokoja a kontroly svojho prostredia medzi obyvateľmi oddelenia.

Návrh chodby sa javí ako ďalší významný prvok v architektonickej stratégii na reguláciu agresie. Tradičné usporiadanie chodieb, často charakterizované svojou čosto lineárnou a obmedzujúcou povahou, môže neúmyselne zhoršiť pocity uzavretosti a viesť k narušeniu osobného priestoru. Tieto nevítané prieniky osobného priestoru sú potenciálnymi katalyzátormi agresívnych incidentov, ktoré sú práve na takýchto chodbách obzvlášť rozšírené. Posun paradigmy a zmena typológie smerom k návrhu chodieb v podobe viac centrál ako longitudál, či hybridných priestorov, ktoré sa vyhýbajú konvenčnému prístupu k chodbe - koridoru, ktorého pôvod koniec-koncov vychádza z kasárenských priestorov[y], môže vytvoriť otvorenejší a pritom diferencovanejší, kľudnejší priestor. To nielen uľahčuje interakciu medzi personálom a pacientmi, ale prispieva aj k lepšiemu a bezpečnejšiemu prostrediu.

Z Ulrich; Roger – Bogren; Lennart – Gardiner; Stuart & Lundin; Stefan: Psychiatric ward design can reduce aggressive behavior. In: *Journal of Environmental Psychology*. Č. 57, 2018. 10.1016/j.jenvp.2018.05.002.

Y Jarzombek, Mark: Corridor Spaces. In: *Critical Inquiry*. Roč. 36, č.. 4, 2010, s. 728–70. Dostupné z https://doi.org/10.1086/655210. Vyhľadané 2. 5. 2024.

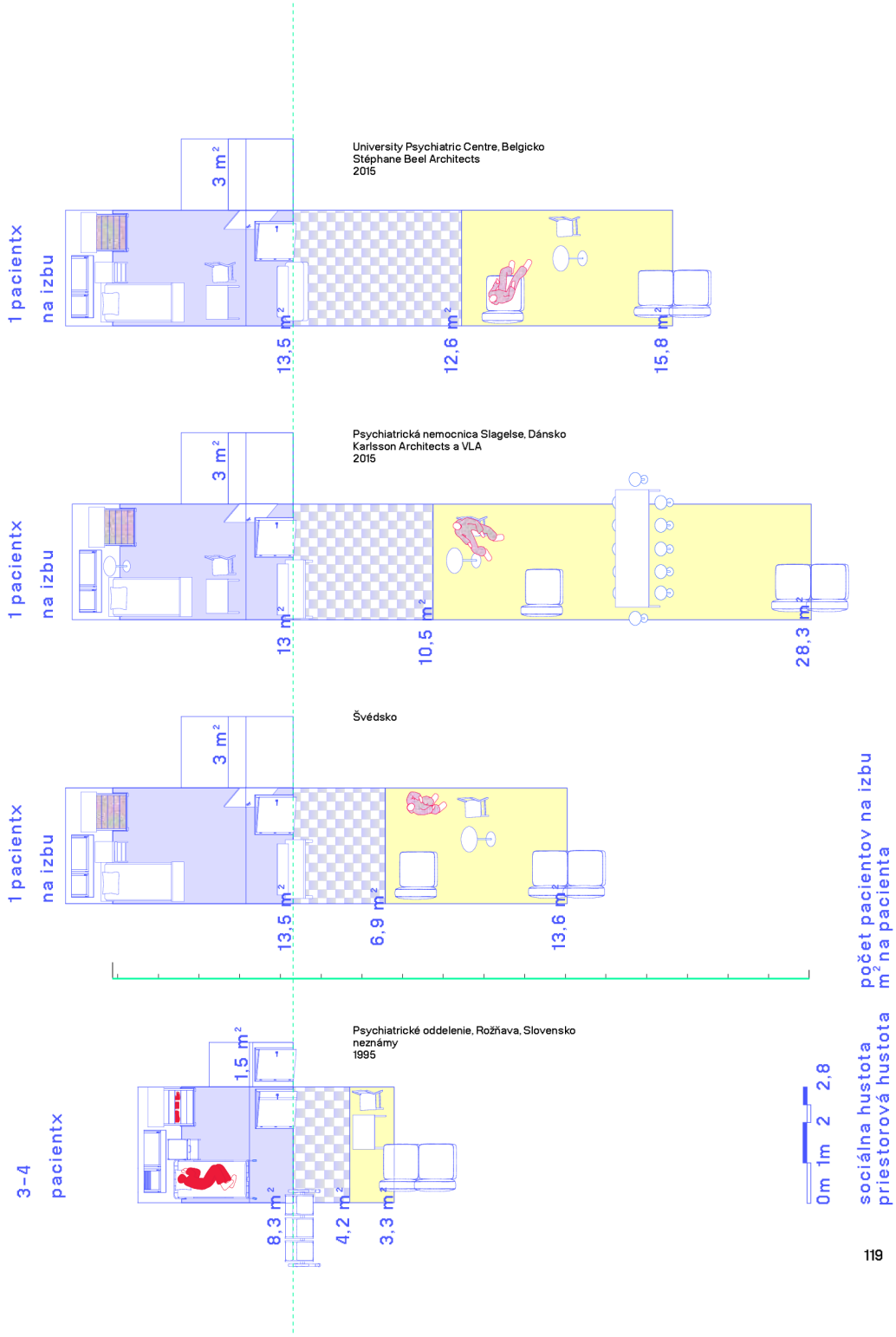


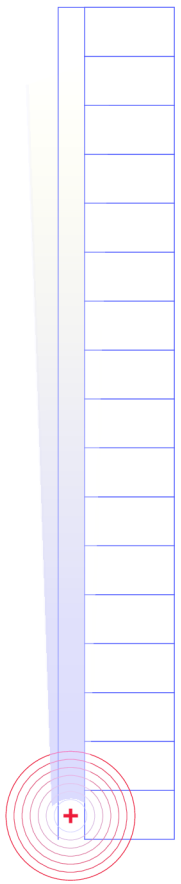
POROVNANIE POSKYTNUTEJ PLOCHY

Zdravotná starostlivosť je stále široko politicky a medicínsky determinovaná, a preto sa v európskom a svetovom kontexte radikálne líši. Čelíme vyšším nákladom na zdravotnú starostlivosť, „optimalizácia“ ľudského tela a „dobrý zdravotný stav sa“ zároveň stali ďalšími zo symbolov spoločenského a sociálneho postavenia v našej spoločnosti. Politiky a aktivity niektorých štátov a odbornej verejnosti, vrátane Dánska, Švédska alebo Belgicka, sa snažia zaviesť kvalitnú zdravotnú starostlivosť pre každého aj so zameraním na duševné zdravie s argumentom, že každý občan má na to právo.
Mnohé moderné psychiatrické inštitúcie sú v týchto krajinách navrhnuté analogicky ako všeobecné nemocničné zariadenia, ktoré vyzdvihujú liečivú silu prirodzeného svetla, vzduchu, zelených plôch a dostatočne diferencovaných a bohatých vzťahových väzieb. Pacienti majú súkromné izby, kde sa môžu utiahnuť a zotaviť sa a majú väčšiu slobodu pohybovať sa, podľa toho, ako chcú. Podľa týchto princípov by duševné zdravie nemalo byť viac stigmatizované ako ktorýkoľvek iný zdravotný stav a samotný priestor a jeho diferenciácia aj vzťah k okoliu by mal odrážať túto emancipáciu tým, že poskytuje „terapeutické“ priestory zamerané na regeneráciu.

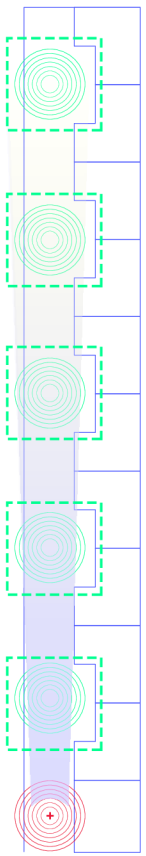
Tieto podnety ma viedli k analýzam, interpretácii aj možným variantám návrhov ako zlepšiť podmienky psychiatrických pacientov v existujúcich liečebniach na Slovensku. V budúcnosti by bolo možné zaoberať sa tak ich konkretizáciou a inováciou, ako aj tvorbou nových typológií.

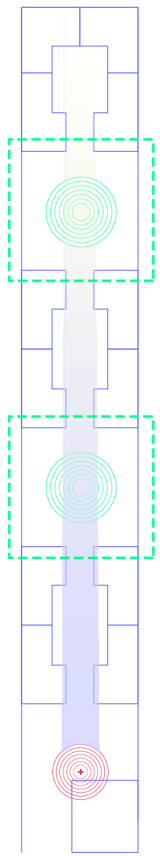
V nasledujúcej časti predkladám diagramatický návrh rekonštrukcie liečebne, ktorej priestor mám zažitý a následne v tomto semestri zanalyzovaný.

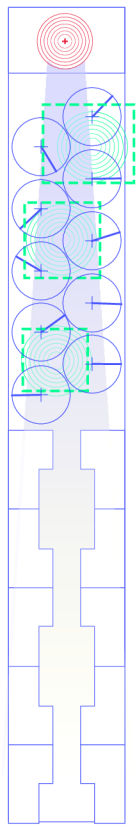


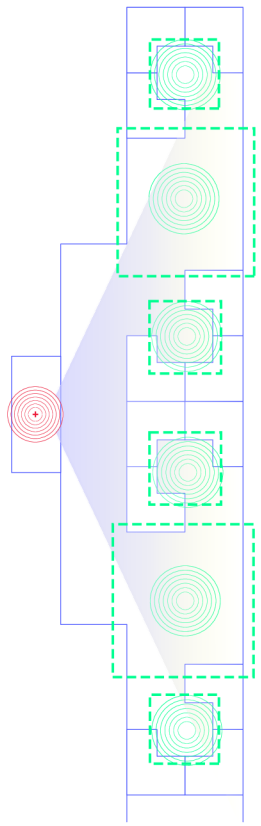


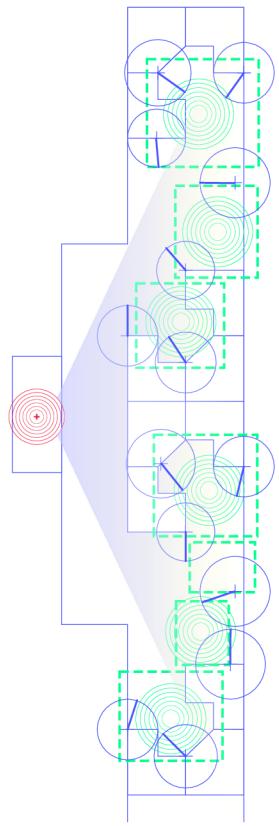
stávajúci stav







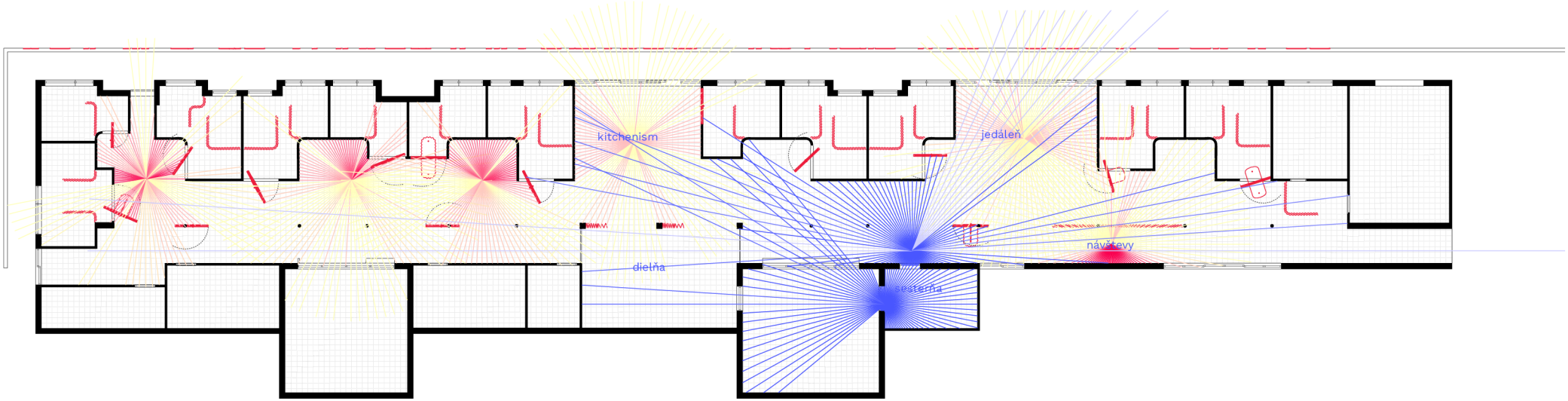




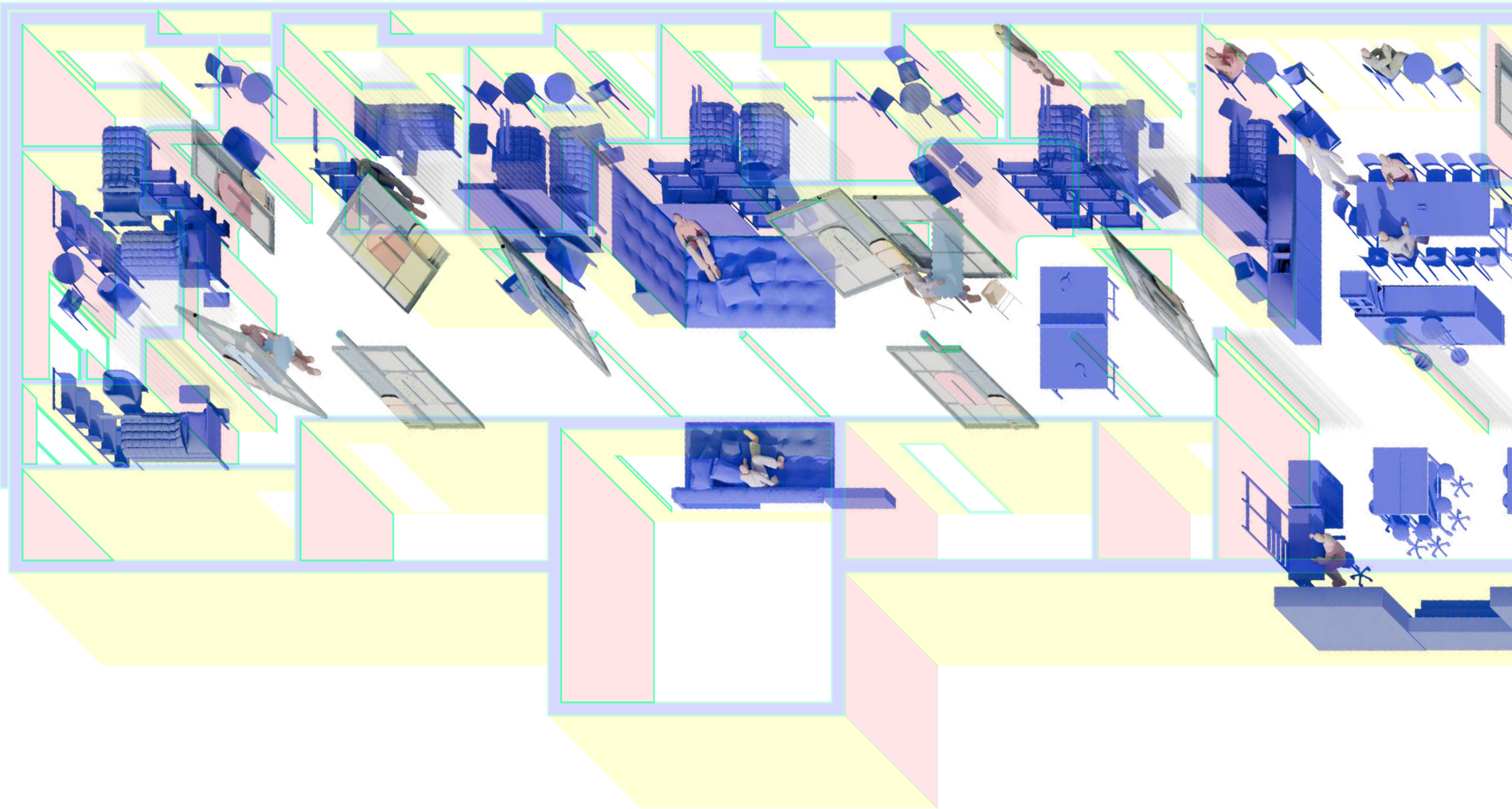
dohľad - sestra

vnímaný priestorový celok

pohyblivá priečka, polopriesvitná - aktér (rekvizitné prvky, z ktorých sa dá vyskladať/ vyklopiť/ spojiť napríklad stôl)



štúdie priestorových celkov v závislosti na pozícií pozorovateľa



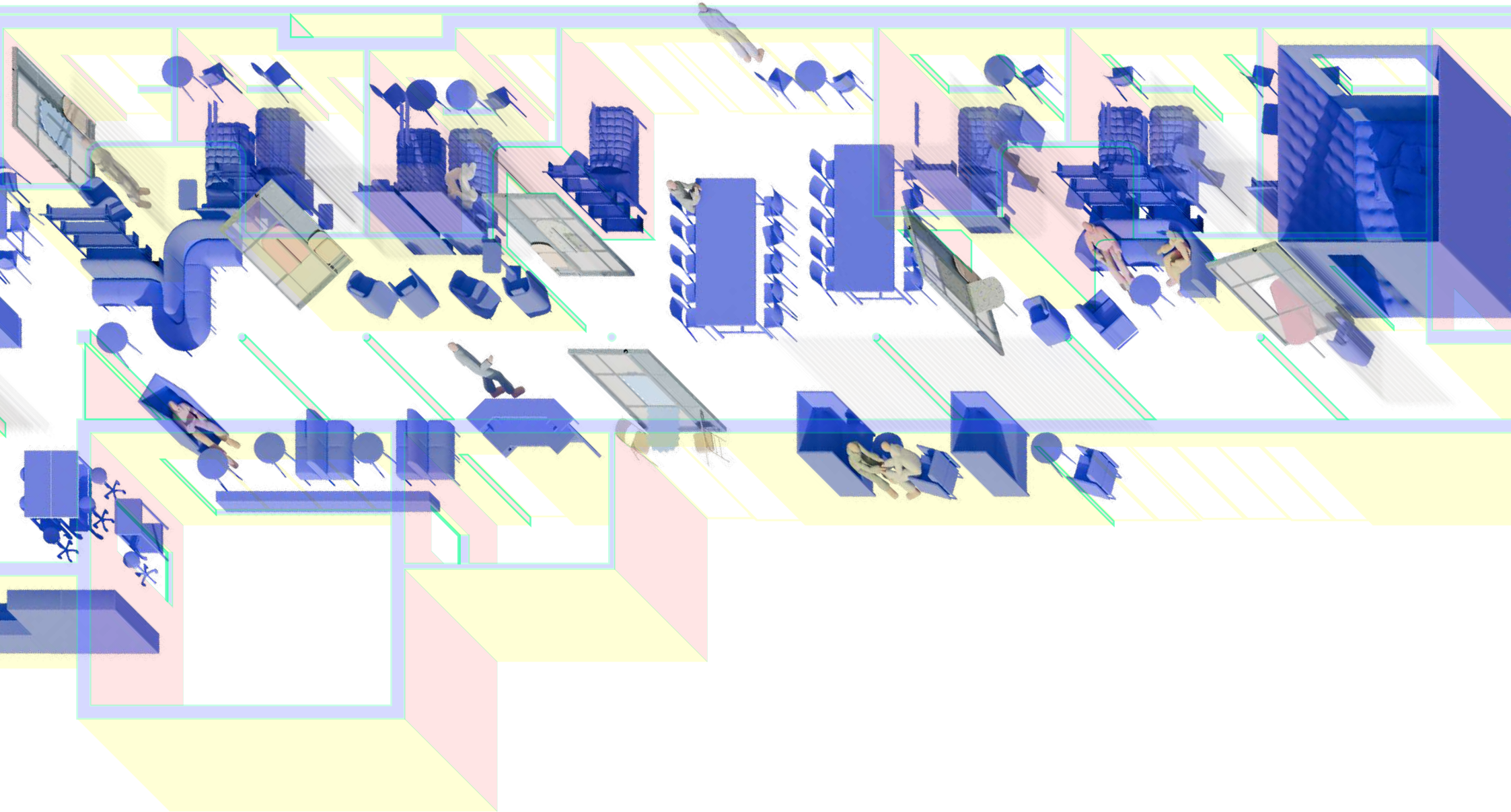
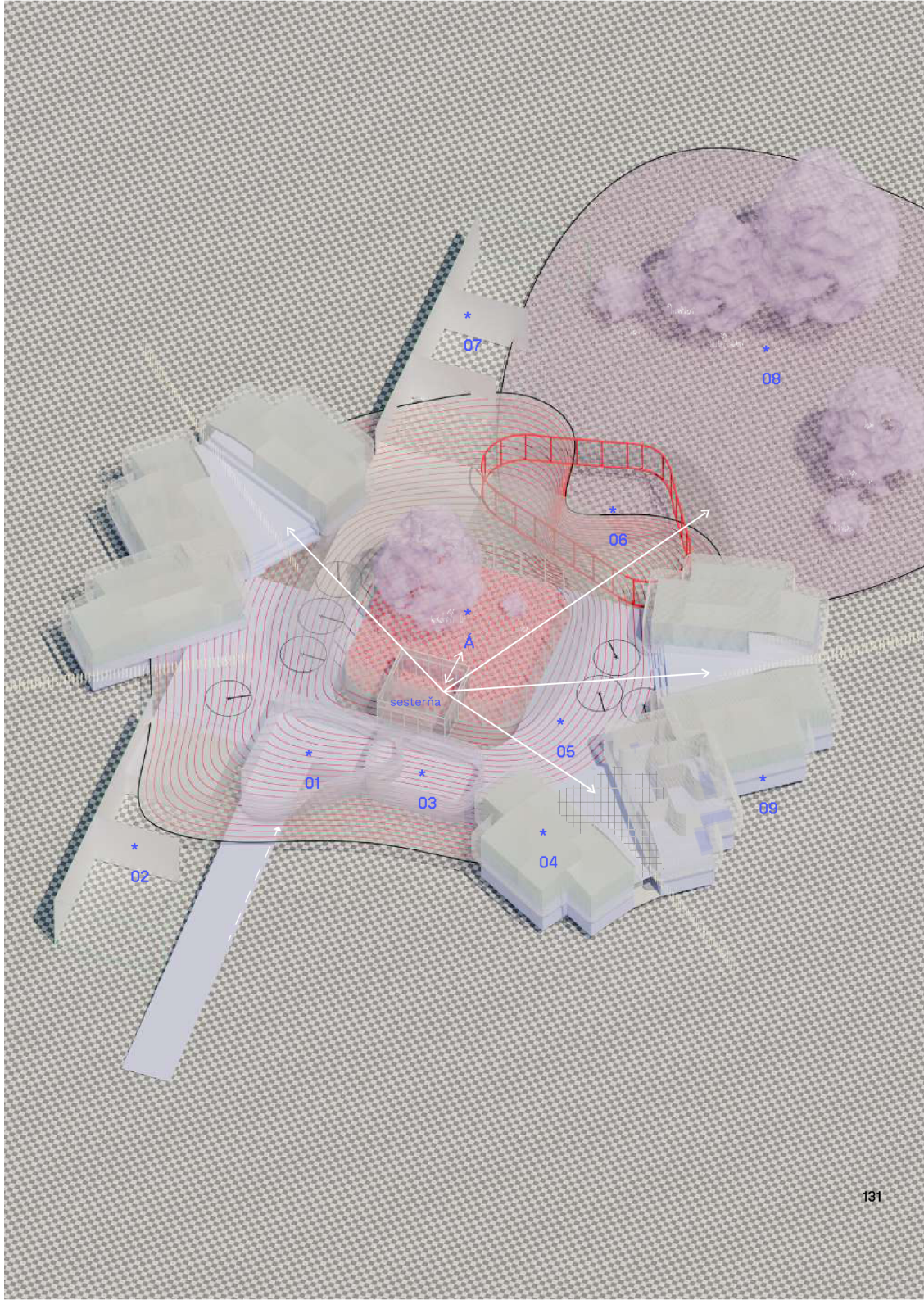


DIAGRAM MB01

Priestorový diagram nie je pôdorysom, ale návrhom možných priestorových väzieb a komponentov prostredia pre dlhodobejší pobyt na liečení duševného zdravia.
V centre priestorového diagramu je átrium, do centra “panoptika” sa stavia príroda a narúša klasickú hierarchizáciu pozorovateľa a pozorovaného.
Konfigurácia je tvorená s ohľadom na možné rozrastanie.



01 recepcia
_prvý kontakt so zariadením, najlepšie s človekom.

02 skupinové terapie/ terapie
aj pre verejnosť*
*/priestory pre ďalší kontakt s verejnosťou

03 návšteva
_nie prikázaný priestor, ale poskytnutie aj súkromných priestorov pre návštevy

04 bunky
_navrhnúť bunkový systém izieb (pozri kapitola izba)

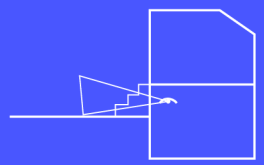
05 pole platformy
_zdieľaný priestor navrhnúť s ohľadom na nízku sociálnu hustotu (pozri kapitolu chodba).
do návrhu zahrnúť možné riešenia pre personalizáciu spoločného priestoru.
*obmedzenie dlhých líniových chodieb

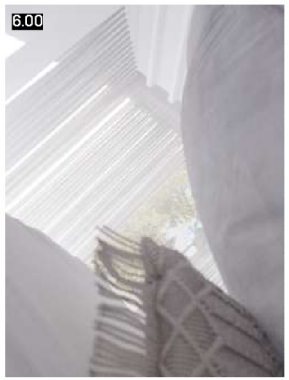
06 kitchenism
_ponúknuť priestor pre potenciálny ďalší, či alternatívny rituál, *kitchenism* (pozri kapitolu *chodba),* vedľa stávajúceho rituálu - fajčeniu (pozri kapitolu *telo*)

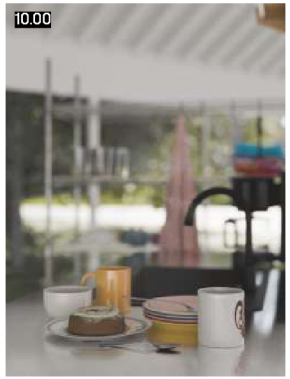
07 telocvik, kúpeľ, dielňa
_poskytnúť priestory pre pohyb a starostlivosť o telo, ergoterapiu, či iné terapeutické programy

08 park
_navrhnúť dostatočne priestranný pre prechádzanie sa, cvičenie, či iné akcie, *s vodným prvkom

09 D
_možné doplnenie vizuálneho kontaktu ďalšieho personálu, pre zníženie centrálnosti zodpovednosti sestier







Á_ÁTRIUM
_ponúknuť priestor átria v centre dispozície, vysunutie sesterne na jeho prstenec. tým sa poskytuje dostupný kontakt s prírodným prostredím. týmto zásahom sa tiež vyrovnáva hierachia medzi pozorovaným a pozorujúcim.
*zároveň vytvoriť v sesterni pohodlné prostredie s ohľadom

ZÁVER

Program zatvárania veľkých azylových domov naberal od 70. rokov 20. storočia na obrátkach a nahradil ho systém dlhodobej ambulantnej starostlivosti spojený s akútnou krátkodobou ústavnou starostlivosťou, zvyčajne umiestnenou v areáloch všeobecných nemocníc.

To je dnes aj prípad Slovenska. V repertoári má psychiatrické oddelenia v rámci nemocníc, niekoľko liečební typológiou nemocniciam veľmi podobných, ústavy v kláštoroch a rehabilitačné centrá. Slovensko dnes ešte len pomaly začína s reformou sociálnych služieb. Cieľom je prekonať historickú stagnáciu v tejto oblasti. Pozitívne je, že sa táto problematika dostala z úzadia do plánu obnovy.

Mojimi priestorovými variáciami sa snažím rozomlieť hranice súkromných a zdieľaných, intímnych a kontrolovaných, rekvizitných a kulisných polí. Nenavrhujem nové ideálne riešenie, ale snažím sa predostrieť kroky, osvetliť proces, myšlienkové pochody a vnútorné dialógy seba v roli pacienta a seba v roli architekta, ktoré ma viedli k vytvoreniu diagramu novej typológie.

Múr Brut je zároveň experiment toho, nakoľko môže architekt vstúpiť do medzí subjektívnosti, a kde vlastne sú.

ZOZNAM POUŽITEJ LITERATÚRY

Ulrich; Roger – Bogren; Lennart – Gardiner; Stuart & Lundin; Stefan: Psychiatric ward design can reduce aggressive behavior. In: *Journal of Environmental Psychology*. Č. 57, 2018. 10.1016/j.jenvp.2018.05.002.

Hašto, J. et al.: *Reforma psychiatrickej starostlivosti*. 1. vyd. Trenčín: Vydavetľstvo F, 1999.

Jarzombek, Mark: Corridor Spaces. In: *Critical Inquiry.* Roč. 36, č.. 4, 2010, s. 728–70. Dostupné z https://doi.org/10.1086/655210. Vyhľadané 2. 5. 2024.

Borasi, Giovanna – Zardini, Mirko: Demedicalize Architecture. In: *Places Journal*, 2012. Dostupné z https://doi.org/10.22269/120306. Vyhľadané 21.5. 2024.

Foucault, Michel. Citované podľa Foucault, Michel – Miskowiec, Jay. "Of Other Spaces." In: *Diacritics*. Roč. 16, č. 1, 1986, s . 22–27. Dostupné z https://doi.org/10.2307/464648. Vyhľadané 3. 5. 2024. Česky publikované ako: Foucault, Michel: O jiných prostorech. In: *Myšlení vnějšku*. Praha: Herrmann a synové, s. 71-86.

Foucault, Michel. *Discipline and Punish: The birth of the prison*. London, Penguin, 1991. Česky publikované ako: Foucault, Michel: *Dohlížet a trestat*. Praha: Dauphin, 2000.

McGrath, L. – Reavey, P.: Heterotopias of control: placing the material in experiences of mental health service use and community living. In: *Health Place*. Č 22, 2013, s 123-31. doi: 10.1016/j.healthplace.2013.03.010. Epub 2013 Apr 25. PMID: 23694819.

Latour, Bruno. *Reassembling the Social – An Introduction to Actor-Network-Theory.* Oxford University Press, 2005.

Parr, H.: *Mental Health and Social Space : Towards Inclusionary Geographies?* Series: RGS-IBG book series. Blackwell Publishing: Malden, MA ; Oxford, 2008.

Terkelsen, Toril Borch: Transforming subjectivities in psychiatric care. In: *Subjectivity*. 27. 10.1057/sub.2009.6. 195 – 216 . 2009.

Skorpen, A. – Anderssen, N. – Oeye, C. – Bjelland, A. K.: The smoking-room as psychiatric patients' sanctuary: A place for resistance. In: *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing.* Roč. 15, č. 9, 2008, s. 728–736. Dostupné z https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2008.01298.x

Thomas, SP – Shattell, M – Martin, T.: *What's therapeutic about the therapeutic milieu?* In: Arch Psychiatr Nurs. Roč. 16, č. 3, 2002, s. 99-107. doi: 10.1053/apnu.2002.32945. PMID: 12037795.

Patarák, M.: Bez kazajky a ochranných sietí to občas nejde. In: Denník N, 17. marec 2015. Dostupné z Psychiater: Bez ochranných sietí to občas nejde (dennikn.sk).

Jovanović N – Campbell J – Priebe S.: How to design psychiatric facilities to foster positive social interaction - A systematic review. In: *Eur Psychiatry.* Č. 60, 2019, s. 49-62. doi: 10.1016/j.eurpsy.2019.04.005.

Ittelson, W. H. – Proshansky, H. M. – Rivlin, L. G.: Bedroom size and social interaction of the psychiatric ward. In: J. F. Wohlwill & D. H. Carson (Eds.), *Environment and the social sciences: Perspectives and applications.* American Psychological Association, 1972, s. 95–104. Dostupné z https://doi.org/10.1037/10045-009.

Národné centrum zdravotníckych informácií: Z*dravotnícka ročenka 2022.* Dostupné z Zdravotnicka_rocenka_Slovenskej_republiky_2022.pdf (nczisk.sk).

Úrad vlády SR: *Kompletný plán obnovy.* Dostupný z https://www.planobnovy.sk/kompletny-plan-obnovy/.

Izáková, Ľubomíra (ed.) a kol.: *Základné princípy reformy psychiatrickej starostlivosti na Slovensku.* Bratislava: Slovenská psychiatrická spoločnosť, január 2021. Dostupné z: https://www.psychiatry.sk/cms/File/2022/principy%20reformy%20PS%20final%20zverejneny.pdf.

Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou: Správa o stave vykonávania verejného zdravotného poistenia za rok 2021. In: *Vestník* číslo 11/2022, september 2022. Dostupné z https://www.udzs-sk.sk/wp content/uploads/2022/09/VE_11_2022_web_sprava-o-VZP.pdf.

Izáková Ľ. - Králová M. - Pečeňák J.: Najčastejšie psychické poruchy v psychiatrických ambulanciách - súčasnosť a nová klasifikácia MKCH-11. In: *Česká a slovenská psychiatrie*. Roč. 117, č. 1, 2021, s. 33 -41.

Bražinová, A.: *Neliečime státisíce ľudí so závislosťami, s príznakmi depresie a úzkostných porúch*. In: Denník N, 5. september 2017.

Grajcarová, L.:: *V Prešove je jedna ambulancia detskej psychiatrie na celý kraj.* In: Denník N, 9. jún 2020.

Národné centrum zdravotníckych informácií: *Zdravotnícka ročenka Slovenskej republiky 2010 – 2021.* Dostupné z https://www.nczisk.sk/Statisticke_vystupy/Zdravotnicka_rocenka/Pages/Archiv.aspx

Seesame, s.r.o: Depression Scorecard (report), 2022. Dostupné z SLOVAKIA.pdf (depressioncare.eu)

Ministerstvo financií SR. *Duševné zdravie a verejné financie.* Útvar hodnoty za peniaze. Máj 2020. dostupné z Dusevne_zdravie_verejne_financie_UHP.pdf (mfsr.sk)

Portnov, A.: *Prevalencia a štatistika duševných chorôb*; 23. 4. 2024. Dostupné z https://sk-m.iliveok.com/health/prevalencia-statistika-dusevnych-chorob_108840i15956.html.

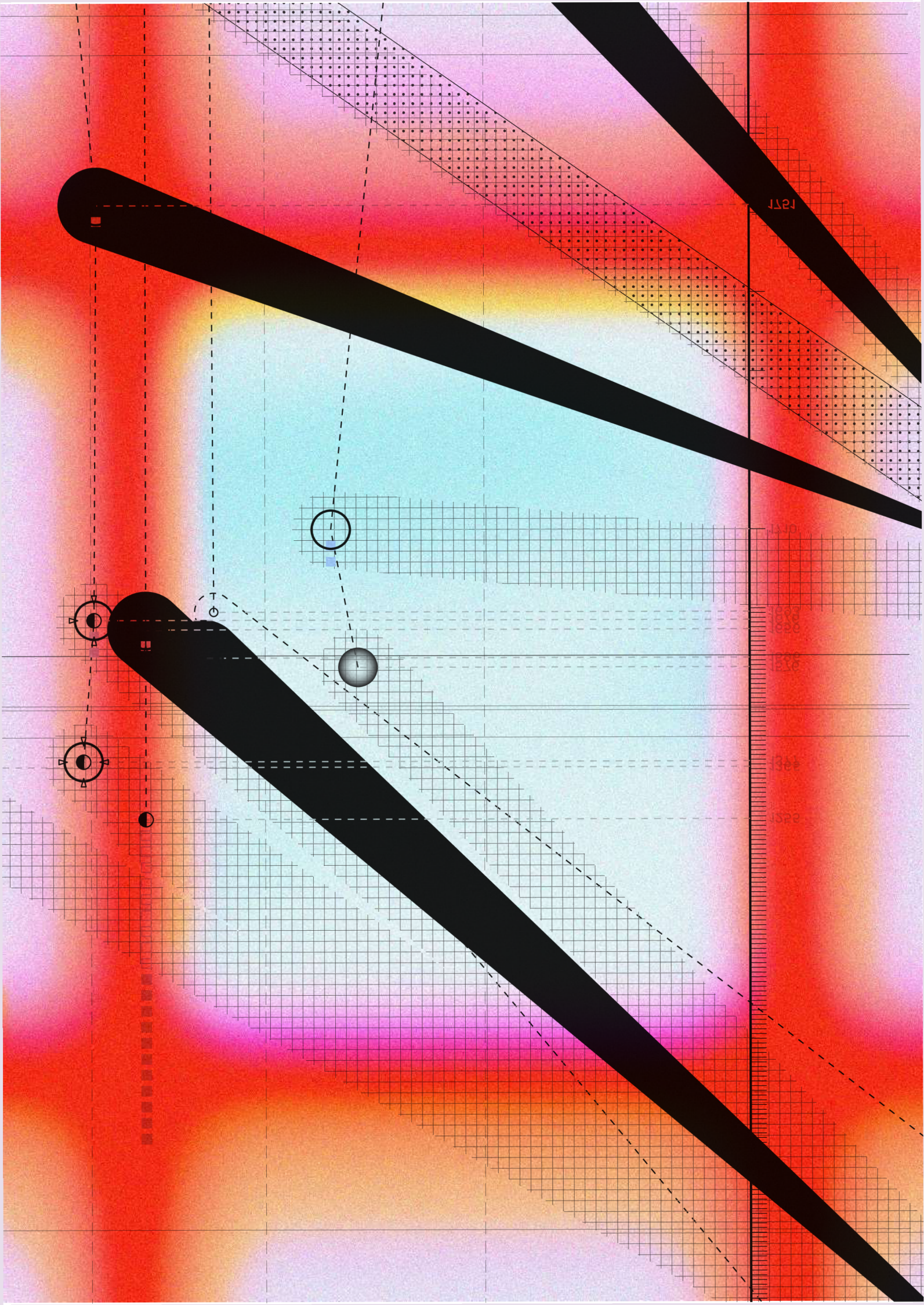
Bražinová, A.: *Neliečime státisíce ľudí so závislosťami, s príznakmi depresie a úzkostných porúch.* In: Denník N, 5. september 2017.

BAKER, A.; DAVIES, R.; SIVADON, P. *Psychiatric services and architecture.* World Health Organization, 1959. https:// iris.who.int/handle/10665/37761

CUMMINS, Ian. *Mental Health Services and Community Care: A Critical History.* 1st ed. Bristol University Press, 2020. ISBN 9781447350590

GOOD, Lawrence R.; SIEGEL, Saul M.; BAY, Alfred Paul. *Therapy by Design; Implications of Architecture for Human Behavior*. Spring eld, Ill., C.C. Thomas, 1965. Dostupné na https://archive.org/details/therapybydesign0000unse

MARKUS, Thomas A. *Buildings and Power: Freedom and Control in the Origin of Modern Building Types.* Routledge, 1993. ISBN 9781136130922

MORAN, J.; TOPP, L.; ANDREWS, J. *Madness, Architecture and the Built Environment: Psychiatric Spaces in Historical Context.* Routledge, 2007. ISBN 978-0415375290

PEVSNER, Nikolaus. *A History of Building Types. Princeton University Press*, 1976. ISBN 9780691018294