

UNIVERZA NA PRIMORSKEM
FAKULTETA ZA MATEMATIKO, NARAVOSLOVJE IN
INFORMACIJSKE TEHNOLOGIJE

ZAKLJUČNA NALOGA
POMEN OKOLJSKEGA DIZAJNA V PALIATIVNI
OSKRBI:
APLIKACIJA SPOZNANJ OKOLJSKE PSIHOLOGIJE

UNIVERZA NA PRIMORSKEM
FAKULTETA ZA MATEMATIKO, NARAVOSLOVJE IN
INFORMACIJSKE TEHNOLOGIJE

Zaključna naloga

**Pomen okoljskega dizajna v paliativni oskrbi: aplikacija spoznanj okoljske
psihologije**

(The importance of environmental design in palliative care: The application of environmental
psychology knowledge)

Ime in priimek: Tina Černe

Študijski program: Biopsihologija

Mentor: doc. dr. David Ravnik

Somentor: doc. dr. Katarina Babnik

Koper, september 2014

Ključna dokumentacijska informacija

Ime in PRIIMEK: Tina ČERNE

Naslov zaključne naloge: Pomen okoljskega dizajna v paliativni oskrbi: aplikacija spoznanj okoljske psihologije

Kraj: Koper

Leto: 2014

Število listov: 51

Število slik: 13

Število tabel: 1

Število referenc: 114

Mentor: doc. dr. David Ravnik

Somentor: doc. dr. Katarina Babnik

Ključne besede: okoljska psihologija, paliativna oskrba, notranji dizajn, na dokazih obstoječ dizajn, psihološko podporni dizajn

Izvleček: Okolje je neizločljiva komponenta življenja vsakega človeka. Pomembno je, da se zavedamo njegovega vpliva in ga oblikujemo na tak način, da nam služi. Taka spoznanja so lahko še posebej uporabna v ustanovah, kjer poteka zdravljenje pacientov. Ta okolja so po navadi že tako stresna zaradi soočanja s samo boleznijo, diagnoz in postopkov, zato je pomembno, da pri premagovanju bolezni ne služijo le funkcijsko, temveč tudi psihološko. Posebej občutljiva skupina pacientov, ki bi se lahko okoristila s pozitivnim vplivom okolja, so pacienti v paliativi. To so pacienti, ki jim kurativno zdravljenje ne pomaga več in si zato kvaliteto življenja izboljšujejo z lajšanjem bolečine, socialno in psihološko podporo.

Avtorica je s prebiranjem literature in do sedaj narejenih raziskav želela ugotoviti, kakšen dizajn okolja bi imel najpozitivnejši vpliv na paciente v paliativni negi.

Ugotovljeno je bilo, da se nekatere simptome pacientov v paliativni negi lahko lajša tudi s pomočjo dizajna. Pomembno vlogo pri tem igrajo svetloba, hrup, naravni elementi, umetniška dela itd. Glede na dobljene ugotovitve lahko sklepamo, da bi v bodoče z namenjanjem pozornosti ne le k funkcionalnosti okolja, temveč tudi z upoštevanjem psiholoških vplivov, lahko omilili simptome pri pacientih v paliativni negi. Istočasno pa bi izboljšali zadovoljstvo pacientovih družin in tudi zaposlenih.

Key words documentation

Name and SURNAME: Tina ČERNE

Title of the final project paper: The importance of environmental design in palliative care:
The application of environmental psychology knowledge

Place: Koper

Year: 2014

Number of pages: 51

Number of figures: 13

Number of tables: 1

Number of references: 114

Mentor: Assist. Prof. David Ravnik, PhD

Co-Mentor: Assist. Prof. Katarina Babnik, PhD

Keywords: Environmental psychology, palliative care, interior design, evidence-based design, psychologically supportive design

Abstract: The environment is an important component of the life of every human being. It is important to be aware of its effects, and that is shaped in such a way that it serves us. Such knowledge may be particularly useful in institutions where patients are receiving their treatment. These environments are usually already stressful because of coping with the illness and the diagnoses and procedures itself, so it is important that the environment serves us not only functionally but also psychologically when we are overcoming the disease. Particularly vulnerable group of patients who could benefit from positive environmental effects are the patients in palliative care. These are the patients whom curative treatment does not help anymore, so their quality of life is improved by facilitating pain and by being given the social and psychological support.

The author sought to determine what kind of environmental design would have the most positive impact on patients in palliative care by reading the literature and researches already done.

It was found that some of the symptoms of the patients in palliative care can also be facilitated using the design. Important role in facilitating plays the light, the noise, the natural elements, the artwork, etc... According to the obtained data it can be concluded that in the future, paying attention not only to the functionality of the environment, but also by taking into account the psychological impact we can ease some of the symptoms of patients in palliative care. At the same time we can improve the satisfaction of the families of the patients and the employees.

ZAHVALA

Najprej se zahvaljujem mentorjema, doc. dr. Davidu Ravniku in doc. dr. Katarini Babnik, za usmerjanje, konstruktivne pripombe, spodbujanje in mentorstvo v pravem pomenu besede. Zahvalila bi se tudi dr. med. spec. Urški Lunder za prijeten intervju in predstavitev negovalnega oddelka Klinike Golnik. Hvala tudi Domu starejših občanov Krško, ker ste mi dovolili, da Vas lahko predstavim kot primer dobre prakse. Zahvalo si nedvomno zaslužijo tudi družina in prijatelji za spodbudne besede in motiviranje, ki je bilo vsekakor nujno potrebno.

KAZALO VSEBINE

1 UVOD.....	1
1.1 Namen dela in raziskovalna vprašanja.....	3
2 OKOLJSKA PSIHOLOGIJA	4
2.1 Na dokazih obstoječ dizajn	4
2.2 Psihološko podporni dizajn.....	5
2.3 Psihološko posredovani učinki okolja.....	5
2.4 Fizični dražljaji okolja.....	6
2.4.1 Značilnosti ambienta	6
2.4.2 Vpliv svetlobe na zdravje ljudi.....	7
2.4.3 Vpliv okoljskega hrupa	10
2.4.4 Arhitekturne lastnosti	12
3 PALIATIVNA NEGA.....	14
3.1 Vloga paliativne nege v zdravstvu	16
3.2 Podkategorije nege: opredelitev storitev nege specialistov	16
3.2.1 Hospic.....	16
3.2.2 Specializirane skupine za paliativno nego.....	16
4 NOTRANJI DIZAJN PROSTORA.....	18
4.1 Naravni elementi v dizajnu	18
4.1.1 Učinki naravnih elementov na distrakcijo bolečine	20
4.2 Barva v bolnišničnem dizajnu.....	20
4.3 Razporeditev pohištva.....	22
4.4 Umetniška dela.....	22
4.5 Primer prakse paliativne nege in dizajna okolja – Klinika Golnik	23
4.5.1 Intervju z dr. med. spec. Urško Lunder.....	23
4.5.2 Negovalni prostori Klinike Golnik.....	25
4.6 Primer prakse v Domu za starejše občane Krško, Oddelek Vijolice	28
5 INTERAKCIJE MED OKOLJSKO PSIHOLOGIJO, PALATIVNO NEGO IN NOTRANJIM DIZAJNOM PROSTORA.....	32
6 SKLEPI.....	35
7 LITERATURA IN VIRI.....	36

KAZALO SLIK

Slika 1: Dekoracija hodnika z naravnimi elementi (osebni arhiv).	25
Slika 2: Tematsko obarvani stoli (osebni	25
Slika 3: Zeleno obarvana stena označuje.....	26
Slika 4: Različno obarvana vrata pacientom pomagajo.....	26
Slika 5: Za "bolj domače" okolje so hodnik poprestrili s slikami	27
Slika 6: Zložljiva postelja, ki pacientovi družini in bližnjim omogoča.....	27
Slika 7: Zunanja dekoracija (osebni arhiv).....	28
Slika 8: Zunanji prostori z naravnimi elementi	28
Slika 9: Kuhinjski prostori, kjer si lahko oskrbovanci sami pripravijo obrok.....	29
Slika 10: Opremljenost prostora, ki spominja na "domače okolje" (osebni	29
Slika 11: Dekoracija "dnevne sobe" s sliko, ki vsebuje naravne elemente (osebni.....	30
Slika 12: V dnevni sobi imajo za sprostitev prav tako televizijo (osebni arhiv).....	30
Slika 13: Dekoracije dnevne sobe z rožami za bolj "domač pridih" (osebni arhiv).....	31

KAZALO TABEL

Tabela 1: <i>Psihološki vpliv barv</i>	21
--	----

1 UVOD

“Our environment, the world in which we live and work, is a mirror of our attitudes and expectations.” (Earl Nightingale)

Stavbe igrajo vlogo »tretje kože« in delujejo kot selektivno pronicujoča meja med ljudmi in njihovim okoljem. Glede na to, da ljudje v industrializirani državi preživijo 80 %–90 % časa znotraj zaprtih prostorov, je pomembno, da imajo le-ti primerne socialne funkcije (Evans in McCoy, 1998). Področje, ki se s tem ukvarja, imenujemo okoljska psihologija. Ta preučuje odnose med posamezniki in okoljem, ki jih obdaja (Gifford, 2007; po Gifford, 2011). V teh interakcijah posamezniki spreminjajo svoje okolje, s tem pa se na drugi strani spremeni tudi posameznikovo vedenje in doživljanje.

Okoljska psihologija vključuje teorijo, raziskave in prakso. Strokovnjaki s področja psihologije okolja iščejo rešitve v preureditvi notranjih prostorov, da bi bili udobnejši in bolj praktični za bivanje. Na drugi strani pa iščejo izboljšave, ki direktno vplivajo na produktivnost, učinkovitost in istočasno olajšujejo spopadanje s stresom ter izboljšujejo človeške odnose z naravnim okoljem. Okoljska psihologija si torej prizadeva, da bi bilo okolje bolj humano, da bi olajšala spopadanje s stresom, povečala produktivnost in učinkovitost ter izboljšala človeške odnose z naravnim okoljem. Glede na ogromne vložke, ki jih družba posveti urejanju okolja (stavbe, parki, ceste, atmosfera in voda), je okoljska psihologija ključna komponenta, ki prispeva k tako človeškemu kot okoljskemu dobrobitu (Gifford, Steg, in Reser, 2011). Okoljska psihologija, s psihološke perspektive, vpliva tudi na prakso notranjega dizajna z instrumentalnim pristopom, ki raziskuje odnose med ljudmi, predmeti in prostorom (Kalantidou, 2013).

V zadnjih desetletjih hitro raste zavedanje o pomembnosti vpliva okolja in njegovih komponent na ljudi, ki v njem so, s tem pa se tudi razvijajo nove smeri znanosti.

Zdravstvo je že spoznalo, da je fizično okolje dragoceno sredstvo, ki lahko vpliva na vse, ki v njem so. Odlično zgrajeno okolje namenjeno zdravljenju bo okrepilo kvaliteto zdravljenja (Fottler, Ford, Roberts, Fordin in Spears Jr, 2000). Čeprav obiski bolnišnice niso pogosti del vsakdana v življenju večine ljudi, le-ti še vedno igrajo pomembno vlogo in jih lahko zaznamujejo močna čustva (Harris, McBride, Ross in Curtis, 2002). Kakšno vlogo torej igra okolje na posameznikovo izkušnjo z bolnišnico? Ugotovljeno je bilo, da imata tako vrsta kot postavitev notranje opreme in pohištva vpliv na pacientovo izkušnjo. Opremljenost prostora je lahko prijetna ali neprijetna in njihova postavitev pacientu pomaga ali mu predstavlja oviro (Fottler idr., 2000). Pomembno bi bilo zagotoviti, da v bodoče zgrajene zdravstvene ustanove ne bi še dodatno povzročale stresa v že preobremenjenem zdravstvenem sistemu. S tem bodo lažje zadovoljene potrebe pacientov, njihovih družin in zaposlenih (McCullough, 2010).

V Evropi in drugih razvitih državah se pričakovana življenjska doba podaljšuje. Zaradi staranja se spreminjajo tudi bolezni, s katerimi se ljudje spopadajo in zaradi katerih umirajo. Vedno več ljudi umira v pozni starosti za boleznimi z resnimi kroničnimi simptomi, ki povzročijo širok spekter fizičnih, psiholoških in socialnih problemov. Boriti se s tovrstnimi problemi pa je dobro osvojila paliativna nega. To je aktivna in celostna nega pacienta, ki zajema nadziranje bolečine in drugih simptomov ter skrbi za psihološke, socialne in spiritualne probleme pacientov (Higginson in Stevens, 1997). Zdravstveni sistemi morajo biti usposobljeni za uspešno soočanje s potrebami teh ljudi, z zmanjšanjem trpljenja in podpiranjem v vseh obdobjih starosti. Tako jim bo omogočeno kvalitetnejše življenje, ki naj bo vzdrževano čim dlje časa.

Ko se ljudje soočajo z resno boleznijo, katere posledica je smrt, se lahko njihovi simptomi hitro spreminjajo, prav tako pa tudi njihova potreba po komuniciranju z njihovimi družinami, prijatelji in zdravstvenimi strokovnjaki. Soočanje s tako boleznijo je intenzivno osebni dogodek, ki je emocionalno in psihično zahteven. Pacienti in njihove družine pogosto potrebujejo posebno obliko pomoči, ki mora biti zelo odzivna, zato morajo biti tudi zdravstveni sistemi priprojeni tako, da omogočajo hiter odziv na povečanje potreb posameznikov. To vključuje zagotavljanje dobrega reguliranja bolečine in simptomov, tolažbo, dobro komunikacijo, jasne informacije in koherenten paket nege. Ti ukrepi lahko pomagajo ljudem, da živijo smiselno in dobro do konca življenja. Prav tako pa tudi pomagajo njihovim bližnjim ob izgubi pacienta. Zdravstveni sistemi morajo tako nego omogočati in sproti načrtovati specifični program, ki bo uporabljen v prihodnosti.

Tradicionalno se je paliativna nega osredotočala na potrebe pacientov in njihovih družin ob koncu življenja, vendar je bila večinoma ponujena pacientom z različnimi oblikami raka. Na novo pojavljajoče se potrebe ljudi, ki živijo z različnimi resnimi kroničnimi boleznimi (tudi zaradi staranja), pa kažejo na nujnost, da se taka nega razširi in bolj vključi v storitve zdravstvenih sistemov (World Health Organization, 2004).

V poskusu izboljšanja storitev zdravstva in dobrega počutja ter zadovoljstva pacientov si lahko pomagamo z ugotovitvami okoljske psihologije.

1.1 Namen dela in raziskovalna vprašanja

V svoji zaključni nalogi bomo s pregledom literature poskusili ugotoviti, kakšno naj bi bilo fizično okolje v ustanovah s paliativno oskrbo, da bi zadovoljilo potrebe bolnika, njegovih bližnjih in prav tako zdravstvenega osebja. Predstavili bomo ključne dejavnike okolja, s katerimi lahko vplivamo na posameznike. Ne glede na usposobljenost, znanje in izkušnje medicinskih sester ter zdravnikov še vedno obstajajo tudi okoljski dejavniki, ki vplivajo na okrevanje in zdravljenje pacienta (Rubert, Long in Hutchinson 2007). Osredotočili se bomo torej na okoljske dejavnike, s katerimi bi lahko izboljšali oziroma dopolnili zdravljenje s paliativnim pristopom.

Cilji zaključnega dela so odgovoriti na naslednja raziskovalna vprašanja:

1. Kakšna je vloga okoljskega dizajna v posameznikovem dobrem počutju in kakšna je vloga dizajna okolja v paliativni oskrbi posameznika?
2. Kakšne zaključke o pomenu okoljskega dizajna v zdravstvenih ustanovah (s poudarkom na ustanove za paliativno oskrbo posameznikov) podajajo dosedanje znanstvene raziskave in pregledi?
3. Kakšne aplikacije nudijo tovrstne študije za dizajn prostorov, v katerih se izvaja paliativna oskrba?
4. Kakšen vpliv ima »bolj domače okolje« na dožemanje v fazi paliative?

2 OKOLJSKA PSIHOLOGIJA

Okoljska psihologija je del psihologije, ki preučuje odnos med posamezniki in zgrajenim ter naravnim okoljem (Steg, Van Den Berg in De Groot 2012). Definicija okoljske psihologije kaže na to, da je okoljska psihologija primarno navdušena nad interakcijo med ljudmi in zgrajenim, naravnim okoljem ter izrecno ocenjuje, kako okolje vpliva na vedenje, kot tudi, kako se vedenje odraža kot sprememba v okolju.

Na primer okoljski pogoji, kot so prisotnost narave v okolju svojega otroštva, lahko vplivajo na občutek povezanosti ljudi z naravo in pripravljenost, da se odnos z naravo ohranja. V tem primeru ima podpora naravnega okolja ljudi lahko velik vpliv na okoljske pogoje, kot je biodiverziteteta (Steg idr., 2012).

Ljudje in okolje smo tako povezani v recipročni in dinamični smeri. Odnos ljudje – okolje se kaže v različnih oblikah, zato tudi pride do različnih rezultatov. Glede na zmožnost človeka, da v okolju preživi in se znajde, imajo lahko ti odnosi zelo pozitivne rezultate, vendar pa je za uspešno prilagoditev na okoljske izzive in zahteve treba tudi vložiti veliko energije in preseči svoje zmožnosti (Steg idr., 2012).

Neravnovesje med okoljskimi zahtevami in človeškimi zmožnostmi imenujemo stres (Evans in Cohen, 1984). Stres ima dobro vzpostavljene povezave s slabim zdravjem preko spreminjanja delovanja imunskega sistema (Sagerstrom in Miller, 2004) in spreminjanja v odzivih vnetij (Miller, Cohen in Ritchey, 2002) ter je celo pogosto povezan s psihološkimi problemi, kot je poslabšano duševno zdravje (Hammen, 2005).

2.1 Na dokazih obstoječ dizajn

Na dokazih obstoječ dizajn (»evidence-based design«) lahko opišemo kot filozofijo, kjer managerji, arhitekti in oblikovalci sprejemajo odločitve na podlagi raziskav, s katerimi nato upravljajo, usmerjajo ter oblikujejo zdravstveno okolje. To je praksa, ki temelji na dokazih in ne na osebnih mnenjih ter navadah zdravnikov. Naloga na dokazih obstoječega dizajna je zmanjšanje sistemskih napak, povečanje varnosti in kvalitete nege v zdravstvu (Ferlie, Dopson, Fitzgerald in Locock, 2009).

Ugotovljeno je bilo, da na dokazih obstoječ dizajn zmanjša stres pacientov in zaposlenih, izboljša varnost pacientov ter splošno kvaliteto zdravstva (The Center for Health Design, 2008). To je razvijajoče se področje, ki nosi velik potencial za izboljšanje počutja posameznikov, ki se v zdravstvenih ustanovah zadržujejo, torej: pacientov, družin, zdravnikov, medicinskih sester in drugih zaposlenih (Ulrich idr., 2008).

2.2 Psihološko podporni dizajn

Nedavna raziskava, ki jo je izvedel Dilani, je ugotovila, da mora okolje, ki ga ljudje zaznavamo, nuditi psihološko in psihosocialno podporo (Dilani, 2001). Ulrich (2001) je pojem »podporno« (»supportive«) opisal kot okoljsko karakteristiko, ki pomaga ali spodbuja soočanje in obnavljanje od stresa, ki spremlja bolezen ter hospitalizacijo. S to definicijo se izraz psihološko podporni lahko nanaša na (zgrajeno) okolje, ki je psihološko podporno, ko njegova kvaliteta lahko ojača ali ohranja zmožnost posameznika, da opravi njeno ali njegovo vlogo v njem, se vključi v socialno okolje in komunicira ali je v interakciji z ostalimi glede na njegove vrednote, interese ali samokoncepte (Fischl, 2006).

Še posebej v zdravstvenih okoljih bi okolje moralo biti psihološko podporno, saj je velika večina pacientov že občutila stres v zdravstvenem okolju, mnogo pa jih tudi trpi za akutnim stresom.

Stres je problem tako za družine pacientov, obiskovalce, prav tako pogost pa je med zaposlenimi. V primeru pacientov je vpliv stresa še hujši in predstavlja pomemben zdravstveni problem, saj je že sam po sebi slabo vpliva na zdravstveno stanje, kot tudi na druga zdravstvena stanja (Evans in Cohen, 1984). Negativni učinki, ki izhajajo iz učinkov stresa, so številne psihološke, čustvene, fiziološke, biokemične in vedenjske spremembe. Prav zaradi tega je jasno, zakaj bi morale biti zdravstvene ustanove oblikovane na tak način, da podpirajo paciente pri soočanju s stresom. Podporni zdravstveni dizajn bi moral izločiti okoljske karakteristike (na primer glasen hrup), ki so stresne ali pa lahko imajo neposreden negativen vpliv na zdravstveno stanje posameznika. Še več, podporni dizajn bi moral narediti korak dlje s tem, da bi vključeval te spremembe v okolju, ki kažejo na to, da sproščajo paciente, zmanjšajo stres in ojačajo spopadanje z njim (Ulrich, 1991).

2.3 Psihološko posredovani učinki okolja

Poznamo dva načina, na katera lahko dražljaji vplivajo na zdravje ali dobro počutje pacientov.

1. *Imajo direkten fiziološki učinek*, s tem se nanašamo na neposredne učinke, ki jih psihološki procesi niso spremenili (Taylor, Repetti in Seeman, 1997). To so na primer tla, obložena s preprogo, ki vsebujejo več mikroorganizmov kot vinilna tla (Anderson, Mackel, Stoler in Mallison, 1982) in imajo tako direkten fiziološki vpliv na pacientovo zdravje s povzročanjem več infekcij.

2. *Okoljski dražljaj se lahko odraža zaradi psiholoških procesov* kot rezultat senzornega zaznavanja. Ti procesi so lahko kognitivne ali čustvene narave. Na primer prisotnost rastlin v bolnišnični sobi lahko pacientu da bolj »domač« občutek, kar se kaže kot nižja

anksioznost in tako lahko pride do boljšega okrevanja (Dijkstra, Pieterse in Pruyn 2006). Vendar pa veliko dražljajev vpliva na zdravje direktno kot tudi preko posrednih psiholoških procesov.

Tla, obložena s preprogo, kot omenjeno na primeru, nimajo le direktnega fiziološkega, ampak imajo tudi posreden učinek. Tla s preprogo poskrbijo za bolj »domač« ambient. Okoljski dražljaj je prav tako del specifičnega zdravstvenega tretmaja, kot je svetlobna terapija pri pacientih s sezonsko depresijo (Golden idr., 2005).

2.4 Fizični dražljaji okolja

Na zdravje torej lahko vplivamo na 2 načina: s psihološko posredovanimi učinki in s fizičnimi dražljaji okolja. Harris in ostali so razlikovali med tremi relevantnimi dimenzijami fizičnega okolja:

- arhitekturne lastnosti,
- značilnosti notranjega dizajna in
- značilnosti ambienta.

Arhitekturne značilnosti so relativno stalne karakteristike, na primer prostorski načrt bolnišnice, velikost sob in postavitev oken. Značilnosti notranjega dizajna so opisane kot manj stalni elementi. To so: opremljenost prostorov, barva prostorov in umetniška dela. Značilnosti ambienta pa združujejo osvetljenost, stopnjo hrupa, vonjave in temperaturo (Harris idr., 2002).

2.4.1 Značilnosti ambienta

Pomembnosti ambienta so se zavedali že v mnogih starih kulturah. Na primer feng shui, ki je stara kitajska veččina, je urejanje notranjega in zunanlega ambienta uporabljal v svojo korist. Ta kitajska miselnost se je oredotočila tudi na vpliv okolja na zdravje. Za boljše zdravje oziroma za vpliv prostora na zdravje je predlagala, da se v prostor postavi zdravo zeleno rožo, kot je bambus, katere velikost naj bo proporcionalna s prostorom. Izboljšanje zdravja naj bi bilo tudi pod vplivom materiala pohištva. Če je pohištvo leseno, bo tako zdravje boljše, kot če je pohištvo iz kovine. Prostori naj prav tako ne bodo zatrpani z nepotrebimi predmeti (Kryžanowski, 2012). Tudi indijska kultura je v starodavni doktrini Vatsu prepoznala pomembnost integriranosti vode, vrtov in narave v dizajn za doseganje harmonije (Cox, 2010).

Značilnosti ambienta, ki so lahko viri zadovoljstva in nezadovoljstva, vključujejo osvetljenost, stopnjo hrupa, kvaliteto zraka, vonjave in temperaturo (Fottler idr., 2000).

Spremenljivk, ki so del ambienta, ne moremo izločiti kot nepomembne, saj so preveč ekstremne, na primer v temperaturi in osvetljenosti so preveč moteče, da bi jih prezrli. V

takem primeru spremenljivke povzročijo velik stres še posebno takrat, ko so nepredvidljive in neobvladljive (Evans in Cohen, 1984). S tem, ko pacientu omogočimo kontrolo nad spremenljivkami ambienta, na primer z uporabo termostатов ali možnostjo zatemnitve prostora, lahko zmanjšamo vir stresa in povečamo zadovoljstvo z bolnišničnim okoljem (Harris idr., 2002).

2.4.2 Vpliv svetlobe na zdravje ljudi

Svetloba vpliva na štiri glavne mehanizme zdravja in delovanja ljudi:

- omogoča jim opravljanje dela, ki zahteva vid,
- nadzoruje telesni cirkadiadni sistem,
- vpliva na razpoloženje in zaznavanje,
- olajša direktno absorpcijo za kritične kemične reakcije znotraj telesa (Boyce, Hunter in Howlett, 2003).

Umetna in sončna svetloba:

Obstaja očitna razlika med umetno in dnevno svetlobo. Umetna svetloba ima specifično valovno dolžino svetlobe, ki je omejena znotraj vidnega barvnega spektra, sončna svetloba pa priskrbi uravnovešen spektrum barv v vseh delih razpona vidne valovne dolžine. Dejanska valovna dolžina se čez dan spreminja. Izpostavljenost uravnovešenemu spektru svetlobe vpliva tudi na izboljšanje zdravja in dobro počutje, zato bi bilo pomembno, da se že urejeni zdravstveni prostori ponovno oblikujejo tako, da imajo več dnevne svetlobe. To se lahko naredi tako, da se razširijo okna, priskrbijo boljši razgledi s pacientove sobe, odstranijo stare nepotrebne pregrade in vstavijo specializirane naprave za kontroliranje svetlobe, ki poskrbijo, da se umetna svetloba integrira z že obstoječo dnevno svetlobo (Bedine, b. d.)

Učinek sončne svetlobe na čas prebivanja v bolnišnični sobi:

Ugotovitve študij, ki so raziskovale učinke sončne svetlobe, so večinoma pokazale pozitivne učinke na čas prebivanja pacienta v bolnišnični sobi, stopnjo smrtnosti in zaznan stres ter bolečino. Vendar pa je treba omeniti tudi škodljive učinke, ki so bili opaženi pri pacientih s specifičnim tipom depresije, kar nam nakazuje, da sončna svetloba ni nujno koristna za vse paciente. Beauchemin in Hays (1996) sta ugotovila, da so imeli depresivni pacienti, ki so prebivali v sončni sobi, krajši čas prebivanja (16,5 dni) kot pacienti v pustih sobah (19,5 dni). Benedetti, Colombo, Barbini, Campori in Smeraldi (2001) pa so pokazali, da so pacienti z bipolarno depresijo imeli krajši čas bivanja v sobah (19,8 dni) z jutranjo svetlobo in večjo količino lux-ov, kot tisti v sobah z večerno svetlobo (23,5 dni). Zanimivo je, da so pacienti z unipolarno depresijo pokazali preferenco za sobo z večerno svetlobo (20,9 dni) v primerjavi s sobo z jutranjo svetlobo (23,1 dni). Beauchemin in Hays (1998) sta prav tako ugotovila, da pri pacientih, ki so doživeli svoj

prvi miokardialni infarkt, imeli krajši čas prebivanja v sočni sobi kot v pustih sobi, ampak je bila pomembna statistična razlika opažena le pri ženskah (2,3 dneva v primerjavi z 3,3 dnevi). Prav tako sta ugotovila, da je bila smrtnost višja v pustih sobah (11,6 %) kot v sončnih sobah (7,2 %). V prospektivni študiji učinka svetlobe, ki so jo izvedli Walch, Rabin, Day, Williams, Choi, in Kang (2005) se je pokazalo, da pacienti, ki so prestali operacijo hrbta in bili nato izpostavljeni višji intenziteti sončne svetlobe občutili manjši stres, manj bolečine in so konzumirali 22 % manj analgetičnih zdravil ter so tako pomagali pri stroških bolečinske medikacije, ki so bili kar 21 % nižji.

Svetloba je v zdravstvenih okoljih pomembna zaradi svojih potencialnih pozitivnih in negativnih učinkov. Umetna svetloba lahko povzroči utrujene oči in glavobole. Ultravijolična svetloba pa deluje kot pospeševalec zdravljenja s povečanjem proteinov metabolizma, zmanjšuje utrujenost, povečuje stimulacijo produkcije belih krvnih celic, poveča sproščanje endorfinov, zmanjšuje krvni tlak in na splošno promovira dobro počutje. Naravna svetloba pomaga pri implementaciji cikla noč in dan, ki se lahko v okoljih z umetno svetlobo izgubi. Če pride do pomanjkanja le-te, lahko pride do kognitivnih motenj tako pri osebjem kot pri pacientih (Altimier, 2004).

Tako kot včasih še tudi danes uporabljajo sončno svetlobo za zdravljenje mnogih bolezni. S helioterapijo, torej terapijo s sončno svetlobo, se lahko zdravi: tuberkulozo (Elliott, 1916), luskavico (Krzyścin idr., 2012), vitiligo in (Adauwiyah in Suraiya, 2010) akne (Hamilton Car, Lyons, Car, Layton in Majeed, 2009). Prav tako lahko s helioterapijo poskrbimo za hitrejše celjenje ran (Adamskaya idr., 2011), zdravimo motnje spanja in poskrbimo za ponovno vzpostavljanje cirkadiadnega ritma (Smith in Eastman, 2008). Zdravljenje s svetlobo ima tudi določene prednosti pred operacijami in obsevanji, saj je popolnoma neinvazivno. Zdravljenje s svetlobo se lahko zato uporablja tudi za zdravljenje raka. Z njo lahko zdravimo raka na pljučih (Kato, 1998) kot tudi kožnega raka (Brown, Brown in Walker, 2004).

Vpliv stopnje svetlobe na napake pri delu v zdravstvu:

Ugotovljeno je bilo, da kjer je potrebno vizualno preverjanje dela, njegova učinkovitost pade, ko je svetloba v prostorih prešibka (Sundstrom in Sundstrom, 1986; po Zimring idr., 2008). Obsežna študija v farmaciji je preučevala učinke različne osvetljenosti na napake farmacevta pri izdajanju zdravil in branju receptov. Ugotovili so, da je frekvenca napak zmanjšana, ko je površina, kjer se to delo odvija, relativno močno osvetljena (Buchanan Barker, Gibson, Jiang in Pearson, 1991). Ocenjevala je stopnjo napak pod različnimi jakostmi osvetlitve z vključno 450 lx, 1,100 lx in 1,500 lx. Rezultati so pokazali, da je bilo število napak občutno manjših (2,6 %) pri stopnji osvetljenosti 1,500 lx v primerjavi s številom napak (3,8 %) pri osvetljenosti 450 lx.

Mehanizme, s katerimi terapije svetloba lajša depresijo, pa še ne razumemo povsem. Padanje svetlobe na retino vpliva na aktivnost epifize in s to potjo se zavira ali zamakne izločanje melatonina in tako nato zmanjša depresijo, poveča dnevno budnost in izboljša kvaliteto spanca (Martiny, 2004). Meta analiza 20 naključnih kontroliranih študij, objavljenih v *American Journal of Psychiatry*, je prišla do zaključka, da je terapija s svetlobo za nesezonsko in sezonsko depresijo učinkovita. Učinek je sorazmeren tistemu, ki ga dosežemo s farmakološko antidepresivno obravnavo (Golden idr., 2005). Še dodatna izpostavljenost svetlobi nudi pomembno prednost hitrejšega delovanja kot antidepresivna zdravila. V tem pogledu več študij predlaga, da lahko svetloba ustvari znatno zmanjšanje depresije v manj kot 2 tednih zdravljenja, med tem ko antidepresivna zdravila potrebujejo najmanj 4–6 tednov za začetek njihovega učinkovanja. Nekatere študije predlagajo, da je izpostavljenost jutranji svetlobi učinkovitejša kot popoldanski ali večerni svetlobi (Lewy idr., 1998), vendar pa izpostavljenost popoldnaski svetlobi prav tako občutno zmanjša depresijo (Martiny, 2004). V restrospektivni študiji, ki sta jo izvedla Beauchemin in Hays (1996) v Kanadski ustanovi, so ugotovili, da so bili hospitalizirani odrasli pacienti zaradi hude depresije v bolnišnici manj časa (v povprečju 2,6 dni manj), če so bili nastanjeni v sončno dobro osvetljeni sobi v primerjavi s pacienti, ki so imeli sobo, ki je bila večinoma v senci. Podobne rezultate so pridobili v študiji, ki so jo izvedli v italijanski bolnišnici, kjer so ugotovili, da so pacienti, hospitalizirani za bipolarno depresijo, v bolnišnici ostajali povprečno 3,7 dni manj, če so bili nastanjeni v sobi, ki je bila obrnjena proti vzhodu in so bili izpostavljeni jutranji svetlobi v primerjavi s pacienti, ki so bili v sobah, obrnjenih proti vzhodu in so prejeli manj svetlobe (Benedetti idr., 2001). Beauchemin in Hays (1996) sta prav tako ugotovila, da je smrtnost med obema spoloma manjša v sončnih kot v senčnih sobah, ki so obrnjene proti severu.

Vpliv svetlobe na izpostavljenost bolečini:

Izpostavljenost sončni svetlobi poveča stopnjo serotonina in nevrottransmitterija, za katerega je znano, da inhibira bolečinske poti. Walch in drugi (2005) so izvedli dobro kontrolirano prospektivno študijo o učinkih sončne svetlobe na bolečino pri pacientih, ki so imeli operacijo hrbta in so bili nato nastanjeni v sobah, ki so bile ali na sončni ali pa na senčni strani oddelka. Pacienti v svetlih sobah so bili izpostavljeni 46 % bolj intenzivni sončni svetlobi kot tisti v senčnih sobah. Rezultati so pokazali, da so pacienti v sobah z več sončne svetlobe poročali o manj občutkih bolečine in stresa ter so vzeli 22 % manj analgetičnih medikacij, kar je zmanjšalo zdravstvene stroške za 21 % (Walch, Rabin, Day, Williams, Choi in Kang, 2005).

Analgetične učinke lahko izzovemo na več načinov, in sicer z majhnimi iglami v akupunkturne točke, prav tako pa tudi z različnimi vrstami energije (segrevanje, mirovalovi, električni tok, magentično polje). Gulyar, Limansky in Tamarova (2006) so poskušali ugotoviti, ali je možno določiti statistično zanesljivo zmanjšanje akutne ter

kronične bolečine po izpostavljenosti BIOPTRON – polarizirani svetlobi na akupunkturne točke. Razlika med kronično in akutno bolečino je v vzdraženju različnih receptorjev. Če vzdražimo fazične receptorje, se bodo ti hitro adaptirali na stimulus in bo tako zaznavanje bolečine krajše (akutna bolečina). V kontrastu se pri toničnih receptojih živčni sistem počasi adaptira na stimuluse in tako dlje časa proizvaja akcijske potenciale. Tak mehanizem smo razvili zato, da bolečino čutimo dlje časa, vse dokler ne odkrijemo, kaj jo povzroča in le-ta vzrok odpravimo (kronična bolečina) (Graeff, 2006).

Eksperimente so naredili na belih miših. Kronična bolečina je bila izzvana s formalinskim testom, akutna bolečina pa z električnimi šoki, usmerjenimi v stopala. Rezultati so pokazali, da je BIOPTRON polarizirana svetloba usmerjena na akupunkturne točke statistično proizvedla zanesljiv padec odziva na kronično bolečino (lizanje) in povečano trajanje nebolečinskih reakcij (spanje, hranjenje). Analgetični učinki pa so se razlikovali tudi glede izbire akupunkturnih točk in izpostavljenosti svetlobi. Maksimalna analgezija (50 %) je bila opazovana po 10-minutnem delovanju BIOPTRON polarizirane svetlobe na akupunkturno točko E-36, ki je na nogi ob kolenu. BIOPTRON polarizirana svetloba, usmerjena na akupunkturne točke, kaže statistično zanesljivo zmanjšanje kronične in akutne bolečine. Rezultati tudi kažejo na učinkovitost inhibicije bolečine pri le taki izpostavljenosti (Gulyar, Limansky in Tamarova, 2006).

2.4.3 Vpliv okoljskega hrupa

Ena izmed najbolj pogostih pritožb pacientov, ki je del ambience, je hrup (Ulrich idr., 2008). Študije so pokazale, da lahko z zmanjšano stopnjo hrupa, z uporabo materialov, ki vpijajo zvok, z arhitekturnimi značilnostmi, kot so enoposteljna soba in kratki hodniki (Joseph in Ulrich, 2007), izboljšamo spanec, zmanjšamo razdraženost, izboljšamo zadovoljstvo, zmanjšamo zaznavanje bolečine ter tako posledično povzročimo manjše doziranje protibolečinskih zdravil. Prav tako lahko zmanjšamo psihološki in fiziološki stres, emocionalno izčrpanost, glavobole, izboljšamo komunikacijo med pacienti in njihovimi družinami, povečamo zasebnost pacienta, povečamo varnost (manj napak s strani zaposlenih), zmanjšamo krvni tlak, povečamo saturacijo kisika in zmanjšamo rehospitalizacijo (Bayo idr., 1995; po Salonen idr., 2013; Beyea, 2007; Evans in Cohen, 1984; Hagerman, Rasmanis, Blomkvist, Ulrich, R., Anne Eriksen, in Theorell, 2005; Joseph idr., 2007; Joseph, 2010).

Vpliv hrupa na zaposlene:

Nepričakovan glasen zvok ali hrup lahko ljudi zmoti ali pa celo prekine njihovo delo. Veliko število študij je dokumentiralo negativne učinke hrupa na delo posameznika v nezdravstvenih okoljih in ugotovljeno je bilo, da nepričakovani zvoki zmotijo delo bolj kot pričakovani. Še več, zvok ima škodljivejši učinek, ko opravljamo zapletenejša dela

(Leather, Beale in Sullivan, 2003). Kombinacija nepričakovanih zvokov in kompliciranih nalog lahko poveča napake v nalogah oziroma delu računanja, sledenja in spremljanja ter vodi do počasnejšega učenja in slabše memorizacije (Sundstrom in Sundstrom, 1986; po Zimring in ostali, 2008).

Vpliv hrupa na paciente:

Štirje poskusi so preučevali učinke različnih aspektov zvoka na pacientovo zdravje in dobro počutje. Večinoma pozitivni učinki so bili ugotovljeni, ko je bilo delo usmerjeno na preprečevanje negativnih učinkov hrupa. Dodajanje zvoka v okolje kot pozitivna distrakcija pa je pokazalo zelo dvoumne rezultate. Hagerman in kolegi so se osredotočili na preprečevanje negativnih učinkov zvoka. Raziskovali so učinek absorpcije hrupa v stropnih ploščah pri pacientih, ki so bili na intenzivnem koronarnem oddelku (Hagerman idr., 2005; po Dijkstra idr., 2006). Stopnja rehospitalizacije je bila statistično pomembno višja pri skupini s slabo akustiko, ki so prav tako potrebovali dodatne intravenozne beta-zaviralce. Poleg dobrih kliničnih odzivov dobra akustika vpliva prav tako na dojetje kvalitete nege.

Glasba kot pozitivna distrakcija:

Zvok v okolju je lahko pozitivna distrakcija. Zahodna medicina je v preteklosti zanemarjala pozitivne vplive glasbe na zdravje, vendar pa zaradi novejših raziskav, ki opozarjajo na njene pozitivne učinke zdravljenja in boljšega počutja, zopet postaja aktualna v zdravstvenem okolju. Pozitivni učinki so odvisni od poslušanja glasbe, ki je posamezniku všeč, saj so zaradi razlik v starosti, kulturnem ozadju in vpliva vrstnikov okusi različni (Lee, Chung, Chan in Chan, 2005). Številne študije z veliko raznolikostjo udeležencev so pokazale, da prijetna glasba, še posebej, ko jo lahko sami nadziramo, pomaga pacientom s soočanjem z bolečino, zmanjša krvni tlak, anksioznost, distres, depresijo, srčni utrip, upočasni dihanje, poveča zadovoljstvo, izboljša spomin, zmanjša vedenjske probleme in vznemirjenost ter pomaga pri hitrejšem okrevanju (Chang in Chen, 2005; Cooke, Chaboyer in Hiratos, 2005; Gill, 2008; Goodall in Etters, 2005; Joseph idr., 2007; Lai idr., 2006; Lee idr., 2005; McCaffrey in Locsin, 2004; Menegazzi Paris, Kersteen, Flynn in Trautman, 1991). Pri zaposlenih je bilo ugotovljeno, da so kirurgi svoje delo opravljali bolje, ko so poslušali glasbo po lastnem okusu (Allen idr., 1994; po Salonen idr., 2013).

Zavedanje o pozitivnih učinkih glasbe je na vzhodu že dolgo časa prisotno. Tam že 5000 let prakticirajo Ayurvedo, ki je del vedskega sistema zdravstva, ki se osredotoča na promoviranje zdravega načina življenja in ne z zdravljenjem specifičnih bolezni (Hess, 2002; Sundar, 2007). Ayurveda upošteva pacientovo celotno osebnost, telo, um in dušo ter ga vodi do zdravega življenja s terapevtskimi pristopi, ki poskrbijo za fizično, duševno, socialno in spiritualno ravnovesje. Osnovana je na holističnem pristopu, ki temelji na

filozofiji Ved in Vedske kulture. Ayurvedski princip razdeli človeško telo na 4 tipe: Vata, Pitta, Kapha in Sannipada. Ti štirje tipi pa naj bi bili dodeljeni 22 srutijem Indijskega glasbenega sistema glede na njihovo naravo (Sundar, 2007). Ta stara vedska metoda glasbene terapije se uporablja za promoviranje zdravljenja specifičnih regij v telesu, za zdravljenje bolezni in reševanje problemov (Markus Frerichs, 2006).

Zmanjšanje stresa s kontroliranjem hrupa:

V zdravstvenih okoljih je hrup konstantno prisoten. Po navadi so viri hrupa razni zdravstveni aparati, ki skrbijo za spremljanje stanja pacienta, hrup lahko povzroča komunikacija med zaposlenimi in obiskovalci, razni opozorilni alarmi in hrup, ki ga proizvedejo naprave za gretje, hlajenje, čiščenje ter sistemi za zračno filtracijo (Beyea, 2007). Raziskave so že pokazale, da je hrup konstanten stresor, ki lahko dvigne psihološki in fiziološki stres pri pacientih in tako negativno vpliva nanje. Prav tako je bilo ugotovljeno, da stopnja hrupa zmerno narašča od leta 1960. Med glavnimi prioritetami bi tako moral biti poudarek na ustvarjanju mirnejših tihih okolij, ko pride do konstrukcije ali rekonstrukcije bolnišnic (Zimring idr., 2008).

Hrup je v intenzivni negi povezan s povečanim krvnim tlakom, povišanim srčnim utripom, anksioznostjo in občutki bolečine. Povečan hrup v neonatalni intenzivni oskrbi jepokazal, da lahko pride do poškodb auditornih struktur, lahko pa tudi vpliva na fiziološke dejavnike, kot so hipoksija, povečan intrakranialni pritisk, povečan krvni tlak in apneo. Za ustvarjanje okolja zdravljenja moramo zmanjšati stopnjo hrupa. Z eliminacijo hrupa in implementacijo terapevtskih zvokov bi takokoristili zaposlenemu osebju, pacientom in njihovim družinam (Altimier, 2004).

2.4.4 Arhitekturne lastnosti

Arhitekturne značilnosti so relativno stalni aspekti bolnišničnega okolja, kot so načrt ali postavitve bolnišnice, velikost in oblika sobe ter postavitve oken. Načrt bolnišnice lahko vpliva na orientiranje v bolnišnici in hitrost premikanja po prostorih, ki jih pacienti pogosto obiskujejo (Carpman in Grant, 1993; po Harris idr., 2002). Na primer pacientovo zadovoljstvo je lahko pod vplivom tega, kako lahko pridejo od svoje sobe in do prostorov, kot je kopalnica. Prav tako bodo pacienti manj zadovoljni, če bodo nastanjeni v majhni, utesnjeni sobi, kot pa če bi bili v veliki prostorni sobi. V majhnih sobah je težje nastaniti obiskovalce, zato je občutek gneče večji (Stokols in Altman, 1987).

Sodelujoči v študiji Harrisa in kolegov so izrazili željo, da naj arhitekti priskrbijo privatne sobe, ki imajo svoje okno z razgledom, dovolj prostora za namestitev svojih obiskovalcev in lastno kopalnico (Harris idr., 2002). Zaželeli so si, da naj vzdrževala ekipa bolnišnice priskrbi čisto in dobro vzdrževano okolje v sobah v bolnišnici. Prav tako so izrazili željo

arhitektom, oblikovalcem in bolnišničnemu osebju, da želijo ohraniti zmnožnost lasnega nadzorovanja socialnih kontaktov, da naj pomagajo pri pacientovi zasebnosti in priskrbijo nastanitev za obiskovalce. Želeli so si dobro osvetljeno, tiho, ne premrzlo ali prevroče okolje, ki je udobno in brez neprijetnih vonjav (Harris idr., 2002).

Enoposteljne sobe pacientov:

Pacienti imajo raje enoposteljne sobe kot dvoposteljne, in sicer zaradi naslednjih razlogov: zmanjšane infekcije, pridobljene v bolnišnici (Ben-Abraham idr., 2002), zmanjšana stopnja hrupa (Zimring idr., 2008), izboljšana kontrola pacienta nad svojim okoljem (Ampt idr., 2008), izboljšana kvaliteta spanja (Ampt idr., 2008; Zimring idr., 2008), izboljšana varnost (zaradi manjših napak s strani zdravstvenega osebja) (Chaudhury, Mahmood in Valente, 2006), izboljšani občutek zasebnosti in dostojanstva (to se odraža v večji čustveni odzivnosti pacientov, pacienti več poročajo o dobrem počutju) (Ampt idr., 2008; Zimring idr., 2008), izboljšana komunikacija pacientov z zaposlenimi in obratno ter izboljšana komunikacija med zaposlenimi (Ampt., 2008; Chaundhury idr., 2006; Zimring idr., 2008), povečana vpletenost družine in večja socialna podpora družine ter bližnjih (Zimring idr., 2008), zmanjšano število premestitev pacientov (ne prihaja več do konfliktov s sobivajočimi pacienti) (Chaundhury idr., 2006), izboljšano zadovoljstvo pacientov in zaposlenih (Zimring idr., 2008), zmanjšana stopnja doživetega stresa pri pacientih in zaposlenih (Chaundhury idr., 2006; Zimring idr., 2008), izboljšana učinkovitost zaposlenih (Chaundhury idr., 2006).

3 PALIATIVNA NEGA

Paliativna nega je aktivna in celostna nega pacienta, katerega bolezen ni več odzivna na kurativno zdravljenje. Zajema nadziranje bolečine in drugih simptomov in skrbi za psihološke, socialne ter spiritualne probleme pacientov. Glavni cilj paliativne nege je lajšanje bolečin in ostalih simptomov ter doseganje najboljše možne kvalitete življenja pacienta in njegove družine (Higginson in Stevens, 1997; Steinhäuser, Christakis, Clipp, McNeilly, McIntyre in Tulsky, 2000).

Paliativna nega torej poskrbi za lajšanje bolečin in drugih distresnih simptomov, potrjuje življenje in označuje smrt kot normalen proces ter je niti ne pospešuje niti podaljšuje. Združuje psihološke in spiritualne aspekte pacientove nege nam ponuja podporni sistem, ki pomaga pacientom, da živijo tako aktivno, kot je to le mogoče vse do njihove smrti. Prav tako pa nudi podporni sistem družini pacienta, ki se sooča z boleznijo in podporo ob njegovi smrti. Z uporabo timskega pristopa, paliativna nega naslovi pacientove potrebe in potrebe njegove družine vključno s svetovanjem ob smrti, če je to potrebno. Poveča kvaliteto življenja in lahko pozitivno vpliva na potek bolezni. Je aplikabilna zgodaj v bolezni z drugimi terapijami, ki so namenjene podaljševanju življenja, kot sta kemoterapija in terapija sevanja, ter vključuje tiste preiskave, ki so potrebne za boljše razumevanje in spopadanje z distresnimi kliničnimi zapleti. Paliativna nega bi morala biti ponujena, ko se potrebe razvijejo in preden le-te postanejo neobvladljive (World Health Organization, 2004).

Nudnje psihosocialne in duhovne podpore pri žalovanju pacientom in skrbnikom je ključna komponenta paliativne nege. Za paciente, ki izkusijo duhovni in psihološki distress, je verjetneje, da bodo izrazili večjo željo po smrti v primerjavi z drugimi pacienti (McClain, Rosenfeld in Breitbart, 2003), prav tako pa je verjetneje, da bodo imele njihove družine daljše ali kompleksnejše žalovanje (žalovanje za preminulim, ki traja najmanj 14 mesecev po smrti in se kaže kot nemožnost vrnitve k običajnim aktivnostim). Za take paciente obstaja tudi večje tveganje za bolezen in smrt (Stroebe, Stroebe in Hansson, 1993). Študije prav tako predlagajo, da pacienti dobro sprejmejo duhovne nasvete njihovih zdravnikov, vendar pa razne intervence za naslavljanje spiritualnega distresa še niso bile razvite oziroma ocenjene (Ehman, Ott, Short, Ciampa in Hansen-Flaschen, 1999).

Kot že omenjeno, paliativna nega obsega paciente, ki trpijo za različnimi boleznimi z različnimi stopnjami napredovanja. Pacienti, ki potrebujejo paliativno nego, niso homogena skupina, čeprav so si podobni v tem, da jih je prizadela bolezen, ki je aktivna in progresivna, kjer mora biti poudarek na kvaliteti njihovega življenja ter njihove družine. Paciente, ki imajo paliativne potrebe, lahko v skupine razdelimo na več načinov: glede na diagnozo, simptome ali probleme, ki jih doživljajo, ali glede na tip nege, ki jo prejemajo. Prvi dve (glede diagnoze, simptomov ali problemov, ki jih doživljajo) se nanašata na

epidemiologijo bolezni in problemov ter sta zato uporabnejši pri ocenjevanju potreb. Primarna diagnoza lahko pokaže, ali obstaja verjetnost, da bo pacient doživel paliativno epizodo (ko progresivna bolezen tako napreduje, da je ni več možno zdraviti in vpliva na kvaliteto življenja Takega pacienta lahko pošljejo k specialistu paliativnih storitev.

Podatki, glede na razširjenost in incidenco bolezni, so dostopni in jih lahko pridobimo iz statistike smrtnosti. Nekateri podatki o verjetnosti incidence in razširjenosti simptomov so dostopni, vendar so manj znani, še posebej glede razširjenosti in incidence ostalih simptomov, kot so psihosocialni, emocionalni in spiritualni problemi, ki jih doživljajo pacienti, njihove družine ter negovalci. Tip nege, ki jo pacienti prejmejo, je pod vplivom dostopnosti storitev po državi. To se zelo razlikuje, zato je ta indikator manj uporaben pri ocenjevanju potreb (Higginson in Stevens, 1997).

Z Edmontonvo ocenjevaljno lestvico (ESAS) lahko ocenimo simptome pri pacientih v paliativni oskrbi. V tej ocenjevalni lestvici je 8 vizualnih lestvic, pri katerih lahko pacient ocenjuje stopnjo bolečine, aktivnosti, slabosti, depresije, anksioznosti, omotičnosti, teka in dobrega počutja («well-being») od 0 do 10 (Bruera, Kuehn, Miller, Selmsler, in Macmillan, 1991). Pacienti imajo po navadi več simptomov hkrati, prevladujejo pa bolečina, težave z dihanjem, bruhanje, slabost, nespečnost, zmedenost, depresija, pomanjkanje teka, zaprtost, preležanine, pomanjkanje kontrole nad mehurjem, pomanjkanje kontrole nad črevesjem in neprijeten vonj (Cartwright, 1991; po Higginson in Stevens, 1997). Pri pacientih z rakom je znano, da se pri njih pogosteje pojavlja anksioznost in depresija v primerjavi z običajno populacijo. Anksioznost in depresija sta pogosto premalokrat diagnosticirana (Gau in Diehl, 1982; Hopwood, Howell in Maguire, 1991). Za paciente z visoko stopnjo anksioznosti in distresa v družini je znano, da je to povezano s stresnimi in socialno nesprejemljivimi dejavniki (na primer neprijeten telesni vonj) in slabim nadzorom nad naštetimi simptomi (Higginson in Stevens, 1997).

V raziskavi, ki so jo izvedli De Haes, Van Knippenberg in Neijt, so z uporabo Rotterdam Symptom Checklist ugotovili prisotnost naslednjih simptomov: iritabilnost, utrujenost, zaskrbljenost, depresivno razpoloženje, pomanjkanje energije, živčnost, brezupni občutki glede prihodnosti, težave s spanjem, občutki osamljenosti, napetost, anksioznost in problemi s koncentracijo (De Haes, Van Knippenberg in Neijt, 1990).

Depresivni simptomi lahko pacientu škodujejo na več načinov: lahko motijo zdravljenje raka, podaljšajo bivanje v bolnišnici, zmanjšajo njihovo sposobnost, da poskrbijo zase, zmanjšajo kvaliteto in skrajšajo čas njihovega življenja (McDaniel, Musselman, Porter, Reed in Nemeroff, 1995).

3.1 Vloga paliativne nege v zdravstvu

Obstaja več razlogov, zakaj pacienti z napredovano obliko bolezni prejmejo neprimerno nego. Večina teh razlogov izhaja iz filozofije medicine, ki je osredotočena skoraj izključno na zdravljenje bolezni in podaljševanje življenja, ne pa na izboljšanje kvalitete življenja ter lajšanje trpljenja. Tradicionalno je bilo artikulirano, da ima medicina le dva izključujoča se cilja, in sicer, da pozdravi bolezen in podaljša življenje, ali pa priskrbi za pravo oskrbo bolezni (Field in Cassel, 1997; po Morrison in Meier, 2004). Glede na to dihotomijo je odločitev za ostredotočanje na zmanjšanje trpljenja lahko sprejeta le, ko je bilo zdravljenje neuspešno in takrat, ko je smrt neizogibna (Christaakis in Escarce, 1996).

3.2 Podkategorije nege: opredelitev storitev nege specialistov

Specialistične storitve paliativne nege so najbolj osredotočene na en segment tega spektra nege. Osredotočajo se na kontroliranje bolečine in drugih simptomov, lajšanje trpljenja in vzdrževanje zadnje faze življenja pri pacientih, ki imajo aktivno, progresivno ter napredujočo bolezen, ki več ne ustreza kurativnemu zdravljenju. Njihovo delo vključuje fizični, psihološki, socialni in spiritualni vidik nege, ki umirajočemu pacientu omogoča, da živi z dostojanstvom. Prav tako nudi pomoč njemu in družini med njegovo boleznijo ter po njegovi smrti. Vsi pacienti s progresivno boleznijo bi se okoristili s paliativnim pristopom in manjšo skupino specialistov za nego njihovih potreb (Higginson in Stevens, 1997).

3.2.1 Hospic

Pojem »hospic« se uporablja na dva načina. Prvi se nanaša na filozofijo nege hospica, ki je po učinku popolnoma enaka filozofiji in principom paliativne nege. Drugi pojem pa se nanaša na enoto hospica. Po navadi je to prostostoječa enota, v kateri so nastanjeni pacienti in prakticira paliativno nego s poudarkom na zdravniški ter psihosocialni negi. Po navadi ima zdravstveno in negovalno osebje, ki je specialno izurjeno v paliativni negi in kontroliranju simptomov ter imajo visoko razmerje med medicinskimi sestrami in pacienti. Hospic bo navadno ponudil kontrolo simptomov, terminalnov in paliativno nego ob predahu (»respice care«). Terminalna nega je definirana kot upravljanje in pomoč pacientom v njihovih zadnjih dneh, tednih ali celo mescih življenja (Bachmann idr., 2001). Nega ob predahu je začasen premor oziroma oddih tistega posameznika, ki skrbi za družinskega člana, ki bi moral biti drugače stalno nameščen v negovalni ustanovi, vendar to nego prejema na domu (Getting respice, b. d.). Veliko hospic ustanov nudi tudi dnevno nego na domu in pomoč na domu. Nekateri hospici pa ne nudijo nastanitve pacientov (Higginson in Stevens, 1997).

3.2.2 Specializirane skupine za paliativno nego

Te skupine lahko razdelimo na tri glavne kategorije.

1. Bolnišnični tim za paliativno nego

Ti timi se zavzemajo za prinašanje paliativne nege njenih principov in koristi v akutne bolnišnice. Po navadi imajo svetovalno vlogo in poskrbijo za kontrolo simptomov in psihološko podporo pacientom in negovalcem, ki prav tako igrajo pomembno vlogo v izobraževanju ter svetovanju znotraj bolnišnice. Večino timov sestavljata dve ali več specializiranih medicinskih sester. Veliko teh timov je multidisciplinarnih in vključujejo zdravnika, socialnega delavca, duhovnika in druge (Higginson in Stevens, 1997).

2. Timi za paliativno nego na domu

Te time sestavljajo specialisti, ki nudijo nasvete in podporo zdravstvenim delavcem v skupnosti (v bližnji okolici, v občini). Tim ne prevzema odgovornosti za zdravstvenega delavca, ki dela v skupnosti, in po navadi ne nudi nege na domu (»bedside care«) (Higginson in Stevens, 1997).

3. Timi paliativne nege

Ti timi združujejo elemente bolnišnične nege in nege na domu. Vključujejo lahko različne tipe timov: takšne, ki delajo v skupnosti, bolnišnici, z individualnimi pacienti in jih spremljajo ter negujejo glede na njihov vsakdan. To so na primer medicinske sestre, ki nudijo celodnevno, multidisciplinarno nego, nego na domu, ki pacientom omogoča, da še vedno živijo doma. Nudi se jim lahko tudi rehabilitacija, ki pacientu pomaga, da glede na omejitve bolezni doseže in vzdržuje svoj maksimalni fizični, emocionalni, spiritualni, poklicni in socialni potencial (Higginson in Stevens, 1997).

4 NOTRANJI DIZAJN PROSTORA

Značilnosti notranjega dizajna prostora opišemo kot manj stalne aspekte bolnišničnega okolja, kot so pohištvo, nezdravstvena oprema (televizija, telefon), barve, umetniška dela in postavitev te opreme v bolnišnični sobi (Fottler idr., 2000). Notranji dizajn zdravstvenih ustanov tradicionalno poudarja funkcionalnost, kar se kaže v zagotavljanju učinkovitih prostorov za laboratorije ali dovolj široka vrata, skozi katere lahko premikamo postelje. To je s funkcijskega vidika učinkovito, vendar ne s psihološkega. Zaradi funkcijskega pristopa zdravstvene ustanove pogosto niso uspešne, saj delujejo stresno in zato niso primerne za zadovoljevanje psiholoških potreb pacientov, obiskovalcev ter zaposlenega osebja. Že Wilsonova raziskava je povezala slab dizajn z negativnimi posledicami, kot so na primer anksioznost, delirij, dvignjen krvni tlak in povečan vnos protibolečinskih zdravil (Wilson, 1972; po Ulrich, 1984). V tem kontekstu bi moral dizajn v zdravstvenih ustanovah presegati le funkcijsko učinkovitost, marketing, stroške in imeti še drug cilj, to je promoviranje zdravja ter dobrega počutja z ustvarjanjem takega fizičnega okolja, ki bo psihološko v podporo (Ruga, 1989; po Ulrich, 1991). Primerno okolje namreč pomaga pacientom pri soočanju z velikim stresom, ki spremlja njihovo bolezen. Efekti primerega okolja oziroma dizajna so komplementarni zdravilnim učinkom zdravil in drugim zdravniškim tehnologijam ter pospešijo oziroma pomagajo pri procesu zdravljenja oziroma okrevanja. Takšno okolje, ki te podpore ne nudi, je lahko stresno, saj je možno, da povroči ovire pri zdravljenju. Dodatno breme pri soočanju z boleznijo so spopadi s temi stresorji. (Ulrich, 1991).

Ljudje, ki so sodelovali v študiji Harrisa in kolegov (2002), so izrazili željo, da bi notranji oblikovalci sobe oblikovali na tak način, da bi imele funkcionalno opremo (na primer televizija in telefon) in udobno pohištvo. Izrazili so tudi željo, da bi bili ti predmeti razporejeni tako, da bi bili dostopni z bolniške postelje. Dekoracijo je treba uporabiti z mislijo, da se bodo pacienti v bolnišnici počutili domače, zato je potrebno uporabiti barve, umetniška dela, tapete, prepege in druge predmete, ki imajo bolj »domač« pridih, saj je to med pacienti opaženo in cenjeno. Estetično zadovoljiv dekor je cenjen tako v sobah pacientov kot v drugih predelih bolnišnice. (Harris idr., 2002).

4.1 Naravni elementi v dizajnu

Skozi zgodovino in v mnogih kulturah so ljudje dostop do narave dojemali kot osnovno človekovo potrebo in atrakcijo ter zelene, plodne pokrajine kot ključne sestavine za idealno, paradizu podobno zdravo okolje. Pisatelji iz najzgodnejših časov so spoznali, da pokrajina ne le zagotavlja naše prehranske potrebe, temveč nas tudi podpira na vseh ravneh v našem dobrem počutju. Izziv, s katerim se spopadamo v naši družbi, je ta, da smo pogosto ustvarili okolja za vsakodnevno življenje in delo, ki psihološko predstavljajo več škode kot koristi. Čez stoletja se je pogosto pojavljala naslednja tema pri družbenem

razvoju v Evropi, in sicer ponavljajoče se prepoznavanje in priznavanje pomembnosti pri načrtovanju pokrajin in dizajna, ki bo ljudem nudil terapevtske prostore. Šele nedavno smo začeli bolje razumeti, zakaj je dobro imeti okoli sebe kvalitetno pokrajino in smo hkrati postali hvaležnejši za naravo in njene koristne učinke ter način, kako bi z njimi lahko upravljali (Ward Thompson, 2011).

Povečano število znanstvenih ugotovitev, iz različnih znanstvenih disciplin, je spoznalo, da lahko naravna okolja promovirajo zdravje (Nilsson idr., 2011). Znanstvene ugotovitve kažejo, da imajo naravna okolja blagodejen učinek na zdravje, omogočajo ljudem, da si opomorejo od mentalne utrujenosti (Kaplan, 2001), zmanjšajo vzročno in specifično vzročno smrtnost (Mitchell in Popham, 2008) ter prav tako služijo kot vir za fizične aktivnosti (Björk idr., 2008, po Shukor, Stigsdotter in Nilsson, 2012).

V študiji, ki sta jo izvedla Kjellgren in Burrkall, so primerjali obnovitvene efekte 30 minutne sprostitev v naravnem okolju z zaprtim prostorom, kjer je bilo simulirano isto naravno okolje. Izvedenih je bilo več ponovnih meritev z 18 udeleženci, ki trpijo za pretirano izpostavljenostjo stresom in/ali sindromom izgorelosti. Merili so tako s psihološkimi kot fiziološkimi instrumenti. Nato so po fenomenološki analizi kvalitativnih podatkov rezultate sprostitev v naravnem okolju razdelili v 6 kategorij, in sicer: povečana senzorna zaznava, občutki harmonije in zlitosti z naravo, dobro počutje in občutek kvalitetnega življenja, obnovljena energija in prebujenje, razmišljanje »tukaj in zdaj«, in občutek spokojnosti. V simuliranem naravnem okolju so po analizi rezultate razdelili v 5 kategorij, in sicer: nemirnost in aksioznost, pomanjkanje koncentracije, občutek odrezanosti od narave in njenih učinkov, želja po biti v »pravi« naravi, in pozitivna čustva. Naravno okolje je doseglo znatno višje rezultate v stopnji spremenjenih stanj zavesti (stanje zavesti, ki ne poteka na beta valu) in večjo stopnjo energije kot pri simuliranem naravnem okolju. Te rezultati kažejo na to, da obe okolji pomagata pri redukciji stresa, medtem ko naravno okolje še dodatno samo poveča energijo in spremenjena stanja zavesti. Okolji kažeta možnost pri povečanju in promoviranju obnovitvenih občutkov od stresa (Kjellgren in Buhrkall, 2010).

Več študij je že pokazalo, da ima izpostavljenost naravi (»prava narava«, simulirana narava, kot so slike, videoposnetki ali virtualna realnost) pozitivne učinke na paciente, kot so zmanjšanje stresa, bolečine in zmanjšanje časa bivanja v zdravstveni ustanovi (Diette Lechtzin, Haponik, Devrotes in Rubin, 2003). Izvedena je bila prav tako študija med pacienti, ki so okrevali od abdominalne operacije, pri katerih so preverjali, ali ima pogled skozi okno na naravo in pogled skozi okno na opečnato steno vpliv na dolžino bivanja v zdravstveni ustanovi (Ulrich, 1984).

4.1.1 Učinki naravnih elementov na distrakcijo bolečine

Gledanje narave lahko zmanjša bolečino in poveča pozitivna čustva, zmanjša stres ter zamoti paciente pred osredotočanjem na bolečino (Malenbaum, Keefe, Williams, Ulrich, in Somers, 2008). Glede na teorijo distrakcije bolečina potrebuje velike količine zavestne pozornosti, vendar, če pacienti preusmerijo pozornost na pozitivno distrakcijo, kot je na primer pogled na naravo, imajo manjšo količino pozornosti, ki jo namenijo bolečini in tako lahko bolečina izgine. Teorija tudi predvideva, da več kot je preusmeritev na okolje, bolj se bo bolečina zmanjšala (McCaul in Malott, 1984). To kaže nadejstvo, da so distrakcije iz narave lahko bolj preusmerjajoče in tako učinkovitejše pri zmanjšanju bolečine, če vključujejo tako zvoke kot tudi vizualno stimulacijo in inducirajo višji občutek zlitosti (Ulrich, 2008; po Zimring idr., 2008). Pacienti s pogledom na naravo so posledično občutili manj bolečine, kar se je pokazalo kot manjša potreba po dozah protibolečinskih zdravil v primerjavi s pacienti, ki so imeli pogled na steno (Ulrich, 1984).

4.2 Barva v bolnišničnem dizajnu

Barva je opisana kot subjektivna vizualna senzacija, ki jo ustvari svetloba, zaznavanje barve pa je odvisno od intenzitete svetlobe, površine materiala in starosti ter zdravja opazovalca. V literaturi so barve povezane s fiziološkimi, psihološkimi in socialnimi odzivi ljudi (Tofle, Schwartz, Yoon in Max-Royale, 2003). Obstaja splošni sporazum, da toplejše barve vpozdbujajo, stimulirajo in priskrbijo energijo, medtem ko so bolj hladne barve sproščujoče in pomirjujoče (Ampt, Harris in Maxwell, 2008). Za dizajn bolnišnic je najpomembnejše, da se najde povezava med določenimi barvami in specifičnim razpoloženjem ter čustvi. Dokazano je bilo, da lahko zaznavanje barve vpliva na izkušnjo in delo ljudi. Ugotovljeno je bilo namreč, da lahko nekatere barveizzovejo občutek prostornosti, ki je pozvročen zaradi temnosti ali svetlosti prostora in je zelo pod vplivom kontrastnih učinkov, še posebej pri razlikovanju svetlobe med predmeti ter njihovim ozadjem (Tofle idr., 2003).

Ko dodajamo barve in dizajn v pacientovo namestitev, moramo biti pozorni na čustvene in psihološke faktorje, ki lahko vplivajo na njihovo dobro počutje. Glavni cilj je, da dosežemo prijazno in privabljajočo atmosfero z raznolikostjo in interesom za paciente, obiskovalce ter zaposlene. Barva ima praktično in funkcijsko uporabo pri namestitvi pacientov. Če kontrolirano svetlo svetlobo, ki se odbija, uporabimo na zelo rahel način v vseh okoljih, lahko tako najbolj izkoristimo dnevno svetlobo ter pomagamo zmanjšati bleščanje. Barve v javnih mestih lahko prav tako pomagajo pri ostalih praktičnih problemih, kot je orientacija in so razpoznavni znaki, ki pomagajo pri navigaciji (Dalke idr., 2006).

Tabela 1:
Psihološki vpliv barv

Barva	Vpliv na čustvovanje	Izločanje hormonov	Vpliv barv na telo glede na čakre	Uporaba v zdravstvene namene
Rdeča	Rdeča barva vzbudi močna čustva, kot so jeza, navdušenost, intenzivnost, nasilnost, brutalnost, pogum in moč.	Rdeča barva povzroča izločanje hormonov iz nadledvične žleze.	Aktivira sistemsko cirkulacijo in pomaga vsem čutom pri delovanju.	Včasih so jo uporabljali za zdravljenje prehladov, paralize, anemije, uravnavanje krvnega pretoka in za zdravljenje pljučnih bolezni.
Modra	Vzbudi čustva miru, spokojnosti, varnosti, reda, žalosti in vzvišenosti. Lahko celo spodbuja produktivnost.	Modra barva povzroča izločanje hormonov iz ščitnice.	Modra barva pospeši metabolizem, stabilizira srce, mišice in krvni pretok.	Uporabljali so jo za zdravljenje opeklin, kožnih bolezni, glavkome, ošpic, noric in problemov z grlom.
Zelena	Vzbudi pomirjujoča, pozitivna čustva, ki naj bi olajšala stres in pomagala pri zdravljenju.	Zelena barva povzroča izločanje hormonov iz priželjca.	Zelena barva ojača kosti in mišice, razkužuje bakterije in viruse ter sprosti napetost.	Uporabljali so jo za zdravljenje malarije, problemov s hrbtenico, raka, nevroloških motenj, ulcerjev in za uravnavanje problemov s srcem in krvnim pritiskom.
Rumena	Pomaga pri ohranjanju znanja, torej vpliva na koncentracijo. Ohranja tudi budnost. Lahko vzbudi čustva jeze in frustracije.	Rumena barva povzroča sproščanje hormonov iz nadledvične žleze.	Spodbuja metabolizem. Ima dober vpliv na želodec, žolčnik, imunski sistem in krepi endokrini ter živčni sistem.	Uporabljali so jo za odkrivanje kroničnih bolezni in za spreminjanje le-teh v akutne.

(About the colour, b. d.; Chromatherapy Lights, 2012): Kendra Cherry, 2014; Kopacz J, 2003; po O'Connor, 2011; O'Connor, 2011; What is color puncture, b.d.)

Barve lahko razdelimo tudi na tople in hladne. Tople barve so: rdeča, oranžna, rumena in rjava. Med tople barve sodijo tudi sorodni odtenki naštetih barv. Hladne barve pa so: modra, zelena in škrlatna ter njihovi sorodni odtenki. Ugotovljeno je bilo, da so tople barve uporabne pri aktiviranju posameznikov z depresijo, pomagajo uravnavati mišični tonus in krvni tlak pri posameznikih s hipertenzijo. Izpostavljenost toplim barvam spodbuja respiratorno gibanje, pogostost mežikanja, kortikalno aktivacijo (aktivacija možganske skorje) in vzbujenje autonomnega živčnega sistema. Tople barve konsistentno kažejo večje vzorce stimulacije, medtem ko se hladne barve odražajo kot relaksanti in pomirjevala. Hladne barve imajo ravno obratni učinek od stimulatívne učinka toplih barv. Lajšajo mišične krče, znižajo krvni tlak, pomagajo sprostiti napetost in zmanjšajo frekvenco mežikanja. Anksiozni posamezniki so se pomirili ob prisotnosti hladnih barv. Iz tega lahko sklepamo, da so hladne barve uporabne kot pomirjevala v primeru napetosti in anksioznosti (Azeemi in Tazayyen, 2009).

4.3 Razporeditev pohištva

Melin in Götestam (1981) sta ugotovila, da s spreminjanjem postavitve pohištva na oddelkih lahko izboljšata vedenjske navade hranjenja pri psihogeriatríčnih pacientih. Študije dnevnih sob, prostorov za počitek in čakalnic pa so pokazale, da je socialni stik občutno manjši, ko je sedežni red postavljen tako, da osebe sedijo ena ob drugi ob steni. Te ugotovitve kažejo vpliv na stopnjo socialne interakcije in iz tega lahko sklepamo, da vplivajo tudi na zdravstveno pomembno socialno podporo, ki je lahko za paciente v teh sobah občutno povečana s tem, da se pacientom priskrbi udobno pohištvo, ki ga lahko premikamo v manjše kroge, ki nato spodbuja socialne stike (Sommer in Ross, 1958).

Pri zaposlenih pa so opazili povezavo med primerno razporeditvijo pohištva v prostoru in zmanjšanimi napakami (s tem, da so priskrbeli primeren občutek zasebnosti in z zmanjšanjem vizualnih distrakcij), povečano učinkovitostjo in komunikacijo (s tem, da so priskrbeli pohištvo, ki je lahko nastavljivo za ergonomske potrebe posameznega delavca in z materiali, ki vpijajo zvok) (Malone in Dellinger, 2011).

4.4 Umetniška dela

Umetniška dela, ki so pacientom prijetna (po navadi realistična umetnost, ki kaže mirne prizore narave), imajo pozitiven vpliv na zmanjšanje stresa, anksioznosti, izboljšajo razpoloženje (Ulrich, 1999), zmanjšajo depresijo (Staricoff, Loppert, Kirklín in Richardson, 2003), zmanjšajo jemanje protibolečinskih zdravil, zmanjšajo krvni tlak, stopnjo bitja srca (Ulrich idr., 2003; po Salonen idr., 2013), skrajšajo čas bivanja v bolnišnici po operaciji (Ulrich, 1984), poskrbijo za pozitivno distrakcijo (omogočajo pacientom in obiskovalcem, da se osredotočijo na nekaj drugega kot na pacientovo zdravstveno stanje, izboljšajo orientiranje po bolnišnici (služijo kot »markacije«) (Hathorn

in Nanda, 2008). Pri zaposlenih pa so prijetna umetniška dela povezana z višjim zadovoljstvom (Ulrich idr., 2003; po Salonen idr., 2013).

Abstraktna umetniška dela in čustveno izzivalna ali provokativna dela pa so se pri pacientih konsistentno pokazala za neprijetna in nezaželjena. Čeprav okoljski oblikovalci, umetniki in nekateri zaposleni v zdravstvu pozitivno reagirajo na abstraktne in za interpretacijo zahtevne slike, še vedno prevladujejo dokazi raziskav, da lahko tak stil slik poveča stres in poslabša zdravstveno stanje pri mnogih pacientih (Ulrich, 1991; Ulrich, 1999). Abstraktna umetnost lahko vpliva na manj zaželeno oziroma slabše okrevanje. (Ulrich, 1993; po Salonen idr., 2013).

4.5 Primer prakse paliativne nege in dizajna okolja – Klinika Golnik

V zaključnem delu smo si želeli ogledati tudi to, kako paliativna nega poteka v praksi, in kako imajo na teh oddelkih urejen dizajn prostorov. Ogledali smo si negovalni oddelek Univerzitetne klinike za pljučne bolezni in alergijo Golnik, ki je klinična, raziskovalna in pedagoška ustanova. Pogovorili smo se z dr. med. spec. Urško Lunder, ki nam je negovalni oddelek predstavila. S prejetim dovoljenjem smo prostore tudi poslikali.

4.5.1 Intervju z dr. med. spec. Urško Lunder

1. Kdo vse je del tima na paliativnem oddelku?

Na paliativnem oddelku dela zdravnik, medicinsko osebje, dietetičar, psiholog in socialni delavec.

2. Kakšne želje izražajo pacienti? Ali izražajo željo, da bi nego prejeli doma?

Večina pacientov si želi nego prejeti doma, obstaja pa tudi skupina pacientov, ki tega ne želi, ker so mnenja, da bodo tako v breme domačim. Glavni cilj negovalnega oddelka na Golniku je, da pacientom po dani terapiji omogočijo odhod domov. Prav tako poskrbijo za izobraževanje svojcev oziroma najbližjih tako, da ob odpustu zanje znajo primerno poskrbeti (pravilno doziranje zdravil, previjanje pacienta ...). Velikokrat pa se zgodi, da pacienti zaradi svoje bolezni ne morejo prejeti terapije na domu, na primer, če potrebujejo aparat za dovajanje kisika, aparat za umetno dihanje ali katero koli drugo tehnično napravo, ki jo lahko uporabljajo le v bolnišnici. Prav tako se lahko zgodi, da pacienti zaradi socialne situacije terapije niso zmožni prejeti na domu. Trudijo se, da pacientu omogočajo čim bolj celostno nego in zato vključujejo v poročila diganozo bolezni, želje pacienta, socialno situacijo, mnenja sorodnikov ...

3. Ali menite, da bi bolj domače okolje vplivalo na počutje pacientov?

Na negovalnem oddelku se osebje zaveda, da bi bolj domače okolje imelo pozitiven učinek na paciente, zato so samoiniciativno začeli, če je to možno, oddelek spreminjati in mu dodajati bolj »domač pridih«. Poskrbeli so za slike na hodnikih, tematsko obarvane stole, različno z barvami označene stene, ki so v pomoč pacientom pri orientaciji. Z zeleno so označili stene, kjer so sanitarije, prav tako so vsaka vrata obarvana z drugo barvo, tako da si pacienti lažje zapomnijo, kje imajo svojo sobo (na primer dementni ljudje). V sobi za pogovor, ki je namenjena pogovoru z družino in bližnjimi, so prav tako za bolj sproščeno vzdušje priskrbeli sedežno garnituro, slike in plišaste igrače (za lažje sprostitev otrok).

4. Kako pogosta sta stres in depresija med pacienti?

Depresija je najbolj pogosta med pacienti, ki nujno potrebujejo aparat za dihanje in so se zato nezmožni premikati. V primeru depresije in anksioznosti najprej poskušajo ljudem pomagati s psihoterapijo in nato s farmakoterapijo, natančneje s psihostimulanti. Urejeno imajo tudi duhovno oskrbo za paciente, saj se lahko vsako nedeljo v bolnišnični kapeli udeležijo svete maše.

5. Na kakšen način pomagata najbližjim pacientom?

Sorodnikom in najbližjim so na voljo za pogovor in svetovanje. Prav tako jim je omogočeno, da pri pacientih prespijo na zložljivih posteljah.

4.5.2 Negovalni prostori Klinike Golnik



Slika 1: Dekoracija hodnika z naravnimi elementi (osebni arhiv).



Slika 2: Tematsko obarvani stoli (osebni arhiv).



Slika 3: Zeleno obarvana stena označuje sanitarije, kar pomaga pacientom pri orientaciji (osebni arhiv).



Slika 4: Različno obarvana vrata pacientom pomagajo pri orientaciji (osebni arhiv).



Slika 5: Za "bolj domače" okolje so hodnik poprestrili s slikami (osebni arhiv).



Slika 6: Zložljiva postelja, ki pacientovi družini in bližnjim omogoča prenočitev (osebni arhiv).

4.6 Primer prakse v Domu za starejše občane Krško, Oddelek Vijolice

Dom starejših občanov Krško je zavod, ki svojim stanovalcem nudi zdravstveno nego, fizioterapijo, funkcionalne terapije, zdravstveno varstvo, nastanitev in druge aktivnosti. Te aktivnosti prilagajajo posameznikovim potrebam in zmožnostim. Zaposleni v tem domu se zavedajo, da je za mnoge posameznike ta dom tudi njihov drugi in pogosto tudi zadnji dom. Zaradi tega se trudijo, da poleg strokovnosti na vseh področjih v njihove prostore vnašajo tudi domačnost, prijaznost, ki ljudem daje občutek zaželenosti in spojenosti z okoljem (Dom starejših občanov Krško, b. d.).



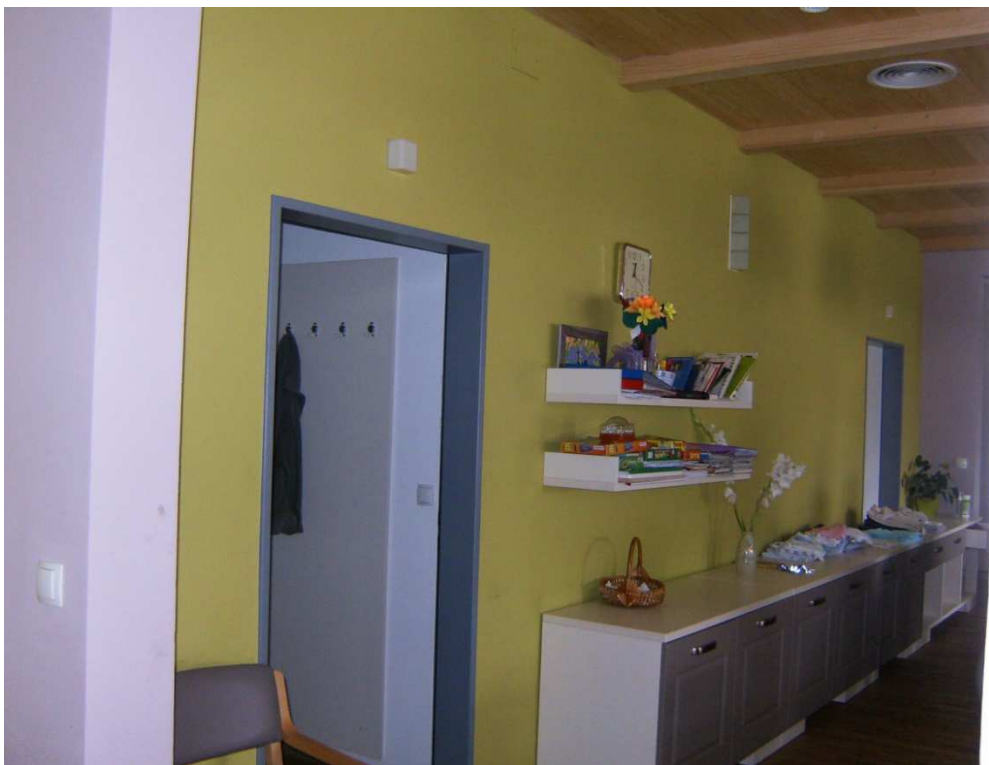
Slika 7: Zunanja dekoracija (osebni arhiv).



Slika 8: Zunanji prostori z naravnimi elementi, namenjeni sprostitvi (osebni arhiv).



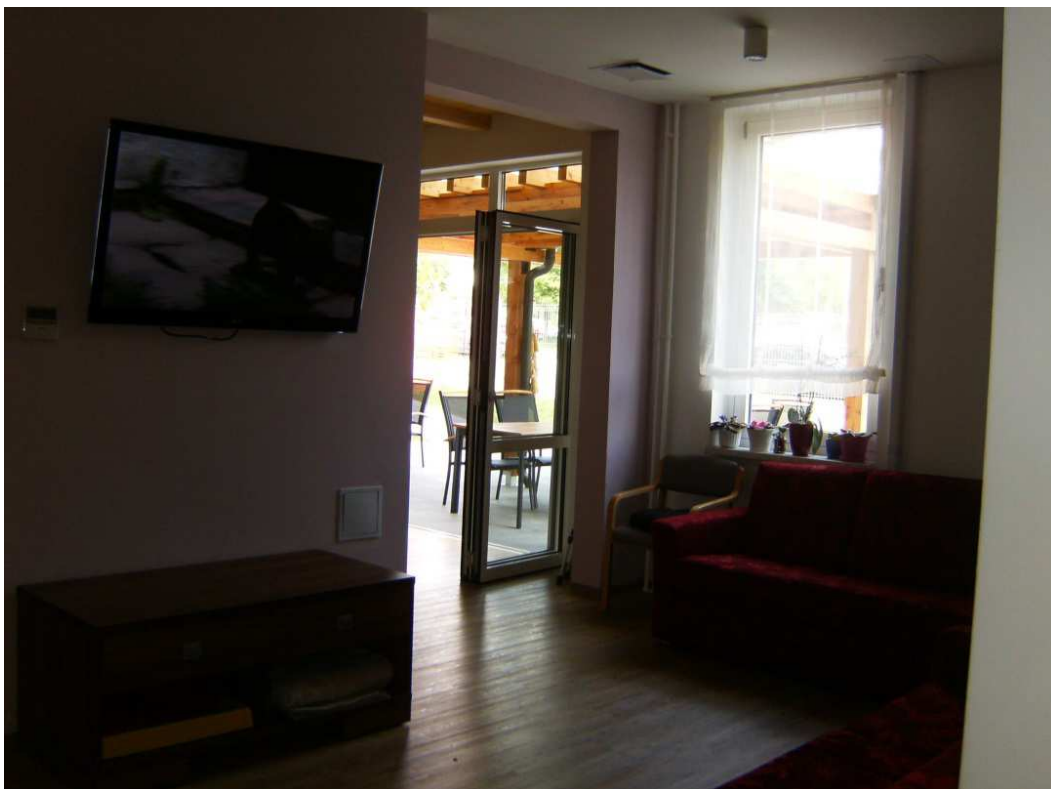
Slika 9: Kuhinjski prostori, kjer si lahko oskrbovanci sami pripravijo obrok (osebni arhiv).



Slika 10: Opremljenost prostora, ki spominja na "domače okolje" (osebni arhiv).



Slika 11: Dekoracija "dnevne sobe" s sliko, ki vsebuje naravne elemente (osebni arhiv).



Slika 12: V dnevni sobi imajo za sprostitev prav tako televizijo (osebni arhiv).



Slika 13: Dekoracije dnevnice z rožami za bolj "domač pridih" (osebni arhiv).

5 INTERAKCIJE MED OKOLJSKO PSIHOLOGIJO, PALATIVNO NEGO IN NOTRANJIM DIZAJNOM PROSTORA

Po prebrani literaturi lahko sklepamo, da imajo prostori vpliv na našo duševnost. Okolje ima pri tem vlogo spodbujanja ali zaviranja naših dejavnosti. Izredno pomemben in odločilen je tudi prvi vtis, ki ga dobimo o okolju. Skozi zasnovano okolje oziroma ustanov in preko njene opreme lastniki sporočajo svoje vrednote, delovno filozofijo ter kako zelo je za njih pomembno počutje zaposlenih (Kryžanowski, 2012).

V svoji zaključni nalogi smo se osredotočili na dizajn zdravstvenih ustanov, še bolj natančno na ustanove, kjer nego prejemajo pacienti v paliaciji. Poleg ustrezne zdravstvene nege lahko boljšo kvaliteto življenja priskrbimo tudi z okoljem in poskušamo na tak način lajšati nekatere simptome ter dvigniti splošno kvaliteto zadovoljstva posamezniku v času bivanja v tej ustanovi. Pogosti simptomi, na katere lahko z okoljem vplivamo in ki jih posamezniki v paliativni negi doživljajo, so: bolečina, anksioznost, stres, težave s spanjem, socialni umik ter depresivno razpoloženje. Pri oblikovanju prostorov smo si zadali cilj, da bi bilo okolje primerno za paciente in njihove družine, ne pa da bi jih opominjalo na njihovo bolezen ter simptome, s katerimi se spopadajo. Tako okolje bi poskušalo spodbuditi pacienta in njegovo družino, da se sprostijo in svojo pozornost preusmerijo drugam. Želimo si torej, da so zdravstveni prostori funkcionalni tako z zdravstvenega kot tudi s psihološkega vidika. Prostori za zdravljenje so praviloma stresni in povezani z napetostjo. Stresne so namreč že same zdravniške diagnoze, postopki in prostori, v katerih poteka zdravljenje (Kryžanowski, 2012). Ravno zaradi stalne prisotnosti teh stresorjev si prizadevamo, da je okolje, v katerem naj bi bili pacienti zdravljeni, čim manj stresno. Stres pa lahko ovira tudi zaposlene in povzroči, da naredijo med delom več napak. Pravilno oblikovane zdravstvene ustanove pa niso pomembne le zaradi zamnjšanega stresa, vendar tudi zato, ker se tako poveča zadovoljstvo s fizičnim okoljem, ki je pomemben znak celotnega zadovoljstva z zdravstveno storitvijo (Kryžanowski, 2012).

Ugotovili smo, da lahko na zgoraj omenjene simptome vplivamo z naslednjimi komponentami okolja: s svetlobo, hrupom, vrsto sob (enoposteljna ali večposteljna), naravnimi elementi, razporeditvijo pohištva, umetniškimi deli in barvami.

Sončna svetloba vpliva na naravni ritem telesnih procesov (cirkadiadni ritem) in spodbuja zdravljenje. Pacienti po operacijah, ki so nameščeni v sončni sobi, potrebujejo manj protibolečinskih sredstev, doživljajo manjši stres in jih praviloma tudi prej odpustijo kot bolnike v sobah z manj sončne svetlobe. Svetloba ima tudi blagodejen učinek na depresivna stanja in druge psihiatrične motnje, na primer anksioznost (Kryžanowski, 2012). Svetlobo bi tako lahko uporabili za spopadanje z depresijo, anksioznostjo, manjše zaznavanje bolečine, za vpostavljanje cirkadiadnega ritma in za izboljšanje razpoloženja. Z

njo lahko vplivamo tudi na zaposlene, saj lahko ob njeni primerni uporabi zmanjšamo napake pri delu.

Pacienti v paliativni oskrbi se pogosto soočajo z anksioznostjo, na katero lahko vplivamo tudi z barvami. Iz prebrane literature lahko sklepamo, da je najbolje izbrati hladne barve, saj delujejo najbolj pomirjajoče. Barve, ki jih uporabljamo v zdravstvenih ustanovah, naj bodo prav tako sprostilne, predvsem zaradi raznih stresorjev. Paziti pa je treba, da so le-te še vedno dovolj stimulativne (Kryžanowski, 2012).

Velik povzročitelj psihološkega stresa med pacienti je hrup. Ta ima vpliv tudi na pacientovo družino. Pacienti, ki so nastanjeni v bolj hrupnih sobah, potrebujejo več protibolečinskih sredstev. Hrup vpliva tudi na zaposlene. Osebe, ki dela v bolj hrupnem okolju, ima več možnosti, da naredi napako pri delu. S hrupom se lahko spopademo tako, da pri oblikovanju prostorov uporabimo materiale, ki so akustično vpojni, uporabimo zvočno zaščito za medicinske aparate in pacientom priskrbimo individualne oziroma enoposteljne sobe (Kryžanowski, 2012). Z nadzorovanjem hrupa se pozitivno spopademo z naslednjimi simptomi pacientov v paliativni negi: s stresom, anksioznostjo, zanznavanjem bolečine, pacienti prejemajo manj protibolečinskih sredstev, izboljšamo tudi njihov spanec in izboljšamo njihovo zadovoljstvo (Bayo idr., 1995; po Salonen idr., 2013; Beyeam 2007; Evans in Cohen, 1984; Hagerman idr., 2005; Kryžanowski, 2013; Joseph., 2007; Joseph, 2010). Na boljše počutje pacienta pa lahko vplivamo s hrupom kot pozitivno distrakcijo, in sicer pacientu omogočimo poslušanje glasbe, ki ga sprošča ter mu je všeč.

Prisotnost narave in naravnih elementov v zdravstvenih ustanovah je zelo zaželena. Zmanjšuje namreč stres, zanznavanje bolečine in poveča pozitivna čustva. Raziskave so pokazale, da pacienti, ki po operaciji skozi okno vidijo naravo, okrevajo hitreje kot tisti, ki te možnosti nimajo. Pacienti s to možnostjo potrebujejo manj protibolečinskih sredstev. Do takih pozitivnih odzivov na naravo pride zato, ker delujejo naravni elementi kot pozitivna distrakcija in preusmerijo pozornost pacienta stran od njegove bolezni (Kryžanowski, 2012; McCaul in Malott, 1984).

Prisotnost umetniških slik je lahko pomemben faktor pri izboljšanju počutja pacientov v paliativni negi. Umetniška dela namreč delujejo kot pozitivna distrakcija in delujejo stimulativno. Pacienti so pokazali najboljši odziv na umetniška dela, ki vsebujejo naravne elemente (tihožitja, slike z vodnimi elementi) in slabši odziv na umetniška dela z abstraktno tematiko (taka tematika je ustrezala le peščici pacientov). Zaradi opazovanja umetniških slik se lahko uspešno spopadamo s stresom, anksioznostjo in depresijo. Lahko tudi zmanjšamo jemanje protibolečinskih sredstev, zmanjšamo čas bivanja v bolnišnici in izboljšamo razpoloženje (Kryžanowski, 2012; Staricoff idr., 2003; Ulrich; 1999). Ko pacienti dlje časa preživijo v ustanovi, menimo, da je najboljše, da si sami izberejo motiv

umetniškega dela. To jim bo dalo občutek nadzora nad okoljem, hkrati pa bo pozitivno vplivalo na proces zdravljenja.

Z razporeditvijo pohištva lahko vplivamo na socializacijo pacienta. Pomembno je, da pacientu priskrbimo pohištvo, ki ga lahko sam premika glede na svoje potrebe. Če bomo pohištvo razporedili tako, da lahko pacient s svojo družino sedi v krogu, bo prišlo do več komunikacije in posledično do večje socialne podpore. Zaposleni pa bodo bolje komunicirali in napravili manj napak, če bo pohištvo tako, da ne bo oviralo njihovega dela (Sommer in Ross, 1958).

Ne nazadnje pa lahko na počutje pacienta vplivamo tudi z vrsto sobe, v kateri je nastanjen. Pacienti izražajo željo po tem, da bi bili raje v enoposteljnih sobah. Če jim to omogočimo, vplivamo na zmanjšanje doživetega stresa (tudi pri zaposlenih), večjo socialno podporo družine in bližnjih, manj hrupa, večjo kontrolo nad okoljem in povečamo zadovoljstvo tako pacientov kot tudi zaposlenih (Ampt idr., 2008; Chaundhurry idr., 2006; Zimring idr., 2008).

6 SKLEPI

V svojem zaključnem delu smo želeli ugotoviti, kakšen naj bi bil dizajn prostorov v ustanovah s paliativno nego, da bi imel najbolj optimalen pozitiven učinek na potrebe pacienta, obiskovalcev in zaposlenih. Želeli smo ugotoviti, kakšna je vloga okoljskega dizajna pri dobrem počutju posameznika, kakšni zaključki so na tem področju že bili podani in kakšen vpliv ima »bolj domače« okolje na paciente. Ugotovili smo, da lahko s pravilno uporabo okoljskega dizajna izboljšamo nekatere simptome, ki jih pacienti doživljajo, na primer uravnavanje bolečine, zmanjšanje depresije, stresa, anksioznosti, izboljšanje zadovoljstva in vzpostavljanje cirkadiadnega ritma. Na te simptome lahko vplivamo z različnimi komponentami okolja: s svetlobo (intenziteta svetlobe, umetna ali naravna svetloba), hrupom (predvsem zmanjšanje hrupa ali pa priskrbitev glasbe kot pozitivne distrakcije), integriranjem naravnih elementov (rože, pogled skozi okno usmerjen na naravo), barvami (različne barve povzročijo različne psihološke odzive), razporeditvijo pohištva (z dobro razporeditvijo pohištva lahko vzbudimo več komunikacije), umetniškimi deli (delujejo kot pozitivna distrakcija in delujejo stimulatивно) ter z vrsto sobe (pacienti, družine in zaposleni poročajo o večjem zadovoljstvu ter izboljšanju različnih simptomov v enoposteljnih sobah).

Ugotovili smo, da bolj kot sta prostor in okolje podobna »domačemu okolju«, pozitivnejši učinek imata na pacienta. Njim namreč bolj ustreza tako naravna svetloba, mirno tiho okolje, kot tudi dizajn prostora, ki ni tipično tradicionalno bolnišnični (prisotnost slik, narave). Všeč jim je, da jih okolje nenehno ne opozarja na bolezen, s katero se spopadajo, in da so prisotne druge pozitivne distrakcije, ki imajo blagodejen učinek na njihovo družino, bližje ter zaposlene.

Menimo, da bi lahko z »bolj domačim« načinom dizajna vplivali na boljše počutje in na hitrejše okrevanje pacienta, hkrati pa tudi povečali zadovoljstvo njihovih bližnjih ter zaposlenih. Vsekakor pa zgolj arhitektura in notranji dizajn ne moreta popolnoma določiti našega počutja v prostoru, ki je zapleten konglomerat vtisov o okolju, odnosov z ljudmi in preteklih izkušenj (Kryžanowski, 2012).

7 LITERATURA IN VIRI

About the colour, pridobljeno 21. 8. 2014 s: <http://www.energyandvibration.com/color.htm>

Adamskaya, N., Dungel, P., Mittermayr, R., Hartinger, J., Feichtinger, G., Wassermann, K., idr. (2011). Light therapy by blue LED improves wound healing in an excision model in rats. *Injury*, 42(9), 917–921.

Aduwiyah, J. in Suraiya, H. H. (2010). A retrospective study of narrowband-UVB phototherapy for treatment of vitiligo in Malaysian patients. *Med J Malaysia*, 65(4), 299–301.

Altimier, L. B. (2004). Healing environments: for patients and providers. *Newborn and Infant Nursing Reviews*, 4(2), 89–92.

Ampt, A., Harris, P. in Maxwell, M. (2008). The Health Impacts of the Design of Hospital Facilities on Patient Recovery and Wellbeing, and Staff Wellbeing: A Review of the Literature. *Liverpool, NSW, Australia, Centre for Primary Health Care and Equity*, 1–92.

Anderson, R. L., Mackel, D. C., Stoler, B. S. in Mallison, G. F. (1982). Carpeting in hospitals: an epidemiological evaluation. *Journal of clinical microbiology*, 15(3), 408–415.
Antrop, M. (1998). Landscape change: Plan or chaos?. *Landscape and Urban Planning*, 41(3), 155–161.

Azeemi, S. T. Y., & Tazayyen, S. (2009). A Quantitative Study On Chromotherapy (Doctoral dissertation, University of Balochistan, Quetta) 1–113.

Bachmann, P., Marti-Massoud, C., Blanc-Vincent, M. P., Desport, J. C., Colomb, V., Dieu, L., idr. (2001). [Standards, options and recommendations: nutritional support in palliative or terminal care of adult patients with progressive cancer]. *Bulletin du cancer*, 88(10), 985–1006.

Bernabei, R., Gambassi, G., Lapane, K., Landi, F., Gatsonis, C., Dunlop, idr. (1998). Management of pain in elderly patients with cancer. *Journal of the American Medical Association*, 279(23), 1877–1882.

Beauchemin, K. M. in Hays, P. (1996). Sunny hospital rooms expedite recovery from severe and refractory depressions. *Journal of affective disorders*, 40(1), 49–51.

Beauchemin, K. M. in Hays, P. (1998). Dying in the dark: sunshine, gender and outcomes in myocardial infarction. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 91(7), 352–354.

Bedine, Y. J. Pridobljeno 3. 8. 2014, s:

http://atsiteinc.com/wpcontent/uploads/2012/07/BrainFood_NaturalHealingPart1.pdf

Ben-Abraham, R., Keller, N., Szold, O., Vardi, A., Weinberg, M., Barzilay, Z., idr. (2002). Do isolation rooms reduce the rate of nosocomial infections in the pediatric intensive care unit?. *Journal of critical care*, 17(3), 176–180.

Benedetti, F., Colombo, C., Barbini, B., Campori, E. in Smeraldi, E. (2001). Morning sunlight reduces length of hospitalization in bipolar depression. *Journal of affective disorders*, 62(3), 221–223.

Beyea, S. C. (2007). Noise: a distraction, interruption, and safety hazard. *AORN journal*, 86(2), 281–285.

Boyce, P., Hunter, C. in Howlett, O. (2003). The benefits of daylight through windows. *Troy, New York: Rensselaer Polytechnic Institute*, 1–88.

Brown, S. B., Brown, E. A. in Walker, I. (2004). The present and future role of photodynamic therapy in cancer treatment. *The lancet oncology*, 5(8), 497–508.

Bruera, E., Kuehn, N., Miller, M. J., Selmsler, P. in Macmillan, K. (1991). The Edmonton Symptom Assessment System (ESAS): a simple method for the assessment of palliative care patients. *Journal of palliative care*, 6–9.

Buchanan, T. L., Barker, K. N., Gibson, J. T., Jiang, B. C. in Pearson, R. E. (1991). Illumination and errors in dispensing. *American Journal of Hospital Pharmacy*, 48 (10), 2137–2145.

Chang, S. C. in Chen, C. H. (2005). Effects of music therapy on women's physiologic measures, anxiety, and satisfaction during cesarean delivery. *Research in Nursing & Health*, 28(6), 453–461.

Chaudhury, H., Mahmood, A. in Valente, M. (2006). Nurses' perception of single-occupancy versus multioccupancy rooms in acute care environments: an exploratory comparative assessment. *Applied nursing research*, 19(3), 118–125.

Christakis, N. A. in Escarce, J. J. (1996). Survival of Medicare patients after enrollment in hospice programs. *New England Journal of Medicine*, 335(3), 172–178.

Chromotherapy Lights. (2012). Pridobljeno 25. 5. 2014 s:
http://www.westernbathrooms.ie/wp_chromotherapy.htm

Cooke, M., Chaboyer, W. in Hiratos, M. A. (2005). Music and its effect on anxiety in short waiting periods: a critical appraisal. *Journal of clinical nursing*, 14(2), 145–155.

Cox, K. (2010). *The Power of Vastu Living: Welcoming Your Soul Into Your Home and Workplace*. Simon and Schuster.

Dalke, H., Little, J., Niemann, E., Camgoz, N., Steadman, G., Hill, S. in Stott, L. (2006). Colour and lighting in hospital design. *Optics & Laser Technology*, 38(4), 343–365.

De Haes, J. C., Van Knippenberg, F. C. in Neijt, J. P. (1990). Measuring psychological and physical distress in cancer patients: structure and application of the Rotterdam Symptom Checklist. *British Journal of Cancer*, 62(6), 437–443.

Diette, G. B., Lechtzin, N., Haponik, E., Devrotes, A. in Rubin, H. R. (2003). Distraction Therapy With Nature Sights and Sounds Reduces Pain During Flexible Bronchoscopy: A Complementary Approach to Routine Analgesia. *Chest Journal*, 123(3), 941–948.

Diffey, B. L. (1980). Ultraviolet radiation physics and the skin. *Physics in medicine and biology*, 25(3), 405–426.

Dijkstra, K., Pieterse, M. in Pruyn, A. (2006). Physical environmental stimuli that turn healthcare facilities into healing environments through psychologically mediated effects: systematic review. *Journal of advanced nursing*, 56(2), 166–181.

Dilani, A. (2001). Psychosocially supportive design. *Scandinavian HealthCare Design World Hospitals and Health Services*, 37(1), 4–20.

Dom starejših občanov krško. Pridobljeno 25. 8. 2014 s: http://www.dsokrsko.si/strani.php?page_id=63

Ehman, J. W., Ott, B. B., Short, T. H., Ciampa, R. C. in Hansen-Flaschen, J. (1999). Do patients want physicians to inquire about their spiritual or religious beliefs if they become gravely ill? *Archives of Internal Medicine*, 159(15), 1803–1806.

Elliott, J. H. (1916). Heliotherapy in Abdominal Tuberculosis. *Transactions of the American Climatological and Clinical Association*, 32, 221–227.

Evans, G. W. in Cohen, S. (1984). *Environmental stress*. CUP Archive.

Evans, G. W. in McCoy, J. M. (1998). When buildings don't work: the role of architecture in human health. *Journal of Environmental psychology*, 18(1), 85–94.

Ferlie, E., Dopson, S., Fitzgerald, L. in Locock, L. (2009). Renewing policy to support Evidence-based health care. *Public Administration*, 87(4), 837–852.

Fottler, M. D., Ford, R. C., Roberts, V., Ford, E. W. in Spears Jr, J. D. (2000). Creating a healing environment: the importance of the service setting in the new consumer-oriented healthcare system. *Journal of Healthcare Management*, 45, 91–107.

Fischl, G. (2004). A Psychosocial Approach to Architectural Design: A Methodological Study. Division of Engineering Psychology, Department of Human Work Sciences, Luleå University of Technology, Sweden, 1–25.

Fischl, G. (2006). *Psychosocially Supportive Design in the Indoor Environment*. Division of Engineering Psychology, Department of Human Work Sciences, Luleå University of Technology, Sweden, 1–135.

Gau, D. W. in Diehl, A. K. (1982). Disagreement among general practitioners regarding cause of death. *British medical journal* (Clinical research ed.) 284(6311), 239–242.

Getting respite. Pridobljeno 25. 8. 2014 s: http://www.adhc.nsw.gov.au/individuals/support/getting_respite

Gifford, R., Steg, L. in Reser, J. P. (2011). Environmental psychology. IAAP Handbook of Applied Psychology, 440–470.

Gill, L. (2008). Music provides healing grace note for hospital patients. *USA today*. Pridobljeno 14. 8. 2014 s: http://usatoday30.usatoday.com/news/health/2008-06-16-music-healing_N.htm

Golden, R. N., Gaynes, B. N., Ekstrom, R. D., Hamer, R. M., Jacobsen, F. M., Suppes, T., idr., (2005). The efficacy of light therapy in the treatment of mood disorders: a review and meta-analysis of the evidence. *American Journal of Psychiatry*, 162(4), 656–662.

Goodall, D. in Etters, L. (2005). The therapeutic use of music on agitated behavior in those with dementia. *Holistic nursing practice*, 19(6), 258–262.

Graeff, F. G. (2006). *Neurobiology of mental disorders*. Nova Publishers.

Gulyar, S. A., Limansky, Y. P. in Tamarova, Z. A. (2006). Suppression of pain by exposure of acupuncture points to polarized light. *Pain research & Management*, 11(1), 49–57.

Hagerman, I., Rasmanis, G., Blomkvist, V., Ulrich, R., Anne Eriksen, C. in Theorell, T. (2005). Influence of intensive coronary care acoustics on the quality of care and physiological state of patients. *International journal of cardiology*, 98(2), 267–270.

Hamilton, F. L., Car, J., Lyons, C., Car, M., Layton, A. in Majeed, A. (2009). Laser and other light therapies for the treatment of acne vulgaris: systematic review. *British Journal of Dermatology*, 160(6), 1273–285.

Hammen, C. (2005). Stress and depression. *Annual Review of Clinical Psychology*. 1, 293–319.

Harris, P. B., McBride, G., Ross, C. in Curtis, L. (2002). A Place to Heal: Environmental Sources of Satisfaction Among Hospital Patients¹. *Journal of Applied Social Psychology*, 32(6), 1276–1299

Hathorn, K. in Nanda, U. (2008). A guide to evidence-based art. *The Center for Health Design*, 1–22.

Hess, S. J. (2002). A force of nature: Complementary theory in music for wellness. In *Dialogue and Debate-Conference Proceedings of the 10th World Congress on Music Therapy*, 767–789

Higginson, I. in Stevens, A. (1997). Palliative and Terminal Care: Health Care Needs Assessment: The Epidemiologically Based Needs Assessment Reviews, Second Serie. Radcliffe publishing.

Hopwood, P., Howell, A. in Maguire, P. (1991). Psychiatric morbidity in patients with advanced cancer of the breast: prevalence measured by two self-rating questionnaires. *British Journal of Cancer*, 64(2), 349-352.

Joseph, A. in Ulrich, R. (2007). Sound control for improved outcomes in healthcare settings. *The Center for Health Design*, 17, 1–15.

Joseph, A. (2010). Hospitals that heal. Hospital design for the 21st century. *Asian hospital and healthcare management*. Pridobljeno 14. 8. 2014 s: http://www.asianhnm.com/healthcare_management/hospitals_heal.htm

Kalantidou, E. (2013). Design psychology: exploring the human dimension of designing 'otherwise'. *Zoontechnica. The Journal of Redirective design*. 3, 1–5.

Kaplan, S. (2001). Meditation, restoration, and the management of mental fatigue. *Environment and Behavior*, 33(4), 480–506.

Kaplan, R., & Kaplan, S. (1989). *The experience of nature: A psychological perspective*. CUP Archive.

Kato, H. (1998). Photodynamic therapy for lung cancer—a review of 19 years' experience. *Journal of Photochemistry and Photobiology B: Biology*, 42(2), 96–99.

Kendra, C. (2014). *Color Psychology: How Colors Impact Moods, Feelings, and Behavior*. Pridobljeno 21. 8. 2014 s: <http://psychology.about.com/od/sensationandperception/a/colorpsych.htm>

Kjellgren, A. in Buhrkall, H. (2010). A comparison of the restorative effect of a natural environment with that of a simulated natural environment. *Journal of Environmental Psychology*, 30(4), 464–472.

Krzyściński, J. W., Jarosławski, J., Rajewska-Więch, B., Sobolewski, P. S., Narbutt, J., Lesiak, A., idr. (2012). Effectiveness of heliotherapy for psoriasis clearance in low and mid-latitudinal regions: A theoretical approach. *Journal of Photochemistry and Photobiology B: Biology*, 115, 35–41.

Kryžanowski, Š. (2012). Feng shui: Filozofija prostora in psihologija bivanja. Ljubljana: Mladinska knjiga.

Lai, H. L., Chen, C. J., Peng, T. C., Chang, F. M., Hsieh, M. L., Huang, H. Y., idr. (2006). Randomized controlled trial of music during kangaroo care on maternal state anxiety and preterm infants' responses. *International journal of nursing studies*, 43(2), 139–146.

Leather, P., Beale, D. in Sullivan, L. (2003). Noise, psychosocial stress and their interaction in the workplace. *Journal of Environmental Psychology*, 23(2), 213–222.

Lee, O. K. A., Chung, Y. F. L., Chan, M. F. in Chan, W. M. (2005). Music and its effect on the physiological responses and anxiety levels of patients receiving mechanical ventilation: a pilot study. *Journal of Clinical Nursing*, 14(5), 609–620.

Lewy, A. J., Bauer, V. K., Cutler, N. L., Sack, R. L., Ahmed, S., Thomas, K. H., idr. (1998). Morning vs evening light treatment of patients with winter depression. *Archives of General Psychiatry*, 55(10), 890–896.

Malenbaum, S., Keefe, F. J., Williams, A., Ulrich, R. in Somers, T. J. (2008). Pain in its environmental context: implications for designing environments to enhance pain control. *Pain*, 134(3), 241–244.

Malone, E. B. in Dellinger, E. B. A. (2011). Furniture design features and healthcare outcomes. *Concord, CA: The Center for Health Design*, 1–72.

Markus, F. (2006). Pridobljeno 20. 8. 2014 s: <http://www.ayurveda-music.com/Healing-Sounds-of-Ayurveda.html>.

Martiny, K. (2004). Adjunctive bright light in non-seasonal major depression. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 110(s425), 7–28.

McCaffrey, R. in Locsin, R. (2004). The effect of music listening on acute confusion and delirium in elders undergoing elective hip and knee surgery. *Journal of clinical nursing*, 13(s2), 91–96.

McCaul, K. D. in Malott, J. M. (1984). Distraction and coping with pain. *Psychological bulletin*, 95(3), 516–533.

McClain, C. S., Rosenfeld, B. in Breitbart, W. (2003). Effect of spiritual well-being on end-of-life despair in terminally-ill cancer patients. *The Lancet*, 361(9369), 1603–1607.

McCullough, C. S. (2010). *Evidence-based Design for healthcare facilities*. Sigma Theta Tau.

McDaniel, J. S., Musselman, D. L., Porter, M. R., Reed, D. A. in Nemeroff, C. B. (1995). Depression in patients with cancer: diagnosis, biology, and treatment. *Archives of General Psychiatry*, 52(2), 89–99.

Melin, L. in Götestam, K. G. (1981). The effects of rearranging ward routines on communication and eating behaviors of psychogeriatric patients. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 14(1), 47–51.

Miller, G. E., Cohen, S. in Ritchey, A. K. (2002). Chronic psychological stress and the regulation of pro-inflammatory cytokines: a glucocorticoid-resistance model. *Health Psychology*, 21(6), 531–541.

Menegazzi, J. J., Paris, P. M., Kersteen, C. H., Flynn, B. in Trautman, D. E. (1991). A randomized, controlled trial of the use of music during laceration repair. *Annals of emergency medicine*, 20(4), 348–350.

Mitchell, R. in Popham, F. (2008). Effect of exposure to natural environment on health inequalities: an observational population study. *The Lancet*, 372(9650), 1655–660.

Morrison, R. S. in Meier, D. E. (2004). Palliative care. *New England Journal of Medicine*, 350(25), 2582–2590.

Nilsson, K., Sangster, M., Gallis, C., Hartig, T., De Vries, S., Seeland, K., idr. (2011). *Forests, trees and human health*. New York: Springer, 1–19.

O'Connor, Z. (2011). Colour psychology and colour therapy: caveat emptor. *Color Research & Application*, 36(3), 229–234.

Rubert, R., Long, L. D. in Hutchinson, M. L. (2007). Creating a healing environment in the ICU. *Critical care nursing: Synergy for optimal outcomes*. MA: Jones and Bartlett Publishers, 27–39.

Sagerstrom, S. C. in Miller, G. E. (2004). Psychological stress and the human immune system: a meta-analytic study of 30 years of inquiry. *Psychological bulletin*, 130(4), 60–630.

Salonen, H., Lahtinen, M., Lappalainen, S., Nevala, N., Knibbs, L. D., Morawska, L., idr. (2013). Physical characteristics of the indoor environment that affect health and wellbeing in healthcare facilities: a review. *Intelligent Buildings International*, 5(1), 3–25.

Shukor, S. F. A., Stigsdotter, U. K. in Nilsson, K. (2012). A Review of Design Recommendations for Outdoor Areas at Healthcare Facilities. *Journal of Therapeutic horticulture*. 22, 33–47.

Sitzia, J. in Wood, N. (1997). Patient satisfaction: a review of issues and concepts. *Social science & medicine*, 45(12), 1829–1843.

Smith, M. R. in Eastman, C. I. (2008). Night shift performance is improved by a compromise circadian phase position: study 3. Circadian phase after 7 night shifts with an intervening weekend off. *Sleep*, 31(12), 1639.

Sommer, R. in H. Ross (1958). Social interaction on a geriatrics ward. *International Journal of Social Psychiatry*, 4, 128–133.

Staricoff, R., Loppert, S., Kirklin, D. in Richardson, R. (2003). Integrating the arts into health care: Can we affect clinical outcomes. *The Healing Environment: Without and Within*. London: RCP, 63-79. Pridobljeno s 13. 8. 2014 s: http://www.google.si/books?hl=sl&lr=&id=yhXOsCG20t0C&oi=fnd&pg=PA63&dq=Integrating+the+arts+into+healthcare:+can+we+affect+clinical+outcomes&ots=s9vpp1U4Jp&sig=jIbbde35xQi0Dng7VnN9u5sHHM&redir_esc=y#v=onepage&q=Integrating%20the%20arts%20into%20healthcare%3A%20can%20we%20affect%20clinical%20outcomes&f=false.

Steg, L., Van Den Berg, A. E. in De Groot, J. I. (2012). *Environmental psychology: An introduction*. John Wiley & Sons.

Steinhauser, K. E., Christakis, N. A., Clipp, E. C., McNeilly, M., McIntyre, L. in Tulsky, J. A. (2000). Factors considered important at the end of life by patients, family, physicians, and other care providers. *The Journal of the American Medical Association*, 284(19), 2476–2482.

Stokols, D. in Altman, I. (Eds.). (1987). *Handbook of environmental psychology* (Vol. 2). New York: Wiley.

Stroebe, W., Stroebe, M. S., Hansson, R. O. (Eds.). (1993). *Handbook of bereavement: Theory, research, and intervention*. Cambridge University Press.

Sundar, S. (2007). Traditional healing systems and modern music therapy in India. *Music Therapy Today*, 8(3), 397–407.

Taylor, S. E., Repetti, R. L. in Seeman, T. (1997). Health psychology: what is an unhealthy environment and how does it get under the skin?. *Annual review of psychology*, 48(1), 411–447.

The Center for Health Design. (2008). *Study Guide 1: An Introduction to Evidence-based Design, Exploring Healthcare and Design*. The Center for Health Design, California, 1–193

Tofle, R.B., Schwartz, B., Yoon, S.-Y. in Max-Royale, A. (2003) 'Color in healthcare environments - A research report. Coalition for Health Environments Research, 89. Pridobljeno 13. 8. 2014 s: http://www.healthdesign.org/sites/default/files/color_in_hc_environ.pdf.

Tofle, R.B., Schwartz, B., Yoon, S.-Y in Max-Royale, A. (2004). 'Color In Healthcare Environments - A Research Report. Coalition for Health Environments Research, 89. Pridobljeno 13. 8. 2014 s: http://www.healthdesign.org/sites/default/files/color_in_hc_environ.pdf.

Ulrich, R. S. (1984). View through a window may influence recovery. *Science*, 224(4647), 224–225.

Ulrich, R. S. (1991). Effects of interior design on wellness: theory and recent scientific research. *Journal of health care interior design*, 3(1), 97–109.

Ulrich, R. S. (1999). Effects of Gardens on Health Outcomes: Theory and Research. *Healing gardens: Therapeutic benefits and design recommendations*, 27–86.

Ulrich, R. S. (2000). Evidence based environmental design for improving medical outcomes. In *Proceedings of the Healing by Design: Building for Health Care in the 21st Century Conference. Montreal, Quebec, Canada*, 1–10.

Ulrich, R. S. (2001). Effects of healthcare environmental design on medical outcomes. *Design and Health: Proceedings of the Second International Conference on Health and Design. Stockholm, Sweden: Svensk Byggtjänst*, 49–59.

Velarde, M. D., Fry, G. in Tveit, M. (2007). Health effects of viewing landscapes—Landscape types in environmental psychology. *Urban Forestry & Urban Greening*, 6(4), 199–212.

Zimring, C. M., Ulrich, R. S., Zhu, X., DuBose, J. R., Seo, H. B., Choi, idr. (2008). A review of the research literature on evidence-based healthcare design, 1–99.

Walch, J. M., Rabin, B. S., Day, R., Williams, J. N., Choi, K. in Kang, J. D. (2005). The effect of sunlight on postoperative analgesic medication use: a prospective study of patients undergoing spinal surgery. *Psychosomatic Medicine*, 67(1), 156–163.

Ward Thompson, C. (2011). Linking landscape and health: The recurring theme. *Landscape and Urban Planning*, 99(3), 187–195.

Wee, B. (2004). Oxford Textbook of Palliative Medicine. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 97(7), 356–357.

What is color puncture, pridobljeno 21. 8. 2014 s:
https://www.psinergy.info/Esogetics/Types_of_Therapies/Colorpuncture/

World Health Organization. (2004). Palliative care: the solid facts. *World Health Organization, Geneva*.