



I

SPRAWOZDANIE Z AUTOBADANIA DOŚWIADCZEŃ I POTRZEB PACJENTÓW I ICH RODZIN

PACJENCI

ŁÓDŹ 2022

Opracowanie: Kamil Brzeziński

Strona1



SPIS TREŚCI

WPROWADZENIE.....	3
REALIZACJA I PRZEBIEG BADANIA	4
GŁÓWNE WNIOSKI	6
REZULTATY BADANIA.....	11
SYTUACJA PRZED HOSPITALIZACJĄ.....	11
SYTUACJA W TRAKCIE HOSPITALIZACJI.....	15
SYTUACJA PO HOSPITALIZACJI.....	27
SUGESTIE I REKOMENDACJE BADANYCH.....	32
REFLEKSJE BADACZEK PROWADZĄCYCH WYWIADY	38
PODSUMOWANIE.....	40



WPROWADZENIE

Niniejsze opracowanie powstało w ramach projektu „Uzdrowiająca Moc Dobrej Relacji”, realizowanego z programu Aktywni Obywatele – Fundusz Regionalny przez Stowarzyszenie Młodzieży i Osób z Problemami Psychicznymi, Ich Rodzin i Przyjaciół „Pomost”. Celem głównym przedsięwzięcia jest wypracowanie schematu modelowej relacji pacjent-psychiatrycznaopieka/ochrona zdrowia¹ i zachęcanie do wdrożenia wypracowanego rozwiązania przez odpowiednie podmioty. W tym celu zaplanowano wieloetapowe działania, a jednym z nich było autobadanie doświadczeń i potrzeb pacjentów i ich rodzin, w trzech momentach czasowych: przed, w trakcie i po hospitalizacji. Cały proces badawczy inspirowany był partycypacyjnymi badaniami w działaniu, emancypacyjnymi badaniami niepełnosprawności, a także badaniami kontrolowanymi przez uczestników. Zależało nam, aby w badaniu aktywnie uczestniczyli pacjenci – członkowie stowarzyszenia. Zgodnie z ideą badań partycypacyjnych w działaniu, chcieliśmy poszukać rozwiązania danego problemu społecznego – relacji między pacjentem a psychiatryczną opieką – przy szerokim udziale osób, których ten problem dotyczy. Zależało nam, aby nasze badanie było badaniem „z ludźmi i dla ludzi”, a nie badaniem „na ludziach”. W związku z powyższym w ramach autobadania zrealizowano 20 pogłębionych wywiadów indywidualnych w pacjentami oraz 10 wywiadów z rodzicami pacjentów. Wywiady – zgodnie z przyświecającą nam ideą – prowadzone były przez członków stowarzyszenia. Rozmowy z pacjentami prowadziły osoby, które wcześniej doświadczyły hospitalizacji, natomiast rozmowy z rodzicami pacjentów prowadzili inni rodzice, którzy kiedyś znajdowali się w podobnej sytuacji. Badacze, jak i badani rekrutowali się z szerokiego grona osób związanych ze stowarzyszeniem.

W niniejszym sprawozdaniu przedstawiamy najważniejsze ustalenia i odkrycia z autobadania pacjentów. Chcemy, aby opracowanie to dotarło do jak najszerszego grona odbiorców, dlatego też staraliśmy się je maksymalnie zsyntetyzować i uprościć. W pierwszej części przedstawiamy krótki opis naszego postępowania badawczego, następnie – odwracając nieco logikę, tego typu opracowań – prezentujemy główne wnioski. W dalszej kolejności przedstawiamy wybrane cytaty ilustrujące kategorie analityczne – główne wątki

¹ W dalszej części tekstu wymiennie będziemy stosować terminy: psychiatryczna opieka lub psychiatryczna ochrona zdrowia.



tematyczne, które udało nam się zidentyfikować w ramach przeprowadzonej analizy. Te „surowe dane” pokazujemy w podziale na trzy momenty czasowe (przed, w trakcie i po hospitalizacji) oraz dwa kluczowe dla nas aspekty: potrzeby oraz otrzymane wsparcie i charakter relacji na linii pacjent – opieka psychiatryczna. W tym przypadku w szczególności zależało nam na przekazaniu głosu naszych badanych – ograniczamy komentarz do zaproponowania nazw poszczególnych kategorii, które w dalszej kolejności bogato ilustrujemy cytatami. Całość domykamy bezpośrednimi sugestiami i rekomendacjami badanych, wnioskami badaczek, które przeprowadziły wywiady oraz zarysem wyłaniającego się z uzyskanych odpowiedzi modelu wsparcia.

Jednocześnie warto nadmienić, że niniejsze sprawozdanie jest jednym z trzech opracowań, które zostały przygotowane w ramach projektu i posłużyły do dalszych działań, w tym warsztatów dyskusyjnych, których celem jest wypracowanie wzoru finalnej wersji relacji pacjent – psychiatryczna opieka, która – mamy nadzieję – będzie tą uzdrawiającą relacją.

REALIZACJA I PRZEBIEG BADANIA

W momencie przygotowywania aplikacji o dofinansowanie projektu uznaliśmy, że ważne jest dla nas poznanie perspektyw i doświadczeń osób zmagających się z chorobą psychiczną, a także ich rodzin – rodziców i opiekunów. Zgodziliśmy się także, że interesować nas będą doświadczenia z trzech momentów tj. przed hospitalizacją, w trakcie oraz po pobycie w szpitalu². Chcieliśmy także, aby to członkowie stowarzyszenia – pacjenci, którzy korzystają lub korzystali z naszego wsparcia oraz ich rodzice przeprowadzili wywiady. Uznaliśmy, że ułatwi to ich realizację, gdyż łatwiej się rozmawia z osobą, która doświadczyła podobnej sytuacji. Jednocześnie założyliśmy, że badanymi będą osoby, które są związane ze stowarzyszeniem. Zatem, tak jak zostało to już zasygnalizowane we wprowadzeniu, badacze i badani rekrutowali się z szerokiego wachlarza członków naszego stowarzyszenia. Osoby te nie posiadały doświadczenia w realizacji badań. W związku z powyższym w pierwszej kolejności musieliśmy wybrać i przygotować naszych badaczy, a także wyposażyć ich

² Zdajemy sobie sprawę, że dana osoba mogła być hospitalizowana kilkakrotnie, więc pytaliśmy zwykle o tą najważniejszą – najważniejszą dla naszego badanego lub najlepiej zapamiętaną hospitalizację.



w odpowiednie umiejętności i narzędzia. Chętne osoby do roli badacza wzięły udział w warsztacie szkoleniowym, w ramach którego specjalista ds. badań – osoba posiadająca doświadczenie w badaniach jakościowych – zaznajomił uczestników w wybranej technice badawczej oraz przedstawił pierwszą wersję narzędzia tj. scenariuszem pogłębionego wywiadu swobodnego. W czasie spotkania przyszli badacze, poza nabyciem nowych umiejętności w zakresie prowadzenia wywiadów, przekazali także swoje sugestie dotyczące narzędzia badawczego – scenariusza wywiadu. Następnie – w oparciu o wnioski z warsztatu – specjalista ds. badań przygotował ostateczną wersję scenariusza, a po zrekrutowaniu osób gotowych do wzięcia udziału w badaniu – osób badanych, rozpoczęła się faza terenowa. Naszym dwóm badaczkom udało się zrealizować dwadzieścia rozmów z osobami, które w przeszłości doświadczyły pobytu w szpitalu psychiatrycznym. Każda z rozmów, za zgodą osoby badanej, była nagrywana, a w dalszej kolejności przygotowano transkrypcję. Przepisane rozmowy poddano szczegółowej analizie jakościowej, która przeprowadzona została przez specjalistę ds. badań za pomocą programu QDA Miner. Program ten umożliwia przeprowadzenie tzw. kodowania, czyli oznaczenia fragmentu tekstu daną etykietą, a w dalszej kolejności wyselekcjonowania wszystkich części wywiadów, którym przypisano dany kod. Wykorzystywane kody były zbieżne z kategoriami ze scenariusza wywiadu i zawartymi w nim tzw. dyspozycjami. Innymi słowy w wywiadach szukano fragmentów wypowiedzi, które dotyczyły potrzeb, wsparcia i relacji z lekarzami i pozostałym personelem medycznym przed hospitalizacją, w jej trakcie i po. Tak wyselekcjonowane części rozmów przeanalizowano, a efektem tej analizy jest niniejsze opracowanie, dodatkowo uzupełnione o wnioski badaczek. Wyraźnie jednak zaznaczyć należy, że jest to autobadanie o charakterze jakościowym, więc wnioski dotyczą tylko i wyłącznie przebadanej grupy. Mamy pełną świadomość, że poniżej przedstawiamy tylko jedną perspektywę, widzianą przez dwadzieścia par oczu. Zatem zdajemy sobie sprawę, że wniosków nie należy generalizować i nie jest to diagnoza opieki psychiatrycznej w Polsce, a nawet w naszym mieście, czyli Łodzi. Niemniej jednak liczymy, że opracowanie, jak i projekt stanowiąc będą przyczynek do dyskusji na temat kondycji opieki psychiatrycznej i relacji między pacjentami a specjalistami.



GŁÓWNE WNIOSKI

Analiza zebranego materiału, który prezentowany jest w dalszej części opracowania, umożliwiła sformułowanie kilku wstępnych wniosków. Dla ułatwienia nadano im krótkie i hasłowe tytuły. Jednocześnie należy ponownie zaznaczyć, że wnioski te wynikają bezpośrednio z wypowiedzi pacjentów – osób, które doświadczyły pobytu w szpitalu psychiatrycznym i które korzystały ze wsparcia stowarzyszenia. Jest to ich perspektywa, do której mają prawo, ale która może się różnić od punktu widzenia rodziców, opiekunów, specjalistów, a także innych osób doświadczających choroby, z którymi nie rozmawialiśmy. Mając świadomość tych ograniczeń poniżej prezentujemy główne wnioski z badania.

▪ **Potrzeba oswojenia i wprowadzenie w kontekst szpitalny**

Wskazywano na ważną rolę swego rodzaju wprowadzenia i przygotowania osoby, która pierwszy raz trafia do szpitala psychiatrycznego. Badani wskazywali na wiele trudności związanych z ich pierwszym pobytom w szpitalu, od braku prozaicznych informacji, gdzie jest toaleta, przez brak podstawowych środków higienicznych, po przerażenie wynikające z braku wiedzy i wyobrażenia, jak wygląda szpital psychiatryczny. W szczególności wskazywano także na brak rozmów z lekarzami – rozmówcom nikt nie wyjaśniał, co się dzieje i co będzie się działo, a tych informacji bardzo potrzebowali w początkowym okresie.

▪ **Brak zaspokojenia podstawowych potrzeb**

Rozmówcy zwracali uwagę, że często trudno im było zaspokoić podstawowe potrzeby. Do szpitala trafiali w różnych okolicznościach i zdarzały się sytuacje, że brakowało im artykułów higienicznych albo dostępu do wody.

▪ **„Właściwy” dobór osób do pokoi, sal i oddziałów**

Część rozmówców wskazywała, że zdarzają się sytuacje – zwłaszcza na oddziałach obserwacyjnych, w których pacjenci są „wymieszani” – że osoba na tzw. detoksie albo osoba agresywna znajduje się w jednej sali z osobą doświadczającą stanów lękowych, co może negatywnie wpływać na tą ostatnią. W opinii osób sygnalizujących powyższy problem, dobór



osób do szpitalnych pomieszczeń powinien być nieco bardziej przemyślany – względnie dostosowany do potrzeb chorych, gwarantujący relatywny komfort i poczucie bezpieczeństwa, a tym samym sprzyjający zdrowieniu. Badani wskazywali, że chcieliby, żeby ktoś z personelu zapytał ich, czy dobrze się czują w danym miejscu lub w danej grupie osób.

- **Rutyna i mechaniczne podejście**

Niektórzy rozmówcy zwracali uwagę, że część lekarzy – ze względu na dużą ilość pacjentów i obowiązków lub inne przyczyny – ma raczej rutynowe i mechaniczne podejście do pacjenta, przejawiające się prostym pytaniem o samopoczucie, przepisaniem leków i udaniem się do kolejnego pacjenta. Natomiast z wypowiedzi badanych wynika, że lekarz psychiatra powinien mieć zupełnie inne podejście do pacjentów niż lekarze innych specjalizacji. W przypadku pacjentów psychiatrycznych ważna jest empatia, zrozumienie, możliwość wypowiedzenia się pacjenta. Badani w wielu miejscach wskazywali w szczególności na potrzebę rozmowy z lekarzem. Innymi słowy, lekarz psychiatra powinien poświęcać więcej czasu na spotkanie z chorym niż lekarze innych specjalizacji.

- **Potrzeba rozmowy**

Uczestnicy wyraźnie deklarowali potrzebę prowadzenia pogłębionej rozmowy z lekarzem prowadzącym. Wskazywano chęć odbycia rozmowy na początku hospitalizacji (zwłaszcza pierwszej), w ramach której lekarz prowadzący mógłby wstępnie wyjaśnić choremu, co się z nim dzieje i jakie mogą zostać podjęte środki zaradcze. Badani podkreślali, że w trakcie hospitalizacji również potrzebują więcej rozmów z lekarzami, którzy prowadzą ich leczenie oraz z pozostałym personelem medycznym. Akcentowano w tym przypadku, że dziedzina psychiatrii różni się od innych specjalizacji, a pacjenci psychiatryczni potrzebują więcej rozmów, wyjaśnień, zrozumienia i empatii.

- **Brak wysłuchania pacjenta i uwzględnienia jego opinii w kontekście leczenia**

Część rozmówców, ze względu na długi okres zmagania się z chorobą, w ich opinii dość dobrze orientuje się w tematyce dostępnych leków, ich działania, niekorzystnych efektów itp. Osoby te zgłaszały, że ich głos i opinie nie są brane pod uwagę przez lekarzy. Lekarze nie

znajdywali czasu, żeby z nimi porozmawiać o leczeniu, wyjaśnić dlaczego wybrany został ten lek, a nie inny i dlaczego w takiej, a nie innej dawce.

▪ **„Psychiatra z powołania” i „psychiatra z zawodu”**

Wypowiedzi uczestników badania umożliwiają wyróżnienie dwóch kategorii lekarzy psychiatrów: „z powołania” i „z zawodu”. Ta pierwsza grupa jest zaangażowana, przejęta swoją rolą, którą traktuje jak pewną misję. Jedna z badanych wspominała sytuację, w której psychiatra przyjechał z imprezy rodzinnej, aby jej pomóc. Z kolei druga grupa, to lekarze, którzy po prostu pełnią swoją rolę w godzinach pracy. Jeden z uczestników badania z rozżaleniem opowiadał o sytuacjach, kiedy otrzymał informację, że nie zostanie przyjęty, bo lekarz właśnie skończył dyżur. Ponownie sugerowano, że rola lekarza psychiatry jest czymś więcej niż rola lekarza innej specjalizacji np. chirurga. Zwracano uwagę, że w przypadku chorób psychicznych, ważnym elementem terapeutycznym jest możliwość odbycia spokojnej rozmowy.

▪ **Doświadczony vs niedoświadczony lekarz**

Z informacji uzyskanych od rozmówców wynika także, że lekarze z dłuższym stażem są zdecydowanie lepiej przez nich postrzegani i oceniani. Ich zdaniem posiadają oni odpowiednie umiejętności komunikacyjne, są w stanie wyjaśnić pacjentowi, z czym się zmagają i jakie środki zostaną podjęte dla jego dobra. Z kolei, lekarze o krótszym stażu, którym brak doświadczenia, próbują go „rekompensować” negatywną postawą wobec pacjentów: są niemili, aroganccy, nie biorą pod uwagę sugestii chorego.

▪ **„Odpowiedni doktor” i partnerskie relacje**

Logiczną konsekwencją powyżej przedstawionych wniosków wydaje się także konkluzja wskazująca na jeden z ważniejszych aspektów, jakim jest znalezienie lub natrafienie na „odpowiedniego lekarza”, który jest chętny do nawiązania partnerskiej relacji z pacjentem. Z wypowiedzi badanych wynika, że istotne jest, aby – jak mówią – „trafić na fajnego lekarza”, z którym uda się nawiązać dobrą relację, z którym będzie można porozmawiać – który będzie gotowy poświęcić więcej czasu na rozmowę. Pacjenci doceniają lekarzy, którzy traktują ich



po partnersku, pytają o zdanie, proszą o samoobserwację, a następnie wspólnie z chorym próbują ustalić strategię leczenia. Z uzyskanych informacji i doświadczeń badanych wynika także, że w sytuacji gdy pacjent i lekarz „nie nadają na tych samych falach”, to im szybciej dojdzie do zmiany lekarza, tym lepiej dla pacjenta. Badani opowiadali o sytuacjach, w których leczenie przez wiele miesięcy nie przynosiło pożądanych skutków ze względu na kiepski kontakt z lekarzem. Natomiast po zmianie prowadzącego odnotowywana była dość szybka poprawa.

▪ **Kontynuacja współpracy z lekarzem po wyjściu ze szpitala**

Rozmówcy wskazywali, że bardzo istotna jest dla nich kontynuacja współpracy z lekarzem, który opiekował się nimi w trakcie pobytu w szpitalu. Osoby, które miały możliwość kontynuować leczenie w poradni z tym samym lekarzem, były z tego faktu bardzo zadowolone i jednocześnie deklarowały lepsze rezultaty terapii. Z kolei osoby, które nie miały takiej możliwości wskazywały na konieczność opowiadania (powtarzania) swojej – często bolesnej i trudnej – historii każdemu kolejnemu specjaliści.

▪ **Pomoc i wsparcie instytucji i organizacji „pomostowych”³**

Rozmówcy bardzo pozytywnie oceniali otrzymane wsparcie, uzyskane w różnego rodzaju organizacjach (stowarzyszeniach, towarzystwach, NZOZ-ach prowadzących oddziały dzienne) bezpośrednio po hospitalizacji. Wskazywano, że był to jeden z kluczowych czynników procesu ich zdrowienia, umożliwiający powrót do aktywności społecznych np. zrutynizowanie dnia, zmobilizowanie do wyjścia z domu, wsparcie w poszukiwaniu stażu zawodowego itp. Jednocześnie osoby, które o tego typu miejscach dowiadywały się po kilku miesiącach lub latach od wyjścia ze szpitala, z żalem stwierdzały, że ta część ich życia mogłaby wyglądać inaczej, gdyby informacja o danej instytucji dotarła do nich wcześniej. Część rozmówców wskazywała, że ważne jest uzyskanie informacji o tego typu placówkach i zachęcenie przez lekarzy prowadzących do korzystania z tego typu miejsc. Z wypowiedzi

³ Badani wymieniali różne organizacje, które dla uproszczenia nazywamy organizacjami pomostowymi – stanowiący pomost do powrotu do społeczeństwa i aktywności sprzed choroby.



pacjentów wynika, że te miejsca są bardzo potrzebne, sprzyjają procesowi zdrowienia i sprawiają, że efekty uzyskane w szpitalu utrwalają się.

▪ **Lepsze i gorsze szpitale**

Zdaniem badanych wyróżnić można szpitale lepsze i gorsze. Rozmówcy wskazywali na ośrodki, do których nie chcieliby więcej wracać, a także na takie, w których pobyt wspominają dobrze. Poniżej prezentujemy kilka wybranych cytatów z opiniami na temat różnych szpitali. Nie publikujemy nazw poszczególnych szpitali. Zależy nam jednak, aby czytelnik dostrzegł, że rozróżnienie to jest także bardzo istotne dla badanych.

- A no ten szpital, ja uważam do tej pory, że się różni od (...), bo naprawdę były takie sytuacje, że no zmieniono mi leki, ja po prostu po tych lekach bardzo... leżałem ponad dwa miesiące tam... I tam co się po prostu wyrabiało, to to było.. no ja tak się czułem, że ja byłem po prostu jedyną osobą na oddziale chorą, a wszyscy inni zdrowi, o tak, tak po prostu to wszystko przeżywałem. No jeżeli chodzi o kontakt lekarza. Jednego dnia miałem <dołka>, no to leżałem w łóżku, założmy. Drugiego dnia zacząłem robić pranie i lekarz przyszedł mój, zobaczył, że ja robię pranie i już od razu: <...że pan się pan ma „górkę” trzeba panu zmienić leki, zwiększyć takie na takich... >” (W_2).
- „Pamiętając sam tamten pobyt sprzed 10 lat..., ale jakoś bardzo miło zostałem tam... Był cały czas do dyspozycji psycholog, tak jak mówię lekarz, rozmawiałem, co 2 dni i były 2 obchody w tygodniu, także obchody też codzienne, takie wieczorne przez lekarzy” (W_2).
- „Znaczący, no powiem tak, no w (...) to się starali jak mogli. W sumie tam też, bo tam też miałem... chodziłem sobie na malowanie, jak jeszcze istniało. No, to takie rzeczy, to mi pomagały, no uspokajały i tak dalej, czy tam muzykoterapia w (...). Takie zajęcia pomagają.” (W_6).
- „Warunki sanitarne i wszystkie takie mieszkaniowe były tam raczej bardzo dobre. I myślę, że zdecydowanie bezpieczniej się wszyscy czują na (...) niż w drugim szpitalu, który mamy w Łodzi. Ja tam nigdy nie byłam pacjentem, ale odwiedzałam znajomych i myślę, że nie chciałabym, z perspektywy czasu, być mieszkańcem akurat...” (W_8).



- „...na tej (...) chyba bardziej. Dlatego, że było tak, że tam bardziej chyba lepsze warunki, lepsi lekarze chyba, normalniejsi, fajniejsi. Tam mi się wydaje, że bardziej dostałem wsparcie tam” (W_16).
- **Poszpitalne pogorszenie**

Pojedynczy rozmówcy wskazywali, że pobyt w szpitalu im nie pomógł i po hospitalizacji, z lekarzem psychiatrą z poradni, długo musieli pracować, aby sytuacja się unormowała. Wskazywano, że lekarz z poradni miał możliwość poświęcenia większej ilości czasu, porozmawiania, a w efekcie dobrania odpowiednich środków terapeutycznych.

REZULTATY BADANIA

Osoby badane były pytane o ich sytuację: przed hospitalizacją, w trakcie pobytu w szpitalu oraz po jego opuszczeniu. Prowadzące rozmowy, w odniesieniu do każdego momentu, pytały badanych o ich potrzeby, wsparcie, które otrzymywali oraz relacje, jakie mieli z przedstawicielami opieki psychiatrycznej. W dalszej części opracowania prezentujemy wybrane odpowiedzi odnoszące się do powyższych wątków, które dodatkowo zostały opatrzone krótkimi etykietami – nazwami, które naszym zdaniem oddają clou, o którym mówili badani. Chcemy jednak zaznaczyć, że przyporządkowanie wypowiedzi do poszczególnych kategorii – etykiet, nie jest w pełni rozłączne. Oznacza to, że dany cytat, który przyporządkowany został do danej kategorii, równie dobrze mógłby być ilustracją innej – podobnej – kategorii. Wynika to z prostego faktu, iż same kategorie nie są w pełni rozłączne np. rutyna w podejściu do pacjenta jest zbieżna z asymetrycznością relacji. Zależało nam na szczegółowym oddaniu perspektywy pacjentów, stąd też większa liczba zaproponowanych kategorii, które w formie tabeli przedstawione zostały na końcu tej części opracowania.

SYTUACJA PRZED HOSPITALIZACJĄ



Główne potrzeby badanych

- **Dostrzeżenie problemu przez bliski i/lub pracowników szkoły oraz podjęcie odpowiedniego działania**
 - „Myślę, że najbardziej tego, żeby zainterweniowali po mojej pierwszej traumie życiowej, żeby zainterweniowała jakaś osoba w szkole, pedagog szkolny czy psycholog, chociaż wtedy jeszcze nie było psychologów albo żeby zainterweniowali rodzice na to, co się wydarzyło.” (W_1).
 - „Rodzice wysłuchali jako pierwsi. No i nie potraktowali tego poważnie. Powiedzieli, że jestem dzieckiem i no to takie życie, że bym wzięła się w garść. Następni byli nauczyciele, którzy też to tak potraktowali... słowa mi zabrakło...” (W_3).
 - „Czego potrzebowałem? Czego potrzebowałem... bardziej, co mnie denerwowało, to w mamie trochę tak że... Jak to się słowo takie używa? Takie ignoranckie podejście, że takie co takie machnięcie ręką, a co ty gadasz, a co ty wymyślasz sobie, takie polskie takie ignoranctwo. To mnie denerwowało trochę, nie dawało mi to spokoju. Jedynie co to troszkę wujek to trochę rozumiał.” (W_5).
 - Nie wiem jakiejś fachowej, bardziej pomocy może psychologa, wydaje mi się. Gdybym poszła wcześniej właśnie do psychologa, to może nie skończyłoby się to na hospitalizacji.” (W_7).
 - „Chyba ja generalnie w tryby maszyny służby zdrowia psychiatrycznej, szczególnie, trafiłam za późno. Z perspektywy patrząc, to ja trafiłam po prostu za późno. Bo mimo całkiem dobrej próby zaopiekowania się mną, to nie skończyło się to tak, jak mogłoby się skończyć, gdybym trafiła wcześniej, bo może by się udało i zupełnie inaczej poprowadzić dalsze... Rozumiesz, sytuacja wyglądałaby inaczej. Niestety finał był taki, że po pierwszym kontakcie w poradni, jakieś dwa czy trzy tygodnie po, wyładowałam na toksykologii, na detoksie po pierwszej nieudanej próbie samobójczej.” (W_8).
- **Wyjaśnienie i zrozumienie sytuacji oraz potrzeba rozmowy**
 - „To znaczy ja nie mogłem tego zrozumieć, dlaczego to się dzieje? I tak jak teraz sobie przypominam, to chciałem być sam, uciekałem, nie chciałem być ze swoimi kolegami



ze szkoły. Po prostu, no taka samotność, przeciwieństwo mnie, bo jestem osobą towarzyską, tak że no, to było dziwne dla mnie i nie mogłem tego zrozumieć, dlaczego tak się ze mną dzieje? No i dopiero jak trafiłem pierwszy raz do szpitala na oddział młodzieżowy, to dopiero zacząłem poznawać, że inne osoby też mają takie problemy jak ja.” (W_2).

- „Wydaje mi się, że oczekiwałam wytłumaczenia jakiegoś, co dokładnie mi dolega zdaniem lekarza psychiatry, na podstawie tego co powiedziałem. Żeby wyjaśnić, co to może być, dlaczego mam takie, a nie inne objawy, jak można temu zaradzić? A lekarz po prostu zadał mi pytania, wysłuchał co mam do powiedzenia i przepisał mi leki” (W_4).
- „O... czego potrzebowałam? Wtedy potrzebowałam właśnie, potrzebowałam rozmowy z kimś. Wydaje mi się... To znaczy, miałam przy sobie bliskie osoby, ale nie potrafiłam może wyrazić tego wszystkiego, co mnie boli i co czuję i tak dalej... Nie wiem jakiejś fachowej, bardziej pomocy może psychologa, wydaje mi się. Gdybym poszła wcześniej właśnie do psychologa, to może nie skończyłoby się to na hospitalizacji.” (W_7).
- „No jak mówię, ja potrzebowałam pomocy w formie rozmowy, w formie rozmowy, tak, żeby się wygadać, bo tam się dużo działo w moim życiu w tym okresie, bo to koniec studiów, rozstanie z chłopakiem w międzyczasie. Ja potrzebowałam rozmowy, rozmowy, rozmowy i jeszcze raz rozmowy.” (W_7).
- „No na pewno potrzebowałam tego, żeby po prostu wiedzieć, co się ze mną dzieje konkretnie. Potrzebowałam, żeby ktoś mnie pokierował, tak, konkretnie. Najgorsze było to, jak prostu nie do końca wiedziałem co się ze mną, co się dzieje, tak. I miałem wrażenie, że nie jestem chory. I ogólnie prostu, wtedy...” (W_14).
- „Na początku byłem, trafiłem tam, pani doktor była przemiła, a później zaczęła coś mówić, że ADHD. Na początku diagnoza wstępna Asperger, a później nerwica natręctw. I później się to wszystko zaczęło. Kumulowało, kumulowało, byłem coraz słabszy psychicznie, bo ona mi ciągle wmawiała coś, że coś mam, ja się przejmowałam i tak się zaczęło” (W_15).



▪ **Wsparcie bliskich osób**

- „Kontakt z lekarzem był jednak dobry, nie robił większych problemów. Na początku miałem problem, żeby się porozumieć, bo choroba przeszkadzała, nie szło się zrozumieć. Dogadać się w obie strony nie szło. On chciał dobrze, ja myślałem, że mi robi na przekór. Wysyłałem na początku mamę, żeby mi po leki jeździła, bo ja, bo nie byłam w stanie się dogadać z lekarzem. To mama po prostu załatwiała, jeździła na konsultacje w swoich sprawach, a ja... przy okazji mi leki załatwiała” (W_19).

Otrzymane wsparcie i relacje z przedstawicielami opieki psychiatrycznej

▪ **Właściwy lekarz i właściwa relacja – zrozumienie, rozmowa, empatia, człowieczeństwo**

- „Byłem w takim stanie już wtedy, że myślałem, że to się skończy tylko na tej rozmowie, a zostałem skierowany do szpitala. Otrzymałem wsparcie, zrozumienie. Pamiętam... Miałem to szczęście, że trafiłem na dobrego lekarza... Tak to znaczy, no bardzo, bardzo zostałem tak ciepło potraktowany i takie zrozumienie. Ja się bałem w ogóle, bałem się o tym mówić, bo... o tych moich urojeniach czy tych psychozach, bo myślałem, że no jestem sam z tym, że nikt mnie nie zrozumie, a jak powiedziałem o tych objawach moich, które miałem, no to zostałem po prostu... nie zostałem jakoś źle potraktowany. Ja byłem, wtedy nie miałem wtedy chyba 15 lat. Czy miałem 15? Już nie wiem, tak że ja byłem młodym człowiekiem i po prostu. Nie wiedziałem, że jestem... Myślałem, że jestem sam po prostu tylko.” (W_2).
- „Jest pani profesor tak, która bardzo dobrze mnie przyjęła i bardzo dobrze, ciepło. Nie miałem żadnych... nie odczułem żadnego złego potraktowania mnie. Zostałem po prostu bardzo dobrze przyjęty.” (W_2).
- „No stosunek był tutaj, no ok, taki bardzo... taki ciepły był. To znaczy bardzo, taka ciepła nawet, bo to starsza pani taka była. No tak no wypytywała jak się czuję, co robię tutaj. Czy te leki, które przepisała, czy dobrze działają, czy się... czy na przykład, czy dobrze się przez to wysypiam?” (W_5).



- „Z tą Panią bardzo... bardzo dobrze wspominam. Jakby tutaj tak można by powiedzieć, że taka ciepła była. Taka... no fajna też...” (W_5).
- „Pierwsza wizyta w sumie była dla mnie dobra, ponieważ lekarz wykazał się takim odruchem... człowieczym odruchem, empatią do dziecka, psychiatry, psychiatria dziecięca. Takim właśnie odruchem ludzkim...” (W_9).
- **Niewłaściwa relacja – rutyna i brak wysłuchania pacjenta**
 - „No, ja już byłem w kiepskim stanie jak poszedłem pierwszy raz do lekarza, bo już byłem w takim stanie, że bardzo źle się czułem, miałem problemy z funkcjonowaniem, już praktycznie nie wychodziłem z domu. No wydaje mi się, że nasza relacja była taka dosyć oschła i jeszcze to lekarz zrobił na zasadzie takiej rutyny, że nie podszedł do mnie tak jednostkowo. Tak że, to robił po prostu, tak jak się to robi, że tak powiem mechanicznie, a nie skupił się na konkretnie moim przypadku. Jakoś tak nie podszedł bardziej empatycznie do mnie (W_4)”.
 - „Tutaj do psychiatry też mówiłem, że może nie wiem..., czy jakaś zmiana leków i też tak bardzo sceptycznie podchodziła do zmiany leku. No tak sceptycznie i że tutaj chyba pani psycholog musiała porozmawiać z psychiatrą i ta pani dopiero troszkę inny lek zaproponowała. Tak że później rzeczywiście zrozumiała, że mój stan się nie poprawia zbyt długi czas i tutaj został zmieniony lek. I po tym leku od razu, dosłownie jak ręką odjął. Tak było. No musiałem poczekać miesiąc, tak na zadziałanie, ale tak już mogłem normalnie funkcjonować.” (W_5).

SYTUACJA W TRAKCIE HOSPITALIZACJI

Główne potrzeby badanych

- **(Brak) rozmów wprowadzających i wyjaśniających sytuację związaną z hospitalacją**
 - „(...) ale to, że trafiłam jako młode dziecko, po prostu znalazłam się w szpitalu psychiatrycznym w wieku 16 lat, to było bardzo traumatyczne. Ponieważ ja znalazłam się na oddziale i prostu zobaczyłam ludzi, którym ślina leci z ust, którzy wpatrują się w



jeden punkt, którzy patrzą się w talerz zupy bezmyślnie, siedzą w bezruchu. Ja mówię Boże, gdzie ja jestem? Pamiętam, że miałam swoje zdjęcie legitymacyjne... bo wiesz, w ogóle nie wiedziałam gdzie jestem, nie wiedziałam, co będzie ze mną w ogóle, no jakiś kosmos, w ogóle strasznie. Też nikt ze mną nie rozmawiał o tym, co się działo..." (W_1).

- „Wtedy, jak moi rodzice się o tym dowiedzieli, to nakrzyczeli na panią doktor i była cała awantura, że chcą ze mnie zrobić wariatkę. Nie chcieli mnie zawieźć do tego szpitala, ale ja wiedziałam wtedy, że naprawdę mogę coś sobie zrobić. Jakoś ich przekonałam. Pojechaliśmy do szpitala. Myślałam, że... no wtedy jeszcze nie wiedziałam, myślałam, że oni mnie jakoś przyjmą następnego dnia. Dadzą trochę czasu na przygotowanie się, ale od razu mnie no położyli na zamkniętym oddziale. Ja byłam wtedy przerażona. Następnego dnia dostałam już prowadzącego lekarza i .. no i tak się zaczęło z tymi szpitalami.” (W_3).
- „Pamiętam, że no właśnie byłam przerażoną, nie potrafiłam się w ogóle odnaleźć. Tam było bardzo dużo ludzi, aż nad stan. Były te wystawione łóżka i ja wtedy też bałam się. No jak zaczęłam się izolować, to przestałam wychodzić z domu tak naprawdę i no to skutkowało takim lękiem przed ludźmi. Pamiętam, że ja nawet nie umiałam się załatwić przez ten tydzień w szpitalu. Nie jadłam. No jak dostałam lekarza, też wyobrażałam to sobie inaczej, bo myślałam, że oni bardziej przejmą się tym problemem, a nie po prostu zamkną mnie, żebym siedziała i żebym się nie zabiła. I tak naprawdę nic z tym nie robią, tylko pakują we mnie leki.” (W_3).
- „Wydaje mi się, że potrzebowałam jakiegoś takiego wyjaśnienia, na podstawie tego, co powiedziałam, co mi się przytrafiło? Co tam, co mi może dolegać, jakie może być rozpoznanie na podstawie tego, co powiedziałam? Jakie leki mi podają, jakie mogą być skutki uboczne. Leki niestety spowodowały to, że ja i większość pacjentów po nich tyje i tyła i to był na pewno, taki bardzo skutek uboczny, niefajny, gdyż źle się czułem później w swoim ciele, systematycznie przybierałem na wadze. I na pewno to mi się nie podobało. No generalnie potrzebowałam jakiegoś takiego większego wytłumaczenia, co widzą u mnie, jakie leki mi podają. Jakoś tak żeby bardziej empatycznie do mnie podeszli, tak bardziej indywidualnie.” (W_4).



- „Ten pobyt akurat wspominać dosyć dobrze, przy czym nie zostałem tak do końca poinformowany, co ja tam robię w tym szpitalu i też prostu miałem takie sytuacje, że był problem z uzyskaniem pewnych informacji od personelu i był problem na przykład z pozyskaniem pewnych... z zaspokojeniem pewnych potrzeb był na pewno problem z tym, żeby uzyskać ciepłą wodę, bo były tylko określonych godzinach i pielęgniarki prostu trochę robiły łaskę z tego, żeby udzielić tej ciepłej wody. Żeby po prostu dać tej ciepłej wody.” (W_14).
- „No i też na pewno potrzebowałbym, no wiem, że to jest trudne, ale żeby określić konkretnie diagnozę, bo w ciągu pobytów dostawałem... Mam po prostu tyle różnych diagnoz, że po prostu to się naprawdę idzie pogubić w pewnym momencie. Lekarz mi wytłumaczył, że to jest po prostu kwestia tego, że te choroby są nieostre, ale ogólnie mogłoby tak trochę bardziej ci lekarze tłumaczyć...” (W_14).
- „No to byli ludzie bardzo brutalni. Wzbudzali we mnie lęk, bo widziałam, widziałam ludzi wiązanych w pasy wbrew ich woli, krzyki, tak, krzyki, wycia, bicia, przemoc w momencie kiedy byli, tak związani w pasy. Widziałam ludzi tak, że człowiek był mając 16 lat, wiesz, przerażony, tak. Byłam przerażona tym, co robił pozostały personel.” (W_20).
- **Zabezpieczenia podstawowych potrzeb**
 - „...w tym czasie też akurat dostałam okres, więc po prostu nie mogłam... po prostu tak zadbać, o taką intymność, to było dla mnie... to było chyba było najgorsze z tego wszystkiego od takiej jednej z lekarek prostu, która właśnie była właśnie, kurczę już nie pamiętam lekarka czy ktoś z personelu- jedna była osoba taka mi życzliwa z tego wszystkiego... no tak troszeczkę tak pomagała bo wiedziała, że wszyscy tacy byli dla mnie troszkę zawzięci...: (W_12).
 - „Ten pobyt akurat wspominać dosyć dobrze, przy czym nie zostałem tak do końca poinformowany, co ja tam robię w tym szpitalu i też prostu miałem takie sytuacje, że był problem z uzyskaniem pewnych informacji od personelu i był problem na przykład z pozyskaniem pewnych... z zaspokojeniem pewnych potrzeb był na pewno problem z tym, żeby uzyskać ciepłą wodę, bo były tylko określonych godzinach i pielęgniarki



prostu trochę robiły łaskę z tego, żeby udzielić tej ciepłej wody. Żeby po prostu dać tej ciepłej wody.” (W_14).

- „O i też był problem taki, że zabrali mi okulary przez to bardzo słabo widziałem i ciężko było się poruszać i ogólnie był problem z tym z poruszaniem się po szpitalu tak bo... no i też był problem, tak jak mówiłem, ten kontakt z personelem i w kontakcie z lekarzami.” (W_14).
- „I też personel mógłby bardziej właśnie jakby być miły w kwestii udostępniania prysznic. Bo też właśnie z tym był problem: <po co to się znowu chcesz myć? > - takie były takie teksty.” (W_14).

▪ **Rozmowy i terapii**

- „No pierwsza hospitalizacja. No ja powiem szczerze, to jak mówię mi to potrzebne była wtedy właśnie rozmowa w czasie tej choroby, a w tym szpitalu, to po prostu miałam wrażenie, że lekarza to się widzi jak biegnie... z gabinetu do drugiego, a cały pobyt w szpitalu to może miałam jedną rozmowę z tym lekarzem, a ja potrzebowałam tej rozmowy, potrzebowałam bardzo rozmowy, a w ogóle nie wiedziałam, co mi jest. Nikt mi nic nie wyjaśnił. W biegu lekarza zaczepiłam co mi jest, powiedział że zespół paranoidalny i tyle i poleciał dalej, tak. No to tak, trochę, trochę dziwnie.” (W_7).
- „...jak dziewczyny miały zaburzenia odżywiania i miały terapię. To bardzo, że one mogły sobie porozmawiać, że one mogą opowiedzieć. Ja bardzo chciałam opowiedzieć. Ja chyba chciałam mówić o tym, co się dzieje w moim domu, chociaż teraz nie pamiętam...” (W_20).

▪ **Trafienia na lekarza z powołania**

- „Myślę, że właśnie widzi się różnicę między takimi lekarzami z powołania, a właśnie lekarzami, którzy nie do końca są lekarzami z powołania, że właśnie spotkałam tych lekarzy, którzy wykazują, taką dużą troskę o pacjenta, którzy tak jak pani doktor (...), chociaż to chyba jest bardzo rzadkie.” (W_1).
- „Myślę, że dużo też zależy już nie od wiedzy tylko od tego, jakim człowiekiem jest



- lekarz i na ile chce być lekarzem, a na ile chce być człowiekiem dla pacjenta. Z własnego doświadczenia pamiętam, że opiekowali się mną młodzi lekarze, czasami rezydenci zaraz po studiach robiący staże i część wtedy już świetnie sobie dawała radę, a niektórzy no po prostu nie wykraczali poza to, czego się nauczyli na studiach i tego się sztywno trzymali. Więc myślę, że no to jest ta gorsza część personelu lekarskiego, która od-do pracuje, ale no tacy są ludzie. Tak że część ma to serce do pacjentów i gdzieś tam się bardziej potrafi pochylić, część pracuje niestety, tak jak pracuje.” (W_8).
- „I wiesz, co robiła doktor (...) intuicyjnie, na przykład przytulała nas pacjentów. Całowała nas, to w ogóle był kosmos, że tak powiem. Myśmy się z tego śmiali... Ona potrafiła zniecka cię dopaść, wiesz..., wyprytulać i wycatować dosłownie, wiesz..., na dzień dobry, zwłaszcza jak się dawno nie widzieliśmy. Tak, że po prostu pewne rzeczy lekarze robili intuicyjnie.” (W_20).
- **Kompleksowego wsparcia**
- „...i też takie powolne leczenie, po prostu i też duże rozmowy miałam z psychologami, z lekarzami po prostu, codziennie obchód też. Jak to jak mi się już mi się polepszyło, to właśnie miałam muzykoterapię, miałam taką... zajęć takich manualnych próby i ja też po prostu ten też bardzo polubiłam układanie puzzli” (W_12).

Otrzymane wsparcie i relacje z przedstawicielami opieki psychiatrycznej

- **Rutyna i mechaniczne podejście do pacjenta**
- „No jak dostałam lekarza, też wyobrażałam to sobie inaczej, bo myślałam, że oni bardziej przejmą się tym problemem, a nie po prostu zamkną mnie, żebym siedziała i żebym się nie zabiła. I tak naprawdę nic z tym nie robią, tylko pakują we mnie leki.” (W_3).
- „Każdy lekarz miał kilku pod sobą pacjentów, no to też taki był szybki wywiad i dalej. Na obchodach szybka rozmowa i dalej i dalej do następnego pacjenta szli. Tak że też



mi się wydaje, że to było takie mechaniczne. Nie było takich głębszych wywiadów. No, ale cóż to było dawno, tak że tak to pamiętam.” (W_4).

- „Pielęgniarki też jakoś specjalnie się mną nie interesowały. Po prostu podawały leki. Kazały brać te leki, no nikt nie tłumaczył co to jest, tylko pielęgniarki dawały tabletki, kazały je łykać i to wszystko.” (W_4).
- „No słabo to kojarzę, bo pamiętam w sumie faktycznie... Na tej pierwszej hospitalizacji no już mówię, dobra, zwierzę się tam trochę temu lekarzowi, ale no miał takie medyczne podejście. Ja mu tam się nazwierałem, powiedział, że tam no dobra... No to przepiszemy panu to i to. Zanotował tylko, coś jeszcze mamie pokazał wszystkie te swoje zapiski. No z tym mnie wkurzył trochę. Przepisał jakieś leki, dwa tygodnie byłem w szpitalu na zamkniętym, tydzień na otwartym, wypisał mnie, podziękował i tyle, to było.” (W_6).
- „To tak nie bardzo pamiętam nawet, co tam się wydarzyło, ale z tego co pamiętam, to taki bierny był ten psychiatra, raczej bierny był taki. Nie pamiętam dokładnie, ale bierny był i nic z tego za bardzo no... nie wiem no. To był taki kontakt powierzchowny powiedzmy...” (W_7).

▪ **Asymetryczność relacji**

- „Chociaż raz zdarzyło się na oddziale psychiatrycznym, że jedna z pań psychiatrów, wyraziła się do mnie... Tam była, taka stresująca sytuacja, po prostu powiedziała wulgaryzm do mnie i nigdy mnie za to nie przeprosiła i to po prostu zapamiętałam. Też jedna pani, która była moim lekarzem prowadzącym powiedziała też, takie krzywdzące słowa do mnie: <Jeśli Pani sobie chce zmarnować życie, to je sobie Pani zmarnuje>, a ja powiedziałam: <To ja sobie zmarnuje...>.” (W_1).
- „W (...) było dużo gorzej niż na (...), o wiele. Lekarzy było chyba trzech na cały oddział. Tamci w ogóle ze mną nie rozmawiali. Na początku może z pół godziny, a ja tam byłam dwa tygodnie i no nie rozmawiali. Pielęgniarki i pamiętam pana pielęgniarza (...), też nie byli za mili. No traktowali nas wszystkich jak takich właśnie nie dość, że chorych to jeszcze nierozumnych ludzi.” (W_3).



- „To, że specjaliści są bardzo nieempatyczni, nieprzyjemni, traktują człowieka jakby był nierozumny albo głuchy, po prostu głupi. Żartują sobie, w taki wulgarny nawet czasami sposób. Typu, nie wiem, w ogóle no bluźnią, tak, zachowują się naprawdę wulgarnie i myślą, że nie wiem, to jest niezauważone albo traktują pacjenta bardzo z góry i tak... Nie tak jak należy traktować kogoś, bo myślę, że w szpitalu, takim jakim jest szpital psychiatryczny, to powinny pracować rzeczywiście empatyczne osoby, a nie takie, które tak traktują ludzi.” (W_3).
- „Problem też był tego, że pielęgniarki też traktowała pacjentów trochę na zasadzie zła koniecznego, że wtedy leki były wydawane na przykład szybko, bo był serial i pani pielęgniarka się bardzo spieszyła po to, żeby obejrzeć serial i po prostu wydawała leki bardzo szybko, przy czym z tego co wiem, to się pomyliła wtedy też w lekach.” (W_14).
- „No i też była taka sytuacja, że pani doktor nie dała mi, jakby będąc osobą, która jest lękowa, która potrzebuje jakby poleżeć w łóżku, bo miałem bardzo silne lęki, to pani doktor przysłała i stwierdziła, że w sumie leżę i jakby wywaliła mnie na patio, które było w szpitalu, żebym sobie pochodził dookoła.” (W_14).
- **Nieuwzględnianie opinii pacjenta**
 - „No jeśli chodzi o leki no to mi się wydaje, że 100% za silne leki dawali. Dawali dwa leki z maksymalną dawką, a ja brałem połowę tego i taki depresant, a oni mi dwa dali neuroleptyki plus trzeci jakiś teraz... To też dosyć duża dawka i to mnie ścina z nóg.” (W_10).
 - „(...) ale no oni trochę, trochę źle postąpili no bo ja.... Ten lek był nowością wtedy, ten (...), ja go dostałem w ramach programu, no i oni mi po prostu, jak to się tak mówi potocznie, pacjenci mówią, <śrutowali> maksymalną dawkę tego leku, 1200 mg tej substancji. No i ja miałem silny niepokój w nogach, bardzo silny. Ja dosłownie jak siedziałem, tak jak tu siedzę musiałem tam nogami ruszać, bo czułem taki po nogach niepokój, tak jakby, jakby to powiedzieć, prądy przechodziły po nogach... I po prostu ja mówiłem to i doktorowi (...) i pani doktor (...) i mówiłem to przez, bo byłem wtedy w szpitalu pięć czy sześć miesięcy i mówiłem przez trzy, cztery miesiące tak w kółko



o tym. No oni po prostu... no jak o ścianę mówić, no nie wiem czy nie wierzyli mi czy co... Także nie to, że bym miał ogromne pretensje, ale żał mi tego, że po prostu się 3-4 miesiące męczyłem, cierpiałem właśnie i mówiłem, prosiłem, błagałem jak... a oni nie chcieli słuchać.” (W_11).

▪ **Brak rozmów i przekazywania informacji na temat leczenia**

- „Raz nawet próbowałam z pewną panią doktor porozmawiać o tym, czy mogłybyśmy porozmawiać, o tym całym moim świecie wewnętrznych przeżyć... tych doznań, które miałam w czasie psychozy i czy mogłabym jej o tym powiedzieć, a ona powiedziała, że <nie, o tym nie trzeba rozmawiać, bo to nie jest ważne!> I jakby zostałam z tym znowu sama.” (W_1).
- „No właśnie, taka rozmowa czy z psychologiem czy z lekarzem. No a tam w ogóle, tam na tamtym oddziale było bardzo trudno dostać się do psychologa, do lekarza.” (W_2).
- „Pielęgniarki też jakoś specjalnie się mną nie interesowały. Po prostu podawały leki. Kazały brać te leki, no nikt nie tłumaczył co to jest, tylko pielęgniarki dawały tabletki, kazały je łykać i to wszystko.” (W_4).
- „No pierwsza hospitalizacja. No ja powiem szczerze, to jak mówię mi, to potrzebne była wtedy właśnie rozmowa w czasie tej choroby, a w tym szpitalu, to po prostu miałam wrażenie, że lekarza to się widzi jak biegnie... z gabinetu do drugiego, a cały pobyt w szpitalu to może miałam jedną rozmowę z tym lekarzem, a ja potrzebowałam tej rozmowy, potrzebowałam bardzo rozmowy, a w ogóle nie wiedziałam, co mi jest. Nikt mi nic nie wyjaśnił. W biegu lekarza zaczepiłam co mi jest, powiedział że zespół paranoidalny i tyle i poleciał dalej, tak. No to tak, trochę, trochę dziwnie.” (W_7).
- „Ja chciałem się ogólnie wypisać po tygodniu, czy tam od razu nie przyjąć się nawet do tego szpitala, to oni powiedzieli, że to jest konieczne i na drugi dzień mi przynieśli to pismo, żebym podpisał... No to podpisałem i oni ... tak jakby takie olewanie pacjenta bo... po prostu nie słuchali, nie chcieli zmienić dawki, nie chcieli mnie wypuścić z tego szpitala. Co tam jeszcze... Nakładali dużo leków innym pacjentom.



Też widziałem, że właśnie sanitariusz np. ciągnął za rękę panią, tak na podłodze nawet, do pasów potem przypinali” (W_10).

- „Też miałem problem z uzyskaniem tego, jakie leki biorę, był problem z uzyskaniem dostępu do lekarza, bo byłem na części zamkniętej, a lekarz był na części otwartej i trzeba było po prostu prosić się o to, żeby lekarz przyszedł...” (W_14).
- „...no i też był problem, tak jak mówiłem, ten kontakt z personelem i w kontakcie z lekarzami.” (W_14).

▪ **Brak empatii lekarzy i personelu medycznego**

- „No w ogóle tam terapeuci, którzy to nie byli psychologowie, ludzie po studiach, którzy się tam uczyli, tylko to były takie panie terapeutki, które tam jeszcze stare czasy, jakieś tam, nie wiem, pamiętały. Też w ogóle tak mnie tam źle traktowały. Nie chciały brać na spacer, bo się bały. No ja byłem, ja byłem po prostu w chorobie, potrzebowałem pomocy i ten lęk, to wszystkie moje problemy, psychozy no to lekarz mi tłumaczył to, że to jest... no niech pan wytrzyma, to jest... to tak się czułem, że to jest moja wina, jestem z tym sam. Nie miałem tam żadnej pomocy jeżeli chodzi o lekarzy...” (W_2).
- „Aluzja do po prostu, do tego, do historii, do tego, jak byli traktowani... społeczeństwo przez Trzecią Rzeszę - że nie mieli empatii. Tylko byli bardzo tacy źli, oschli i po prostu nie udzielali informacji, takich jakich by się oczekiwało, czy nawet nie powiedzieli o leku.” (W_9).

▪ **Empatia i ludzkie podejście lekarzy i personelu medycznego**

- „Pamiętam, że wyszłam ze szpitala i chyba po tygodniu znowu wróciłam i to było w nocy i pamiętam, że przybiegła do mnie taka pani pielęgniarka i mnie tak mocno przytuliła. Wiedziałam, że jej było, tak szkoda mnie po prostu. I ona mnie po prostu, tak przytuliła serdecznie i to było dla mnie takie ważne bardzo.” (W_1).
- „No to były takie naprawdę kobiety bardzo empatyczne (pielęgniarki – przyp. K.B.). Starły się pomóc tak jak mogły, porozmawiać jak płakałam. Jakoś mnie wesprzeć, powiedzieć, że nic mi nie grozi.” (W_3).



- „Pamiętam, że jak prosiłam o pomoc w jakiś tam dla mnie trudnych momentach, to na pewno panie pielęgniarki starały się jak najbardziej pomóc, czy łagodzić jakieś sytuacje sporne. Nie pamiętam, żeby nas zostawiły po prostu tam samych sobie i w ogóle na przykład nie próbowały pomóc.” (W_8).
- „Muszę przyznać, akurat ta pani doktor, to była pani (...), że ona akurat tak, jako psychiatra dziecięcy podeszła do mnie... dobrze podeszła. No to nie mogę na nią złego słowa powiedzieć po prostu. Zaopiekowała się mną, leczyła mnie, na początku i przed szpitalem i po szpitalu jak chodziłem do tej Poradni Zdrowia Psychicznego dla Dzieci i Młodzieży. I ona się tam mną zaopiekowała no i potem, tak jak mówię we wrześnieju już były pierwsze efekty takie pozytywne.” (W_11).
- „Przy czym po tym jak przeszedłem tą części pobytową, to miałem już lepszy dostęp do mojej pani doktor, przy czym pani doktor naprawdę mi bardzo dokładnie wyjaśniła na czym polega moja choroba i była bardzo miła, przy czym to była akurat doświadczona pani doktor. Akurat trafiłem do bardzo doświadczonej pani doktor, ale był też problem taki, że była taka młodsza pani doktor, która postu była bardzo niemiła, bardzo tak zachowywała się bardzo negatywnie do personelu.” (W_14).
- **Wysłuchanie i rozmowa**
 - „Ja wtedy poszłam do niego, to był ordynator właśnie <S-ki>. <Proszę mi powiedzieć, co się dzieje, mamy czas, proszę mi wszystko opowiedzieć>. Byłam mu bardzo za to wdzięczna, ponieważ właśnie on wtedy pozwolił na to, żebym mogła się wypowiedzieć. Zmienił mi też właśnie leczenie, chociaż nie uchroniło to przed nawrotem, ale też nie zostałam, tak odrzucona, po prostu przez tamtą panią doktor.” (W_1).
- **Odpowiedni dobór osób do sal**
 - „Na przykład były osoby, które były po... jak to się nazywa, kurczę, jak są na detoksie po prostu z alkoholem i oni byli związani na łózkach i bardzo mocno krzyczeli, co po prostu powodowało, że nie mogliśmy spać - pozostali pacjenci, tak. I po prostu takie osoby powinny być jakby trochę na inny oddział trafiać, bo jakby to powoduje, że



pozostałe osoby nie mogą spać to to nie sprzyja ogólnie atmosferze na oddziale.” (W_14).

- „Bo to też właśnie miałam taką sytuację, że leżałam po prostu na sali z chłopakiem, który miał... Akurat w tym przypadku był bardzo agresywny, tak więc jeżeli położyli w sali osobę agresywną z osobą lękową, to mogłoby to spowodować bardzo niedobre sprawy.” (W_14).
- „...byli chamscy. Ja leżałam na takiej sali, gdzie byli sami starsi faceci i źle na mnie wpływali. Na innej sali byli młodzi, ja chciałem się tam przenieść, ale powiedzieli, że nie.” (W_15).
- **„Właściwy – niewłaściwy” lekarz**
 - „Z pierwszego pobytu, na pewno trudność adaptacyjną na oddziale i niechęć tak naprawdę do lekarza, który wtedy jakoś tam był do mnie przypisany, czy ja do niego, której do dzisiaj nie umiem wyjaśnić, z jakiego powodu się u mnie rozrosła wtedy do jakiejś tam chyba nie wiem. Po prostu nie nadawałyśmy na pewno z panią doktor (...) na jednych falach, a właściwie wcale nie nadawałyśmy, bo ja jakoś nie chciałam w ogóle brać udziału we własnej terapii i dosyć długo trwało zanim dostałam innego lekarza...” (W_8).
 - „Na pewno bycie pod opieką lekarza, z którym się człowiek czuł bezpiecznie, z którym ja się czuję bezpiecznie i z którymi jakoś ten proces terapii szedł do przodu. Wracając do poprzedniej wypowiedzi, gdzie przez miesiąc czy półtora ja właściwie z lekarzem prowadzącym nie zamieniłam zdania, to chyba był jedyny negatywny tak naprawdę jakiś moment pobytu mojego w szpitalu.” (W_8).
 - „Trafiłem bardzo fajną panią doktor, trafiłem bardzo fajnego ordynatora, gdzie po prostu można było naprawdę porozmawiać. Można było się bardzo dużo dowiedzieć i trafiłem też bardzo fajną jakby trafiłem, jakby też bardzo fajną grupę”. (W_14).
 - „Później trafiłem na doktora (...), który jest teraz, do dzisiaj mnie prowadzi, który jest o niebo lepszy od tej pani doktor, o niebo lepszy. Człowiek ciekawy, rozmowny, a nie taki jak tamta pani. Moi rodzice są zadowoleni z tego Pana, bo do dzisiaj mnie leczy,



jestem zadowolony. Bardzo sympatyczny człowiek. Ja bardzo go lubię i szanuję.”
(W_15).

▪ **Przygotowanie do wyjścia – kompleksowa i niekompleksowa informacja przed wyjściem**

- „Gdy opuszczałem szpital dostałem oczywiście zalecenie przyjmowania leków w dalszym ciągu w taki sposób dawkowania jakie było wtedy ustalone. Dostałem również informację, że przy tego typu leku jak Lit należy pić bardzo wiele wody. To nie było dla mnie żadnym problemem, bo ogólnie piję dużo wody. Zalecane też mi było ruch oczywiście, bo to też dobrze wpływa na psychikę, a ja w tym czasie, jeżeli dobrze pamiętam byłem, miałem trochę nadwagi też, bo ogólnie w sytuacjach kiedy miałem manie raczej tyłem... Również miałem zalecenie dalszej opieki ambulatoryjnej, w związku z czym dalej chodziłem na wizytę już potem w przychodni, do tej samej pani doktor, która prowadziła mnie w późniejszym okresie podczas tej hospitalizacji. Jedyna rzecz, która nie była zarekomendowana, jeżeli dobrze pamiętam, wprost przez szpital to psychoterapia.” (W_13).
- „Nie byłem w ogóle wypuszczony w dobrej kondycji. Ja z domu z pokoju nie wychodziłem przez chyba dwa miesiące, tylko do toalety, czy tam przez trzy miesiące czy przez dwa miesiące z pokoju. Przez cztery miesiące w ogóle z domu nie wychodziłem, taki miałem lęk, taki miałem, takie miałem ciężkie stany, ja nie byłem w ogóle gotowy na to, żeby wyjść, ale zostałem wypisany... ale no właśnie mówię, no później stopniowo, stopniowo byłem, byłem... Bałem się wszystkiego cały czas, taki lęk i różne takie urojeniowe sprawy i dopiero, bo byłem wtedy jeszcze w przychodni na (...), dopiero z panią doktor (...) rozmawiałem i wróciłem do starych leków. Wróciłem do starych leków i stopniowo... to trwało gdzieś około roku czy półtora roku doszedłem do siebie po tym szpitalu właśnie...” (W_2).
- „No po wyjściu, to próbowałam wrócić do użycia zawodowego głównie. Tak, głównie próbowałam do życia zawodowego i w ogóle do życia wrócić, ale to nie takie proste jak człowiek choruje. Nie takie proste jest wrócić bez wsparcia, no bo faktycznie po szpitalu, to człowieka zostawiają bez wsparcia żadnego.” (W_6).

- „Nie, no nie było odpowiednie, bo ja nie byłam przygotowana w ogóle do tego wyjścia, bo jak mówię, żadnej informacji, co się ze mną dzieje. Co mogę dalej ze sobą zrobić? No po prostu wypuszczona ze szpitala, to jak się operację zrobi. No nie wiem, no i wychodzi człowiek do domu. No, nie wiem co powiedzieć no...” (W_7).

SYTUACJA PO HOSPITALIZACJI

Główne potrzeby badanych

- **Kontynuacja leczenia u tego samego lekarza**
- „Później już po szpitalu, po wypisaniu ze szpitala jestem, byłem w poradni pod opieką tej samej osoby, tego samego lekarza, tej osoby, tej pani, która prowadziła mnie w szpitalu. No i skutkiem tej..., tego pobytu, skutkiem tego pobytu byłem w bardzo dobrym zdrowiu później...” (W_13).
- „I też sytuacja taka, że jak byłem w poradni zdrowia psychicznego to, żeby bardziej lekarze zwracali uwagę na takie sytuacje, żeby nie było częstych zmian lekarza, bo miałem taką sytuację, że po prostu spadałem chyba z 5 razy do pani doktor, że najpierw miałem jednego lekarza, potem pani doktor odchodziła, potem miałem kolejnego, kolejnego i prostu w pewnym momencie pani doktor... Musiałem prostu opowiadać za każdym razem od początku o tym co po postu mi jest.” (W_14).

Otrzymane wsparcie i relacje z przedstawicielami opieki psychiatrycznej

- **Wsparcia na oddziale dziennym**
- „No po wyjściu ze szpitala na pewno nie byłem w stanie, takim jak bym chciał, bo to był taki stan bardzo przejściowy. Trafiłem wtedy też na oddział dzienny, gdzie też zupełnie to było nieporozumienie, bo tam w sumie nie było za bardzo zajęć tylko to było takie siedzenie 8-13 bodajże i tam kompletnie prostu zupełnie nic się tylko siedziało. Na koniec dnia pani doktor pytała, co tam robiliście? I to też po prostu było takie trochę bez sensu...” (W_14)



▪ **Odpowiedni i zaangażowany lekarz**

- „Po wyjściu ze szpitala, no nadal nie było ze mną dobrze. Bałam się bardzo chodzić do szkoły i wtedy rodzice zapisali mnie do innego lekarza, prywatnie. No i z panią doktor miałam od razu, od początku bardzo dobry kontakt. Ona tam faktycznie ze mną rozmawiała godzinę tygodniowo. No faktycznie zmieniła mi leki, ale skierowała mnie na nauczanie indywidualne. Załatwiła mi to nauczanie indywidualne. No i ona zaczęła mnie tak naprawdę leczyć, bo to był lekarz, ale jednak z nią rozmowy też pomagały i nie była taka, że tylko przepisywała mi leki. Z moimi rodzicami rozmawiała i wtedy zaczęli mnie bardziej rozumieć.” (W_3).
- „Natomiast jeżeli chodzi o sam temat opieki zdrowotnej już po tej hospitalizacji myślę, że spotykałem się najczęściej już przy późniejszych lekarzach też z dużym zrozumieniem mojego problemu. Chociaż była jedna osoba, pamiętam to było kilka lat temu, która nie bardzo była w stanie mi pomóc, nie bardzo była w stanie jakby dawać mi jakieś racjonalne tutaj propozycje, ale to był krótki okres to trwało kilka miesięcy potem ten lekarz był zmieniony.” (W_13).
- „...mama zauważyła tą jego pracę, podejście do pacjenta, no podejście takie jak... pan doktor (...) tak samo, tak samo, tak samo. Jak nie może to niżej, jak nie może, to jeszcze się zagłębia. Tak się zagłębia, zagłębia pan doktor, że musi wszystko wiedzieć, żeby powiedzieć kolejny krok, jak ma być.” (W_16).

▪ **Partnerskie relacje**

- „Po prostu ja szukałam cały czas. Dążę do znalezienia lekarza, który ma w sobie jakiś, to jest lekarz, nie tyle idealny, nie ma idealnych ludzi, lekarzy, psychoterapeutów, psychologów. Żeby ten lekarz po prostu wiedział co robi i zachował przy tym wysoki profesjonalizm oraz odruch ludzki.” (W_9).
- [Poniższa sytuacja miała miejsce na oddziale dziennym w jednym z NZOZ-ów – przyp. KB]
- „Była wtedy rozmowa z panią ordynator, ona powiedziała wtedy, obawiała się czy nie musi mnie odesłać na (do szpitala – przyp. K.B.), na pobyt całodobowy, natomiast ja



powiedziałem, poprosiłem: proszę dać mi szansę, spróbujmy ten kryzys zażegnać tutaj. No i to się powiodło.” (W_13).

- „Mój lekarz też ma swój, taki jakby swój styl leczenia. Od innych się różni jak słyszę. Nie faszeruje mnie tyle lekami, co inni lekarze. Daje mi większą swobodę. No to jednak się wiąże z tym, z odpowiedzialnością, że muszę poinformować o stanie zdrowia, o tym czy się coś zmienia ewentualnie. Sam muszę obserwować, co się ze mną dzieje czy... jak leki na mnie działają. Szczerze mówiąc, wolę taką metodę niż jakbym mi lekarz miał to mówić i lekarz decydować, jakie leki przyjmować i faszerować tymi lekami, tak jak osoby, które znam, które się leczą.” (W_19).

- **Nieuwzględniania opinii pacjenta**

- „Ja u niej byłem w poradni na (...) w szpitalu i tam była taka sytuacja, że ja byłem pierwszy raz na wizycie. Też dokładnie... bo to było parę lat temu, ale tak dokładnie nie pamiętam, ale no było tak, że no ja nie chciałem się przed nią mądrować, nic tam broń Boże, ale no chciałem coś powiedzieć a propos tego leczenia, tych moich leków. Ona do mnie: ◀proszę pana, to ja skończyłam studia, to ja się tego wyuczyłam, to ja... ➤, że ona skończyła studia i wie najlepiej... Po prostu ona tak z pozycji boga, tak do mnie podeszła.” (W_11).

- **Rutyna**

- „No wydaje mi się, że lekarz z każdą kolejną wizytą coraz bardziej mnie poznawał, ale to nie było jakieś tam głębokie, głębokie zagłębianie się w moje uczucia, czy jakieś tam głębsze zainteresowanie moją osobą? To były za każdą wizytą były te same rutynowe pytania, co u mnie słyszać, co się u mnie dzieje? Jak się czuję? To Wszystko.” (W_4).

- **Wsparcie instytucji i organizacji pomostowych**

- „Znaczący z dzisiejszej perspektywy, to wydaje mi się, że dobrze, jakbym trafił do (...) tuż po wyjściu ze szpitala, bo w (...) zagwarantowano mi to, że miałem codziennie zajęcia. Miałem nową grupę znajomych i nauczyłem się nowych rzeczy, a niestety



- o (...) lekarz powiedział mi dobre kilka, kilkanaście... no dobry rok... zaraz... no kilka, kilkanaście miesięcy po wyjściu.” (W_4).
- „...do (...) trafiłem 20 lat za późno, tak jak już byłem praktycznie na ścieżce po (...). Dobrze, że do tego (...) trafiłem, bo przedtem też ciężko no... Bardziej chyba wyciągnęły mnie te stowarzyszenia niż państwowa służba zdrowia. Tak mi się wydaje. Nie mówię o lekach, bo leki no to wiadomo... w stowarzyszeniu nikt nie przepisze leków. No ale chodzi o tą terapię...
 - W (...) miałem po 20 latach pierwszą terapię i od razu wszedłem na rynek pracy, a przed terapią 20 lat siedziałem w domu praktycznie... i było problemem dla mnie wyjście do bankomatu, a co omówić o staraniu się o pracę. No tak to wyglądało, że bez wsparcia, to ciężko było po prostu bez terapii zafunkcjonować. No to jak wyglądało moje życie po wyjściu ze szpitala 20 lat siedzenia w domu. Może przesadziłem, ale 15 lat, 10 lat.” (W_6).
 - „Tak, a to była właśnie najlepsza pomoc w tym momencie. W całym chorowaniu, to była najlepsza pomoc, która powodowała, że zaczynałam powoli stawać na nogi, od tego momentu właśnie. Kiedy przyszłam do (...) tutaj. Powolutku, powolutku zaczęłam stawać na nogi...” (W_7).
 - „No ja byłam akurat w tej grupie szczęśliwej, że trafiłam do (...) pod opiekę doktor (...), więc właściwie, to dostałam więcej niż potrzebowałam. Wszyscy, którzy byli po szpitalu, w tym dziennym ośrodku, to myślę, że taką opiekę nie dość, że profesjonalną psychiatryczno-psychologiczną, to właściwie jak w domu byliśmy zaopiekowani. Lepiej chyba mieliśmy niż... opiekę mieliśmy lepszą niż w domach.” (W_8).
 - „No i też dobrze wspominał, oprócz tego takiego stacjonarnego szpitala, to jest taki pobyt dzienny w (...) i tam miałam kilka..., byłam dwa razy, ale po prostu tam też właśnie po prostu po wyjściu właśnie z tego ostatniego szpitala..., to byłam właśnie w tym na pobycie dziennym. I tam też tylko była kontynuacja zdrowienia i też pomoc, taka psychologiczna bardziej, bo tam w szpitalu, no to dużo było pacjentów, a tutaj po prostu, to też było grupowo, ale też było indywidualne po prostu no spotkania z psychologiem...” (W_12).

- „No tak uważam, że teraz jest o wiele lepiej i też po prostu ci wszyscy specjaliści, z którymi teraz współpracuję są naprawdę bardzo tacy empatyczni. Życzliwość no to ona w ogóle, ale no też tacy wrażliwi na czyjeś problemy, potrzeby. I też po prostu dla mnie na przykład osobiście, zresztą nikt w rodzinie nikt mi nic nie powiedział czy nawet tam prostu, że jest, że ktoś jest dumny ze mnie... dla mnie po prostu to jest takie właśnie takie dowartościowywanie człowieka... też pokazywanie dróg i po prostu...” (W_12).
- „...chyba lepszy porządek dnia był, ano się wstawało, wyskakiwało się z łóżka, szykowało, coś tam zjadło, bo mama zrobiła kanapki i herbatę i biegło się do (...), a teraz z kolei wieczorem wracam.” (W_17).

Tabela 1. Zestawienie zidentyfikowanych kategorii.

	PRZED HOSPITALIZACJĄ	W TRAKCIE HOSPITALIZACJI	PO HOSPITALIZACJI
POTRZEBY	<p>Dostrzeżenie problemu przez bliski i/lub pracowników szkoły oraz podjęcie odpowiedniego działania.</p> <p>Wyjaśnienie i zrozumienie sytuacji oraz potrzeba rozmowy.</p> <p>Wsparcie bliskich osób.</p>	<p>(Brak) rozmów wprowadzających i wyjaśniających sytuację związaną z hospitalizacją.</p> <p>Zabezpieczenia podstawowych potrzeb.</p> <p>Rozmowy i terapii.</p> <p>Trafienia na lekarza z powołania.</p> <p>Kompleksowego wsparcia.</p>	<p>Kontynuacja leczenia u tego samego lekarza.</p>
OTRZYMANE WSPARCIE I RELACJE Z OPIEKĄ PSYCHAITRYCZNĄ	<p>Właściwy lekarz i właściwa relacja – zrozumienie, rozmowa, empatia, człowieczeństwo.</p>	<p>Rutyna i mechaniczne podejście do pacjenta.</p> <p>Asymetryczność relacji.</p> <p>Nieuwzględnianie opinii</p>	<p>Wsparcia na oddziale dziennym.</p> <p>Odpowiedni i zaangażowany lekarz.</p>



	Niewłaściwa relacja – rutyna i brak wysłuchania pacjenta.	pacjenta. Brak rozmów i przekazywania informacji na temat leczenia. Brak empatii lekarzy i personelu medycznego. Empatia i ludzkie podejście lekarzy i personelu medycznego. Wysłuchanie i rozmowa. Odpowiedni dobór osób do sal. „Właściwy – niewłaściwy” lekarz. Przygotowanie do wyjścia – kompleksowa i niekompleksowa informacja przed wyjściem.	Partnerskie relacje. Nieuwzględniania opinii pacjenta. Rutyna. Wsparcie instytucji i organizacji pomostowych.
--	-----------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Źródło. Opracowanie własne.

SUGESTIE I REKOMENDACJE BADANYCH

- **Potrzeba rozmowy, wsparcia i wyjaśnienia – lekarz, asystent zdrowienia**
 - „Znaczy na pewno też brakowało mi osoby, która by się mną jakoś zajęła, która by ze mną rozmawiała i czułam się tam bardzo samotna. Nikt też nie powiedział mi nie, nie zaprowadził, nie oprowadzi mnie po tym szpitalu na przykład nie powiedział, gdzie jest toaleta, gdzie jest jakaś sala, jakie będą zajęcia? Nie pamiętam tego w każdym bądź razie. Wszystko to musiałam eksplorować jakoś sama. Najbardziej zabrakło mi też może takiej osoby, którą teraz, którą, których teraz rolę pełnią asystenci zdrowienia właśnie.” (W_1).
 - „Chociaż na pewno wiele jest jeszcze do zmiany, może przede wszystkim to, że lekarze mają rzeczywiście przez tą biurokrację za mało czasu dla nas. Brakuje rozmów, brakuje tego właśnie... ja bym bardzo widziała tę relację dla zdrowienia, że jest potrzebna tak bardzo. Potrzebna w sensie zdrowienia właśnie w szpitalach, bo brakuje osób, które podtrzymałyby za rękę...” (W_1).



- „No więcej tych rozmów jednak, bo jak można człowiekowi postawić diagnozę, jak się widziało dwa razy po 20 minut... i później tak naprawdę nie wiedziałam nadal o co chodzi, co mi jest i jak sobie z tym poradzić. Nie, nie dali mi żadnych takich wskazówek. No powiedzieli, że ja mam się jakoś nauczyć z tym żyć i brać leki. No głównie tego brakowało, właśnie tych rozmów z lekarzami, bo był pamiętam, był tam taki jeden lekarz, który częściej brał pacjentów na rozmowę i na dłuższe rozmowy. No mój lekarz prowadzący, tak po prostu sobie olewał sprawę.” (W_3).
- „No z tego co pamiętam, to wydaje mi się, że zabrakło mi właśnie tego wytłumaczenia. Wytłumaczenia, co zdaniem lekarza mi dolega, co może być tego przyczyną? I to było jakoś takie tylko skrócone do wywiadu i przepisania mi leków, więc mógłby... mógłby lekarz mi więcej wytłumaczyć, co jego zdaniem się ze mną dzieje, jaka jest jego zdaniem diagnoza i jak należy mną pokierować, żeby nastąpiła poprawa mojego stanu zdrowia.” (W_4).
- „No fajnie by było jakby też pielęgniarki tłumaczyły, czy lekarze co mi podają, na co to jest, jakie mogą być skutki uboczne.” (W_4).
- „Takie bardziej wsluchanie się może takie bardziej... To troszkę wsluchanie się i takie może... chęć zmiany takiej, nie wiem, na przykład leków...” (W_5).
- „No to no, to chyba właśnie tej indywidualnej pomocy psychologicznej może bardziej albo psychiatrycznej też, tak. Bardziej indywidualnego też podejścia, trochę jednak do pacjenta niż tylko te grupowe.” (W_6).
- „No właśnie ten kontakt z psychologiem się wydaje, żeby był ważny, żeby rozmawiać, rozmawiać, rozmawiać o tym, co się wydarzyło. Na czym ta choroba polega? Tak, tak. Żeby wyjaśnili wszystko co się dzieje.” (W_7).
- „Ważnym jest, żeby zaopiekować się pacjentem właśnie. Nie tak pochopnie go tak... po prostu te leki mu pakować i tak go zostawić samemu sobie. Tylko po prostu się zaopiekować nim troszkę, na początku przynajmniej. Wskazać mu różne możliwości i gdzie można znaleźć psychoterapię, psychologa, gdzie można pójść na jakieś zajęcia grupowe, trochę go doinformować, wydaje mi się.” (W_7).
- „Rozmowy z... rozmowy psychologa, przede wszystkim rozmowy. Terapia zajęciowa sama w sobie jest dobra, ale powinna być rozmowa z psychologiem, ponieważ nie



każdy z nas jest w stanie powiedzieć na obchodzie, że tęskni za domem, że dom jest jego bezpiecznym miejscem.” (W_9).

- „Myślę, że takie mniejsze dawki tych leków i bardziej takie rozmowy na tematy psychologiczne bardziej. Co ten lek robi, jak reaguje organizm na niego, jak można sobie poradzić z trudniejszymi momentami i ogólnie czego można się spodziewać po tym leku też, jakby skutków ubocznych czy jak on wchodzi w interakcje z innymi lekami...” (W_10).

- **Zmiana postaw lekarzy**

- „Myślę, że też, to co chciałabym powiedzieć, że brak czasami takiej serdeczności ze strony lekarzy wobec pacjentów, za bardzo się mijamy na tym korytarzu, że oni czasem mogliby do nas coś zagadać na przykład tak... Widzę, że się pani dzisiaj źle czuje, czy coś takiego powiedzieć. Brakuje czegoś takiego, że oni są w swojej roli, a my jesteśmy w swojej roli i po prostu brakuje takiej serdeczności, tak mi się wydaje, czy jakiegoś życzliwego uśmiechu.” (W_1).
- „Tak jak mówię, to było 10 lat temu, no zmieniłbym, zmieniłbym w ogóle, no podejście pacjenta. Bo tak jak na przykład leżałem (...), to inaczej w ogóle to wszystko funkcjonuje i wygląda... Tam jest naprawdę rozmowa co 2 dni czy codziennie z lekarzem czy z psychologiem, czy jest obchód wieczorny, lekarz dyżurny chodzi, pyta się jak się czuję wszystko, a tutaj w ogóle to no wolnoamerykanka...” (W_2).
- „...bo myślę, że w szpitalu, takim jakim jest szpital psychiatryczny, to powinny pracować rzeczywiście empatyczne osoby, no a nie takie, które tak traktują ludzi.” (W_3).
- „No to może informacji mi brakowało jakiejś, może nawet od samego lekarza, tak? Jakieś skierowanie, tak jak mówisz, na dalszą terapię czy tam jakieś zalecenia, jakieś pokazanie, że przyszłość istnieje, a nie tylko wmawianie, że do końca życia pan jest chory na tą chorobę. No to, no takie jest przekonanie wśród lekarzy.” (W_6).
- „Na poprawę, to właśnie więcej aktywności, organizacji czasu. Lekarz, żeby po prostu był dla pacjenta, nie w tym gabinecie się zamknie i tam robi nie wiadomo co. Żeby były dla pacjenta, tak, a nie tam po prostu, nie wiem, w wypisie się dowiadujesz, co ci



dolega, co tam za leki masz brać, na czym polega działanie tych leków w ogóle.” (W_7).

- „Ja chciałbym jedynie powiedzieć na koniec, że po prostu tak jak przez tyle lat, leczę się już 25 lat na tą całą schizofrenię i tak jak trafiałem na różnych lekarzy, to chciałbym bardzo, żeby... chciałbym, tak mi się marzy, że tak powiem, żeby lekarze nie traktowali pacjentów tak bardzo z góry, bo zdarzają się tacy lekarze, którzy traktują pacjentów jak... z pozycji boga, że oni są po prostu jak bogowie, że po prostu, że wszystko wiedzą najlepiej. Przecież, moim zdaniem i też zdaniem moich znajomych też chorujących na schizofrenię i inne choroby psychiczne, o tym, kto jak się czuje psychicznie to wie dana, konkretna osoba.” (W_11).
- „To znaczy, ja bym poradziła specjalistom, że... po prostu, żeby zakładali, że nie są bogami, tak. Że to nie oni są bogami...” (W_20).

▪ **Zmiana postaw personelu medycznego**

- „Odruch ludzki pielęgniarek, bo to one są 24 godziny.” (W_9).
- „I też personel mógłby bardziej właśnie jakby być miły w kwestii udostępniania prysznic.” (W_14).
- „Osoby, które są w rejestracjach mogłyby też być trochę miłsze, bo czasami po prostu, jak się zapyta o pewne rzeczy, to naprawdę ciężko uzyskać jest informacje i na przykład też mam czasem wrażenie, że po prostu się im przeszkadza.” (W_14).

▪ **Psychoterapia i psychoedukacja w trakcie i po hospitalizacji dla pacjenta i rodziny**

- „Aha, po tej pierwszej.. po tym pierwszym wyjściu ze szpitala potrzebowałam psychoterapii. Na pewno potrzebowałam psychoedukacji większej, większego wsparcia po prostu. Większego wsparcia, zaznajomienia też z chorobą z konsekwencjami tego, co może przynieść niebranie leków.” (W_1).
- „Po prostu cała rodzina postawiona została w takiej sytuacji, nawet w takiej sytuacji, której nie rozumiała po prostu i nie było osoby, która... czy jakiegoś wsparcia ze strony jakiegoś jakiejś grupy utworzonej, gdzie moglibyśmy właśnie chodzić, jako



rodzina i dostawać wsparcie, czy to w formie terapii rodzinnej, czy to w formie psychoedukacji albo jakiegoś wsparcia rodzinnego...” (W_1).

- „To wszystko było w porządku, wydaje mi się oprócz tej psychoterapii myślę, no bo zajęcia tak to w porządku wszystkie są: te muzykoterapie, te zajęcia indywidualne, malarskie. Tam podejście psychiatrów też jest w porządku, tylko no brakuje chyba tej indywidualnej psychoterapii.” (W_6).
- „No to może informacji mi brakowało jakiejś, może nawet od samego lekarza, tak? Jakieś skierowanie, tak jak mówisz, na dalszą terapię czy tam jakieś zalecenia, jakieś pokazanie, że przyszłość istnieje, a nie tylko wmawianie, że do końca życia pan jest chory na tą chorobę. No to, no takie jest przekonanie wśród lekarzy.” (W_6).
- „I taka, przynajmniej jakaś indywidualna psychoterapia jednodniowa na przykład. Żeby raz dziennie. Czy po prostu, bo psychoterapia da, po prostu działa wiele.” (W_9).
- „Moim zdaniem powinna być psychoterapia dla rodzin, które mają, są na utrzymaniu jednego domownika lub mają gorszy status materialny, żeby ta psychoterapia była dla nich darmowa i zaczynała się już w szpitalu jedną, dwiema konsultacjami, bo najwięcej daje rozmowa. Nawet, jeżeli sama osoba dotknięta nie powie wszystkiego, to może to powiedzieć domownik, który tego doświadcza.” (W_9).
- „Korzystałem z tego, to było dla mnie kluczowe, bo równoległa farmakoterapia i psychoterapia dały dużo lepsze efekty niż leczenie farmakologiczne wyłącznie, dawniej. Natomiast nie było to wprost rekomendacją ze strony szpitala, bardziej to był efekt dociekań moich rodziców, mojej mamy konkretnie.” (W_13).
- **Uważność na różnicowanie chorób i dolegliwości pacjentów**
 - „Co mogłoby wyglądać inaczej, żeby to wsparcie było dla mnie dobre. Hmm na pewno, nie wiem czy to jest możliwe, ale na pewno fajnie by było, jakby były dobrane odpowiednio osoby pod kątem możliwości takich intelektualnych i stanu, w jakim się znajdują w szpitalu, żeby te osoby znajdowały się w pokojach, te w lepszym stanie w jednych pokojach, w gorszym stanie w innych pokojach. Ja byłem z osobami i w gorszym stanie i w lepszym.” (W_4).



- „I na pewno lekarze też powinni bardziej zwracać uwagę na to, żeby osoby, które są właśnie lękowe, mają depresję, żeby tak bardziej pozwolić im leżeć i na pewno też powinni personel zwracać bardziej uwagę... powinien zwracać uwagę na to, jaki typ choroby ktoś ma, tak. Po prostu nie kłaść na sali na przykład osób, które są... które mają duży rozpęd, mają tę chorobę... na przykład są w mani z osobami, które mają depresję.” (W_14).
- **Leczenie na oddziałach dziennych**
 - „Na pewno pewne schorzenia, takie jak u mnie, powinny na pewno być leczone krócej na oddziałach całodobowych. Bardziej tak jak ja jestem osobą, która jest lękowa, zależna, jest osobą, która ma lęki, to bardziej. To się nadaje, jeżeli jest ustabilizowana, to bardziej do leczenia takiego dziennego, niż leczenia na hospitalizacji.” (W_14).
- **Wyjazdy terapeutyczne**
 - „Tego powinno być..., bo bardzo dużo się działo, takich rzeczy uzdrawiających w relacjach ze specjalistami na wyjazdach. Można było bardzo dużo dostać, tak. Bardzo dużo miłości można było dostać i poznać też specjalistów jako ludzi.” (W_20).
- **Rekomendacja skorzystania ze wsparcia instytucji i organizacji pomostowych**
 - „Znaczący z dzisiejszej perspektywy, to wydaje mi się, że dobrze jakbym trafił do (...) tuż po wyjściu ze szpitala, bo w (...) zagwarantowano mi to, że miałem codziennie zajęcie. Miałem nową grupę znajomych i nauczyłem się nowych rzeczy, a niestety o (...) lekarz powiedział mi dobre kilka, kilkanaście... no dobry rok.. zaraz... no kilka, kilkanaście miesięcy po wyjściu.” (W_4).
 - „Mi się wydaje, że no... faktycznie może przenieść ten ciężar, na takie instytucje jak właśnie (...), nie? Jeśli państwo nie potrafi sobie z tym poradzić, no to może faktycznie lepiej dofinansować takie stowarzyszenia. Nie?” (W_6).
 - „Czego brakuje? To tak jak powiedziałem, no to takich stowarzyszeń na przykład może brakuje, które by wprowadzały człowieka w normalne życie, a nie ładowały



w niego leki nie przez 3 tygodnie, tylko przez kilka lat, czy tam przez kilkadziesiąt lat. No i taki człowiek chodzić raz na miesiąc, czy tam raz na 3 miesiące do tego lekarza i kilkadziesiąt lat to się ciągnie, a to powinno być tak jak mówię, 3 tygodnie sprowadzenie kogoś na ziemię, pokazanie mu na czym rzecz polega i wrzucenie go do ich grupy, resocjalizacja, tak jak się więźniów resocjalizuje, powinno się chorego zresocjalizować.” (W_6).

- „Ważnym jest, żeby zaopiekować się pacjentem właśnie. Nie tak pochopnie go tak... po prostu te leki mu pakować i tak go zostawić samemu sobie. Tylko po prostu się zaopiekować nim troszkę, na początku przynajmniej. Wskazać mu różne możliwości i gdzie można znaleźć psychoterapię, psychologa, gdzie można pójść na jakieś zajęcia grupowe, trochę go doinformować, wydaje mi się.” (W_7).

- **Restytucja przez miłość**

- „Na pewno chciałbym dodać, że resuscytacja przez miłość to jest bardzo skuteczny środek do powrotu do normalności i resuscytacja przez pracę i powrót do normalnego życia, a nie przez siedzenie kilkadziesiąt lat w domu i szpikować kogoś lekami. No takie by było moje podsumowanie. Lepiej kogoś restytuować przez normalność, a nie wmawiać mu, że nigdy nie będzie normalnie i kilkadziesiąt lat go trzymać w domu i zarabiać na nim szpikując mu leki, które kosztują kilka tysięcy miesięcznie i państwo dopłaca kilka tysięcy do niego miesięcznie praktycznie mu nie pomagając.” (W_6).

REFLEKSJE BADACZEK PROWADZĄCYCH WYWIADY

Badaczki zapytane o swoje refleksje z przeprowadzonych wywiadów, w pierwszej kolejności zwróciły uwagę na trudności w zrekrutowaniu uczestników. Wskazywały, że choroby psychiczne wiążą się z wysokim poziomem stygmatyzacji, w związku z powyższym nawet członkowie stowarzyszenia, z którymi na co dzień się widzą i rozmawiają, ze znacznymi obawami podchodzili do wywiadów, które miały zostać nagrywane. Potencjalni badani obawiali się, że ich wizerunek zostanie upubliczniony i ktoś ze znajomych dowie się o ich

chorobie. Badaczki zwróciły uwagę także na zróżnicowanie rozmów. Ich zdaniem jakość wywiadów w znacznym stopniu zależała od kondycji psychofizycznej badanych.

W trakcie spotkania podsumowującego fazę terenową, badaczki poproszono także o sformułowanie trzech głównych wniosków z rozmów, które przeprowadziły z osobami doświadczającymi chorób psychicznych. Wnioski te przedstawione zostały w poniższej tabeli.

Tabela 2. Główne wnioski badaczek ze zrealizowanych wywiadów.

BADACZKA 1	BADACZKA 2
<ol style="list-style-type: none">1. Niewystarczająca ilość czasu przeznaczana na kontakt i rozmowę z pacjentem.2. Niesłuchanie pacjentów ze zrozumieniem i sercem.3. Brak empatii – „ludzkiej empatii – pacjent to nie tylko pacjent, ale i istota ludzka.”.	<ol style="list-style-type: none">1. Niewystarczająca ilość czasu poświęcana na rozmowę z pacjentem – za mało, a czasami nawet brak kontaktu ze specjalistami w trakcie hospitalizacji.2. Brak empatii i słuchania ze zrozumieniem – „tu rozwiązaniem mógłby być otwarty dialog lub reanimacja emocjonalna”.3. Trafienie/Znalezienie odpowiedniego (empatycznego) specjalisty jako jeden z ważniejszych elementów – „szczęście spotkania właściwego specjalisty”.

Źródło. Opracowanie własne.

Badaczki uzasadniając powyższe wnioski wskazywały, że osoby chorujące, „...to są ludzie cierpiący i zranieni, którzy potrzebują rozmowy, wysłuchania i zrozumienia”, na co specjalistom często brakuje czasu. Prowadzące wywiady zaznaczały, że do hospitalizacji dochodzi zwykle w stanach nagłych i cała procedura odbywa się według następującego schematu: „izba przyjęć – szpital – zalekowanie”. W modelu tym brakuje czasu na rozmowę. Badaczki i sami badani zdają sobie sprawę, że sytuacja ta – brak czasu na rozmowę z pacjentem – wynika z niewystarczających środków finansowych oraz rozwiniętej biurokracji, w której „lekarze też są trybikami”. Niemniej jednak podkreślały, że z perspektywy pacjenta ważne jest, aby specjalista mógł „...po prostu pobyc i posiedzieć z pacjentem”, „...aby lekarz wysłuchał, tego co ma do powiedzenia pacjent”.

Badaczki wskazywały również, że często pacjenci mają trudności z komunikacją, a specjaliści nie starają się im pomóc w przełamaniu tych barier. Co więcej, część



specjalistów nie dopuszcza słuchania pacjentów, „...bo on – lekarz – wie lepiej ode mnie. Wie lepiej, co się ze mną dzieje. Nie chce się zniżyć do poziomu pacjenta”. Natomiast refleksją badaczek z rozmów z pacjentami, było stwierdzenie, że „lekarz nigdy nie jest mądrzejszy od pacjenta”.

Prowadzące wywiady przywoływały także pojedyncze historie badanych, które ich zdaniem wskazywały wręcz na łamanie praw człowieka. Jednym z takich przykładów była historia kobiety, która została umieszczona przez narzeczonego w szpitalu psychiatrycznym w obcym mieście. Jak wskazywały badaczki, nikt ze szpitala nie chciał z nią rozmawiać, przez kilka miesięcy nie miała też możliwości skontaktowania się z rodziną. Jedna z prowadzących wywiady podsumowała to w następujący sposób: „Historia z horroru... Człowieka nie ma! Wepchnięta w maszynę szpitalną przez kilka miesięcy nie mogła się skontaktować z rodziną”. Druga z badaczek przywoływała przykłady, w których stosowano przemoc fizyczną i więzono pacjentów w pasy. Jej zdaniem z pacjentem należy porozmawiać, pobyc i zrozumieć, co się dzieje, a nie stosować takie środki.

Refleksje badaczek ze zrealizowanych przez nie rozmów podsumować można krótko: więcej czasu, więcej rozmów, więcej słuchania, więc empatii i człowieczeństwa.

PODSUMOWANIE

Zamiast klasycznego podsumowania, w oparciu o uzyskane informacje od naszych badanych, poniżej prezentujemy hipotetyczny i modelowy scenariusz sytuacji młodej osoby zmagającej się z trudnościami psychicznymi w podziale na trzy analizowane przez nas momenty. Innymi słowy jest to opis idealnej sytuacji z idealnego świata, który prawdopodobnie preferowałiby nasi rozmówcy. Wszakże jest to próba syntetycznego opisu ich narracji.

Przede wszystkim w idealnym świecie rodzice, opiekunowie, nauczyciele, rówieśnicy, społeczeństwo – są bardziej świadomi istnienia chorób psychicznych, a tym samym trudności młodej osoby zostają szybciej dostrzeżone i otrzymuje ona odpowiednie wsparcie wraz ze zrozumieniem. Świadomość społeczna sprawia, że cała sytuacja nie jest obarczona ryzykiem wysokiego poziomu stygmatyzacji.



Gdy niezbędna jest hospitalizacja, pacjent jest odpowiednio wprowadzany w nową sytuację, zaspokajane są także jego najważniejsze potrzeby. Opieką zostaje objęta także jego rodzina, której wyjaśnione zostaje, co się dzieje z chorym, a w razie konieczności rodzina objęta zostaje stosowną opieką np. terapią. Pacjent na swojej drodze spotyka „lekarza z powołania”, który jest w stanie poświęcić mu odpowiednią ilość czasu – wysłuchać, a także wyjaśnić, co jego zdaniem się z nim dzieje. W dalszej kolejności specjalista wyjaśnia, jakie leczenie proponuje i dlaczego. Pacjent w szpitalu spotyka się także z empatycznym podejściem pozostałego personelu medycznego. Sam pobyt nie jest zbyt długi, a po ustabilizowaniu sytuacji pacjent opuszcza szpital. Ma możliwość spotkania się z lekarzem prowadzącym w poradni, co pozytywnie wpływa na proces zdrowienia. Przy wyjściu otrzymał także informacje o instytucjach i organizacjach wspierających osoby po kryzysie. W miejscu tym – w odpowiedniej atmosferze i przy wsparciu empatycznych specjalistów – pacjent w swoim tempie kontynuuje proces zdrowienia.

Powyższy opis jest próbą syntetycznego przedstawienia wniosków wynikających z przeprowadzonego rozmów.