



ESTETISK VÅRDMILJÖ

En litteraturstudie om miljö, hälsa, perspektiv och målgrupper

**Författare: Susan Sova
Handledare: Inger Sandén**

**Enskilt arbete 10 poäng, fördjupningsnivå I
Omvårdnad 41 - 60 poäng**

**Institutionen för omvårdnad
Mars 2003**

Arbetets titel: Estetisk vårdmiljö. En litteraturstudie om miljö, hälsa, perspektiv och målgrupper
Aesthetic caring environment. A literature review about environment, health, perspectives and target groups

Författare: Susan Sova

Handledare: Inger Sandén

Institution: Institutionen för omvårdnad, Högskolan i Trollhättan/Uddevalla

Arbetets art: Enskilt arbete i omvårdnad, fördjupningsnivå I

Antal sidor: 38

Kurs: Fristående kurs i omvårdnad 41 – 60 poäng

Datum: Mars 2003

ABSTRACT

Earlier studies have shown that there is a connection between an aesthetic caring environment and different aesthetic ways of expression and health. The aim of this study was threefold: to describe which relations earlier studies had found between aesthetic caring environment and health, from whose perspective the literature described the relations and to which target groups the literature turned to. The study was based on a literature review and a content analysis was utilised.

The results, based on 11 studies, showed that people experience the aesthetic caring environment as positive and leading to health if it reminds them of their own homes. An aesthetic caring environment that involves the same aspects as your own home, such as art and familiar decoration through things and furniture, increase your sense of well-being and recognition. Seven of the studies had a health care perspective and eight of the studies had a patient perspective. Seven of the studies turned to target groups in nursing care. Three of the studies turned to both nursing care and those who plan, restrain and design caring environments. If aesthetic changes are to be done in a caring environment there must be a communication between both professionals in nursing care and those who design environments.

Keywords: Aesthetic caring environment, connection, health, perspective, target groups

Nyckelord: Estetisk vårdmiljö, hälsa, målgrupper, perspektiv, samband

INNEHÅLL

| | |
|---|----|
| 1. INLEDNING | 1 |
| 2. BAKGRUND | 1 |
| 2.1 Den estetiska vårdmiljöns betydelse för hälsa | 2 |
| 2.1.1 Estetik | 2 |
| 2.1.2 Miljö | 2 |
| 2.1.2.1 Fysiska aspekter i miljön | 3 |
| 2.1.2.2 Vårdmiljö | 3 |
| 2.1.2.3 Arbetsmiljö | 4 |
| 2.1.3 Hälsa | 4 |
| 2.1.4 God vård | 5 |
| 2.2 Estetisk vårdmiljö och hälsa | 5 |
| 2.2.1 Samband mellan vårdmiljö och patient- och vårdarrelationen | 5 |
| 2.2.2 Antroposofisk syn på sambandet mellan miljö och hälsa | 6 |
| 2.2.3 Hemlik miljö och hälsa | 7 |
| 2.2.4 Miljö och hälsa i omvårdnad | 8 |
| 3 PROBLEMMOMRÅDE | 9 |
| 4 FRÅGESTÄLLNINGAR | 10 |
| 5 SYFTE | 10 |
| 6 METOD | 10 |
| 6.1 Material | 11 |
| 6.2 Urval | 11 |
| 6.3 Analys | 15 |
| 7 RESULTAT | 16 |
| 7.1 Samband mellan estetisk vårdmiljö och hälsa | 16 |

| | |
|---|----|
| 7.1.1 Sambandet mellan de estetiska uttryckssätten och hälsa | 17 |
| 7.1.1.1 Sambandet mellan konst och hälsa | 17 |
| 7.1.1.2 Sambandet mellan musik/sång och hälsa | 18 |
| 7.1.1.3 Sambandet mellan dans och hälsa | 18 |
| 7.2 Sambandet mellan tiden i vårdmiljön och hälsa | 19 |
| 7.3 Sambandet mellan vårdarens roll i vårdmiljön och hälsa | 19 |
| 7.4 Sambandet mellan säkerhet i vårdmiljön och hälsa | 20 |
| 7.5 Sambandet mellan hemlik vårdmiljö och hälsa | 20 |
| 7.6 Sambandet mellan ljud/buller i vårdmiljön och hälsa | 22 |
| 7.7 Sambandet mellan igenkännande/ledtrådar/ antydningar och orienterbarhet i den estetiska vårdmiljön och hälsa | 22 |
| 7.8 Sambandet mellan valmöjlighet/handlingsalternativ i den estetiska vårdmiljön och hälsa | 23 |
| 7.8.1 Valmöjligheten till avskildhet | 24 |
| 7.8.2 Valmöjlighet för social interaktion | 24 |
| 7.8.3 Valmöjlighet/handlingsalternativ för social aktivitet/stimulans | 25 |
| 7.9 Studiernas perspektiv | 26 |
| 7.10 Studiernas målgrupper | 29 |
| 8 DISKUSSION | 31 |
| 8.1 Metoddiskussion | 31 |
| 8.2 Resultatdiskussion | 32 |

9 KONKLUSION

34

10 REFERENSER

36

1 INLEDNING

Denna studie behandlar den estetiska vårdmiljöns betydelse för människors hälsa. Begreppet estetik har en vid betydelse med flera innebörder som till exempel upplevelser och uppfattningar av olika objekt eller miljöer (Nationalencyklopedin, 1991). Det som är estetiskt skönt upplever oftast människan som njutningsbart.

Ämnesområdet valdes för att jag själv har erfarenheter av att ha vistats i olika estetiska vårdmiljöer. Upplevelserna av de olika miljöerna har varit både positiva och negativa. I de vårdmiljöer där jag fått positiva upplevelser har inredningen varit hemlik genom till exempel fina möbler och vackra gardiner. Ofta har det i miljön förekommit olika estetiska uttryckssätt som till exempel musik eller dans. De vårdmiljöer som har lett till negativa upplevelser har saknat den hemlika inredningen och estetiska uttryckssätt. Med detta som bakgrund väcktes mitt intresse för att studera vilken betydelse den estetiska vårdmiljön har för hälsan samt vilka samband som finns mellan estetisk vårdmiljö och hälsa. Jag tyckte att det vore intressant att studera ur vilket perspektiv litteraturen beskriver den estetiska vårdmiljöns påverkan på hälsa samt till vilka målgrupper som studierna vänder sig.

Denna studie betraktar både den fysiska och den sociala vårdmiljön samt de olika estetiska uttryckssätten som olika delar i estetisk vårdmiljö. I studien behandlas inte den fysiska yttre byggda miljön som till exempel byggnadens exteriör eller dess geografiska placering.

2 BAKGRUND

För att klargöra betydelse och samband mellan estetisk vårdmiljö och hälsa följer här en beskrivning av begreppen estetik, miljö, vårdmiljö, arbetsmiljö och hälsa. Bakgrunden beskriver även vad hälso- och sjukvårdslagen (HSL, 1982: 763) menar med god vård. Därefter redogörs för samband och betydelser som finns mellan estetisk vårdmiljö och hälsa. Följande samband och betydelser belyses: samband mellan estetisk vårdmiljö och hälsa, samband mellan vårdmiljö och patient- och vårdarrelationen, antroposofisk syn på samband mellan miljö och hälsa, sambandet mellan hemlik miljö och hälsa samt mellan miljö och hälsa i omvårdnad.

2.1 Den estetiska vårdmiljöns betydelse för hälsa

2.1.1 Estetik

Estetikbegreppet kommer från grekiskans *aisthétiko*'s och betyder vetenskapen om det sköna. Begreppet har många delvis besläktade innebörder som till exempel upplevelser av konst i form av bland annat musik och estetiska objekt samt uppfattningar om och förhållningssätt till utseende i natur och vardaglig miljö (Nationalencyklopedin, 1991).

Begreppet estetik innefattar utöver de tidigare nämnda innebörderna även, enligt Wikström (1997), de humanistiska värdena som innefattar sociala och psykologiska aspekter av upplevelser. Det medför även vårdarens sätt att tala, handla och uppträda gentemot patienten (Bruce & Lind, 1991).

2.1.2 Miljö

Begreppet miljö definieras i Svenska Akademiens ordlista (1986) som ”yttre förhållanden som påverkar allt liv” (s. 350). Miljö beskrivs även av Världshälsoorganisationen (WHO) i WHO:s Health 21 webbadress (1998). Miljön sätts i relation till direkta eller indirekta effekter på människornas hälsa. Direkta effekter är till exempel hur hälsa och välbefinnande påverkas av kemikalier och biologiska organismer. Indirekta effekter är till exempelvis hur hälsa och välbefinnande påverkas av sociala och estetiska upplevelser av bostäder och städernas utveckling (Health 21, 1998).

Begreppet miljö kan också betyda samspel mellan omgivning och däri verkande människor, växter, djur eller andra organismer. Miljöbegreppet kan även delas in i olika områden som till exempel inomhusmiljö, arbetsmiljö, inre och yttre miljö samt när- och samhällsmiljö (Lindell & Olsson, 1993; Nationalencyklopedin Multimedia 2000 plus, 2000).

2.1.2.1 Fysiska aspekter i miljön

Nordström (1986) anser att det inte enbart är fysiska objekt som är viktiga. Även platser skapar ramar kring vårt handlande. Platser och ting är viktiga för att vi skall finna oss tillrätta. De gör att vi känner att miljön är naturlig och meningsfull för oss. Miljön har betydelse för tryggheten och bidrar till en känsla av frihet (Nordström, 1986).

Stern (1991) menar att människans relation till objekt i omgivningen börjar redan under spädbarnstiden. Ett exempel på en relation till ett fysiskt objekt är snuttefilten som många barn har när de sover, för att känna sig trygga och varma som om mamman vore där.

2.1.2.2 Vårdmiljö

I Nationalencyklopedin Multimedia 2000 plus (2000) på cd-rom står att inom sjukvården definieras begreppet vårdmiljö som ”den sociala miljön på en mottagning eller avdelning”. Ibland används begreppet omgivning istället för vårdmiljö. Det görs för att skilja den fysiska vårdmiljön från den sociala vårdmiljön. Den sociala och fysiska vårdmiljön påverkar både patientens och vårdarens upplevelser av vad som är god vård. En väl utformad estetisk vårdmiljö upplevs som både trivsamt, behagligt, vackert och som leder till välbefinnande. (Nationalencyklopedin Multimedia 2000 plus, 2000).

Bruce och Lind (1991) anser att vårdare bör vara medvetna om att vårdmiljön kan ha en positiv eller negativ inverkan på patientens hälsa. Enligt Bruce och Lind är det vårdarens kunskaper om hälsobefrämjande miljöer som gör att patienten kan få positiva upplevelser. Upplevelserna av den estetiska vårdmiljön kan påverkas genom färg, ljus och ljud (Bruce & Lind, 1991). Bruce och Lind (1991) och Wikström (1997) skriver även, att det bör ställas estetiska krav på vårdavdelningarnas inredning för att den ska vara hälsobefrämjande.

Liljefors, Brieditis och Fridell (1985) nämner att ett sjukhem är både patientens boendemiljö och personalens arbetsmiljö. Dessutom är sjukhemmet en vårdmiljö. Författarna skriver att genom färg- och ljussättning kan både boende och personal erbjudas en trivsamt och funktionell synmiljö. En god synmiljö ökar uppskattningen av trivseln och inredningen i lokalerna. Speciellt viktig är belysningen om patienterna är äldre än 70 år, då deras syn

drabbas betydligt hårdare av brister i ljussättningen än yngre och medelålders patienter. Belysningen skall bidra till att både patienter och personal ser så bra som möjligt. Den skall även bidra till rummets trivsamt, ge behagligt ljus när patienten vilar och möjliggöra vårdarbetet för vårdarna. Belysning, färgsättning och materialval skall i samverkan med varandra bidra till en både psykologiskt och synfysiologiskt bra miljö (Liljefors, Brieditis & Fridell, 1985).

2.1.2.3 Arbetsmiljö

Vårdmiljön som tidigare beskrevs kan även betraktas som personalens arbetsmiljö. Kapitlet om "Arbetsmiljöns beskaffenhet" i Arbetarskyddsstyrelsens Kungörelse (AFS, 1980:14) definierar begreppet arbetsmiljö. Arbetsmiljön skall bland annat vara tillfredsställande, betryggande och kunna anpassas till människans olika förutsättningar i psykiskt och fysiskt avseende. I Nationalencyklopedin (1989) nämns att arbetsmiljö innefattar olika förhållanden på en arbetsplats. Arbetsmiljön förknippas ofta med de risker som olika arbetsplatser innebär för människors hälsa och liv. Riksfaktorerna i arbetsmiljön består till exempel av fysikaliska faktorer som buller, värme och kyla, psykosociala faktorer som stress och mobbning samt mikrobiologiska faktorer som smittorisken för aids hos sjukvårdspersonal (Nationalencyklopedin, 1989).

2.1.3 Hälsa

WHO definierade hälsa (1948) och på deras webbadress återfinns den ursprungliga definitionen

"Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity".

Eriksson (1987) menar att vara människa innebär att vara en helhet. Människan består av delarna kropp, själ och ande. För att patienten inom vården skall uppnå hälsa och välbefinnande bör hela människan vårdas. Att vårda hela människan innebär att vårdandet bör utgå från alla de olika delarna och att de olika delarna är även beroende av varandra.

Lindell och Olsson (1993) skriver att människan kan uppleva hälsa då hon kan känna harmoni och balans mellan den yttre och inre miljön. Den yttre miljön inkluderar alla faktorer utanför individen medan den inre miljön innefattar de intrapersonella faktorerna som till exempel gener och personlighet. Platser och byggnader påverkar också människans upplevelser av hälsa och därmed har även den yttre miljön en framträdande betydelse för människornas hälsa (Lindell & Olsson, 1993; Wikström, 1997). För att en miljö skall bidra till hälsa är en läkande miljö är att föredra. En läkande miljö innefattar olika läkande aspekter som till exempel en tyst vårdmiljö där inte buller och oväsen förekommer (Wikström, 1997). Enligt Sarvimäki och Stenbock–Hult (1996) är hälsa och ohälsa inte entydiga tillstånd utan olika människor upplever olika grader av hälsa och ohälsa. För människan, sett som en helhet, innebär det att hälsan påverkas av dimensioner som kan kopplas till kropp, själ och ande. Den biofysiska dimensionen innebär hur hälsan påverkas av bland annat gener och immunförsvar. Den sociokulturella dimensionen innebär hur hälsan påverkas av till exempel relationerna till andra människor i omgivningen (Sarvimäki & Stenbock–Hult, 1996).

2.1.4 God vård

God vård innebär att vårda hela människan. Innebörden av god vård och vårdmiljöns betydelse för hälsa framgår av hälso- och sjukvårdslagen (HSL, 1982:763). Lagen beskriver att hälso- och sjukvården skall bedrivas så att den uppfyller kraven på en god vård. Det innebär bland annat att vården skall tillgodose patientens behov av trygghet, bygga på respekt för patientens integritet och främja goda kontakter mellan patienten och vårdpersonalen. Lagen beskriver även att där det bedrivs hälso- och sjukvård skall det finnas de lokaler och den utrustning som behövs för att god vård skall kunna ges.

2.2 Estetisk vårdmiljö och hälsa

2.2.1 Samband mellan vårdmiljö och patient- och vårdarrelationen

Wikström (1997) skriver att den estetiska fysiska vårdmiljön inom vården har en avgörande betydelse för att patient och personalrelationerna skall få en positiv och gynnsam utveckling.

Den estetiska vårdmiljön påverkar, enligt Wikström, personalens arbetstillfredsställelse och patientens välbefinnande. Vården bör, som tidigare sagts, även betraktas som en helhet. Det innebär att inslag av bild, konst och dans inte ska vara isolerade delar av vårdmiljön utan delar av helheten. Det innebär till exempel att musiken kan användas som ett naturligt inslag i omvårdanden för att genom det kunna påverka patientens upplevelse av välbefinnande och hälsa (Wikström, 1997).

Sarvimäki och Stenbock–Hult (1996) nämner att även olika faktorer som till exempel anhöriga, vänner, samhället, vårdorganisationen och vårdmiljön, påverkar patienten i vårdsituationen. Det är relationerna och interaktionerna mellan patienten och de olika faktorerna som är betydelsefulla och ibland även avgörande för patientens upplevelse av hälsa och välbefinnande.

2.2.2 Antroposofisk syn på sambandet mellan miljö och hälsa

Tydén (1993) skriver att antroposoferna ser tre bestämda områden som formar människans själsliv. De tre områdena är tanke, känsla och vilja. Tanke står för ordning, struktur och kontur. Känsla innefattar det som människan tycker och inte tycker om. Vilja, som är den centrala delen, står för att det inre visar sig i det yttre. Genom yttre rörelser, gester och hållning påverkas vårt viljeliv. Därför bygger antroposoferna upp miljön på ett speciellt sätt för att människan genom den kan uppnå förändringar i sitt själsliv. Antroposoferna utgår från att jaget är kärnan i alla människor. De menar att kroppen och själen kan vara sjuk, men det innersta jaget som är av andligt ursprung inte kan vara sjukt utan plågat eller illa trängt. Därför ska människan vända sig till den fysiska miljön och vidga dess utrymme för att genom den stärka sin innersta kärna.

Tydén (1993) beskriver att på Vidarkliniken i Järna har planeringen av vårdmiljön utgått från antroposofernas tankar. Patientrummen är inredda i naturmaterial som till exempel trämöbler, bomullslakan, lammullstücken och vävda bomullsmattor. På kliniken finns det heller inga fyrkantiga rum eftersom antroposoferna menar att livet självt sällan är fyrkantigt, därför är runda former att föredra.

Wikström (1997) anser att när en person upplever tillfredsställelse med sin omgivning påverkar det både den fysiska och psykiska hälsan. Byggnader påverkar människornas upplevelser av bland annat trivsel och välbefinnande. De kan även bidra till att skapa sjukdomar och stress hos människorna. Därför är det viktigt att människor lär sig att känna efter vad som känns bra för dem, för att därigenom kunna påverka kvaliteten i vårdmiljön och arbetsmiljön.

2.2.3 Hemlik miljö och hälsa

Tydén (1993) skriver att inom gruppboenden för äldre är det vanligt att vårdare eftersträvar att skapa en hemlik miljö. Det finns flera skillnader mellan en hemlik miljö och institutionsmiljö. I ett hem råder det småskalighet och rummen heter bland annat hall och vardagsrum. I en institutionsmiljö förekommer det istället begrepp som entré och dagrum. I en hemlik miljö finns det även olika typer av golv som till exempel plastgolv och trägolv. Det kan dofta av nybakat bröd samt finnas levande växter. Väggarna i en hemlik miljö har olika färger och det finns en blandning av gamla och nya möbler. För att ytterligare tydliggöra miljöns betydelse när det gäller hemligheten är denna berättelse ett bra exempel (Tydén, 1993).

Helga bor på långvården och är enligt läkarna måttligt förvirrad. På långvården stirrar Helga bara upp i taket, men efter tre veckor flyttar hon tillsammans med åtta andra patienter till en stor lägenhet i stan. Där får Helga ett eget rum som möbleras av hennes bror med hennes egna möbler och saker. Det visar sig sedan att redan efter ett par veckor börjar Helga själv att klä på sig och gå upp på morgonen utan att någon behöver säga det åt henne. När Helga känner sig hungrig går hon själv till köket och kokar kaffe till sig själv (Tydén, 1993, s. 58).

Varför har då en hemlik miljö en positiv inverkan? Författaren konstaterar att en förklaring kan vara att möbler, ting och färger är viktiga objekt i våra liv som stärker känslan av bekräftelse och identitet, vilket i sin tur leder till ökad funktionsnivå som i berättelsen om Helga (Tydén, 1993).

2.2.4 Miljö och hälsa i omvårdnad

Carper (1978) skriver att omvårdnadskunskapen uppstår genom erfarenheter av helheten. Helheten i sin tur består av de olika kunskapsdelarna empirisk, etisk, personlig (medvetna jaget) och estetik kunskap. Empirin kan ses som kunskapen om vetenskapen där verkligheten förklaras genom bevisning i form av teorier och fakta. Etiken innebär att ifrågasätta vad som är rätt och fel. Den personliga kunskapen (det medvetna jaget) innebär att personer som känner sig själva även har förmågan att lära känna andra människor. Estetisk kunskap uppstår hos människan i en given situation där konsten och handlingen upplevs subjektivt. Kunskapen är en föränderlig process som kan delas och kommuniceras med andra människor. För att omvårdnadskunskap skall utvecklas hos en individ behövs alla fyra kunskapsområdena.

Wikström (1997) hävdar att det finns flera omvårdnadsteorier som betonar estetikens betydelse för patienten. Nightingale (1854/1860) beskrev på 1850-talet hur miljön genom bland annat frisk luft och ljus påverkade patientens tillfrisknande och hälsa.

Nightingale (1854/1860) beskriver speciellt vårdmiljöns betydelse för hälsa. I hennes teori bygger omvårdnaden på fyra fenomen, miljö, person eller människa, hälsa och omvårdnad. Fenomenet miljö beskriver hon genom betydelsefulla omständigheter som sunda bostäder, buller, omväxling och ljus. Begreppet miljö, som är den centrala delen i hennes teori, syftar på att miljön kan anpassas för att befrämja naturens läkande kraft.

Nightingale betraktar människan som flerdimensionell, det vill säga att människan byggs upp av psykologiska, biologiska, andliga och sociala element. Hon menar även att bristen på en omväxlande miljö ger upphov till psykiska sjukdomsprocesser.

Nightingale (1854/1860) ser på begreppet omvårdnad som en vetenskap och konst.

Omvårdnadens syfte är att se till att patienten får den bästa möjliga hälsa för naturens läkande kraft. Det är sjuksköterskornas uppgift att övervaka och anpassa miljöfaktorerna till exempel buller och ljus för att tillrättalägga miljön för naturens egna läkande kraft.

Omvårdnadsteoretiker som Fawcett (1995) och Orem (1995) beskriver miljö som ett av omvårdnadens metabegrepp. Enligt Fawcett (1995) ingår människorna runt patienten och den fysiska omgivningen samt platsen där omvårdnaden sker i miljön. Orem (1995) beskriver att det ingår tre kategorier i miljön fysisk miljö, kemisk och biologisk miljö, socioekonomisk och kulturell miljö samt samhälls miljö.

Svensk sjuksköterskeförening har riktlinjer för sjuksköterskor. Där beskrivs att de ska befrämja en miljö där individens sedvänjor, värderingar och religiösa övertygelser respekteras. Att patienten har en egen lite vrå där denne kan känna sig hemmastadd är betydelsefullt eftersom det påverkar patientens integritet och självkänsla positivt. Även i sjuksköterskeutbildning bör det ingå undervisning om hur de olika estetiska uttryckssätten ska tillämpas i vården av patienten (Wikström, 1997).

Ehnfors, Ehrenberg och Thorell (1998) beskriver i en modell för omvårdnadsdokumentation begreppen Välbefinnande, Integritet, Prevention och Säkerhet (VIPS-modellen) som är ett för att tydliggöra bland annat miljöns betydelse för patienten. Genom VIPS-modellen kan vården utvecklas i en positiv riktning då sjuksköterskor i dokumentationen kan lyfta fram betydelsefulla faktorer och miljöer från patientens tidigare liv. Genom denna information kan sjuksköterskan skapa en miljö som kan få patienten att uppnå hälsa. Både den fysiska, psykiska och sociala miljön skall struktureras och anpassas till patientens behov. Det innebär bland annat att främja hälsa, bekvämlighet, säkerhet och integritet genom att förebygga risker för skador och olycksfall. Anpassning av miljön till exempel vid sängläge, sker genom att placera kuddar och skärmar för att underlätta patienternas vila och känsla av avskildhet (Ehnfors, Ehrenberg & Thorell, 1998).

3 PROBLEMRÅDE

God vård förutsätter en helhetssyn på människan. I vården är det vanligt att vård av kroppen prioriteras genom medicinsk behandling. De övriga faktorerna som till exempel vård av själ och ande betraktas ofta som inte lika viktiga. Patienternas hälsa kan utöver medicinsk behandling förstärkas positivt både av en estetiskt vacker miljö och olika estetiska uttryckssätt som till exempel musik och konst. Jag undrar vilka samband som forskningen inom området beskriver mellan estetisk vårdmiljö och hälsa samt utifrån vilka perspektiv dessa samband beskrivs?

Få förändringar inom vårdmiljöer har skett när det gäller estetisk utformning av inredning och användandet av de olika estetiska uttryckssätten. Därför undrar jag till vilka målgrupper forskningen inom området estetisk vårdmiljö vänder sig till?

4 FRÅGESTÄLLNINGAR

Då många olika miljöfaktorer påverkar vårdsituationen där både patienten och vårdaren befinner sig i frågar jag

1. Vilka samband finns mellan estetisk vårdmiljö och hälsa?
2. Utifrån vilka perspektiv beskriver litteraturen den estetiska vårdmiljöns påverkan på hälsa?
3. Vilka målgrupper vänder sig studierna till?

5 SYFTE

Syftet var trefaldigt nämligen att beskriva vad tidigare studier funnit om vilka samband som fanns mellan estetisk vårdmiljö och hälsa, utifrån vilka perspektiv litteraturen beskrev sambanden och till vilka målgrupper litteraturen vände sig.

6 METOD

Studiens metod byggde på en litteraturstudie där sökning av material till litteraturstudien utgick ifrån studiens syfte. I studien användes Polit och Hunglers (1999) modell för de olika stegen i en litteraturstudie. Modellen innefattar steg som identifiering av nyckelord och forskningsområde, att hitta användbar litteratur genom både en manuell och elektronisk sökning, att läsa igenom litteraturen för att sedan kunna utesluta opassande litteratur samt att noga läsa igenom den relevanta litteraturen för att kunna organisera den i en tabell. Polit och Hungler (1999) föreslår att en sammanfattande tabell av litteraturen tydliggjorde för läsaren det samlade materialet på ett överskådligt sätt. Även Benzein (2000) använde sig av detta. Denna studie följde Benzeins utformning av en sammanfattande tabell där författare, år, titel, metod och resultat redovisades. Enligt Polit och Hungler (1999) var de sista stegen i litteraturstudiemodellen materialets analys och beskriva resultatet av litteraturstudien. I analysarbetet följdes även Polit och Hunglers (1999) modell för innehållsanalys som innebär att författaren ställer frågor till materialet och besvarar dem genom den sökta litteraturen.

6.1 Material

Materialet till studien hittades i Högskolebiblioteket i Vänersborg, Högskolan i Trollhättan/Uddevalla genom både en systematisk och osystematisk sökning.

Sökorden som användes vid både den systematiska och osystematiska sökningen var både på svenska och engelska. De svenska sökorden var estetik, musik, färg, dans, ljud, ljus, konst, miljö, vårdmiljö, fysisk vårdmiljö, arbetsmiljö, hälsa, vårdare, patienter, inredning, arkitektur och antroposofi. De engelska sökorden var colour, music, nursing, architecture, hospitals, aesthetics, esthetics, caring environment och health.

6.2 Urval

Inklusionskriterierna i både den systematiska och osystematiska sökningen var att studierna skulle vara gjorda mellan åren 1995 och 2002, vara vetenskapliga och beskriva eller nämna någon av sökorden i studiernas titel eller abstract.

Vid urvalet av studierna valdes olika typer av studier med olika innehåll som till exempel Wikströms två artiklar (2000; 2001). Båda beskriver det estetiska uttryckssättet konst, men ur olika perspektiv nämligen äldres och sjuksköterskestuderandes perspektiv.

Den systematiska sökningen gjordes i databaserna CINAHL och LIBRIS. De tre studierna som blev resultat av den systematiska sökningen valdes för att de behandlade det estetiska uttryckssättet konst ur både patient- och vårdarperspektiv. De beskrev även vårdmiljön genom att använda begreppet fysisk vårdmiljö, där både estetik och estetikens utformning beskrevs (se Tabell 1).

Exklusionskriterierna i både den systematiska och osystematiska sökningen var att om studierna innehöll något av de nämnda sökorden, men där sökordet behandlades utifrån ett annat perspektiv än estetik och vårdmiljö valdes titeln bort. Även andra studier valdes bort som handlade om estetik och vårdmiljö, men som hade ett annat perspektiv som till exempel

utseendet vid olika typer av plastikkirurgiska ingrepp och fysiska hjälpmedel som stödhandtag.

Tabell 1. Sökord, sökresultat, antal valda studier och inklusionskriterierna från en systematisk sökning i databaserna CINAHL och LIBRIS.

| Databas | Sökord | Sökresultat | Valda Studier |
|--|----------------------------------|-------------|---------------|
| Inklusionskriterierna: Pre-reviewed och studier mellan åren 1995 – 2003. | | | |
| CINAHL | Aesthetics | 189 | |
| | Esthetics | 240 | |
| | Aesthetics and Health | 138 | |
| | Environment and Aesthetics | 35 | |
| | Hospitals and Esthetics | 6 | |
| | Caring Enviornment and Health | 40 | |
| Inklusionskriterierna: Pre-reviewed och studier mellan åren 2000 – 2003. | | | |
| | Aesthetics and health | 57 | 3* |
| | Caring Environment and Health | 11 | |
| LIBRIS | | | |
| | Vårdmiljö | 44 | 1** |
| | | | |

* Artiklar av Wikström, B.M. (2000), (2001), (2002).

** En avhandling av Fridell, S. (1998).

Genom den osystematiska sökningen hittades sju intressanta studier i relation till studiens syfte som behandlade områden som till exempel antroposofi, dans, färg och estetikens betydelse i vården. Studierna i den osystematiska sökningen hittades genom både referenser, tips från kollegor och genom att vandra runt bland hyllorna och läsa och titta på de intressanta titlarna som dök upp i Högskolebiblioteket i Vänersborg. I den osystematiska sökningen var av de sju studierna tre artiklar och fyra avhandlingar.

Totalt innehöll materialet i litteraturstudien 11 studier där sex var artiklar och fem avhandlingar. Studierna som analyserades visas i en kronologisk ordning (se Tabell 2).

Tabell 2. Redogörelse för författare, årtal, titel, metod och resultat från sex vetenskapliga artiklar och fem avhandlingar.

| Författare/År | Titel | Metod | Resultat |
|---------------------------------------|--|---|--|
| 1.Gjerberg, E. (1995) | Nursing home quality: different perspectives among residents, relatives and staff, a qualitative study. | Kvalitativ studie. Frågeguide med öppna frågor. Urvalet bestod av 14 boende, 16 vårdanställda och 16 anhöriga. | Alla grupper tyckte att sociala aktiviteter, eget rum, tid för vårdare att arbeta med de boende och de boendes säkerhet och bekvämlighet var viktiga delar som påverkade vårdkvalitén. Skillnader i svaren mellan grupperna var blandade boenden, möjlighet att välja, hemlik omgivning, kritik när det gällde att våga ange negativa faktorer i vårdmiljön och primär omvårdnad. |
| 2.Fridell, S. (1998) Avhandling | Rum för vårdens möten. Om utformning av fysisk vårdmiljö för god vård. | Explorativ generell forskningsansats där fallstudie forskning gjordes. Fallstudier gjordes på tre olika typer av vårdmiljöer en traditionell vårdmiljö, vårdmiljö för sjukhemsvård och onkologvård samt en psykiatrisk vårdenhet. | Vårdmiljön påverkar oss och den kan både vara ett hinder och ett stöd. Vårdmiljön bör följa patientens läkningsprocess samtidigt som vårdmiljön bör bekräfta och stödja personalens avsikter för och med patienten. |
| 3.Forsgren, M. (1998) Avhandling | ”Som en smekning på själen”. En intervjustudie om estetikens betydelse för människan i vården. | Kvalitativ. Intervjuer med tre patienter, fyra närstående och sju sjuksköterskor. | Vårdmiljön var av betydelse och den skulle vara hemlik eftersom den dämpade känslor av ångest och smärta. Konsten att vårda innehöll utöver de estetiska uttryckssätten även den delaktiga vårdaren. Estetiska uttryckssätt som musik, dans och sång uppskattades eftersom de stimulerade och väckte minnen och glädje hos de boende. Kommunikation var viktigt och vårdmiljön bidrog även till den. |
| 4.Morgan, D. G, Stewart, N. J. (1999) | The physical environment of special care units: needs of resident with dementia from the perspective of staff and family caregivers. | Kvalitativ. Grounded Theory, intervjuer. Urvalet bestod av 9 vårdare och 9 familjemedlemmar. | Enligt vårdare och familjemedlemmar när det gäller dementas fysiska och sociala miljö är det viktigt med säkerhet, hemlikmiljö, optimal stimulans, ledtrådar i miljön, möjligheter till avskildhet eller social interaktion. |
| 5.Zingmark, K. (2000) Avhandling | Experiences related to home in people with Alzheimer’s disease. | Kvalitativ. 20 månaders deltagande och icke – deltagande observationer i ett gruppboende och intervjuer. Urval: 6 kvinnor observerades, 11 vårdare intervjuades och 150 friska människor från åldrarna 2 till 102 intervjuades. | Att behandla patienter med Alzheimerssjukdom innefattar existensiella problem vid behandling av patienternas upplevelser av hemmet i en hemlik miljö. Vid behandlingen måste demensvården utöver hemlik miljö ta hänsyn till de övriga aspekterna av upplevelser som är av betydelse vid känslan av att vara hemma. |

| | | | |
|---|--|---|---|
| 6. Wiktröm, B. M. (2000) | Visual art dialogues with elderly persons: effects on perceived life situation | Kvantitativ. Wheels frågeformulär. Urvalet bestod av 40 äldre, där 20 var i interventionsgruppen och 20 i kontrollgruppen. | Konstdialogerna som användes i den andra gruppen visade på signifikanta förbättringar jämfört med kontrollgruppen. I konstdialog gruppen uppstod det oändligt många olika typer av samtalsämnen som härrörde från konstbilderna medan kontrollgruppen diskuterade de äldres dagliga liv, vilket kunde upplevas som deprimerande. |
| 7. Wijk, H. (2001) Avhandling | Colour perception in old age. Colour discrimination, colour naming, colour preferences and colour/shape recognition. | Kvantitativ. En studie där äldres färguppfattning beskrevs. Studien refererar till fem tidigare studier. | Kontrastkänslighet, färgkoder, estetiska aspekter och ledtrådar var viktiga delar i utformandet av vårdmiljöer för äldre. |
| 8. Wiktröm, B. M. (2001) | Works of art: a complement to the theoretical knowledge when teaching nursing care. | Kvantitativ. Wheels frågeformulär. Urvalet bestod av 267 studenter. | De studerande i interventionsgruppen var mer engagerade, motiverade och emotionellt balanserade när de uttryckte de element som var mest typiska för god vård än kontrollgruppen. De studerande i interventionsgruppen visade en personlig färdighet i vård situationerna. |
| 9. Nyström, K. (2002) Avhandling | Dans på gränsen. Demensdrabbades kommunikation i dansterapi. | Kvalitativ. Fallstudie forskning. 10 danssessioner videoinspelades. | Dementas språkliga nedsättningar kan i viss mån överbryggas genom dansterapi. |
| 10. Wikström, B. M. (2002) | Nurses' strategies when providing for patients' aesthetic needs. | Kvalitativ. Face to face intervjuer. Urvalet bestod av 165 sjuksköterskor. | 80% svarade att estetiska uttryckssätt var bra för patienter samt att de vanligaste använda estetiska uttryckssätten var musik, litteratur, dans och humor. |
| 11. Arman, M., Rhensfeldt, A. & Hamrin, E. (2002) | Bröstcancerpatienters upplevelser av komplementär vård vid en antroposofisk klinik – en fallstudie | Kvalitativ. Från huvudstudien valdes tre kvinnor som representerade hela urvalet i huvudstudien och dessa tre kvinnor presenteras som fall i denna fallstudie. | Den antroposofiska kliniken erbjöd alla patienter någonting som de i sin livssituation var i behov av. Tre kvinnor i studien representerar urvalets resultat i sin helhet. Alla dessa tre kvinnor tog till sig olika saker och upplevelser från tiden på kliniken. Kvinna A: antroposofiska medicinen och helhetsvården. Kvinna B: Omsorgsfull och känslfull vård som påverkade känslorna och öppnade en annan syn på livet. Kvinna C: Upplevelser av harmoni, helhet och att de omsorgsfulla relationerna hade en betydelse för henne. Brister i vården var kontinuiteten och den klivna känslan av konsekvenserna av det holistiska paradigmet. |

6.3 Analys

Resultatet i litteraturstudien baserades på utförd analys av de 11 studierna (se Tabell 3). I litteraturstudien gjordes en innehållsanalys genom att besvara på frågorna i förhållande till frågeställningarna och syftet.

1. Vilka samband finns mellan estetisk vårdmiljö och hälsa?
2. Utifrån vilka perspektiv beskriver litteraturen den estetiska vårdmiljöns påverkan på hälsa?
3. Vilka målgrupper vänder sig studierna till?

Litteraturen som bestod av totalt 11 vetenskapliga studier lästes först igenom och analyserades i förhållande till studiens frågeställningar och syfte. För att tydliggöra analysarbetet utformades tabeller efter varje analys och den kronologiska ordningen från tabell två finns även med i de övriga tabellerna (se Tabell 3, 4 och 5).

Analys av fråga 1 redovisades i Tabell 3 och analys av fråga 2 i Tabell 4 samt analys av fråga 3 i Tabell 5. Genom analysen framkom det olika aspekter på samband, perspektiv och målgrupper mellan estetisk vårdmiljö och hälsa. I resultatet beskrivs de likheter och olikheter som framkom i materialet mellan de olika aspekterna av samband, perspektiv och målgrupper.

I analysarbetet av fråga 1 hittades flera samband mellan studierna. I syfte att underlätta analysen sammanfördes de samband med samma innebörd. Analysen av fråga 2 gjordes genom att beskriva de olika perspektiv som studiernas resultat utgick ifrån, det vill säga urvalsgrupperna. Analysen av fråga tre gjordes genom att beskriva de målgrupper som studiernas författare riktade sina resultat till.

Viktigt att tänka på då man läser alla de tre tabellernas (Tabell 3, 4 och 5) resultat är att en och samma studie kan innehålla flera samband, perspektiv och målgrupper.

7 RESULTAT

7.1 Samband mellan estetisk vårdmiljö och hälsa

Här redovisas de samband, perspektiv och målgrupper som hittades mellan estetisk vårdmiljö och hälsa.

Tabell 3. Tabell över de samband som förekom mellan estetisk vårdmiljö och hälsa samt en översikt över antalet studier per samband.

| Studie nr | 1. Gierberg, E. 1995 | 2. Fridell, S. 1998 | 3. Forsgren, M. 1998 | 4. Morgan, J. D. N., Stewart, N. 1999 | 5. Zingmark, K. 2000 | 6. Wikström, B. M. 2000 | 7. Wiik, H. 2001 | 8. Wikström, B. M. 2001 | 9. Nystrom, K. 2002 | 10. Wikström, B. M. 2002 | 11. Arman, M., Rhensfeldt, A., Hamrin, E. 2002 | Antal studier/ samband |
|--|-------------------------|------------------------|-------------------------|--|-------------------------|----------------------------|---------------------|----------------------------|------------------------|-----------------------------|--|---------------------------|
| Samband | | | | | | | | | | | | |
| Konst | | | | | | + | | + | | | | 2 |
| Musik/sång | | | + | | + | | | | + | + | | 4 |
| Dans | | | + | | | | | | + | + | | 3 |
| Tiden i vårdmiljön | + | | + | | | | | | | | | 2 |
| Vårdarens roll i vårdandet | + | | + | | | | | + | | | + | 4 |
| Säkerhet i vårdmiljön | + | | | + | | | | | | | | 2 |
| Hemlik vårdmiljö | + | + | + | + | + | | + | | | | + | 7 |
| Ljud/buller i vårdmiljön | | + | | | + | | | | | | | 2 |
| Igenkänning/ Ledtrådar/ Antydningar/ Orienterbarhet | | + | | + | + | | + | | | | | 4 |
| Valmöjligheter/ Handlingsalternativ | + | | + | + | + | + | | | + | | | 6 |

7.1.1 Sambandet mellan de estetiska uttryckssätten och hälsa

Det framgick i studierna (Forsgren, 1998; Nyström, 2000; Zingmark, 2000; Wikström, 2000; 2001; 2002) att det fanns ett samband mellan de estetiska uttryckssätten konst, musik/sång, dans och hälsa.

7.1.1.1 Sambandet mellan konst och hälsa

Angående sambandet mellan konst och hälsa beskrev Wikström (2001; 2000) genom två studier. I den ena studien beskrev Wikström (2001) konst som ett pedagogiskt hjälpmedel för blivande sjuksköterskor i sjuksköterskeprogrammet. Sjuksköterskestuderande fick titta på några konstverk som visade olika situationer från vårdens verklighet. Därefter fick de beskriva vad de ansåg vara det viktigaste i omvårdnad. Det visade sig att studenterna i den gruppen som tittat på konstverken jämfört med de andra som enbart läst omvårdnad beskrev oftare och på ett mer känslösamt sätt att det viktigaste i omvårdnaden var förmågan att bry sig om patienterna. Orsaken till detta var att studenterna genom konstverken fick en inblick in i vårdverkligheten på ett annat sätt än genom teorin. Att sjuksköterskestudenterna genom betraktandet av konst ökade sin förmåga att bry sig om patienterna ökade även patienternas möjlighet att uppleva god vård och hälsa. I den andra studien beskrev Wikström (2000) att konst användes som ett emotionellt och kognitivt kommunikationsmedel med äldre patienter. Brist på kommunikation inom äldrevården kan ses som en brist på omvårdnad enligt Wikström (2000). För att skapa kommunikation med de äldre patienterna kunde vårdare göra det utifrån konstbilder. Genom konsten blev diskussionerna mera variationsrika, glada och fantasifulla. Konsten blev ett sätt för de äldre att komma ifrån de vardagliga diskussionerna som oftast handlade om samma saker som till exempel deras olika krämpor och sedda tv – program. Genom en variationsrikare diskussion blev de äldre gladare och kunde för en liten stund glömma bort sina besvär, vilket också ledde till ökad välmående och hälsa hos de äldre (Wikström, 2000).

7.1.1.2 Sambandet mellan musik/sång och hälsa

Om sambandet mellan det estetiska uttryckssättet musik/sång och hälsa beskrev Zingmark (2000), Forsgren (1998) och Wikström (2002). Enligt Forsgren (1998) och Wikström (2002) kunde patienter med musikens/sångens hjälp drömma sig bort från vardagen och uppleva glädje. Musiken/sången kunde även lindra patienternas lidande och smärta, vilket i sin tur ledde till att patienter behövde mindre smärtlindring. Nyström (2000) konstaterade även att musiken hos demensdrabbade patienter med nedsatt språkförmåga fick igång rörelser i deras kropp, vilket i sin tur ledde till att patienten kom ihåg danssteg, sångtexter och kunde uttrycka dem. Musiken blev ett stöd för patienten att gå förbi det sjuka i sig och lyfta fram det friska i sitt inre. Genom att patienten med hjälp av musiken kunde framhäva det friska i sig och uttrycka sig samtidigt som omgivningen förstod patienten ledde till välmående och bevarande av patientens identitet. Wikström (2002) kom i sin studie fram till att musiken/sången underlättade och var en hjälp för vårdare att skapa sig en bild av patientens livssituation.

Skillnaderna angående de övriga studierna om sambandet mellan musik/sång och hälsa visade Zingmark (2000) och Wikström (2000). Zingmark (2000) studerade hur patienter med Alzheimer upplevde musik/sång och resultatet i hennes studie visade att musiken/sången skapade hemlängtan hos patienterna, vilket kom i uttryck genom att patienterna fysiskt ville åka/gå hem samt att de blev ängsliga.

7.1.1.3 Sambandet mellan dans och hälsa

Sambandet mellan det estetiska uttryckssättet dans och hälsa beskrevs av Forsgren (1998), Nyström (2002) och Wikström (2002). Alla författarna konstaterade att dans underlättade kontakten och kommunikationen mellan vårdare och patient samt att den var en källa till glädje och kunde lindra lidande. Nyström (2002) skrev att dansen hade en flerdimensionell inverkan på människan, vilket innebar att alla sinnen påverkades. Dansens inverkan visade sig genom både verbal och icke – verbal kommunikation. Nyström (2002) kom fram till i sin studie att demensdrabbade patienter med dansterapeutens hjälp kunde kommunicera både verbalt och icke - verbalt genom rörelser, tal och sång. Rörelser, tal och sång i samband med dans kom till uttryck hos patienterna genom patientens egna initiativ till dans, patientens uttryck av igenkännande meningar och fraser ur sångtexter samt genom sång. Wikström

(2002) studerade vilka olika estetiska uttryckssätt som användes i vården. Hon kom fram till att dans var passande för äldre inom geriatrisk vård. Genom dansen kunde geriatriskpatienterna uppleva både välmående och hälsa.

7.2 Sambandet mellan tiden i vårdmiljön och hälsa

Gjerberg (1995) och Forsgren (1998) konstaterade att tiden i vårdmiljön ansågs vara en betydelsefull faktor för vårdkvaliteten. I sin studie kom Gjerberg (1995) fram till att tillräckligt med tid för vårdarbetet var betydelsefullt eftersom det även innebar att patienterna fick mer tid med vårdarna för att samtala, promenera och få mer hjälp.

Forsgren (1998) beskrev också om tidens betydelse i vårdtidens längd. Enligt Forsgren påverkade vårdtidens längd vårdmiljöns betydelse. Hon menade att en patient som vistades under kortare tid i en vårdmiljö orkade stå ut med en sämre planerad vårdmiljö, eftersom patienten visste att hon/han snart fick komma hem (Forsgren, 1998).

7.3 Sambandet mellan vårdarens roll i vårdmiljön och hälsa

Om sambandet mellan vårdarens roll i vårdmiljön och hälsa har bland annat beskrivits av Gjerberg (1995), Forsgren (1998), Wikström (2001) samt Arman, Rhensfeldt och Hamrin (2002). Gjerberg (1995) skrev att varje vårdare skulle ha ansvar över ett begränsat antal patienter. Genom det skulle kontinuiteten i vårdandet och möjligheten för bättre vård för patienterna öka genom att vårdare nu kunde uppfylla patientens behov bättre. Forsgren (1998) fann i sin studie att patienterna upplevde vårdarens delaktighet som betydelsefullt och som en del av vårdens estetik. Vårdaren ansågs därmed som en del av patientens upplevelse av estetik i vården. Wikström (2001) beskrev att konsten i sjuksköterskornas utbildning var ett bra komplement till teorin. Då den påverkade sjuksköterskornas vårdarroll genom att deras förmåga att bry sig om patienterna förbättrades. Vårdarens omvårdnadsroll var betydelsefull för patientens upplevelse av god vård och hälsa. Arman, et al. (2002) kom också fram i sin studie att både bristen på kontinuitet i vården påverkade patientens upplevelse av god vård

och att vårdarens ömhet mot patienten ansågs vara betydelsefull för patientens upplevelse av vårdens helande verkan (Arman et al., 2002).

7.4 Sambandet mellan säkerhet i vårdmiljön och hälsa

Sambandet mellan säkerhet i vårdmiljön och upplevelsen av hälsa beskrev Gjerberg (1995) samt Morgan och Stewart (1999). Enligt Gjerberg (1995) ansåg både anhöriga, de boende i vårdhemmet och vårdarna att säkerheten var en betydelsefull faktor för vårdhemmets kvalitet. Eftersom patienterna i vårdhemmet befann sig i en beroendesituation ansåg patienterna att säkerheten för dem innebar möjligheten till hjälp vid behov. Genom att patienterna kände sig säkra i vårdmiljön påverkade det patientens upplevelse av självkänsla, jämställdhet och respekt. Morgan och Stewart (1999) studerade de demensdrabbades behov i en fysisk vårdmiljö. Studien visade att vårdarna ansåg den fysiska vårdmiljön som både hindrande och hjälpande. Den fysiska vårdmiljön var hindrande om den bestod av långa korridorer och hade en planlösning som hindrade vårdarnas överskådlighet över patienterna. Överskådligheten påverkade även patientens säkerhet. Genom att bygga på ett sådant sätt att avstånden mellan patienternas rum och de gemensamma utrymmena på avdelningen var mindre, skulle den fysiska vårdmiljön bli hjälpande genom att överskådligheten över patienterna kunde bli bättre och risken för olyckor mindre (Morgan & Stewart, 1999).

7.5 Sambandet mellan hemlik vårdmiljö och hälsa

Sambandet mellan en hemlik vårdmiljö och hälsa beskrev Gjerberg (1995), Fridell (1998), Forsgren (1998), Morgan och Stewart (1999), Zingmark (2000), Wijk (2001) samt Arman, et al. (2002).

Gjerberg (1995) kom i sin studie fram till att anhöriga och vårdare ansåg att en hemlik omgivning i vårdmiljön var av betydelse för patientens upplevelse av god vård. Genom en hemlik omgivning kunde de boende i vårdhemmet bibehålla sin identitet, sina värderingar och sin självständighet. En hemlik omgivning innehöll enligt Gjerberg (1995), Forsgren (1998), Morgan och Stewart (1999) samt Fridell (1998) aspekter som trevlig och mysig inredning

samt ett eget rum med egna saker och möbler. Dessa aspekter påverkade även upplevelsen av den hemlika omgivningen och förmågan att känna igen, vilket i sin tur påverkade de boendes upplevelse av trygghet. Fridell (1998) beskrev att en hemlik vårdmiljö borde vara en professionellt utformad miljö för professionellt god vård. En hemlik vårdmiljö innehöll, enligt Fridell (1998), Forsgren (1998) samt Morgan och Stewart (1999), även fina färger, vacker konst, vackra gardiner, blommor, bekväma möbler, rätt ljus och ljudförhållanden.

Fridell (1998) skriver att en vårdmiljö borde stödja och bekräfta patientens läkningsprocess genom att vårdmiljön anpassas efter patientens olika steg i läkningsprocessen. En dåligt utformad vårdmiljö kunde leda till oro hos patienterna. En väl utformad vårdmiljö ökade även vårdpersonalens förmåga att ge god vård om patienterna upplevde vårdmiljön som god och trivsamt. Vårdmiljön kunde påverka vårdarnas arbetsförhållanden genom att vara rörlig och överbelastad. Vårdare som inte mår bra i vårdmiljön kunde i sin tur signalera ut sina känslor medvetet eller omedvetet till patienterna som sedan också kunde uppleva vårdmiljön som nedvärderande och dålig.

Forsgren (1998) skrev även om hemlik vårdmiljö och menade att en vårdmiljö skulle vara trevlig för alla parter inom vården, det vill säga för både vårdare och patient. En hemlik vårdmiljö upplevdes som mindre främmande och skrämmande av patienterna om den liknade deras egna hem. En igenkännbar miljö skapade lugn hos patienterna samt dämpade känslor av smärta, oro och ångest. Tillgång till dagsljus, solljus och punktbelysning var också viktiga aspekter i en hemlik vårdmiljö eftersom ljuset skapade harmoni och värme. Det ledde även till upplevelser av trygghet (Forsgren, 1998).

Morgan och Stewart (1999) beskrev en hemlik omgivning och konstaterade att patienterna var mindre oroliga i en igenkännbar och hemtrevlig miljö. Omgivningen delades in i både social och fysisk omgivning, där det i den sociala omgivningen ingick aspekter som individualiserad vård, kärlek och meningsfulla aktiviteter medan det i den fysiska omgivningen ingick aspekter som valmöjlighet och eget rum (Morgan & Stewart, 1999).

Zingmark (2000) ansåg att personalen uppskattade den hemlika vårdmiljön eftersom den underlättade deras förhållande till patienterna och deras förflutna som bidrog till bevarandet av patienternas personlighet. Wijk (2001) skrev om färgens betydelse för igenkänning och ledtrådar som påverkade patienterna på ett lugnande sätt. Arman, et al. (2002) beskrev om den

estetiska miljön i en antroposofisk klinik. Den estetiska miljön var en viktig del i det antroposofiska vårdandet som även påverkade patienternas upplevelser av välbefinnande. Vårdmiljön på kliniken upplevdes av patienterna som positivt genom den klosterlika lugna och tysta atmosfären. Vackra färger i trädgårdens blommor samt varma och naturnära textilier på kliniken var även faktorer som bidrog till upplevelsen av klosteratmosfären (Arman, et al., 2002).

7.6 Sambandet mellan ljud/buller i vårdmiljön och hälsa

Fridell (1998) och Zingmark (2000) har studerat sambandet mellan ljud/buller i den estetiska vårdmiljön och hälsa. Fridell (1998) beskrev att volymen i vårdmiljön var en av de faktorerna som påverkade den enskilde individens upplevelse av sin omgivning. En miljö som var bullrig påverkade vårdarnas arbetsförhållanden och utövandet av vård negativt. Ljudförhållandena kunde även påverka patient och vårdarmötet negativt genom att för höga ljud försvårade och störde patienternas och vårdarnas kommunikation. Ljudet/bullret hade därmed en påverkan på patientens och vårdarens upplevelser av välbefinnande och obehag. Zingmark (2000) studerade i sin studie Alzheimerssjuka patienters upplevelser av hemmet och hon kom fram till att höga ljud påverkade patienterna genom att deras upplevelser av att vilja fara hem ökade. Höga ljud skapade en otrygg känsla hos de Alzheimerssjuka patienterna (Zingmark, 2000).

7.7 Sambandet mellan igenkännande/ledtrådar/antydningar och orienterbarhet i den estetiska vårdmiljön och hälsa

Sambandet mellan igenkännande/ledtrådar/antydningar och orienterbarhet i den estetiska vårdmiljön och hälsa framkommer i följande studier av Fridell (1998), Morgan och Stewart (1999), Zingmark (2000) samt Wijk (2001). Fridell (1998) skrev i sin studie att orienterbarheten påverkade patientens läkningsprocess positivt. Med orienterbarhet menade Fridell en igenkännbar miljö där patienten trivdes, mådde bra och kände sig som hemma. Enligt Fridell (1998) skulle vårdmiljön knyta an till vardagen som patienten var van vid hemma och vårdvistelsen behövde därmed inte bli ett avbrott i patientens vardag. Sjukdom

och vistelse i en vårdmiljö måste därmed, enligt Fridell, kunna ses som en del av livet och äga rum i kontinuitet med människans tillvaro i övrigt. Morgan och Stewart (1999) fann i sin studie att en tydlig miljö med olika ledtrådar, som till exempel stolar längs en korridor gav antydningar till patienterna om att ”här kan du vila dig om du inte orkar gå hela långa korridoren”. Öppna dörrar till toaletterna påminde patienterna om toalettbesök. De dementa patienterna var mindre trötta i en tydlig miljö. Olika ledtrådar användes samtidigt som patienternas trygghet påverkades, då de hittade själva i miljön. Ledtrådarna fick patienterna att minnas olika saker som till exempel att matsalen påminde om mat. Zingmark (2000) ansåg att människor i allmänhet upplevde bland annat trygghet, igenkännande, glädje, frihet, ägande och rotadhet om aspekten att vara hemma. Känslan av att vara hemma innebar även känslan av att vara relaterad till andra människor, platser och ting. Hemlängtan hos de Alzheimerssjuka patienterna uppstod vid okända och nya miljöer med främmande människor och genom förändrad rytm i vardagslivet. Känslan av hemmastaddhet, det vill säga upplevelsen att vara hemma, uppstod om patienten upplevde sig vara relaterad och närvarande i vårdmiljön. Wijk (2001) studerade äldres färguppfattning. Färg ansågs vara både den förskönande, förtydligande och informationsbärande faktorn i vårdmiljön. Genom färg kunde vårdmiljöer förtydligas för de äldre genom olika koder och ledtrådar i miljön. Wijk (2001) kom fram till i sin studie att färguppfattningen hos äldre var väl bevarat även vid åldrarna 80 till 95 år. Nedsatt igenkänning uppstod enbart hos patienterna med Alzheimer. De var i genomsnitt 80 år. Studien visade att äldre personer hade bevarat färguppfattning och åsikt om färg, vilket borde tas hänsyn till vid inredandet av vårdmiljöer genom att med hjälp av färg tydliggöra miljön för de äldre. Färg i vårdmiljön utgjorde det starkaste stödet för att känna igen och hitta i vårdmiljön för alla de tre grupperna 80 och 95 åriga äldre samt hos de 80 åriga Alzheimerssjuka äldre.

7.8 Sambandet mellan valmöjligheter/handlingsalternativ i den estetiska vårdmiljön och hälsa

Sambandet mellan valmöjligheter/handlingsalternativ i den estetiska vårdmiljön och hälsa beskrevs i studierna Gjerberg (1995), Forsgren (1998), Morgan och Stewart (1999), Zingmark (2000), Wikström (2000) och Nyström (2002). Dessa olika studier beskrev valmöjligheter/handlingsalternativ genom valmöjligheten till avskildhet i vårdmiljön genom

ett eget rum (Gjerberg, 1995; Forsgren, 1998; Morgan & Stewart, 1999; Zingmark, 2000), valmöjlighet i vårdmiljön till social interaktion (Gjerberg, 1995; Morgan & Stewart, 1999; Wikström, 2000; Nyström, 2002), valmöjligheter/handlingsalternativ i vårdmiljön för sociala aktiviteter/stimulans (Gjerberg, 1995; Morgan & Stewart, 1999).

7.8.1 Valmöjligheten till avskildhet

Valmöjligheten till avskildhet i vårdmiljön genom ett eget rum beskrev Gjerberg (1995). Hon skrev att både de boende, anhöriga och vårdarna ansåg att det egna rummet var en viktig påverkande del i upplevelsen av god vårdkvalitet. Ett eget rum för de boende möjliggjorde enligt Gjerberg (1995) och Forsgren (1998) de boendes privata liv genom att de boende kunde vara för sig själva när de ville samt kunde inreda rummet med egna saker och möbler. Detta bidrog till de boendes bevarande av identitet. Forsgren (1998) ansåg att tillgång till ett eget rum bidrog till patienternas ökade känsla av integritet, trygghet och identitet. Morgan och Stewart (1999) studerade i sin studie skillnaderna mellan en långvårdavdelning (long – term care) och en specialvårdavdelning (special care unit). Det visade sig att i den nya specialvårdavdelningen fanns det en möjlighet för patienterna att välja mellan ett eget rum eller ett rum med flera boenden. Det egna rummet bidrog till patientens möjlighet att välja att antingen vara i avskildhet eller ha social interaktion. Detta ökade också patientens upplevelse av integritet (Morgan & Stewart, 1999). Zingmark (2000) beskrev patientens upplevelse av hemmastaddhet. Hon konstaterade att vårdmiljöer borde ge patienter möjligheter till avskildhet genom ett eget rum. Det bidrar till känslan av hemmastaddhet samt att de gemensamma utrymmena i vårdmiljön möjliggjorde för patienten att ha social interaktion efter eget behov.

7.8.2 Valmöjlighet för social interaktion

Valmöjligheten i vårdmiljön för social interaktion beskrev Gjerberg (1995) och Morgan och Stewart (1999) om i sina studier. Båda studierna kom fram till att för stora ytor i vårdmiljöerna bidrog till att den sociala interaktionen patienterna emellan försvagades. Istället skulle det i vårdmiljöer eftersträvas efter mindre utrymmen med en hemtrevlig karaktär för att

den sociala interaktionen mellan patienterna skulle komma till stånd. Små och korta avstånd i vårdmiljön bidrar även till ökad interaktion mellan vårdare och patient (Gjerberg, 1995; Morgan & Stewart, 1999). Wikström (2000) konstaterade i sin studie den sociala interaktionens betydelse för äldre samt hur betydelsefull kommunikationen inom vården var. Genom samtal om olika konstverk ökade de äldres förmåga att kommunicera sina egna erfarenheter från tidigare händelser i livet. Konsten blev ett annat sätt för vårdare att vårda sina patienter. Nyström (2002) fann i sin studie demensdrabbades nedsatta kommunikationsförmåga och konstaterade att vårdare genom dans kunde kommunicera med de dementa. Dansen hade flerdimensionell betydelse vilket innebar att den påverkade människors alla sinnen.

7.8.3 Valmöjlighet/handlingsalternativ för social aktivitet/stimulans

Två studier har behandlat valmöjligheter/handlingsalternativ i vårdmiljön angående sociala aktiviteter/stimulans (Gjerberg, 1995; Morgan & Stewart, 1999). Gjerberg (1995) skrev att både boende, anhöriga och vårdare ansåg att sociala aktiviteter i vårdmiljön bidrog till god vårdvalitet. Aktiviteter som ansåg betydelsefulla för de boende var möjligheten att kunna läsa böcker, tidningar, njuta av olika typer av underhållning, gå på promenader och caféer. Viktigast var dock att anhöriga och vårdare ansåg att de boende skulle ha möjligheten att välja om de ville delta i aktiviteter eller inte. De boende skulle även få välja när de skulle vilja duscha, äta, gå upp på morgonen och lägga sig på kvällen. Morgan och Stewart (1999) konstaterade i sin studie att för intensiv social stimulering skapade mycket rörelser, oljud och omöjliggjorde social interaktion mellan vårdare och patient samt mellan patienterna. Hög spatial stimulering resulterade i nära sociala kontakter med både vårdare och patient samt patienter emellan. Det medförde även en konstant invasion av de personliga utrymmena. Båda typer av stimulering skapade höga nivåer av stimulans, vilket ledde till både irritation och konflikter mellan de boende. Det fanns dock ändå vårdare som ansåg att några boenden upplevde att det fanns för lite stimulans på vårdavdelningen, vilket ledde till att de boende blev uttråkade, rastlösa och inaktiva.

Sammanfattningsvis kunde det konstateras att den estetiska vårdmiljön upplevdes som negativ och ledde till ohälsa om den bidrog till upplevelser som till exempel otrygghet, oro, minskad

självkänsla, oklar identitet och störd integritet. En estetisk vårdmiljö som inte erbjöd valmöjligheter/handlingsalternativ till avskildhet, social interaktion eller sociala aktiviteter/stimulans påverkade människornas upplevelse av den estetiska vårdmiljön negativt. Även avsaknaden av till exempel tid för patienten, säkerhet i vårdmiljön, behagligt ljud, konst, musik/sång, dans och hemlik vårdmiljö påverkade människornas upplevelse av den estetiska vårdmiljön negativt.

Genom en jämförelse mellan antalet studier per samband kunde det konstateras att flest studier beskrev att hemlik vårdmiljö och valmöjligheter/handlingsalternativ i vårdmiljön påverkade människornas upplevelser av välmående och hälsa. Hemlik vårdmiljö förekom i sju studier medan valmöjligheter/handlingsalternativ förekom i sex studier. Fyra studier beskrev sambanden musik/sång, vårdarens roll i vårdandet, igenkänning/ledtrådar/antydningar/orienterbarhet.

7.2 Studiernas perspektiv

Studierna i litteraturstudien beskrev sambandet mellan estetisk vårdmiljö och hälsa utifrån flera perspektiv se (Tabell 4). De perspektiv som låg till grund för studiernas resultat var vårdare (Gjerberg, 1995; Morgan & Stewart, 1999; Zingmark, 2000), sjuksköterskor (Fridell, 1998; Forsgren, 1998; Zingmark, 2000; Wikström, 2001; 2002), patienter (Fridell, 1998; Forsgren, 1998), boende på vårdhem (Gjerberg, 1995), äldre (Wikström, 2000; Wijk, 2001), dementa patienter (Nyström, 2002), Alzheimerssjuka patienter (Zingmark, 2000; Wijk, 2001), bröstcancersjuka patienter (Arman, et al., 2002), anhöriga/besökande (Gjerberg, 1995; Fridell, 1998; Forsgren, 1998; Morgan & Stewart, 1999), arkitekter (Fridell, 1998) och människor * (Zingmark, 2000).

Genom att perspektiven fördes ihop in i större och mer övergripande perspektiv kunde fem perspektiv, vårdare (vårdare och sjuksköterskor), patient (patienter, boende på vårdhem, äldre, dementa-, Alzheimerssjuka- och bröstcancerssjuka patienter), arkitekt, människa och anhörigperspektiv (besökande) finnas.

Inom perspektiven utgick sju studier från vårdarperspektivet (Gjerberg, 1995; Fridell, 1998; Forsgren, 1998; Morgan & Stewart, 1999; Zingmark, 2000; Wikström, 2001; 2002), åtta från patientperspektivet (Gjerberg, 1995; Fridell, 1998; Forsgren, 1998; Zingmark, 2000; Wikström, 2000; Wijk, 2001; Nyström, 2002; Arman, et al., 2002), fyra studier från anhörigperspektivet (Gjerberg, 1995; Fridell, 1998; Forsgren, 1998; Morgan & Stewart, 1999), en från arkitektperspektivet (Fridell, 1998) och en från människors perspektiv (Zingmark, 2000).

Tabell 4. Översikt över de perspektiv som resultatet i studierna beskrevs utifrån samt över antal studier per perspektiv.

| Studie nr | 1. Gjerberg, E. 1995 | 2. Fridell, S. 1998 | 3. Forsgren, M. 1998 | 4. Morgan, J.D. N., Stewart, N. 1999 | 5. Zingmark, K. 2000 | 6. Wikström, B.M. 2000 | 7. Wijk, H. 2001 | 8. Wikström, B.M. 2001 | 9. Nyström, K. 2002 | 10. Wikström, B.M. 2002 | 11. Arman, M., Rhensfeldt, A., Hamrin, E. 2002 | Antal studier / perspektiv |
|--------------------------|----------------------|---------------------|----------------------|--------------------------------------|----------------------|------------------------|------------------|------------------------|---------------------|-------------------------|--|----------------------------|
| Perspektiv | | | | | | | | | | | | |
| Vårdare | + | | | + | + | | | | | | | 3 |
| Sjuksköterskor | | + | + | | + | | | + | | + | | 5 |
| Patienter | | + | + | | | | | | | | | 2 |
| Boende på vårdhem | + | | | | | | | | | | | 1 |
| Äldre | | | | | | + | + | | | | | 2 |
| Dementa patienter | | | | | | | | | + | | | 1 |
| Alzheimersjuka patienter | | | | | + | | + | | | | | 2 |
| Bröstcancersjuka | | | | | | | | | | | + | 1 |
| Anhöriga /besökande | + | + | + | + | | | | | | | | 4 |
| Arkitekter | | + | | | | | | | | | | 1 |
| Människor | | | | | + | | | | | | | 1 |

* Människor mellan 2 till 102 år i en studerad population (Zingmark, 2000).

Likheter inom studierna som beskrev sina resultat utifrån vårdarperspektiv var att i alla studierna beskrev vårdare hur hälsan hos bland annat boende på vårdhem, dementa och Alzheimersjuka patienter påverkades av olika aspekter i den estetiska vårdmiljön samt vilka faktorer som vårdarna ansåg vara de viktigaste aspekterna för patienterna att ha till exempel i en god och hälsosam vårdmiljö (Gjerberg, 1995; Fridell, 1998; Forsgren, 1998; Morgan & Stewart, 1999; Zingmark, 2000; Wikström, 2001; 2002). För att belysa vårdarnas åsikter

angående patienters hälsa beskrev bland annat Gjerberg (1995) i sin studie att vårdare ansåg att det var viktigt att patienterna vårdades med respekt, fick valmöjligheter att välja aktiviteter, fick välorganiserad vård och en hemlik omgivning medan patienterna själva ansåg att aspekter som bland annat säkerhet var betydelsefullt (Gjerberg, 1995).

När det gällde patientperspektivet utgick alla studier från patienternas egna upplevelser om hälsa i relation till bland annat nödvändiga aspekter i en vårdmiljö, konst, antroposofisk vård, färg i vårdmiljön och dans (Gjerberg, 1995; Fridell, 1998; Forsgren, 1998; Zingmark, 2000; Wikström, 2000; Wijk, 2001; Nyström, 2002; Arman, et al., 2002). Wijk (2001) fann i sin studie att äldre människor vid 80 och 95 års ålder upplevde att färg var den största bidragande orsaken för igenkänning i vårdmiljön medan Arman, et al. (2002) kom i sin studie fram till att bröstcancerpatienter upplevde att den antroposofiska vården vårdade efter helheten, vilket innehöll aspekter som estetisk miljö och kontinuitet. Gjerbergs (1995) studie beskrev att patienterna tyckte att det viktigaste i en vårdmiljö var bland annat säkerhet, sociala aktiviteter, eget rum och blandade boenden i rum med många patienter. Anhöriga och vårdare ansåg i sin tur att säkerheten och blandade boenden i rum med många patienter inte var några viktiga aspekter för patienterna.

De studier som beskrev samband mellan estetisk vårdmiljö och hälsa utifrån anhörigas perspektiv handlade om vad anhöriga ansåg vara det viktigaste i en vårdmiljö samt vilka faktorer som påverkade patienternas upplevelser av god vård och hälsa (Gjerberg, 1995; Fridell, 1998; Forsgren, 1998; Morgan & Stewart, 1999). Gjerbergs (1995) studie beskrev att anhöriga ansåg bland annat att respekt för patienterna och hemlik miljö var viktiga för patienterna i en vårdmiljö. Anhöriga i Morgan och Stewarts (1999) studie ansåg att en igenkännbar och hemlik miljö bidrog till att minska patienters oro och öka den sociala aktiviteten i vårdmiljön.

En studie utgick ifrån arkitekters perspektiv vid beskrivandet av vilka aspekter en fysisk vårdmiljö bör ha för att stödja god vård (Fridell, 1998). I denna studie gjorde arkitekten observationer av olika vårdmiljöer samt gjorde även några inredningsmässiga förändringar för att genom dem skapa nya rum för vårdens olika möten. Enligt Fridell (1998) skulle vårdmiljön för att stödja patienterna vara hemlik och det var den om den innehöll bland annat bekväma möbler, bra ljus och ljudförhållanden samt vacker konst och blommor.

En studie (Zingmark, 2000) utgick från 2 till 102 åriga människors perspektiv vid beskrivandet av vad de upplevde angående hemmet och om att vara hemma. Människorna upplevde känslor som bland annat trygghet, glädje, tillhörighet och igenkänning om att vara hemma (Zingmark, 2000).

Sammanfattningsvis visade det sig att det förekom skillnader mellan de olika perspektiven när det gällde åsikterna angående vad som ansågs vara god vård och en hälsobefrämjande vårdmiljö för patienterna. Vid jämförandet av perspektiven i stort utgick sju studier ifrån vårdarperspektivet och åtta studier från patientperspektivet, men efter en jämförelse mellan perspektiven för sig visade det sig att sjuksköterske- och anhörig/besökande perspektiven dominerade i fem respektive fyra studier.

7.3 Studiernas målgrupper

Resultatet från analysen visade att studierna som beskrev sambandet mellan estetisk vårdmiljö och hälsa vände sig till flera olika målgrupper se (Tabell 5). Målgrupperna som förekom i studierna var sjukvården (Gjerberg, 1995; Nyström, 2002; Arman, et al., 2002), vårdpersonal (Forsgren, 1998; Zingmark, 2000), sjuksköterskor (Wikström, 2000; 2002) arkitekter (Fridell, 1998; Wijk, 2001), vårdplanerare/verksamhetsföreståndare (Fridell, 1998; Morgan & Stewart, 1999; Wijk, 2001), designers (Morgan & Stewart, 1999; Wijk, 2001), politiker (Fridell, 1998) och lärare (Wikström, 2001).

Studierna som vände sig till sjukvården studerade områden som vårdhemmets kvalitet, dans som ett kommunikations hjälpmedel och komplementär vård i en antroposofisk klinik (Gjerberg, 1995; Nyström, 2002; Arman, et al., 2002). De studier som vände sig till vårdpersonalen studerade områden som Alzheimerssjuka patienters upplevelser om estetik i vården och människornas upplevelser av att vara hemma (Forsgren, 1998; Zingmark, 2000). De studier som vände sig till sjuksköterskorna studerade konst som ett kommunikationshjälpmedel för äldre och sjuksköterskornas användande av olika estetiska uttrycks sätt i vården (Wikström, 2000; 2002).

Tabell 5. Översikt av de målgrupper studierna vände sig till samt antalet studier per målgrupp.

| Studie Nr | 1. Gjerberg, E. 1995 | 2. Fridell, S. 1998 | 3. Forsgren, M. 1998 | 4. Morgan, D. N., Stewart, N. 1999 | 5. Zingmark, K. 2000 | 6. Wikström, B. M. 2000 | 7. Wijk, H. 2001 | 8. Wikström, B. M. 2001 | 9. Nyström, K. 2002 | 10. Wikström, B. M. 2002 | 11. Arman, M., Rhenfeldt, A., Hamrin, E., 2002 | Antal studier/ målgrupp |
|---|-------------------------|------------------------|-------------------------|--|-------------------------|----------------------------|---------------------|----------------------------|------------------------|-----------------------------|--|----------------------------|
| Målgrupper | | | | | | | | | | | | |
| Sjukvården | + | | | | | | | | + | | + | 3 |
| Vårdpersonalen | | | + | | + | | | | | | | 2 |
| Sjuksköterskor | | | | | | + | | | | + | | 2 |
| Arkitekter | | + | | | | | + | | | | | 2 |
| Vårdplanerare/ verksamhetsföreståndare | | + | | + | | | + | | | | | 3 |
| Designer | | | | + | | | + | | | | | 2 |
| Politiker | | + | | | | | | | | | | 1 |
| Lärare i sjuksköterske- utbildningen | | | | | | | | + | | | | 1 |

De studier som vände sig till arkitekter handlade om den fysiska vårdmiljöns utformning för att stödja god vård och äldres färguppfattning i en vårdmiljö (Fridell, 1998; Wijk, 2001). De studier som vände sig till vårdplanerare/verksamhetsföreståndare handlade om den fysiska vårdmiljöns utformning för att stödja god vård, vårdhemmens vårdkvalitet och äldres färguppfattning i en vårdmiljö (Fridell, 1998; Morgan & Stewart, 1999; Wijk, 2001). De studier som hade designers som målgrupp behandlade områden som vårdhemmens vårdkvalitet och äldres färguppfattning i en vårdmiljö (Morgan & Stewart, 1999; Wijk, 2001). En studie vände sig till politiker och en till lärare. De studierna behandlade den fysiska vårdmiljöns utformning för att stödja god vård och sjuksköterskestuderandes förbättrade förmåga att genom konsten bry sig om patienterna mer än förut (Fridell, 1998; Wikström, 2001).

Genom att målgrupperna fördes samman in i större och mer övergripande målgrupper visade det sig att sju studier vände sig till sjukvården (sjukvård, vårdpersonal och sjuksköterskor) (Gjerberg, 1995; Forsgren, 1998; Zingmark, 2000; Wikström, 2000; 2002; Nyström, 2002; Arman, et al., 2002) och tre studier vände sig till personer som var ansvariga för planering och utformning av vårdmiljöer (vårdplanerare/verksamhetsföreståndare, designers, arkitekter och

politiker) (Fridell, 1998; Morgan & Stewart, 1999; Wijk, 2001) samt en studie vände sig till lärare på högskolan (Wikström, 2001).

Sammanfattningsvis kunde det konstateras att de studierna som handlade om vårdmiljöns kvalitet när det gällde utformning och inredning av dess omgivning genom till exempel en hemlik vårdmiljö, vände sig till de personerna som oftast utförde, planerade och ansvarade för utformningarna av vårdmiljöerna (Fridell, 1998; Morgan & Stewart, 1999; Wijk, 2001).

De studier som behandlade de olika estetiska uttryckssätten musik/sång, dans och konst samt olika aspekter för att förbättra vårdens kvalitet, vände sig till sjukvården (vårdare och sjuksköterskor) eftersom de i praktiken kunde använda, ta till sig och tillämpa de nya kunskaperna (Gjerberg, 1995; Forsgren, 1998; Zingmark, 2000; Wikström, 2000; 2002; Nyström, 2002; Arman, et al., 2002).

Studien som behandlade konst som ett pedagogiskt hjälpmedel för sjuksköterskestuderande vände sig till de personer som denna kunskap kunde tillföra någonting, nämligen lärare (Wikström, 200). Genom en jämförelse mellan målgrupperna i stort dominerade sjukvårdsperspektivet överlägset i sju studier, men genom jämförelsen mellan målgrupperna var för sig visade det sig att även vårdplanerare/verksamhetsföreståndare dominerade tillsammans med sjukvården i tre studier.

8 DISKUSSION

8.1 Metoddiskussion

I denna litteraturstudie har sambanden mellan estetisk vårdmiljö och hälsa belysts samt studiernas olika perspektiv och målgrupper. Den valda metoden ansågs relevant eftersom den motsvarade syftet. Analysmetoden innehållsanalys ansågs också relevant jämfört med studiens syfte och frågeställningar eftersom en innehållsanalys beskriver materialets innehåll. I denna litteraturstudie gjordes innehållsanalysen utfifrån studiens tre frågeställningar.

Angående urvalet i studien hade kanske bortfallet i resultatet i den systematiska sökningen se (Tabell 1) blivit mindre om inklusionskriterierna varit andra som till exempel att intervallet angående studiernas år börjat tidigare än år 1995 och att sökordskombinationerna varit flera. Det är inte enkelt att söka i databaser och det kräver både kunskap och erfarenhet. Detta kan vara en orsak till att mitt urval i den systematiska sökningen varit liten, men efter att ha skrivit denna studie kan jag uppleva att mina sökkunskaper har förbättrats jämfört med kunskaperna vid studiens början. De flesta av studierna i urvalet hittades genom en osystematisk sökning, vilket kan anses påverka studiens reliabilitet. Eftersom det i studien medvetet strävades efter en spridning av ämnesområdet anser jag att det var den osystematiska sökningen som bidrog till att den önskade spridningen av ämnesområdet kunde uppnås.

När det gäller redovisandet av resultaten i både tabeller (se Tabell 3-5) och i löpande text kan diagrammens reliabilitet upplevas som obetydligt. Har siffrorna i de olika tabellerna (Tabell 3-5) där samband, perspektiv och målgrupp redovisas något värde i sig? Resultaten av siffrorna i alla de tre tabellerna har ett värde om de jämförs från olika aspekter, det vill säga både ur ett större och mer övergripande aspekt och var för sig. Att uttala sig om resultaten enbart genom att jämföra varje aspekt för sig är inte reliabelt med tanke på litteraturstudiens omfattning, därför jämförs även resultaten ur ett större och mer omfattande perspektiv.

Jag anser att syftet har uppnåtts eftersom jag fått svar på mina frågeställningar. Genom svaren har jag fått en ökad förståelse för varför vissa problem inom området estetisk vårdmiljö fortfarande kvarstår. Begreppen inom området är komplexa och upplevs oftast olika av människorna. Fråga ett är mer omfattande än de två övriga frågorna av det enkla skälet att det fanns mycket mer information att hämta från de olika studierna.

8.2 Resultatdiskussion

Fråga ett där sambanden mellan estetisk vårdmiljö och hälsa belyses visar på olika samband som ansågs vara viktiga aspekter i en vårdmiljö. Genom att titta närmare på sambanden kunde några slutsatser dras. Resultatet av fråga ett visar att för att en estetisk vårdmiljö skall upplevas av både patienter och vårdare som hälsobefrämjande, måste vårdmiljön likna det egna hemmet i de flesta avseendena. Det egna hemmet innehåller aspekter som till exempel

egna saker och att miljön är bekant, vilket gör att orienterbarheten ökar samt att det finns en valfrihet att till exempel lyssna på musik, umgås eller att bara vara för sig själv en stund. De olika sambanden som analysen av fråga ett visade (se Tabell 3) kan lätt hänföras till och jämföras med det egna hemmet. I det egna hemmet kan det finnas aspekter av samband som tabell tre redovisar som till exempel musik och hemlik miljö med vackra gardiner och egna saker. De samband med hälsa som enbart uppstår i en vårdmiljö är vårdarens roll, tiden och säkerheten. Eftersom patienten i vårdmiljön befinner sig i en beroendesituation påverkas patientens upplevelser av välbefinnande av bland annat vårdarens kunskaper och sätt att vårda, vårdarens tid för patienten samt av säkerheten i den främmande vårdmiljön.

En forskare dominerar inom de estetiska uttryckssätten konst, musik/sång och dans nämligen Wikström (2000; 2001; 2002). Orsaken till detta kan vara att hon är den enda författaren som valt att engagera sig för de olika estetiska områdena eller att hon är en av de få forskarna som insett estetikens betydelse för hälsa och välbefinnande. En annan orsak kan vara att få forskare vågar bedriva forskning inom estetik och estetisk vårdmiljö eftersom människor ofta har olika uppfattningar om vad estetik innebär.

Analysen av fråga två där studiernas olika perspektiv redovisas visar att ungefär hälften av studierna utgår ifrån både vårdarnas och patienternas perspektiv vid beskrivandet av bland annat vilka faktorer som påverkar patienters upplevelse av hälsa. Resultatet förvånar mig, eftersom jag trodde att flertalet av studierna skulle utgå från patienternas perspektiv då det ändå är deras hälsa och välmående som studerades. Orsaken till varför många av studierna utgår ifrån vårdarnas perspektiv kan bero på att de arbetar nära patienterna och har kunskaper om deras situation. Det som saknades i vårdarnas (vårdare och sjuksköterskor) beskrivningar angående den estetiska vårdmiljön var deras egna subjektiva upplevelser angående vårdmiljön. Vårdarna beskriver enbart aspekter som ökar patienternas möjligheter att uppleva hälsa, fastän det är lika viktigt att beakta vårdarnas egna möjligheter att uppleva hälsa i vårdmiljön. Vårdare som mår bra orkar ge bättre vård och bättre vård leder i sin tur till bättre möjligheter för patienterna att uppnå hälsa.

En enda studie skiljer sig från de övriga i fråga två och det är Morgan och Stewarts (1999) studie. Det är den enda studien som inte alls har ett patientperspektiv vid beskrivandet av viktiga aspekter för patienter att ha i en fysisk vårdmiljö.

Den tredje och sista frågan överraskade med sitt resultat efter analysen. Resultatet i fråga tre besvarar problemformuleringen om varför få förändringar har skett inom vårdmiljöer angående den estetiska utformningen. Genom resultatet kan några slutsatser dras, nämligen den att det inte är konstigt att utvecklingen gått sakta framåt eftersom resultatet visar att lika många studier som vände sig till sjukvården vände sig även till planerare, politiker, arkitekter och designers (Fridell, 1998; Morgan och Stewart, 1999 och Wijk, 2001). Hur många politiker, arkitekter och designers läser forskning gjorda inom omvårdnad och vården för övrigt? Eftersom dessa personer har den mest påverkande makten över de olika beslut som tas angående utformning inom olika vårdmiljöer borde de först ta del av olika studier av detta slag. Flertalet av studierna se (fråga 3) vänder sig till de människorna som på bästa sätt skall kunna förbättra, genomföra och använda den nya kunskapen. I vilken mån människorna sedan tar till sig och genomför förbättringarna är svårt att veta, men en sak är säker, det behövs mer estetiskt utformade vårdmiljöer för att öka människornas möjlighet att kunna uppleva välmående och hälsa i vårdmiljön!

9 KONKLUSION

Genom denna studie kan det konstateras att den estetiska vårdmiljöns utformning och de olika estetiska uttryckssätten har en betydelse för människornas upplevelse av hälsa. Studien visar att människor känner sig trygga i en vårdmiljö som liknar det egna hemmet. Aspekter som var viktiga i vårdmiljön var bland annat bekant inredning med igenkännbara föremål och tydliga ledtrådar som ökade orienterbarheten samt en igenkännbar vardagsrutin som påminde om patientens egna rutin i det egna hemmet.

Orsakerna till varför det inte har skett stora förändringar inom sjukvården kan bero på de ekonomiska förutsättningarna eller en omedvetenhet om den estetiska vårdmiljöns betydelse för människornas hälsa. Jag anser att det saknas en kommunikation mellan sjukvård och de personer som ansvarar för planering och utformning av vårdmiljöerna. Genom kommunikation kan båda parter beskriva sina önskemål angående estetisk vårdmiljö utifrån sina egna preferenser för att genom det öka förståelsen och kunskapen om varandras olika sätt att tänka kring estetisk vårdmiljö. En öppen dialog är en förutsättning för att vården skall kunna skapa och ge patienterna en hälsobefrämjande och tillfredställande estetisk vårdmiljö

som leder till hälsa. Eftersom både sjukvården och personerna som ansvarar för planeringen och utformningen av vårdmiljöerna har sina speciella spetskunskaper inom sina områden är det viktigt att till exempel sjuksköterskor och arkitekter tillsammans utformar vårdmiljöerna. Parterna bör även utgå ifrån patientperspektivet vid utformandet av vårdmiljöerna eftersom det är patienterna som har de subjektiva upplevelserna av vårdmiljöerna. Sedan vore det inte helt fel om sjukvården och olika planerare tillsammans utforskade olika studier gjorda inom området estetisk vårdmiljö. Genom detta skulle de öka sina kunskaper om den estetiska vårdmiljöns betydelse för hälsa.

Efter dessa tankar och synpunkter vore det mycket intressant att gå vidare genom att studera vilka teorier, perspektiv och preferenser som bland annat arkitekter och designers utgår ifrån när de utformar olika vårdmiljöer.

10 REFERENSER

- Arman, M., Rhensfeldt, A. & Hamrin, E. (2002). Bröstcancerpatienters upplevelser av komplementär vård vid en antroposofisk klinik- en fallstudie. *Vård i Norden*, 22 (2), 4-8.
- Benzein, E. (2000). Hope within cancer patients undergoing palliative care: A systematic literature review. *Recent Advances and Research Updates in Medicine/The Researchman*, 88-96.
- Bruce, A. & Lind, E. (1991). *Omvårdnad. Begrepp och mening*. Lund: Natur och Kultur.
- Carper, B. (1978). Fundamental patterns of knowing in nursing. *Advances in Nursing Science*, 1 (1), 13-23.
- Dahlberg, K. (1994). *Vårdandets helhetsyn*. Lund: Studentlitteratur.
- Ehnfors, M., Ehrenberg, A. & Thorell – Ekstrand, I. (1998). *VIPS – boken. Om en forskningsbaserad modell för dokumentation av omvårdnad i patientjournalen* (FOU – Rapport no 48). Stockholm: Vårdförbundet.
- Eriksson, K. (1987). *Vårdandets idé*. Göteborg: Almqvist & Wiksell.
- Fawcett, J. (1995). *Analysis and evaluation of conceptual models of nursing* (3. ed.). Philadelphia: F. A. Davis.
- Fridell, S. (1998). *Rum för vårdens möten. Om utformning av fysisk vårdmiljö för god vård* (Diss.). Stockholm: Stockholms Högskola, Institutionen för Arkitektur och Stadsbyggnad.
- Folkhälsogruppen. (1991). *Miljö och hälsa. En gemensam europeisk stadga framtagen av WHO* (Rapport no 6). Stockholm: Allmänna Förlaget.
- Forsgren, T. (1998). *"Som en smekning på själen". En intervjustudie om estetikens betydelse för människan i vården* (Diss.). Göteborg: Göteborgs universitet, Institutionen för vårdlärarutbildning.
- Gjerberg, E. (1995). Nursing home quality: different perspectives among residents, relatives and staff, a qualitative study. *Vård i Norden*, 15 (4), 4-9.
- Health 21: The health for all policy framework for the WHO European Region [Online]. (1998). Tillgänglig www: www.who.dk/informationSources/Publications/Catalogue/20010911_38 [20030216]

- Liljefors, A., Brieditis, M. & Fridell, S. (1985). *Ljus och färg i lokala sjukhem* (Spri Rapport). Stockholm: AB Primo.
- Lindell, M. & Olsson, H. (1993). *Modeller för omvårdnad: teoretiska aspekter och exempel*. Stockholm: Liber Utbildning.
- Morgan, D. G. & Stewart, N. J. (1999). The physical environment of special care units: needs of residence with dementia from the perspective of staff and family caregivers. *Qualitative Health Research* 9 (1), 105–118.
- Nationalencyklopedin Multimedia 2000 plus*. [cd – rom] (2000). Göteborg: Bokförlaget Bra Böcker. ISBN 91 – 7133 – 745 - 8.
- Nationalencyklopedin*. (1991). Höganäs: Bokförlaget Bra Böcker AB, 5, 611-612.
- Nationalencyklopedin*. (1989). Höganäs: Bokförlaget Bra Böcker AB, 1, 500–501.
- Nordström, M. (1986). *Platsens psykologi. Om att tillägna sig sin miljö*. Gävle: Statens Institut för Byggnadsforskning.
- Nightingale, F. (1954/1860). *Anteckningar om sjukvård*. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförenings Förlag.
- Nyberg, R. (2000). *Skriv vetenskapliga uppsatser och avhandlingar med stöd av IT och Internet*. Lund: Studentlitteratur.
- Nyström, K. (2002). *Dans på gränsen. Demensdrabbades kommunikation i dansterapi* (Diss.). Stockholm: Stockholms universitet, Pedagogiska Institutionen.
- Orem, D. E. (1995). *Nursing: concepts of practice* (5th. ed.). St. Louis: Mosby.
- Polit, F. D. & Hungler, P. B. (1999). *Nursing research. Principles and methods* (6th. ed.). USA: Lippincott.
- Sarvimäki, A. & Stenbock–Hult, B. (1996). *Vård. Ett uttryck för omsorg*. Falköping: Liber AB.
- Stern, D. N. (1991). *Spädbarnets interpersonella värld. Ur psykoanalytiskt och utvecklingspsykologiskt perspektiv*. Lund: Natur och Kultur.
- Svenska Akademiens ordlista över svenska språket* (1996). (11. uppl.). Stockholm: Norstedts Förlag.

Tydén, U. (1993). *Att skapa miljöer för vård. Fysisk utformning av psykiatriska vårdmiljöer, miljöpsykologiska och praktiska aspekter* (Rapport no. 2). Falun: DFR.

WHO (World Health Organization) [Online]. (1948) Tillgänglig www:
<http://www.who.int/about/definition/en/> [20021122]

Wijk, H. (2001). *Colour perception in old age. Colour discrimination, colour naming, colour preferences and colour/shape recognition* (Diss.). Göteborg: Göteborg University, Department of Geriatric Medicine.

Wikström, B. M. (2002). Nurses' strategies when providing for patients' aesthetics means of expression. *Clinical Nursing Research*, 11 (1), 22–33.

Wikström, B. M. (2001). Works of art: A complement to theoretical knowledge when teaching nursing care. *Journal of Clinical Nursing*, (10), 25–32.

Wikström, B. M. (2000). Visual art dialogues with elderly persons: effects on perceived life situation. *Journal of Nursing Management*, (8), 31–37.

Wikström, B. M. (1997). *Estetik och omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur.

Zingmark, K. (2000). *Experiences related to home on Alzheimer's disease* (Diss.). Umeå: Umeå University, Department of Nursing.

Högskolan i Trollhättan/Uddevalla
Institutionen för omvårdnad
Box 1236
462 28 Vänersborg
Tel 0521-26 42 00 Fax 0521-26 42 99
www.htu.se