

Riikka Kronström-Johansson

PITKÄAIKAISPOTILAAN ESTEETTINEN YMPÄRISTÖ

Pro gradu -tutkielma

Jyväskylän yliopisto

Taiteiden- ja kulttuurin tutkimuksen laitos

Taidekasvatus

Kevät 2008

JYVÄSKYLÄN YLIOPISTO

Tiedekunta – Faculty Humanistinen tiedekunta	Laitos – Department Taiteiden ja kulttuurin tutkimuksen laitos
Tekijä – Author Riikka Kronström-Johansson	
Työn nimi – Title Pitkäaikaispotilaan esteettinen ympäristö	
Oppiaine – Subject Taidekasvatus	Työn laji – Level Pro gradu- tutkielma
Aika – Month and year Kevät 2008	Sivumäärä – Number of pages 140
<p>Tiivistelmä – Abstract</p> <p>Tämä tutkielma tarkastelee pitkäaikaissairaaloiden esteettistä ympäristöä, sen kautta syntyvää esteettistä kokemusta ja sitä, miten sairaalahenkilökunta voi tukea esteettisen kokemuksen syntymistä. Tutkielma on tehty kahdessa vaiheessa. Ensin on valokuvattu kahden kotkalaisen terveyskeskuksen kaikkien vuodeosastojen fyysiset tilat. Kyseessä on lähinnä tilojen kartoitus eli se, mitä potilasympäristössä on esteettisesti koettavissa. Toisessa vaiheessa tutkielmaa on laajennettu kehitystutkimukseksi. Lähdeteoksista on etsitty tietoa ympäristön havainnointiin liittyen. Aistihavaintoja on käsitelty sekä erikseen että aistien synesthesiana. Aistihavaintoihin liittyvien lukujen lopussa sekä pohdinnassa on esteettisen ympäristön kehittämiseen liittyviä ehdotuksia.</p> <p>Tutkimustulosten mukaan potilaiden ympäristöä on pyritty rakentamaan esteettiseksi. Visuaalinen ympäristö korostuu, muiden aistien tuottamat esteettiset ympäristövirikkeet jäävät todella niukoiksi. Kehittämistyötä on paljon. Laadukas esteettinen ympäristö pitää sisällään ajatuksen ihmisestä fyysisenä, psyykkisenä ja sosiaalisena kokonaisuutena. Myös esteettinen ympäristö koostuu näistä osa-alueista. Potilas havainnoi ympäristöään sekä tiedostetusti että tiedostamatta; esimerkiksi paikan ja tilan tunnelman aistiminen ovat tiedostamattomia asioita. Potilas on osa ympäristöään ja tekee siitä havaintoja koko kehollaan jatkuvasti. Hänellä pitäisikin olla oikeus nauttia esteettisistä kokemuksista siitä huolimatta, että jokin aisti olisi huono tai puuttuisi kokonaan.</p> <p>Esteettisen ympäristön kehittäminen ja siitä huolehtiminen on sairaalan henkilökunnan tehtävä. Potilaan hoitoon sisältyy esteettisten tarpeiden tyydyttäminen sekä terveyttä edistävä ja kuntouttava näkökulma. Potilas on hyvä ottaa mukaan potilasympäristön suunnitteluun, jotta siitä tulisi hänelle mieleinen. Henkilökunnan olisi myös tärkeää panostaa luonnonympäristön hyödyntämiseen. Jos potilaat eivät voi mennä ulos, olisi luonto jotenkin saatava sairaalaan sisälle, esimerkiksi parvekkeille, huoneisiin. Lisäksi potilashuoneiden ja osastojen yleisten tilojen ympäristövirikkeiden monipuolisuuteen tulisi kiinnittää huomiota. Aisteihin on luettavissa myös tuntoaisti; osan virikkeistä tulisikin olla kosketeltavia.</p> <p>Hoitajan tehtävänä on myös auttaa potilasta muistelemaan elämäänsä ja uneksimaan erilaisista asioista. Potilasympäristössä valmiina olevat esteettiset, aisteja stimuloivat esineet (esim. mausteet, taidekuvat) helpottavat henkilökunnan toimintaa. Tällaiset esineet luovat henkilökunnalle myös jokapäiväisiä toimintavalmiuksia. Potilaan esteettisistä tarpeista huolehtiminen voi muuttua pienillä ympäristöjärjestelyillä vaikkapa hoitotilanteiden aikana tapahtuvaksi jokapäiväiseksi toiminnaksi.</p>	
Asiasanat – Keywords ympäristöestetiikka, esteettinen kokemus, aistihavainnot, pitkäaikaissairaala	
Säilytyspaikka – Depository Taiteiden ja kulttuurin tutkimuksen laitos	
Muita tietoja – Additional information Tutkielma on julkaistu elektronisena, ks. JYKDOK, opinnäytteet	

SISÄLTÖ

1 Johdanto	2
2 Tutkimuksen fenomenologinen viitekehys	7
2.1 Tutkimuskysymykset.....	11
2.2 Argumentaatio tutkimuksen lähestymistapana.....	12
2.3 Tutkimustiedon luotettavuus	13
2.4 Tutkimuseettiset kysymykset	15
3 Sairaalaympäristö.....	17
3.1 Pitkäaikaissairaala rakennettuna ympäristönä	21
3.2 Pitkäaikaissairaala esteettisenä ympäristönä	28
3.3 Kulttuurin vaikutus pitkäaikaissairaalassa.....	37
4 Esteettinen kokemus.....	44
4.1 Hyvä elämä.....	47
4.2 Hiljainen estetiikka.....	52
4.3 Ympäristö ajan ja mielikuvien aktivoijana.....	61
5 Aistihavainnot ja aistien stimulointi esteettisessä kokemuksessa	71
5.1 Synestesia	75
5.2 Visuaalinen ympäristö	78
5.2.1 Ensimmäisen vaiheen tutkimustuloksia näköaistiin liittyen.....	79
5.2.2 Visuaalisen ympäristön kehittämisehdotuksia.....	89
5.3 Auditiivinen ympäristö	93
5.3.1 Auditiivisen ympäristöön liittyviä havaintoja	95
5.3.2 Auditiivisen ympäristön kehittämisehdotuksia	96
5.4 Haju- ja makuympäristöt	98
5.4.1 Hajuun liittyviä havaintoja	100
5.4.2 Haju- ja makuympäristön kehittämisehdotuksia	100
5.5 Tuntoaisti ympäristökokemuksen muokkaajana	103
5.5.1 Tuntoaistiin liittyviä havaintoja.....	105
5.5.2 Tuntoaistiin liittyviä kehittämisehdotuksia	109
6 Pohdinta.....	113
6.1 Tutkimustulosten tarkastelua.....	113
6.2 Tulosten hyödyntäminen sosiaali- ja terveysalan koulutuksessa	127
Lähteet	135

1 Johdanto



Kuva 1. Sairaalaosaston huone

Tarkastelen pro gradu- tutkielmassani terveyskeskuksen vuodeosastojen esteettistä ympäristöä. Kiinnostus sai alkunsa omasta ympäristösuhteestani. Olen hyvin herkkä erilaisille ympäristöille. Olen käynyt työni puitteissa paljon erilaisissa hoitolaitoksissa, sillä olen opettanut lähihoitajille taiteeseen, ympäristöön ja ilmaisuun liittyviä aineita ammatillisesta näkökulmasta. Hoitoympäristöt eivät ole vaikuttaneet mielestäni aina kovin viihtyisiltä tai potilaan voimavaroja tukevilta. Päinvastoin ne ovat tuntuneet joskus jopa ahdistavilta ja energiaa vieviltä. Mietinkin usein, minkälaista olisi, jos olisin itse jonkun potilaan paikalla sairaalassa. Minkälaiseksi kokisin elämäni?

Olen aistinnut vahvasti, että joidenkin hoitolaitosten ympäristöstä huokuu enemmän kuolema kuin elämä. Esimerkiksi sairaalaympäristöt, jonne juuri pitkäaikaissairaat siirtyvät loppuelämäkseen, eivät välttämättä ole kovinkaan viihtyisän oloisia. Eräässä karussa sairaalassa ainut tarkkaan mietitty ja kauniiksi sisustettu potilasympäristö on vainajien huone. Kenelle huone on oikeastaan tehty? Omaisille, jotka eivät käy usein osaston potilashuoneissa vierailulla? Vai viestiikö vainajien huoneen harkittu ulkoasu henkilökunnan rauhoittamisesta – tuleehan kulttuurissamme kohdella kuollutta pietteillä ja hyvin? Mielestäni olisi suotavaa, että pitkäaikaispotilas voisi elää hyvää ja laadukasta loppuelämää ja nauttia esteettisestä ympäristöstä jo ennen vainajien huoneeseen siirtymistä. Siksi koen, että minun tehtäväni on paneutua jollakin tavalla potilaan arkeen liittyvään ympäristöestetiikkaan. Asiaa tutkimalla voin myös vahvistaa tätä näkökulmaa hoitajien opetuksessa.

Pitkäaikaissairaiden määrä kasvaa yhteiskunnassamme koko ajan vanhusväestön kasvun myötä. Tilastokeskuksen väestöennusteen 2007–2040 mukaan yli 65-vuotiaiden osuus Suomen väestöstä nousee vuoteen 2030 mennessä nykyisestä 16 prosentista 26 prosenttiin ja yli 85-vuotiaiden osuus vuoteen 2040 mennessä nykyisestä 1,6 prosentista 6,1 prosenttiin.¹ Vaikka nykyisen suuntauksen mukaan vanhuksia pyritään hoitamaan mahdollisimman kauan omissa kodeissaan, myös pitkäaikaisosastolla tapahtuva hoito tulee joillekin eteen väistämättömästi. Tulevaisuuden vanhuksina hoitopalveluita tarvitsevat suuret

¹ Tilastokeskus, Väestöennuste, www.tilastokeskus.fi/til/vaenn_2007_2007-05-31_001.html

ikäluokat ovat tottuneet vaatimaan ja elämään kokonaisvaltaista, itseään tyydyttävää elämää. He vaativat varmasti myös sairaalahoidoltaan ja hoitoympäristöltään enemmän kuin aikaisemmat ikäluokat. Tulevaisuuden potilastyössä on siis panostettava yhä enemmän arkipäivän laatuun. Siinä yhtenä tärkeänä tekijänä on potilasympäristö. Jotta potilaalle syntyisi sairaalassa tyydytystä tuovia esteettisiä kokemuksia, ympäristön on oltava kaikkia aisteja stimuloiva ja elämyksiä antava. Tutkielmassani korostuu pitkäaikaissairaalan ympäristönäkökulma. Ympäristöestetiikkaan liittyvät ongelmat eivät kuitenkaan liity ainoastaan pitkäaikaissairaaloihin, vaan ylipäätään kaikkiin sairaaloihin.

Aistien kautta tapahtuviin havaintotoimintoihin sekoittuvat muistot, uskomukset ja assosiaatiot. Vanhuksilla on paljon muistoja pitkän elämänsä varrelta ja suurin osa pitkäaikaispotilaista on vanhuksia. Myös aistimuksia stimuloivien ympäristövirikkeiden herättämät muistot voivat tuoda potilaalle mielihyvää ja esteettisen kokemuksen. Niiden myötä vanhat unelmat saattavat herätä eloon tai voi syntyä aivan uusia unelmia. On tärkeää, että pitkäaikaissairaanhoidossa painotetaan esteettisten kokemusten tuomaa mielihyvää, sillä ne lisäävät elämänlaatua. Ei ole sama, miten potilaat viettävät elämänsä viimeiset ajat. Suomalaisessa kulttuurissa arvostetaan kaikkia ihmisiä tasavertaisesti, ainakin puheiden tasolla. Konkreettisesti tämän tulisi näkyä myös sairaalaympäristöissä.

Tämä tutkielma tarkastelee pitkäaikaissairaalan esteettistä ympäristöä potilaiden näkökulmasta. Halusin selvittää minkälainen pitkäaikaissairaalojen esteettinen ympäristö on ja miten sitä voisi kehittää laadullisesti. Aloitin tämän pro gradu-tutkielman teon jo kandidaatin tutkielmana. Tutkimusmenetelmänä oli silloin valokuvaus digikameralla. Kuvasin kahden kotkalaisen terveyskeskuksen sairaalan, joita nimitän tässä pitkäaikaissairaaloiksi, kaikki potilashuoneet vuodepotilaan näkökulmasta. Kuvasin myös osastojen yhteiset tilat. Tein kuvien pohjalta havaintoja ja päätelmiä näiden pitkäaikaissairaaloiden esteettisen ympäristön tilasta. Käytän tässä pro gradu- tutkielmassa kandidaatin työstä nimitystä tutkimuksen ensimmäinen vaihe.

Otin kuvia kaikkiaan 478 kappaletta. Käytän näitä ensimmäisen vaiheen kuvia ja tutkimustuloksia tämän tutkielmani visuaalisena materiaalina. Lukujen (3.1, 3.2, 3.3, 4.2 ja 4.3) loppuun olenkin merkannut lihavoinnilla tekstin ”ensimmäisen vaiheen tutkimustuloksia”, sillä asiat sopivat sisällöltään hyvin toisen vaiheen teoreettiseen asiayhteyteen. Lisäksi olen liittänyt omat alaluvut ensimmäisen vaiheen tutkimustuloksista visuaalinen ympäristö, auditiivinen ympäristö, haju-ympäristö sekä tuntoaisti -lukujen alle. Ne sisältävät kuvia ja havaintoja, joita tein sairaalaympäristöissä valokuvauksen aikana. Näin tutkimustuloksia voi tarkastella erikseen. Olen liittänyt myös kuvia pohdintaosuuden tekstiin.

Tutkimuksen ensimmäinen vaihe oli luonteeltaan empiirinen ja pitkälti visuaaliseen ympäristöön painottuva. Tässä tutkielmani toisessa vaiheessa syvennän esteettisen ympäristökokemuksen kaikin aistein tapahtuvaksi, laajaksi ja moniulotteiseksi tapahtumaksi. Kyseessä onkin empiriaan ja eri teorioihin pohjautuva kehitystutkimus, jossa esteettisen ympäristötilan kartoittamisen lisäksi haluan miettiä nykytilanteen parannusehdotuksia.

Tutkielmani pohjaa Maurice Merleau-Pontyn havaitsemisen fenomenologiasta ammentamaani ajatteluun. Tarkastelen sairaalaympäristöä ilmiönä, lähtökohtana potilas ja hänen aistimuksensa, aistien synestesia ja niiden kautta syntyvät esteettiset kokemukset. Yi-Fu Tuanin ajatukset esteettisen ympäristön tarkastelusta ja havaitsemisesta eri aistien kautta ovat myös hyvin merkittäviä. Vertailun vuoksi mukana ovat myös Arnold Berleantin ja Allen Carlsonin näkemykset ympäristön havainnoinnista. Muita päälähteitani ovat olleet esimerkiksi Gaston Bachelardin, Pauline von Bonsdorffin, Alphonso Lingisin, David Abramian ja Anne-Marie Forssin teokset.

Olen jakanut tutkielman sisältörungon siten, että esittelen ensin viitekehyksen ja tausta-ajattelun, jolle tutkielma rakentuu. Sen jälkeen olen rakentanut teoreettisen osuuden esteettiseen sisäympäristöön liittyen. Vaikka käsittelenkin siinä ympäristöä kaikkien aistien muodostamana kokonaisuutena, olen kirjoittamisen ja lukemisen selkeyttämiseksi ja havainnollistamiseksi jakanut

aistit omien otsakkeiden alle. Niihin olen kerännyt kuvaamiani sairaalakuvia. Näissä kohdissa on myös havaintojani ja ajatelmiani olemassa olevista potilasympäristöistä. Samoin kunkin otsikon alta löytyy eri aisteihin liittyviä potilaan esteettistä ympäristökokemusta voimistavia elementtejä.

Tutkielmassani ilmenee myös sosiaalisuuden merkitys esteettisen kokemuksen osana. En ole kuitenkaan tutkimustuloksissa puuttunut siihen, sillä se vaatisi oman tutkimuksensa. Tarkoitukseni on, että pro gradu- tutkielmani voisi toimia ajatusten antajana ja keskustelun pohjana suunniteltaessa ja toteutettaessa potilaiden hoitoa sekä koulutettaessa tulevaa hoitohenkilökuntaa pitkäaikaissairaiden hoitajiksi tai sairaalaan yleensä. Tutkielmani liittyy soveltavan estetiikan alaan. Potilaiden esteettisen ympäristön tutkiminen ja virallinen raportointi auttaa antamaan esteettiselle ympäristölle kehityksen suunnan ja myös sille kuuluvan arvon.

2 Tutkimuksen fenomenologinen viitekehys

Valitsin Merleau-Pontyn kehittämän havaitsemisen fenomenologian vahvistamaan omia käsityksiäni ihmisen ympäristökokemuksesta. Sen mukaan ilmiöiden tutkija on havaitsijan roolissa ja aistii potilasympäristöä kuten muut ihmiset. Tutkijan tehtävänä on kuitenkin löytää havaintoihin potilasnäkökulma ja jatkaa havaittujen ilmiöiden analysoimista tietoiselle tasolle.

Pauline von Bonsdorffin mukaan Merleau-Ponty kuvaa ihmisen kehoa avoimeksi havaintokentäksi. Ihminen on olemassa, aistii, tuntee, havaitsee ja käyttäytyy kehonsa kautta. Keho ei ole sielun vankila, vaan avoin muita ihmisiä kohtaan. Siksi myös ihmisen ja ympäristön välille muodostuu vuorovaikutuksen tila.² von Bonsdorffin mukaan havaitsemisen fenomenologiassa voi erottaa kokemuksen tasoja ja ulottuvuuksia. Ensinnäkin ihminen on tiedollisessa yhteydessä ympäristöön. Tällöin ihminen on erillinen, ympäristöään tietoisesti tarkasteleva toimija. Toiseksi ihminen voi havaita ympäristöään ei-tiedostetulla tunnetasolla. Tällä tasolla on mahdollisuus kokea esimerkiksi ympäristön tunnelma. Kolmanneksi ihmisen ympäristökokemuksessa voi esiintyä toiseuden tai erilaisuuden kohtaamista. Tämä voi liittyä ihmisten, rakennusten tai luonnon kohtaamiseen.³

Merleau-Pontyn mukaan ihminen havaitsee ympäristöään prosessin omaisesti. Ihminen subjektina luo havaitessaan omaa maailmaansa, jonka rakenne ei ole täysin mielivaltainen eikä myöskään ennalta määrätty. Merleau-Pontyn mukaan havaitseminen ei ole siis pelkkää aistimusten muokkaamista tai tietojen muotoutumisen ihanteellista tulosta. Siihen vaikuttavat myös taustatekijät, kuten kulttuuri, kokemukset yms. Kohteita pystyy havaitsemaan vain, jos ihminen on olemassa fyysisessä maailmassa ruumiillisesti. Toisin sanoen ihmisen minä on ympäristönsä kanssa jatkumossa (proprioseptiivisyys) ja aistii ympäristöään esim. kehollisesti eri asentoina, istuimen kovuutena jne.⁴

² von Bonsdorff 1999, 157.

³ von Bonsdorff 2002, 311.

⁴ Lingis 1994, viii.

Merleau-Pontyn mukaan ihminen on oppinut lapsuudesta lähtien käsittelemään itseään kehollisesti suhteessa tilaan ja toiseen ihmiseen. Matkiessaan äidin asentoja lapsi suhteuttaa omaa kehoaan oikealle tasolle ja oppii näkemään itsensä ikään kuin ulkopuolelta. Toiminnan kautta kehittyvä vähitellen kehokuva sisäisen kehoskeeman kautta, syntyy siis erilaisten asentojen kehollinen kokemus sisä- ja ulkotiloissa. Samoin tapahtuu myös ilmeiden, eleiden sekä muiden ympäristöstä aistittavien asioiden kanssa. Ihminen oppii kääntämään tällaiset ympäristöstään havaitsemansa asiat mielessään varhaisen reflektion avulla sisäisen skeemansa kautta. Havainnot kuitenkin aktualisoituvat vain, jos ne ovat oikealla tasolla ihmiseen nähden.⁵

David Abram käsittelee Merleau-Pontyn tavoin havaitsemiseen liittyvää kehollisuutta. Hän toteaa, että ihmiset ovat tämän maailman elimiä, lihaa sen lihassa. Siksi maailma on havaittavissa ihmisen läpi.⁶ Juuri näin on mielestäni pitkäaikaispotilaiden kohdalla. He ovat olemassa kehollisina ja ympäristöään aistivina, lihallisina ihmisinä sairaalamaailmassa. He aistivat aktiivisesti ja vahvasti ympäristöään luoden siitä oman maailmansa ja mielikuvat, joihin vaikuttaa omalta osaltaan myös aikaisemmat kokemukset ja kulttuurin kautta jo esimerkiksi lapsena opitut mallit.

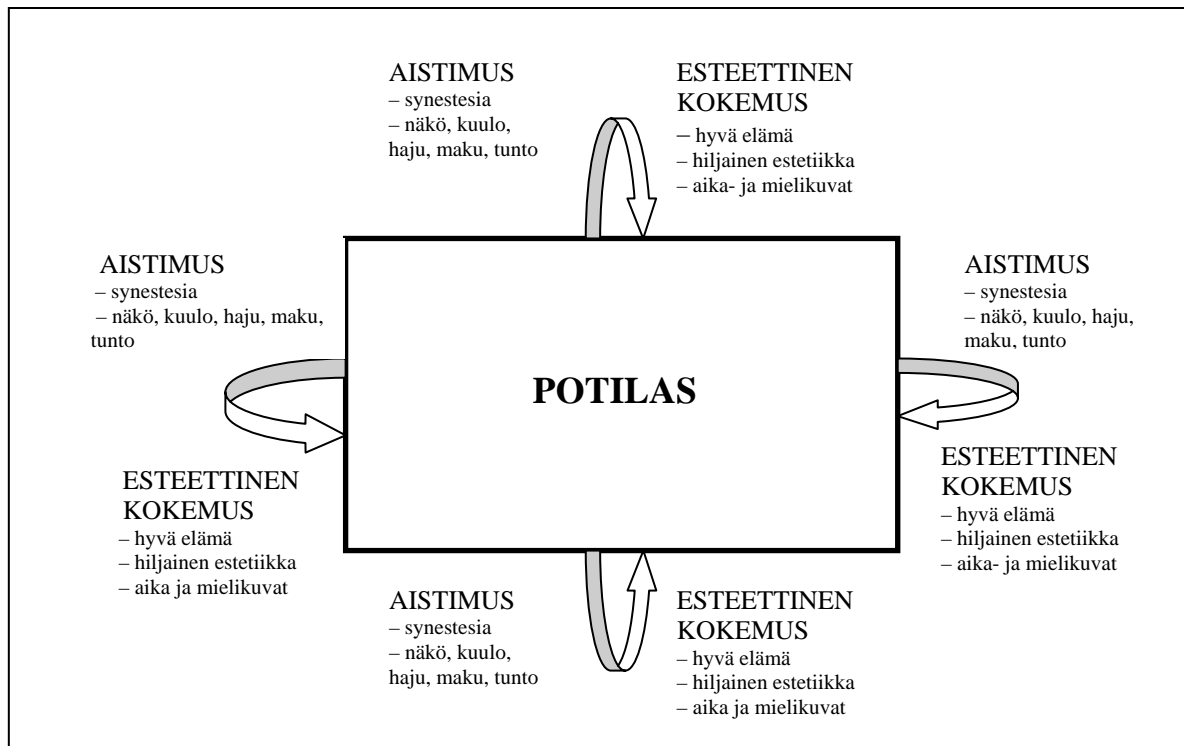
Olen käyttänyt tutkielmani käsitteiden ja tausta-ajattelun selvittämiseksi graafista viitekehystä (kuva 2). Sen tarkoituksena on selventää teoreettista kokonaiskuvaa, potilaskeskeistä ajattelua sekä auttaa ymmärtämään tutkimuskysymysten asettelua.

⁵ Lingis 1994, 13–19.

⁶ Abram 1996, 68.

Kuva 2. Potilas havainnoitsijana sairaalaympäristössä

SAIRAALA-



YMPÄRISTÖ

Potilaan näkökulma nousee keskeiseksi ympäristöön nähden. Suurin osa potilaista havainnoi ympäristöään kaikilla aisteillaan, joiden yhteisvaikutuksesta heissä syntyy synesteettisen tiedostamisen kautta tapahtuva kokemus⁷. Ympäristöstä impulssinsa saanut kokemus voi olla esteettinen ja vahvuudeltaan sekä vaikuttavuudeltaan erilainen eri potilaissa. Kokemuksen voimakkuuteen voivat vaikuttaa eri tekijät, kuten esimerkiksi potilaan aktivaatiotaso ja aistien toimintakyky. Osa pitkäaikaissairaaloiden potilaista onkin menettänyt jonkin

⁷ Katso lisää synestesiasta tutkielman sivulta 76.

aisteistaan tai kommunikaatiokykynsä. Ympäristön esteettinen kokeminen ei tällöinkään ole mahdotonta, sillä esteettistä havaitsemista tapahtuu eri tasoilla. Jos potilaan ei ole mahdollista keskittää huomiotaan johonkin ympäristöelementtiin, niin hän voi kuitenkin aistia ympärillään olevan tunnelman ja ilmapiirin sekä esimerkiksi itse sairaalarakennuksen ja sitä ympäröivän luonnon. Myös potilaan elämänhistoria ja kulttuuritausta vaikuttavat esteettiseen kokemukseen. Kokemuksesta muodostuukin aina tietyllä tavalla yksilöllinen, eikä se ole mitattavissa ulkoa millään objektiivisella mittarilla.

Abram lisää, että Merleau-Pontyn mukaan mikään ympäristön ilmiö ei ilmaannu täysin passiivisena tai reaktiota aiheuttamatta ihmiselle. Kaikki ilmiöt ovat eläviä, aktiivista ”kauppaa käyviä” osia aistiemme kanssa, toisin sanoen ne vetävät mukanaan huomiomme ja pakottavat meidät osallistumaan. Kaikki ilmiöt ympärillämme ovat siis potentiaalisia vaikuttajia. Abram kuvailee myös Merleau-Pontyn fenomenologiaan läheisesti liittyvää kosketuksen käsitettä ja sen vastavuoroisuutta. Koskiessaan kehollaan tai kädellään jotakin, ihminen tuntee vastakosketuksen: esimerkiksi puuta kosketettaessa tuntuu puun takaisinkosketus. Kaikki aistit yhdessä ovat siis ihmiselle tie, mikä johdattaa ympäristötietoisuuteen. Aistit muodostavat yhdessä synesteettisen kokemuksen.⁸

Osa tutkimastani liittyy pitkäaikaissairaalan esteettisestä ympäristöstä viriäviin, muistelua ja muistoja tuottaviin kokemuksiin. Miten tämä sopii yhteen havaitsemisen fenomenologian kanssa? Aluksi voisi ajatella, että asioilla ei ole mitään yhteyttä. Kuitenkaan havaitsemisen fenomenologia ei sulje muistelua pois, pikemminkin päinvastoin. Muistihäiriöisellä tai aivotoiminnoiltaan terveillä potilailla nimenomaan ympäristö herättää tietoisuuden ja muistot. Lähtökohta on siis fenomenologinen. Ympäristön tarkoituksena ei ole tukea psykoanalyysia, etsiä mieleen nousevia lapsuksia tai kaivaa potilaiden mielen syvyyksistä salattuja syitä tai merkityksiä. Esteettisen ympäristön tarkoituksena on luoda kaikille potilaille havaintojen kautta elämyksiä ja sitä kautta mielihyvää, joka auttaa heitä sopeutumaan ja kotiutumaan pitkäaikaissairaalan arkeen.

⁸ Abram 1996, 81, 268.

2.1 Tutkimuskysymykset

Ensimmäisessä vaiheessa tutkimusmenetelmäni oli kaksiosainen. Siihen liittyi valokuvaamisosuus ja kuvien visuaalinen analysointi. Kuvasin kahden kotkalaisen terveyskeskussairaalan, Kotkansaaren ja Karhulan sairaalan, vuodeosastojen yleiset tilat ja potilashuoneet järjestelmällisesti. Otin niistä yhteensä 478 kuvaa. Kirjoitin myös suppean teoriaosuuden esteettisestä pitkäaikaissairaalaympäristöstä visuaaliseen aistimiseen liittyen. Halusin selvittää kuvien ja havaintojeni kautta pitkäaikaissairaaloiden esteettisen ympäristön tilaa. Kuvia olen käyttänyt läpi koko tutkielman visuaalisena aineistona.

Ensimmäisen vaiheen tutkimuskysymyksinä olivat:

1. Minkälaisessa ympäristössä pitkäaikaispotilaat elävät?
2. Minkälainen tämä ympäristö on esteettisten kokemusten herättäjänä visuaalisesti?

Tutkielmani toisessa vaiheessa halusin keskittyä siihen, millainen esteettinen ympäristö on kaikkien aistien kautta havaittavana kokonaisuutena. Pyrin myös keksimään uusia ideoita ja ajattelumalleja esteettisen ympäristön kehittämistä ajatellen. Ensimmäisen vaiheen tutkimus muuttui näin kehitystutkimukseksi ympäristöestetiikan käytännöllisen ja teoreettisen syventämisen ja laajentamisen kautta. Toisen vaiheen kysymyksiksi muodostuivat seuraavat:

1. Minkälainen on pitkäaikaispotilaan laadukas esteettinen ympäristö?
2. Miten laadukas esteettinen ympäristö hahmottuu kuulon, tuntoaistin, haju- ja makuaistin kautta?
3. Miten sairaalohenkilökunta voi tukea pitkäaikaispotilaan esteettistä ympäristökokemusta?

2.2 Argumentaatio tutkimuksen lähestymistapana

Tutkielmani teoreettinen lähestymistapa on luonteeltaan argumentoiva. Argumentaatio liittyy olennaisesti laadulliseen, humanistiseen tutkimukseen. Sen avulla tutkija prosessoi uutta tietoa vanhoista jo olemassa olevista tiedoista. Uusi tieto (tutkijan kirjoitus, ajattelu ja mielipiteet) on kuitenkin perusteltava tieteellisesti, jotta se eroaa arki-ajattelusta. Marja-Liisa Kakkuri-Knuutilan ja Kaisa Heinlahden mukaan tämä tapahtuu päättelyn avulla. Argumentaatioon pohjautuva tutkimus vaatii vastakkaisten näkökohtien punnitsemista ja kriittisiä perusteluja esitetyille asioille. Tutkimustuloksia tulee myös mukauttaa alan aikaisempaan tutkimukseen ja lopulta julkaista tieteellisessä muodossa.⁹

Kakkuri-Knuutilan ja Heinlahden ajattelun taustalla on pluralistinen tieto-oppi. Se antaa mahdollisuuden omien tutkimustulosten perusteluissa lähteä liikkeelle aiemmin tehtyjen tutkimustulosten lisäksi myös havainnoista, eri lähteistä, tutkijan ja tutkittavan arki- sekä asiantuntijatiedosta.¹⁰ Näihin kaikkiin pro gradu- tutkielmaani liittyvä tietokin perustuu. Tällaiseen ajatteluun pohjautuva työskentely on tutkijalle vapauttavaa, mutta myös vaativaa: täytyy perustella asioiden kanta, löytää sellaiset argumentit, joilla voi perustella omat näkemykset ja ajattelun.

Pro gradu-tutkielmani tekemisessä minun on selvitettävä oma tausta-ajatteluni mahdollisimman yksityiskohtaisesti. Kakkuri-Knuutila ja Heinlahti sanovat, että kun omat taustaoletukset arvoista, tiedoista ja todellisuuden luonteesta lausutaan julki, niin tutkimuksesta ajatellaan tulevan objektiivisempi eli riippumattomampi yksittäisen tutkijan näkökulmasta.¹¹ Minulla on vahvuutena pitkäaikaissairaalan esteettistä ympäristöä tutkiessani se, että tunnen hyvin kyseisen ympäristön potilaat, henkilökunnan ja heidän toimintatapansa. Minulla on selkeä näkemys, tieto ja taito pitkäaikaissairaalan hoitotyöstä. Olen myös sisäistänyt voimakkaasti ihmisen kunnioittamisen periaatteen. Se tarkoittaa minulle mm. tasa-arvoista kohtelua, tarpeiden ymmärtämistä,

⁹ Kakkuri-Knuutila & Heinlahti 2006, 8-11.

¹⁰ Kakkuri-Knuutila & Heinlahti 2006, 13.

¹¹ Kakkuri-Knuutila & Heinlahti 2006, 27.

itseääräämisoikeuden takaamista viimeiseen asti, voimavarojen tukemista, oikeutta hyvään elämään myös laitoshoidossa. Tätä kautta syntyvä potilaan näkökulman ymmärtäminen sairaalan arjessa antaa työlleni rajoja ja suuntaa.

Kakkuri-Knuutila ja Heinlahti kuvaavat myös argumentaation rakentumista induktion ja deduktion kautta.¹² Induktiossa kokonaisuus ja päätelmät muodostuvat yksityiskohdista yleiseen, deduktiossa päinvastoin. Minun tutkielmassani kyse on induktion kautta syntyvästä argumentaatiosta. Teen tutkielmassani päätelmiä ja perusteluja omien havaintojeni lisäksi potilasympäristöstä otettujen valokuvien kautta. Ne konkretisoivat hyvin ympäristön, nostavat esille sen, mikä esimerkiksi hoitajilta arjen tiimellyksessä häipyä taka-alalle, huomaamattomiin. Kuvat auttavat myös minua muistamaan omia havaintojani kyseisistä potilashuoneista. Tilat ja niiden yksityiskohtaiset ”ominaisuudet” alkavat elää mielessäni kuvien kautta vahvasti, muodostaen kokonaisuuden.

2.3 Tutkimustiedon luotettavuus

Minua askarrutti ennen valokuvausta kysymys keräämäni tiedon luotettavuudesta. Vaikka etsinkin tiettyä ”totuutta” sairaalaympäristöistä, tähän tutkimukseen liittyy vahva subjektiivisuuden leima. Subjektiivisuuden leima on mukana jokaisella ympäristön tarkkailijalla. Tulinkin siihen tulokseen, että pitkäaikaispotilaat havaitsevat asioita ympäristössä samoin kuin minä kuvaajana: se mitä minä havaitsen ympärilläni, on varmasti myös muiden ihmisten havaittavissa.

Kuvaustapahtumasta ei voi milloinkaan saada täysin objektiivista. Kuvaaja tekee paljon valintoja: näkökulman, rajauksen, kuvien lukumäärän jne. suhteen. Tutkija voi mielestäni kuitenkin saavuttaa jonkinlaisen objektiivisuuden asteen miettimällä tarkkaan oman toimintatapansa ennen kuvausta. Tein itselleni seuraavanlaisen kokonaiskuvaukseen liittyvän **karkean kuvaussuunnitelman:**

¹² Kakkuri-Knuutila & Heinlahti 2006, 21.

- kuvaan ensin yhden sairaalan ennen kuin siirryn toiseen
- aloitan kuvauksen osastosta, jolla on pienin numero ja siirryn asteittain suurempiin numeroihin
- kuvaan ensin yleiset tilat ja käytävän, sitten potilashuoneet numerojärjestyksessä
- kysyn etukäteen osaston henkilökunnalta potilashuoneiden lukumäärän ja kirjaan ne ylös, jotta yksikään huone ei jäisi kuvaamatta.

Näillä kuvaussuunnitelman ratkaisuilla pyrin siihen, että muistan jälkeenpäin, katsellessani kuvia, jokaisen osaston erikseen. Yleiskuvien perusteella saan mieleeni kokonaiskuvan kunkin sairaalaosaston yleisilmeestä, mieleeni muistuu myös hyvin niiden ilmapiirit, hajut, äänet jne. Ajattelin myös, että kun toimin jokaisen osaston kohdalla samoin, eli valitsen ensimmäisiksi kuvauskohteiksi yleiset tilat ja käytävät, saan kuvia selatessani aina muodostettua selkeän eron siihen, missä alkaa uuden osaston potilashuonekuvat. Jos kuitenkin kuvien ottamisjärjestys jostakin syystä sekoittuu, ei se ole tutkimustulosten kannalta vakavaa. En tee tutkielmassani vertailuja kahden sairaalan välillä, joten kaikki kuvat yhdessä tasavertaisesti muodostavat minulle analysointiaineiston tutkielmaani varten.

Karkea kuvaussuunnitelma ei ollut mielestäni kuitenkaan riittävä tuodakseen mahdollisimman luotettavia tuloksia potilaan näkökulmasta, vaan tarvitsi tuekseen yksityiskohtaisempaa etukäteissuunnittelua. Tässä **tarkemmassa kuvaussuunnitelmassa** pyrin ottamaan huomioon seuraavat seikat:

1. Asetun kuvaamaan potilaan silmien tasolle tai mahdollisimman lähelle tätä tasoa.
2. Valitsen huoneen potilasmäärästä ja järjestelystä riippuen seuraavat kuvauspaikat:
 - a) huone, jossa on potilaita molemmin puolin: ensimmäinen kuvaus vasemman vuoteen kohdalta, toinen kuvaus oikean vuoteen kohdalta

b) huone, jossa potilaita on vain yhdellä puolella: kuvaus vuoteen puolelta.

3. Kuvausjärjestys on aina sama: potilaan vasemman puolen näkymä, sitten oikean puolen näkymä, etuseinän näkymä ja katon näkymä.

4. Yleisissä tiloissa kuvausjärjestys on sama: vasen, oikea, eteen, ylös.

Tarkoitukseni on, että tällainen tarkka etukäteismietintä ei tuo minulle ongelmia itse kuvaustilanteissa ja potilasnäkökulmien samankaltaisuus kaikissa kuvissa on mahdollisimman hyvä. Pyrin järjestelyjen avulla myös siihen, että kuvaus käy vaivattomasti ja nopeasti.

2.4 Tutkimuseettiset kysymykset

Arja Kuulan mukaan tutkimusetiikan ohjaavat säännöt voidaan jaotella kolmeen normiin. Niiden sisältöinä ovat 1) totuuden etsiminen ja tiedon luotettavuus, 2) tutkittavien ihmisarvo sekä 3) tutkijoiden keskinäiset suhteet. Normien kautta selviää tutkijan arvot ja velvoitteet¹³ Omassa tutkielmassani kaksi ensimmäistä normia painottuvat vahvimmin. Totuuden etsiminen ja tiedon luotettavuus ovat asioita, jotka liittyvät pitkälti aineiston hankintaan liittyviin menetelmiin. Koska omassa työssäni on kyse potilasympäristöstä, nousevat esiin myös kysymykset salassapidosta ja potilassuojasta. Pohdintojeni tulee ulottua siis myös henkilökunnan, potilaiden ja omaisten ihmisarvoa käsitteleviin asioihin. Esimerkiksi valokuvauksessa rajaan ihmiset pois.

Myös teorian kirjoittaminen sekä tutkimustulosten ja johtopäätösten ilmaiseminen sisältävät tutkimuseettisiä kysymyksiä. Tutkijan täytyy olla rehellinen, muttei repivä. Olenkin pyrkinyt tutkielmassani toimimaan näin, sillä potilasympäristö on hyvin arka aihe. Molemmat tutkielmassani mukana olevat sairaalat ovat tunnistettavissa. Minun tuleekin kirjoittaessani miettiä tarkkaan, miten asiani ilmaisen. Syyllistävä sävy ympäristössä havaittavista epäkohdista ainoastaan vahingoittaa henkilökuntaa ja potilaiden omaisia, saa heidät

¹³ Kuula 2006, 24.

vastarintaan. Kuitenkin minulla on tarkoitus kehittää asioita, saada ihmiset ajattelemaan, havaitsemaan ja oivaltamaan ympäristön merkitys potilaan hoidossa. Pysin kirjoittamaan mahdollisimman ”neutraalisti”.

”Neutraali” kirjoittaminen ei kuitenkaan sulje pois asioiden ja tutkimustulosten oikeaa sanomaa, vaikka se olisikin epämiellyttävää joillekin osapuolille. Se ei tarkoita tutkimustulosten kaunistelua ja väärentämistä, ihmisten miellyttämistä. Minun lähtökohtani on kunnioittaa pitkäaikaissairaiden hoitotyötä ja niitä ihmisiä, jotka sitä usein suuren paineen alla tekevät. Tarkoitukseni on tutkielman kautta arvostaa ihmisiä: sekä hoidettavia, omaisia sekä henkilökuntaa.

3 Sairaalaympäristö



Kuva 3. Pitkäaikaissairaalan vanha puoli

Nykyään suomalaisessa terveydenhuollossa puhutaan paljon laitoksessa asumisen kodikkuudesta, viihtymisestä ja ympäristön merkityksestä potilaan hyvinvointiin ja kuntoutumiseen. Varsinkin pitkäaikaissairaiden hoidon kohdalla tämä ajattelu korostuu. Vaikka kaikkia potilaita ei voida kuntouttaa täysin terveiksi, on potilaiden toimintakyky pidettävä niin hyvänä kuin suinkin on mahdollista. Toimintakykyä voi olla jäljellä enää hippunen. Kommunikaatiokykykin voi olla kadonnut. Se ei kuitenkaan poista potilaan tarvetta ja oikeutta kuntoutumiseen. Sairaalaympäristö voidaankin ajatella yhdeksi potilasta kuntouttavaksi ja terveyttä ylläpitäväksi elementiksi.

Sairaalaympäristö on muodostunut suurimmalle osalle ihmisistä vieraaksi, muusta yhteiskunnasta eriytyneeksi saarekkeeksi. Siihen liittyy usein myös erilaisia uskomuksia. Esimerkiksi sellainen, että sairaalaosastojen ja huoneiden täytyy olla aina samankaltaisia, eikä niitä voi juurikaan muuttaa entisenlaisesta mallista. Sairaalaympäristöä voi kuitenkin tarkastella samojen määritelmien kautta kuin muutakin ympäristöä.

Yleisimmin käytettyjä käsitteitä ympäristöä tarkasteltaessa on fyysisen ympäristön käsite. Se tarkoittaa sekä ihmisen rakentamaa ympäristöä että luonnon ympäristöä ja niiden välistä suhdetta. Fyysinen ympäristö on helposti ja selkeästi kaikkien havaittavissa ja sen kokemista on melko helppo kuvailla sanoin. Sairaalarakennus onkin ulkoa ja sisältäpäin hyvä esimerkki ihmisen rakentamasta ympäristöstä jo kokonsa ja yhteiskunnallisen merkittävyytensä suhteen.

Arnold Berleant käyttää fyysisen ympäristökäsitteen lisäksi psyykkisen ja sosiaalisen ympäristön käsitteitä. Hänen mukaansa ympäristö muodostaa fyysisten, sosiaalisten ja kulttuuristen suhteiden verkoston. Hän kuvaa tältä pohjalta ihmisen ja ympäristön muodostamaa jatkumoa, jonka mukaan ympäristössä ei ole olemassa ulkoista eikä sisäistä puolta, jonne voisi paeta

ulkoisia voimia. Ympäristö on siis koko ajan läsnä vahvana vaikuttajana ihmisen elämässä joka puolelta, halusi ihminen sitä tai ei.¹⁴

Psyykkinen ympäristö liittyy siis aina ihmisen tunnetasoon eli ihmisen yksilölliseen kokemukseen. Jokainen fyysinen ympäristö aikaansaa omanlaisensa kokemuksen ihmisessä ja on tärkeä potilaan viihtymiselle ja kodikkuuden kokemukselle sairaalassa. Ympäristö ei saisi missään tapauksessa aiheuttaa taantumiskierrettä potilaille. Fyysinen ympäristö erilaisine tavaroineen vaikuttaa taas omalta osaltaan psyykkisen ja sosiaalisen ympäristön syntyyn. Martin Heidegger liittää erilaisten esineiden ja välineiden fyysisen merkityksen sosiaalisiin miellelyhtymiin käsilläolemisen- käsitteen kautta. Esimerkiksi ihmiselle annettu kirja voi tuoda kokijalleen mukanaan sosiaalisen miellelyhtymän kirjan antajaan, kirjan sisältämään maailmaan tai johonkin menneeseen tilanteeseen nähden.¹⁵

von Bonsdorff korostaa rakennetun ympäristön sosiaalista ulottuvuutta. Hän toteaaakin osuvasti artikkelissaan ”Det generösa rummet: miljöns tysta estetik”, että rakennukset ja rakennettu ympäristö ovat ihmisen toiminnan näyttämöitä, mutta eivät itse muodosta toimintaa.¹⁶ Paikat muovautuvat nimenomaan ihmisen asumisen kautta ja paikan sosiaalinen ulottuvuus pohjaa paikassa tapahtuviin asumisen toimintoihin. Asumista voi tapahtua yksityisten kotien ja pihapiirien lisäksi myös julkisissa tiloissa. Sosiaalinen ulottuvuus käsittää paikassa tapahtuvan inhimillisen toiminnan sekä ihmis- ja kommunikaatiosuhteiden muodostaman verkoston.¹⁷

Tämä sosiaalisen ympäristön määritelmä liittyy myös pitkäaikaissairaalaan asumispaikkana. Se muodostuu jonkun ihmisryhmän kautta, tässä tapauksessa se on vaikkapa tietyssä sairaalassa, tietyllä osastolla tai tietyssä potilashuoneessa asuvien pitkäaikaispotilaiden muodostama. Siihen liittyy tietysti myös

¹⁴ Berleant 1995, 68–81.

¹⁵ Forss 2007, 21.

¹⁶ von Bonsdorff 2005, 98.

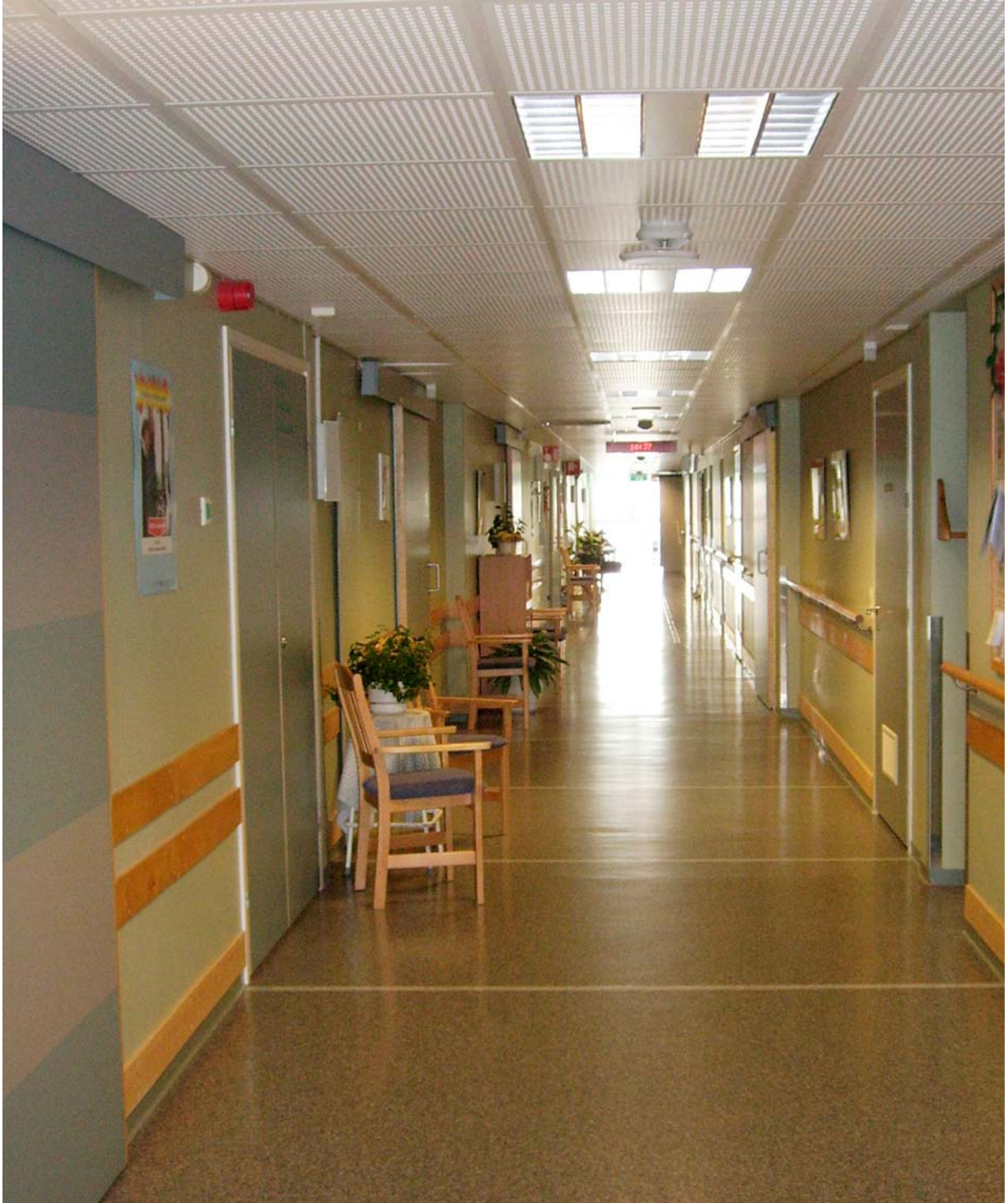
¹⁷ Forss 2007, 96.

henkilökunnan ja omaisten aktiivinen osuus sosiaalisten suhteiden ja sosiaalisuutta tukevan ympäristön luojina.

Tuan tarkastelee ihmistä ympäristössään pitkälti aistimisen kautta. Vaikka hän kuvaa ihmisen eri aistien suhdetta ympäristökokemukseen erillisenä, hänellä on silti hyvin kokonaisvaltainen lähestymistapa ihmiseen. Hän ei pilko ihmistä osasiksi, vaan näkee hänet ympäristönsä osana.¹⁸ Potilas on siis aktiivisessa aistijan osassa omassa sairaalamiljöössään jatkuvassa vuorovaikutuksessa ympäristönsä kanssa. Hän on läsnä kaikilla aisteillaan kaikissa tilanteissa, eikä tarkastele ympäristöään ulkopuolelta käsin, vaan on osa sitä.

¹⁸ Tuan 1993, 26–27. Katso myös tutkielman sivut 71–73, 78, 93, 98, 103. Niissä on lisää Tuanin aistimisen käsityksestä.

3.1 Pitkäaikaissairaala rakennettuna ympäristönä



Kuva 4. Vuodeosaston käytävä

Pitkäaikaisosastot ovat kunnan tai kuntainliiton alaisia, Kansanterveystalain (KTL 1972) velvoittamia, perusterveydenhuoltotasoisia hoitoyksiköitä. Ne on suunniteltu sairaalan vuodeosastoiksi ja ovat siksi rakenteeltaan hyvin samankaltaisia. Muodoltaan vuodeosastot ovat yleensä pitkiä, käytävämäisiä. Usein käytävän toisen puolen ovet johtavat potilashuoneisiin, toisella puolella käytävää ovet vievät erilaisiin henkilökunnan tarvitsemiin työtiloihin: kansliaan, huuhteluhuoneeseen, keittiöön, tutkimushuoneeseen jne. Jossakin kohdassa käytävän varrella on yleensä seurustelunurkkaus televisioineen.

Sairaalahuoneet voivat olla yhden tai useamman asukkaan huoneita ja niissä saattaa olla jopa neljästä kuuteen vuodepaikkaa. Jokaisella pitkäaikaispotilaalla on huoneessaan kaappi, yöpöytä laatikostoinen sekä tietysti sairaalavuode. Potilashuoneissa on yleensä vesipiste, mutta omaa WC- ja suihkutilaa ei kaikissa huoneissa ole.

Potilaiden perushoidolliset ja kuntoutukselliset tarpeet asettavat tiettyjä ympäristövaatimuksia sairaalarakennuksille. Potilaiden siirrot voivat tarvita erilaisia tilaa vaativia välineitä. Pyörätuolit, rollaattorit ja muut liikkumisen apuvälineet vaikuttavat omalta osaltaan esimerkiksi tilavaatimuksiin. Fyysisten tarpeiden tyydyttämisen lisäksi hoitotyön tulee aina vastata myös potilaan psyykkisten ja sosiaalisten tarpeiden tyydyttämisestä. Rakennetun ympäristön mahdollisuudet – psyykkisen ja sosiaalisen ympäristön muodostuminen – auttavat osaltaan tässä.

Bachelardin mukaan rakennuksia voi tarkastella useiden oppien kokonaisuudesta (psykologia, syvyyspsykologia, psykoanalyysi ja fenomenologia) syntyneen käsitteen, topos-analyysin kautta. Talon kuva toimii tällöin ihmisen sisimmän olemisen topografisena mallina.¹⁹ On mielenkiintoista miettiä tällaista topos-analyysiä pitkäaikaissairaaloihin liittyen. Usein kellarikerrokset tai ensimmäinen kerros pitää sisällään kaikki rakennuksen huoltotöihin ja toimintoihin sisältyvät puitteet, esimerkiksi talonmiehen ja vahtimestarien tilat. Samalle tasolle sijoittuvat myös ihmiselämän loppuun

¹⁹ Bachelard 2003, 67.

sijoittuvat toimintatilat, esimerkiksi vainajien säilytys tai patologiaan liittyvät tilat. Alakerroksissa on usein myös ”talon sisäistä järjestystä ylläpitävät” hallinnolliset tilat. Potilasosastot sijaitsevat sitten ylemmissä kerroksissa. Tietysti pitkäaikaissairaalat voivat olla myös toisin suunniteltuina, mutta usein tontit ovat pieniä ja rajoittavat esimerkiksi potilasosastojen rakentamista pelkästään maan tasolle.

Sairaalaverkoston rakentaminen oli tiuhaa sodanjälkeisessä Suomessa. Kansa tarvitsi mielisairaaloita, terveyskeskusverkostoa, sen vuodeosastoja ja tuberkuloosiparantoloita. Mielisairaalat ja tuberkuloosiparantolat suunniteltiin yleensä kauniiseen luonnonympäristöön, asuintaajamien ulkopuolelle. Ympäristön esteettisyys oli yksi arvo potilaiden hoidossa, sillä oli suuri merkitys potilaiden paranemiselle. Varsinkin tuberkuloosiparantolat olivat kokonaisvaltaisesti suunniteltuja taideteoksia. Arkkitehdit suunnittelivat niihin kaiken mahdollisen alusta loppuun. Esimerkiksi Alvar Aallon suunnittelema Paimion parantola on oiva esimerkki tästä. Kaiken lähtökohtana oli potilaiden hyvän ympäristön kokeminen ja ympäristön toimivuus potilaiden ja hoidon kannalta katsottuna.

Aalto pyrki luomaan parantolaan materiaalisia mielikuvia. von Bonsdorff kuvailee potilashuoneiden kattoja, jotka olivat tumman vihreitä rauhoittavuutensa takia. Lavuaareissa ei vesi läiskynyt kovaäänisesti, kaikki rakennuksen pinnat, esimerkiksi ovenkahvat, tuntuivat kutsuvilta koskea. Ne ottivat ihmisen ystävällisesti vastaan.²⁰ Bachelardin mukaan tällaiset mielikuvat syntyvät aineen läsnäolon, syvyyden, painon ja kosketeltavuuden pohjalta. Mielikuvien luomiseksi tilassa on tarvittu myös läpinäkymättömyyden, läpikuultavuuden ja läpinäkyvyyden välistä vuorovaikutusta.²¹ Aalto onkin mielestäni funktionalistisine ratkaisuineen ollut loistava sairaalaympäristön suunnittelun edelläkävijä. Tapanisen ja Kotilaisen mukaan myös Paimion parantolan ulkoympäristö ja sen hyödyntäminen nähtiin itsestään selvänä hoidon

²⁰ von Bonsdorff 2005, 103.

²¹ Bachelard 2003, 292–293.

osana. Potilaille olikin mahdollisuus päästä päivittäin suoraan kosketukseen elvyttävän luontoympäristön kanssa.²²

Sairaaloiden fyysinen ympäristö heijastaa hyvin suomalaista kulttuuria ja sen arvoja. Hoitoa ja hoivaa antavista pitkäaikaissairaalaympäristöistä voi lukea vallalla olevan sairaus- ja hoitokäsityksen. Annika Tapanista ja Heli Kotilaista mukailleen sairaalaympäristöt ovat rakentuneet hyvin teknologiakeskeisiksi, vaikka niin ei tarvitsisikaan olla.²³ von Bonsdorffin mukaan rakennuksen arvoa voidaan mitata myös sillä, minkälaisia elämisen tiloja ja millaisen luontosuhteen se tarjoaa asukkaalleen.²⁴ Tämä pätee myös pitkäaikaissairaalaan rakennuksena. Sairaaloiden olemus muuttuu hitaasti. Nykypäivänä painotetaan yksilöllisyyttä ja pehmeitä kodin arvoja pitkäaikaissairaiden hoidossa. Kuitenkin pitkäaikaissairaalaympäristöissä se ei vielä näy. Sairaalakulttuuri on hitaasti muuttuvaa.

von Bonsdorffin mukaan ihmisellä on erilaisia kokemisen tasoja ympäristöönsä nähden. Ensiksi käytännöllisessä ja tiedollisessa tasossa ihminen muodostaa ympäristön ”tuolla” olevaksi kohteeksi. Ihminen on tällöin toimijana erillinen ympäristöstään. Toiseksi ihmisellä on tunnetaso, jolla kokee osallisuutta esimerkiksi ympäristön tunnelmaan. Kolmanneksi ihminen voi kokea ympäristössään, (ihmisissä, luonnossa tai rakennuksissa), myös erillisyyden tai toiseuden. Kaksi viimeistä tasoa eivät ole tiedostettuja alueita, vaikka ovatkin läsnä tilassa ja fyysisesti.²⁵ Miettiessäni pitkäaikaissairaalaan esteettisenä ympäristönä en ajattele missään tapauksessa sairaalan rakentamista pelkästään ulkopuolelta tarkasteltavaksi taideteokseksi. Pitkäaikaissairaala on ennen kaikkea potilaiden koti, jossa henkilökunta tekee työtä.

Sairaalan esteettistä ympäristöä tutkiessani saan vahvistusta myös Bachelardin käsityksestä, jonka mukaan tutkija ei voi tarkastella taloa pelkästään objektiivisesti, ulkopuolelta. Asioiden selittäminen on erittäin tärkeää ja taloa

²² Tapaninen & Kotilainen 2002, 95–97.

²³ Tapaninen & Kotilainen 2002, 97.

²⁴ von Bonsdorff 2002, 315.

²⁵ von Bonsdorff 2002, 311.

tuleekin tarkastella sekä ykseydessään että kompleksisuudessaan. Fenomenologiaan pohjaavan tutkijan tehtävänä on löytää kaikista taloista ja asumuksista sellainen simpukankuori, joka on ihmisen onnellisuuden alku.²⁶

von Bonsdorff käyttää rakennettua ympäristöä tutkiessa arkkitehtuuriin liittyvää käsitettä *genius loci*. Se tarkoittaa jonkin rakennuksen henkeä ja luonnetta eli *genius loci* on ikään kuin jonkin tietyn rakennuksen sielu.²⁷ *Genius locia* on vaikeaa ilmaista sanallisesti, sillä sen perustana on paikan kokonaiskokeminen, jonka Anne Stenros sanoo muodostuvan viesteistä, tunteista ja näiden tulkitsemisesta.²⁸ von Bonsdorff korostaa *genius loci*-käsitteessä olennaisesti elävyyttä. Määriteltäessä *genius locia* on huomioitava luonnon ja rakennetun paikan fyysiset piirteet, vuorovaikutus, kokemus ja käyttäytyminen. Näiden lisäksi on myös huomioitava historialliset elementit ja tulevaisuus.²⁹ Rakennuksen *genius loci* on prosessin omainen, se kehittyy ajan myötä. *Genius lociin* vaikuttaa kuitenkin rakennuksen menneisyys jollakin tavalla.

Gernot Böhme käsittelee *genius locin* käsitteessä mm. kirkollisia tiloja eli miten kirkon *genius loci* säilyy ilman kirkollistakin käyttöä. Tähän vaikuttaa suuresti konventionaalisten merkkien ja symbolien olemassaolo.³⁰ Myös jokaisella sairaalalla on oma *genius locinsa*, joka vaihtelee suuresti esimerkiksi sairaalan funktioiden mukaan. Teho-osaston *genius loci* on erilainen kuin pitkäaikaissairaalan ja ihmiset tunnistavat ja tiedostavat sen kyllä. Sairaalan (varsinkin uudempien sairaalarakennusten) *genius loci* saattaa säilyä, vaikka paikan käyttötarkoitus muuttuu.

Sairaalan *genius locin* välitön tunnistaminen ei kuitenkaan ole välttämättä historiallisesti tarkasteltaessa hyvä asia, ainakaan pitkäaikaissairaalan esteettisen ympäristön kehitysprosessia ajatellen. Suurimmalla osalla ihmisistä on jonkinlainen mielikuva ja kokemus pitkäaikaissairaaloista, samoin muista sairaaloista. Mielikuvat ovat saattaneet vahvistaa ihmisten stereotyyppistä

²⁶ Bachelard 2003, 74–75.

²⁷ von Bonsdorff 1998, 225.

²⁸ Forss 2007, 111–122.

²⁹ von Bonsdorff 1998, 226–227.

³⁰ Forss 2007, 124.

käsitystä sairaaloihin kuuluvasta kylmästä sielusta ja luonteesta. Se saattaa vaikuttaa päättäjien nykyajatteluun, esimerkiksi joko-tai -ajatteluna talon remontoinnissa. Sen mukaan sairaala tai hoitokoti nähdään kaavamaisesti rakennettuna, standardoituna ja kliinisyttä hohtavana paikkana. Vanhan korjaaminen ei käy, sillä paikka voidaan luokitella vanhanaikaiseksi esimerkiksi hoitotyön suorittamisen suhteen. Kuitenkin esimerkiksi vanha arkkitehtuuri ja eri aikoina tai osittain remontoitujen ja rakennettujen tilojen voisi tuoda mukanaan juuri lämmintä henkeä, ajan kerroksellisuutta, sympaattisuutta ja persoonallisuutta.

von Bonsdorffin mukaan ihminen voi nähdä rakennuksen prosessina. Koska rakennukset ovat vanhoja, on niihin syytä tehdä myös välillä muutoksia. Muutoksilla voidaan korostaa rakennuksen haluttuja piirteitä ja poistaa epätyytyttäviä. Toiminnallisuus on yksi kriteeri, jolla muutoksia usein rakennuksissa tehdään.³¹ Ajan patina pitkäaikaissairaaloissa voi olla myös kaunista. Kuitenkin on pidettävä huolta siitä, että ympäristö on esteettinen, ihmistä kunnioittava eikä liian ränsistynyt.

Ensimmäisen vaiheen tutkimustuloksia. Valokuvista selvisi, että molempien sairaaloiden rakenne oli hyvin samankaltainen ja tyypillinen sairaalalle. Kaikilla osastoilla oli pitkä käytävä, jonka toiselle puolelle, ainakin pääosin, suurin osa potilashuoneesta sijoittui. Molemmissa sairaaloissa oli osastoa kohden yhteinen olohuone potilaiden sosiaalisena tilana, toisessa sairaalassa sen yhteydessä käytävään avoimet tupakeittiöt ja yhteinen ruokapöytä. Joillakin osastoilla oli hyvin ahtaan oloista. Yhdellä osastolla potilas oli sijoitettuna pysyvästi sairaalan käytävälle (kuva 5). Yksityistä tilaa oli yritetty rakentaa potilaalle sermien avulla. Toisella osastolla, samassa sairaalassa, olohuone oli järjestetty osittain potilashuoneeksi.

³¹ von Bonsdorff 2002, 313.



Kuva 5. Tyypillinen sairaalakäytävä ja sermillä eristetty potilaspaikka

Potilashuoneiden koot vaihtelivat suuresti. Yhden hengen huoneita oli vähän, samoin kahden hengen huoneita. Suurin osa oli viiden-kuuden hengen potilashuoneita. Toisen sairaalan kuhunkin potilashuoneeseen liittyi aina WC- ja suihkutilat, toisessa sairaalassa nämä tilat olivat yhteiset ja sijaitsivat käytävän varrella.

3.2 Pitkäaikaissairaala esteettisenä ympäristönä



Kuva 6. Uusittu osastokeittiö

Pitkäaikaispotilaat tulevat sairaalan vuodeosastoille hoitoon joko kotoaan tai vanhainkodeista. Syyt voivat olla hyvin erilaisia. Kuitenkin heitä kaikkia yhdistää sama asia: he eivät enää selviydy rakkaassa kotiympäristössään ainakaan ilman jatkuvaa hoitoa ja hoivaa. Suurin osa potilaista viettää sairaalassa kuukausia, jopa vuosia, ehkä koko lopun elämänsä. Voi siis ajatella, että pitkäaikaispotilaat tulevat sinne elämään arkeaan. Sairaala muuttuu potilaiden kodiksi ja asettaa näin vaatimuksia ympäristön esteettisyydelle, esimerkiksi sen viihtyisyydelle, kauneudelle ja toimivuudelle.

Asuminen liittyy arkeen. Forssin mukaan asuminen sitoo ihmisen paikkaan. Asuminen on pysyvää ja suojattua viipymistä paikassa, ihmisen ja paikan vuorovaikutteista huolenpitoa toisistaan sekä ihmisen tunnetta sisäpuolisuudesta.³² Pitkäaikaissairaala täyttää varmasti ainakin ensimmäisen asumisen kriteerin. Sairaala tarjoaa asumisen fyysiset puitteet. Pitkäaikaispotilas saa osakseen esimerkiksi suojan lämpötilanvaihteluita, säiden muutoksia yms. vastaan. Suojattu viipyminen ja sisäpuolisuuden tunne tarkoittaa mielestäni myös jotakin muuta. Asumispaikkana pitkäaikaissairaalan tulee tarjota mahdollisuus myös ihmisen psyykkisten ja sosiaalisten tarpeiden tyydyttämiselle. Esteettinen ympäristö erilaisine kiinnostavine elementteineen (asiat ja esineet) voi suojata potilasta esimerkiksi pitkästymiseltä ja virikkeettömyydeltä.

Estetiikka-käsitteen liittäminen sairaalaympäristöön voi tuntua vieraalta asialta ja johdattaa ajatuksen pelkästään taideteoksiin, joita on ripustettu osastojen ja potilashuoneiden seinille. Kyse on kuitenkin laajemmasta esteettisen tunnistamisesta, sellaisten asioiden ja elementtien tunnistamisesta, jotka voivat tuntua hoitajasta ehkäpä vähäpätöisiltä. Potilas voi kokea nämä asiat kuitenkin positiivisiksi ja viihtyä sairaalassa juuri niiden avulla.

³²Forss 2007, 15.

Sairaalan esteettistä ympäristöä voidaan tarkastella mm. ympäristön arvon ja kokemisen tutkimisen kautta. Berleantin mukaan tällöin selvitetään, mitä ympäristön kokemisessa oikeastaan koetaan, mitä on ympäristön esteettinen puoli ja minkälaisia arvoja ympäristössä on.³³

Kokemukseen esteettisestä sairaalaympäristöstä liittyy aina potilaan tunne oman arvon kokemisesta. Se miten ympäristö järjestetään ja kalustetaan, miten siitä pidetään huolta, onkin yksi osa esteettistä ympäristöä. Bachelard kuvaa tällaisia tiloja topofilia- käsitteen kautta. Ihminen kokee olemassa olevan ympäristönsä rakastettuna tai vihamielisiä voimia vastaan puolustavana. Tämä kokemus sitten määrittää ihmiselle tilan inhimillisen arvon. Bachelardin kutsumat onnelliset ja ylistetyt tilat ovat mielenkiintoisia. Ne pitävät sisällään mm. talossa olevat huoneet, nurkat, kaapit, kirstut ja pesät. Esimerkiksi kaapit ovat Bachelardin mukaan järjestyksen keskus. Myös levon kokemisen mahdollisuus sekä talon tilat pakopaikkana muulta maailmalta saavat onnellisen, ihmisarvoisen tilan merkityksen.³⁴

Forssin mukaan paikan esteettinen kokeminen on tilannesidonnaista ja siihen vaikuttavat aina kaikkien aistien mukanaan tuomat viestit, paikan historia ja siihen liittyvät ulottuvuudet, ajallinen syvyys, kollektiivinen muisti³⁵, sosiaalinen ulottuvuus, mielikuvat, tunnelma ja genius loci eli paikan henki.³⁶ Berleantin mukaan ihminen kokee jokaisen tilan ainutkertaisena suhteessa paikkaan. On olemassa suuria eroja siinä, miten ihminen kokee saman tilan. Mikä on lähellä, kaukana, ahdas tai väljä, ovat hyvin subjektiivisia asioita. Ne ovat sitoutuneita kulttuurisiin tapoihin, kokijan ikään, mielialaan, ammattiin ja sen hetkiseen toimintaan. Tilaa arvioitaessa olisikin kyettävä erottamaan nämä

³³ Berleant 1995, 75–81.

³⁴ Bachelard 2003, 65–67.

³⁵ Kollektiivista muistia on selitetty monin eri tavoin. Sitä on kutsuttu esimerkiksi ihmiskunnan henkiseksi perimäksi, jossa kuitenkin muistot eivät periydy sellaisenaan, vaan valmiutena kokea uudelleen esivanhempien kokemukset. Kollektiivinen muisti muuttuu sukupolvien myötä: ihmisten yksilölliset ja kollektiiviset muistot kohtaavat, mutta ne saattavat myös erota toisistaan usein. Katso lisää kollektiivisesta muistista tutkielman sivulla 63.

³⁶ Forss 2007, 11–12.

seikat objektiivisesti hahmotettavista ja mitattavista asioista.³⁷ Tällaisia objektiivisesti hahmotettavia seikkoja voivat olla vaikkapa huoneen sisustusmateriaalit, värit, huonekalut, ikkunoiden ja ovien sijainti.

Hanna-Liisa Liikanen kuvaa väitöskirjassaan ”Taide kohtaa elämän” sellaisia asioita ja elementtejä, jotka tukevat sairaalaympäristön viihtyvyyttä. Hänen mukaansa viihtyvyyttä luo sopivan lämmin tila, jossa ei ole liikaa melua tai pahaa hajua, ja josta näkee ulos.³⁸ Tällaiset viihtyvyyden elementit tuntuvat hyvin vaatimattomilta ja mahdollisilta saavuttaa. Ne tuntuvat myös inhimillisiltä perustarpeilta, joiden pitäisi olla itsestäänselvyksiä jokaisen ihmisen elinympäristössä. Arto Haapala ja Ukri Pulliainen tarkastelevat myös estetiikkaa ihmisen koko elämismaailman liittyen. Heidän mukaansa siihen liittyy lukuisia tarkasteltavia asioita: sisutus, esinekulttuuri, asuinympäristö, kaupunki-/maaseutu ympäristö, pukeutuminen jne.³⁹

Liikasen tutkimuksessa käy ilmi, että sisustuksen, värien ja valojen käyttö sekä taiteen kokeminen ovat kiinni potilaiden yksilökohtaisista mieltymyksistä. Potilas ympäristön tulisikin olla sellainen, johon potilas on tottunut aikaisemmassa elämässään. Muuten hoitoyksikön laitosmaisuus voi korostua potilasta vieraannuttavalla tavalla.⁴⁰ Pitkäaikaissairaalan potilas havaitsee ympäristöään luonnollisesti asukkaan estetiikasta käsin. Hän arvottaa ympäristöään sen mukaan, mikä on arvokasta hänelle itselleen. Tuttu ja turvallinen luo merkitystä elämälle. Asiat, joilla on väliä ja jotka ovat hyvältä tuntuvia tuovat elämään nautintoa, hyvää oloa ja terveyttä.

Berleant mainitsee myös, että ympäristöestetiikan tutkimuksessa keskeisin on ympäristössään toimiva ihminen. Esteettisen puolen tunnistaminen voi laajentaa ihmisen käsitystä ympäristöstä, ja toisaalta ympäristön merkityksien tunnistaminen voi laajentaa edelleen käsitystä esteettisestä.⁴¹ Tämän

³⁷ Berleant 1995, 79.

³⁸ Liikanen 2003, 91.

³⁹ Haapala & Pulliainen 1998, 127.

⁴⁰ Liikanen 2003, 91.

⁴¹ Berleant 1995, 75–81.

tutkimuksen tarkoituksena on nostaa esiin pitkäaikaispotilas toimivana yksilönä ympäristössään. Toimivuus pitää sisällään potilaiden aktiviteetin, osallisuuden ja vaikuttamismahdollisuuksien lisäämisen omassa elämässään ja hoidossaan. Se voi tarkoittaa myös eri ihmisten kohdalla hyvinkin vaihtelevia asioita. Kaikki eivät enää liiku vuoteistaan, mutta pystyvät osallistumaan päivittäiseen toimintaan muuten. Toiset taas liikkuvat hyvinkin ketterästi, mutta ovat esimerkiksi kyvyttömiä ilmaisemaan tarpeitaan ja tunteitaan.

Pitkäaikaissairaalan esteettinen ympäristö muodostuu osaltaan myös sosiaalisesta estetiikasta. von Bonsdorffin mukaan sosiaalista estetiikkaa voi analysoida esimerkiksi siitä, miten hoitajat liikkuvat, kommunikoivat, työskentelevät ja hoitavat. Sosiaalinen estetiikka työskentelyssä on myös erotettavissa käytännön työskentelystä sinänsä.⁴² Berleantin mukaan sosiaalinen estetiikka on tilannesidonnaista niin kuin muunkin estetiikan kokeminen. Siinä ovat mukana samanlaiset tekijät kuin muussakin esteettisessä kokemisessa, vaikka se voi olla luonteeltaan erilaista: tarkasteltavana ei ole luonnon ympäristö tai taiteen tuotos. Sosiaalinen tilanne ilmentää inhimillistä vuorovaikutusta, joka saattaa ilmetä esteettisenä.⁴³ Ihminen on perusluonteeltaan sosiaalinen, eikä sosiaalisuuden tarve vähene vanhetessa tai sairastuttaessa. Sosiaalisten tarpeiden tyydyttyminen tarvitsee tietysti ihmisten seuraa ja keskustelua. Hoitaja voi olla pitkäaikaissairaalan ainut sosiaalinen kontakti. Hoitaja käytöksineen on siis aina myös osa potilaan esteettistä ympäristöä.

On merkityksellistä minkälaisia kokonaistiloja ja niihin sisältyviä paikkoja pitkäaikaissairaille rakennetaan. Forss kuvailee tilan ja paikan välisen suhteen muutosta eri aikakausina. Nykyisen ajattelun mukaan paikkaa ei pidä suunnitella pelkäksi tilaksi, vaan paikan ja tilan on sitouduttava toinen toisiinsa. Kun paikka suunnitellaan hyvin ja potilaslähtöisesti, niin seurauksena on viihtyisä, kokonaisvaltainen ja tarkoituksenmukainen tila. Se ei saa olla missään nimessä

⁴² von Bonsdorff 2005, 104.

⁴³ Berleant 1999, 21.

kuin säiliö⁴⁴, pelkkä potilaiden säilytyspaikka. Tärkeää on kuitenkin toisaalta ymmärtää, että vaikka esteettistä pitkäaikaissairaalaympäristöä tutkittaisiin, suunniteltaisiin ja rakennettaisiin miten uutterasti tahansa, siitä ei voi muodostaa liian pysyviä stereotypioita ja standardeja. Tuskin koskaan voidaan rakentaa sellaista ympäristöä, joka miellyttäisi samalla tavoin kaikkia.

Ensimmäisen vaiheen tutkimustuloksia. Molemmissa sairaaloissa kaikkialla oli hyvin siistiä ja puhdasta, sekä osaston yleisissä tiloissa että potilashuoneissa. Toisessa sairaalassa tilojen seinä-, lattia- ja kattopinnat olivat ulkoisesti puhtaita ja suurimmaksi osaksi hyväkuntoisen näköisiä. Pieniä nirhaumia saattoi esiintyä joissakin kohdin ovissa tai kattopinnoissa. Osa toisen sairaalan huoneista oli melko nuhjuisia ja jopa ränsistyneen oloisia (kuva 7). Ne vaikuttivat mielestäni jopa potilaiden säilöntäpaikoilta (kuva 8).



Kuva 7. Ränsistyneisyyttä

⁴⁴ Forss (2007, 12) kirjoittaa tilan ja paikan käsitteistä sekä käsitteiden muutoksista historian aikana. Antiikin Kreikassa paikan käsite oli keskeinen. Aristoteles käsitti paikan säiliönä, joka ympäröi ihmistä ja mukautuu sulavasti häneen. Keskiajalla ja renessanssin aikakaudella uusplatonistit nostivat paikka-käsitteen rinnalle tilan ja tarkastelivat mieluummin sitä. Moderni filosofia onkin sulauttanut paikan käsitteen täysin tilan käsitteeseen (Newton, Descartes, Locke, Leibniz) Modernissa arkkitehtuurissa on tilan merkitys myös vahvempi: kukin paikka on mikä tahansa paikka tilaan sulautuneena. Paikan käsite on noussut kuitenkin uudelleen tärkeäksi fenomenologisen ajattelun myötä. Ihminen on sidottu paikkaan asumisensa, kokemuksiensa ja rakentamisen myötä.



Kuva 8. Näkymä säiliöstä

Toinen sairaaloista oli arkkitehtonisesti hyvin monipuolinen ja kaunis, 1900-luvun alussa rakennettu. Uudempi siipirakennus on sotien jälkeiseltä ajalta. Vanhan puolen tiloissa oli paljon korkeutta ja vanhojen kaarien jättämiä syvennyksiä (kuva 9).



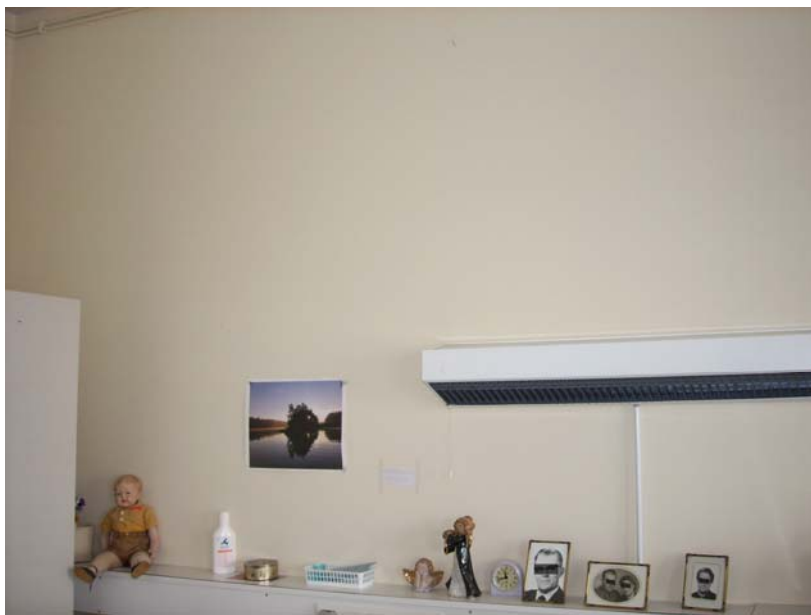
Kuva 9. Vanhoja rakenteita

Arkkitehtonisesti ajateltuna vanha rakennus sinänsä oli mielenkiintoinen ja vaihteleva erikoisine rakenteineen ja tilaratkaisuineen. Kuitenkin koin potilashuoneiden tunnelman synkäksi ja alakuloiseksi. Ajan patina voi olla kaunista (kuva10), mutta täällä se toi esiin välinpitämättömyyden tunteen.



Kuva 10. Esteettistä ajan patinaa poimittavissa tavaroiden seasta

Kaikissa potilashuoneissa oli sairaalan kalusteet ja sisustusmateriaalit. Kukaan ei ollut tuonut kotoaan myöskään omia verhoja, tyynyjä tai muita mieleisiään sisustustavaroita sairaalahuoneeseen. Joitakin omia koristetavaroita hyllyissä toki oli (kuva 11).



Kuva 11. Omat mieleiset tavarat

3.3 Kulttuurin vaikutus pitkäaikaissairaalassa



Kuva 12. Kliininen näkymä

Sairaalamailma on kehittynyt pitkälti vallalla olevan kulttuurinsa ja yhteiskunnallisten arvojen mukaisesti. Berleant puhuukin kulttuuriesteettisestä ympäristö-käsitteestä, jonka mukaan ympäristö on koko ajan läsnä vahvana vaikuttajana ihmisen elämässä joka puolella ja joka puolelta, halusi ihminen sitä tai ei. Berleantin mukaan kulttuuriesteettinen muodostaa kullekin yhteisölle tyypilliset rakenteet, rakennukset, maisemat, muodot, hallitsevat aistikvaliteetit ja käsityskyvyn tavat. Se sisältää myös yhteisölle ominaiset värit, äänet, pinnan muodon, valot, liikkeet, tuoksut, maut, tilakäsityksen, ajantajun sekä käsityksen tilan koosta suhteessa ihmisen kehoon.⁴⁵Tuan käyttää myös käsitettä kulttuuriesteettinen. Esteettinen on tällöin kulttuurin emotionaalinen ja hengittävä sydän, yhtä aikaa sen matka ja maali.⁴⁶ Tuanin käsitys kulttuuriesteettisestä on hyvin tunnepitoinen ja tärkeä. Siinä ollaan jatkuvassa prosessissa, mutta voidaan halutessa pysähtyä katsomaan sen aikaansaamia tuotoksia.

Tuanin mukaan kulttuuri tavallaan johdattaa ihmisen ympäristönäkymää. Ihmisen asuinpaikalla on merkitys siihen, miten esimerkiksi maiseman avaruus tai metsäisyys vaikuttaa ajatteluun ja oppimiseen. Ihmiset voivat nähdä loistavasti lähelle ja oppia erottamaan ulkoympäristöstä tuhansia yksityiskohtia ja osasia tai kauas ja eritellä hyvin sen kaltaista ympäristöä.⁴⁷ Myös mahdollisuus toimintaan on tärkeää ihmisen jokapäiväisessä elämisessä ja erilaisten ympäristöhuomioiden tekemisessä, sanoo Tuan. Käytännön elämässä tapahtuvat, erilaisiin kulttuureihin liittyvät aktiviteetit (puutyö, neulominen, yms.) tuovat esteettisävyistä tyydytystä tekijälleen. Kaikki aktiviteetit synnyttävät ihmiselle järjestyksen ja tarkoituksen tunnetta, väliaikaista pysähtymistä kaaoksessa. Ihminen on aina halunnut koristella ympäristöään, tehdä siitä kauniin. Kulttuuri opettaa jäsenilleen sen mikä on kaunista.⁴⁸

Voi siis ajatella, että sairaalayhteisö muodostaa oman kulttuuriesteettisen ympäristönsä. Tällainen kokonaisuuden syntyminen on pitkän prosessin tulos, ja

⁴⁵ Berleant 1995, 68–81, 201.

⁴⁶ Tuan 1993, 2.

⁴⁷ Tuan 1993, 98.

⁴⁸ Tuan 1993, 99–101.

muotoutunut osin tietoisesti, osin tiedostamatta kunkin yhteiskunnan aikakauden myötä. Vaikka sairaalan kulttuuriesteettisyys on syntynyt pitkän historian myötä ja se on tietyllä tavalla omaleimaisensa, niin se on aina jaettava. Sairaalaympäristön rakentaminen kaikkia potilaita miellyttäväksi onkin haastavaa. Jokainen potilas ja hoitaja tulevat omasta kulttuuriesteettisestä taustastaan: jokainen on oma yksilönsä ja rakentuu ainutlaatuisesta persoonasta ja fyysisistä ominaisuuksista. Jokaisella on ollut oma kulttuuriesteettinen taustansa, joka on vaikuttanut persoonalliseen tapaan kokea ympäristö.

Nykypäivänä myös monikulttuurisuus tuo hoidolle ja hoitoympäristölle omat vaativat haasteensa. Pitkäaikaispotilaat voivat olla mistä päin maailmaa tahansa, mutta niin voivat olla myös hoitajat. Hoitajien ajattelutavan ”samankaltaistumiseen” sairaalaympäristöstä vaikuttaa varmasti Suomessa saatu koulutus. Kuitenkaan kaikki hoitajat eivät muutu sen myötä ajatuksiltaan ja teoiltaan samanlaisiksi. Hoitajan kulttuuritausta on usein vahvin vaikuttaja esimerkiksi vuorovaikutukseen liittyvien tapojen ja ympäristöön liittyvien ajatusten ja arvostusten suhteen.

Nykyinen sairaalaympäristö on muotoutunut pitkälti työkulttuurin, ei niinkään potilaan lähtökohdista käsin. Muun muassa värit ovat esimerkkinä tästä. Tuanin mukaan värien käyttö ja niistä pitäminen ovat vahvasti kulttuurisidonnaisia. Myös ihmisen ikä vaikuttaa värien käyttöön. Pienet lapset piirtävät pääväreillä. Iän ja koulutuksen myötä värien käyttö ja hienovaraiset sävyt laajenevat. Kaikilla kulttuureilla on olemassa kuitenkin kolme väriä musta, valkoinen ja punainen.⁴⁹ Sairaalassa värien käyttö, hoitajien vaatetus, ympäristön tekstiilit yms. ovat usein ”muistoja menneiltä ajoilta”. Esimerkiksi valkoinen väri liittyy aikaan, jolloin vaatteet desinfioitiin keittämällä ja seinät puhdistettiin väriä haalistavilla vahvoilla aineilla. Valkoinen muodostuikin sitten ajan saatossa yleiseksi, puhtauteen liittyväksi sairaalan ominaisväriksi.

Tähän samaan sairaalaympäristöön liittyvään kulttuuriesteettiseen ”perimään” voi liittää myös potilastovereiden ja hoitajien käytöksen potilaita kohtaan.

⁴⁹ Tuan 1993, 102–103.

Nykyaikaisessa terveydenhuoltohenkilöstön koulutuksessa korostetaan hoitajan esteettistä käytöstä ja potilaan subjektina olemista. Kuitenkin käytännön hoitotyössä vanhat käytösmallit ovat monin paikoin yhä voimassa. Potilas on monessa sairaalassa yhä kohde. Hoitaja määrittelee potilaan tarpeet ja käyttää valtaansa potilasta kohtaan.

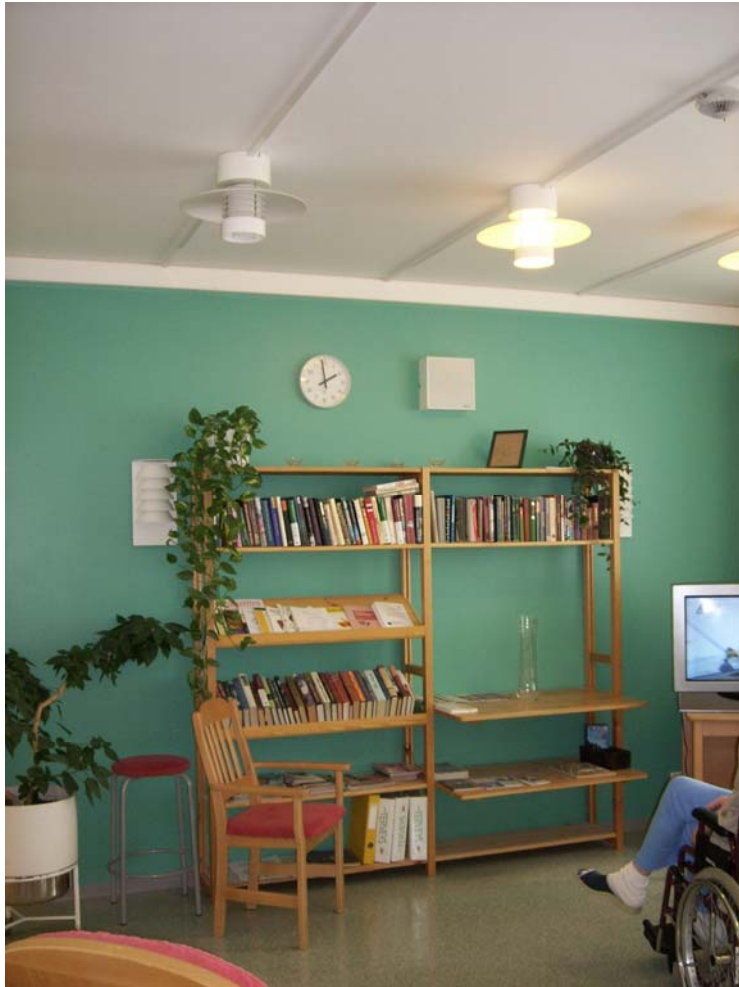
Ensimmäisen vaiheen tutkimustuloksia. Kaikki potilashuoneet olivat väreiltään hyvin tyypillisiä sairaaloille, vaalean sävyisiä (kuva 13).



Kuva 13. Vaalea näkymä

Toisen sairaalan kaikki potilashuoneiden ovet oli maalattu osastokohtaisesti: harmahtavan turkoosi, vaalean punainen ja aprikoosi. Huoneiden sisällä olevat WC-tilojen ja kaappien ovet poikkesivat näistä väreistä, ne olivat harmaan vihreät tai harmahtavan siniset.

Yleiset tilat näillä osastoilla olivat seiniltään värikkäät (kuva 14), esimerkiksi voimakkaan turkoosi seinä ja toisella osastolla kirkkaan punainen seinä.



Kuva 14. Turkoosi olohuoneen seinä

Tämän sairaalan kaksi osastoa olivat toisista osastoista täysin poikkeavia. Jokaisen potilashuoneen seinät oli tapetoitu salmiakkiruutuisella tapetilla (kuva 15). Vain väri vaihteli. Huoneissa, joissa oli hyvä luonnonvalo, seinät olivat terrakotan väriset. Hieman hämärämmissä huoneissa seinien väri oli keltainen ja pimeimmissä aivan vaalea beesi. Ympäristö oli lämmin ja kodinomainen.

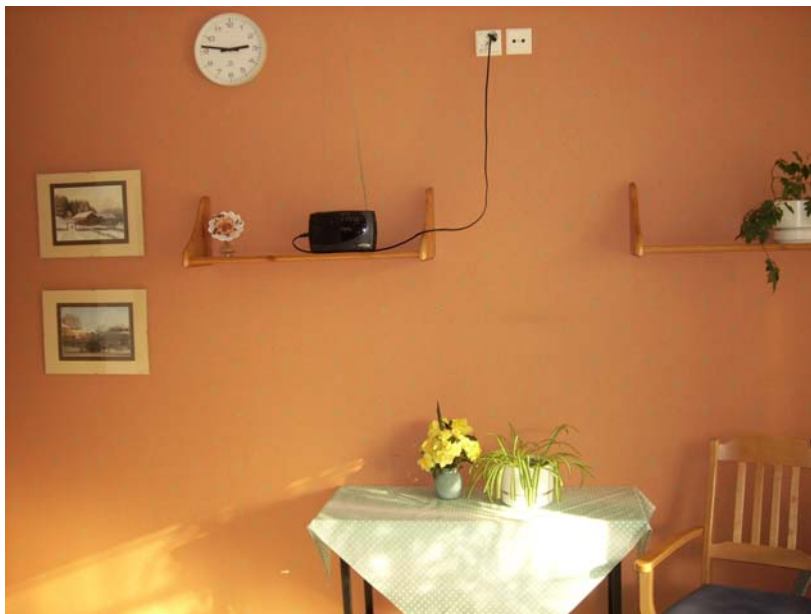


Kuva 15. Salmiakkiruutuinen tapetti

Kaikkien huoneiden käytäville johtavat ovet olivat seinien tyylistä poikkeavat. Niissä oli kahdella eri harmahtavan sinisellä maalattu noin 40 cm leveitä poikkiraitoja (kuva 16). Myös huoneen sisällä olevat kaappien ovet olivat samaa sinistä. Huoneissa olevien lavuaarien taustakaakelien väri oli harmaa, seinillä olevat hyllyt olivat tyyliältään vanhahtavat, massiivimäntyiset (kuva 17).



Kuva 16. Oven poikkiraidat



Kuva 17. Massiivimäntyiset hyllyt

4 Esteettinen kokemus



Kuva 18. Luontomaisema

Clive Cazeaux selvittelee estetiikka-käsitteen lähtökohtia. Antiikin kreikan filosofien, Sokrateen, Platonin ja Aristoteleen, mukaan estetiikka muodostui kahdesta osiosta: aisthesis ja eidos. Aisthesis tarkoittaa elettyä kokemusta eli sellaisen tiedon olemassaoloa, jonka ihminen on hankkinut itselleen aistiensa kautta. Kokemuksen edellytyksenä on muisti, sillä vasta useammat muistot mahdollistavat useiden yksittäisten havaintojen kokoamisen yleiseksi käsitteeksi. Eidos on vastakohtainen edelliselle. Se sisältää sellaisen ihmistiedon alueen, joka on muodostunut syyn tai älykkyyden seurauksena.⁵⁰ Antiikin ajalla pidettiin kiinni näiden osioiden eriaikaisuudesta, toisin kuin nykypäivänä.

Allen Carlson selvittää artikkelissaan ”Ympäristöestetiikka” ihmisen toimintaa esteettisen ympäristökokemuksen muodostumisen aikana. Hän kuvailee ihmisen ympäristön osaksi. Ihminen on itse osa potentiaalista ympäristön tarkastelukohdetta, joten jokainen ihminen muodostaa esteettisen tarkastelunäkökulmansa tuoreeltaan, kokijana ympäristössään. Kuitenkin luonnolla ja taiteella on Carlsonin mielestä olemassa myös analoginen yhteys. Tämä vaikuttaa siihen miten ihminen tarkastelee luontoa. Ihminen voi saada tarkasteluun vaikutteita esimerkiksi erilaisista muotoideoista ja niiden toteuttajien kertomasta osviitasta tai vaikkapa ympäristön rajaamista ja tarkastelua ohjaavista taideteoksiin rakennetuista kehyksistä. Jokainen esteettisen ympäristön havainnoija joutuu siis tekemään oman päätöksensä siitä, mitä ja miten tarkastelee ympäristöään esteettisesti.⁵¹

Carlson puhuu ympäristöestetiikan perusoletuksesta, jonka mukaan kaikki ympäristöt tarjoavat paljon katseltavaa, kuunneltavaa, kosketettavaa ja paljon esteettisesti arvostettavaa. Ympäristö voi olla täten yhtä rikas tarkastelun kohde kuin taideteos.⁵² Vaikka Carlson puhuu käsitteessään ulkoympäristön esteettisestä merkityksestä, voi tätä samaa filosofiaa soveltaa kokemiseen esteettisen sisäympäristön suhteen.

⁵⁰ Cazeaux 2005, xiii.

⁵¹ Carlson 1994, 14.

⁵² Carlson 1994, 16.

Tuan menee esteettisen ympäristön pohdinnassaan vieläkin pidemmälle. Tuanin mukaan esteettisen ympäristön kokeminen on fokusoimaton havainto, jossa tarkastelu on erilaista kuin taideteoksen tarkastelussa. Ympäristön aistiminen on todella kokonaisvaltainen tapahtuma, jossa kokija on mukana joka solullaan. Tuanin mukaan ihminen oppii ja kehittyy aistiensa käytön ja ympäristön havainnoinnin jo lapsuudesta. Toiminnoista tulee vähitellen automaatioita, jotka muuttuvat itsestäänselvyyksiksi. Tuanin mukaan ihmismielen suuntaamat aistit avaavat ihmiselle maailman.⁵³

Carlsonin ja Tuanin ero aistimisen ymmärtämisessä on huomattava. Carlsonin mukaan ihminen on ikään kuin ulkopuolisena maailmasta, tarkastelee sitä itsestään käsin. Tuanin mukaan ihminen on taas maailman ja ympäristön kanssa yhtä, kuin lapsi, joka nauttii ympäristöstään kaikilla aisteillaan ja hengittää sitä joka solullaan. Tuanin ympäristökäsitys sopii hyvin pitkäaikaissairaiden maailmaan, varsinkin nykypäivän aktiivisuutta ja voimavaroja ylläpitävää hoitoa ajatellen. Aktiivisuuden tukeminen voi auttaa potilaan kokonaisvaltaisen esteettisen kokemuksen avaamista. Tästä seuraa myös haaste hoitotyölle: pitkäaikaissairaiden aistit rapistuvat pikkuhiljaa, yksilölliseen tahtiin. Hoitajien yhtenä päivittäisenä tehtävänä onkin terästä potilaiden aisteja ja pitää heidät mahdollisimman tietoisena ympäristöstään.

Pitkäaikaissairaalassa potilaan esteettiset kokemukset muotoutuvat lähinnä sisäympäristössä. von Bonsdorff painottaa kuitenkin luonnonympäristön merkitystä esteettisten elämysten antajana. Ympäristösuhde samoin kuin suhde sisätilaan ei ole aina tiedollinen, vaan pitää sisällään myös tunnelman. Tuttu ulkoympäristö antaa ihmiselle mahdollisuuden ajatella, tiedostaa ja reflektoida omaa minää ja maailmaa. Ympäristö on koettavissa välittömästi kehollisesti ja mittakaava määrittäytyy suhteessa ruumiin voimiin ja kokoon.⁵⁴

⁵³ Tuan 1993, 21–23. Katso lisää Tuanin ajattelusta tutkimuksen sivulta 71–73.

⁵⁴ von Bonsdorff 2002, 310.

4.1 Hyvä elämä



Kuva 19. Säleverhojen siivilöimä kaupunkimaisema

Kaikki ihmiset haluavat kokea mielihyvää. Mielihyvän kautta elämä voi tuntua elämisen arvoiselta; se voi lisätä elämänlaatua ja sitä kautta hyvinvointia. Pitkäaikaispotilaiden mielihyvän tunnetta arjessa kannatta yrittää lisätä kaikin keinoin. Aarne Kinnunen kuvailee esteettisen kokemuksen tunnuspiirteitä taideteosten tarkasteluun liittyen. Ne ovat yleensä voimakkaita reaktioita ja ihminen kuvaa niitä yleensä positiivisin tunnetermein, kuten kaunis tai hyvä. Esteettisen kokemuksen aikana ihminen tarkastelee kohdetta omassa tajunnassaan ja luo mielihyvän tunteen.⁵⁵

Haig Khatchadourian kuvailee mielihyvän merkitystä laajemmin. Hän käyttää käsitettä esteettinen elämä, joka tarkoittaa elämäntaitoa tai elämisen taidetta. Se koostuu kahdesta osiosta. Ensimmäisen mukaan ihminen rakentaa tasapainoisen ja harmonisen, järjestyneen ja yhtenäisen elämän tunteiden, toiveiden, mielikuvituksen, ajattelun ja toiminnan alueella. Toinen osio pitää sisällään esteettisen nauttimisen. Nautinto tarkoittaa tässä yhteydessä syvällistä, haltioitunutta ja syventynyttä nauttimista taiteesta, luonnonkauneudesta, ja mm. tyydytystä tuovista ihmissuhteista.⁵⁶

Yksi nautintoa tuova asia ihmiselle on myös hiljaisuuden ja rauhan kokeminen. Jatkuva melu, television ja radion, liikenteen melun yms. aiheuttamat äänet tuovat mukanaan rauhattomuuden ja keskittymiskyvyttömyyden tunteen. Juuri esimerkiksi luonnossa liikkuminen, luonnon äänten, veden solinan, lintujen laulun ja vaikkapa tuulen huminan kuuleminen ja tunteminen iholla tuovat kaivattua lepoa ja vaihtelua sielulle. Luonnonympäristö on yleensäkin suomalaisille ollut esteettisen elämän luojana hyvin merkityksellinen, niin myös sairaalassa eläville pitkäaikaispotilaille.⁵⁷

Jeja-Pekka Roos tarkastelee hyvän arkielämän järjestämistä ja sitä kautta mielihyvän edistämistä käsitteellä pienen hyvinvoinnin edistäminen. Tällainen

⁵⁵ Kinnunen 1990, 54, 107.

⁵⁶ Khatchadourian 1994, 133–134.

⁵⁷ C.C. Marcus (1997) on käsitellyt lisää luonnon ja ihmisen terapeutista suhdetta, ks. Cold & al. 1998, 180–183.

vahvistaa yksilön kykyä kohdata ongelmia ja selviytyä niistä tai lieventää niitä.⁵⁸ Hyvinvointi tarkoittaa eri ihmisille eri asioita. Käsitteenä se on sekä kulttuurisidonnainen että sidoksissa ihmisten tarpeiden ja käytettävissä olevien resurssien väliseen prosessiin. Erik Allardtin mukaan käytettävissä olevat resurssit eivät ole kuitenkaan pelkästään aineellisia (Having). Muina osioina ovat yksilön tarpeet olla suhteessa muihin ihmisiin (Loving) ja toteuttaa itseään yksilönä (Being).⁵⁹

Hyvinvointikokemukseen liittyy siis ihmisen oma kokemus osallisuudesta omaan elämäänsä. Pitkäaikaissairaalassa on paljon potilaita, jotka eivät osaa välttämättä ilmaista omia tarpeitaan. Niinpä henkilökunnan tulee samaistua potilaiden asemaan ja miettiä hyvän elämän tukemista sairaalaympäristössä mahdollisimman pitkälti potilaiden näkökulmasta käsin. Elinolosuhteet eli arkinen asuinympäristö (having) on osa tätä näkökulmaa. Se taas pitää sisällään pitkäaikaissairaalan esteettisen ympäristön.

Potilaiden ottaminen osalliseksi oman elämänsä suunnitteluun tuo mukanaan voimaantumisen tunnetta. Juha Siitonen luonnehtii tutkimuksessaan voimaantumisteorian premissejä. Niiden mukaan voimaantuminen on ihmiselle aina henkilökohtainen ja sosiaalinen prosessi, joka on yhteydessä ihmisen hyvinvointiin. Toinen ihminen ei voi tuottaa voimaa toiselle, mutta voi vaikuttaa voimaantumisen kokemukseen esimerkiksi ympäristöjärjestelyjen ja siihen liitettävien fyysisten, psyykkisten ja sosiaalisten kokemusten kautta.⁶⁰ Voimaantuminen on siis subjektiivinen kokemus ja voi muodostua erilaisten tekijöiden vaikutuksesta. Siihen liittyy positiivisia kokemuksia, kuten esimerkiksi onnellisuus ja tyytyväisyys. Kokemusta voidaan edistää ulkoapäin myös vaikka lisäämällä potilaiden toimintamahdollisuuksia ympäristön kautta. Sakari Kainulaisen mukaan ihmisen kokemus onnellisuudesta ja

⁵⁸ Roos 1994, 187–192.

⁵⁹ Hyvinvoinnin having-käsite kuvaa lähinnä elinoloja, kuten tuloja, varallisuutta, asumista ja sen tasoa, työllisyyttä, terveyttä ja koulutusta. Loving-käsite toteutuu suhteessa perheeseen, sukuun, ystäviin, naapureihin, työpaikan ja asuinalueen yhteisöihin. Se on myös osa identiteetin muodostumista. Being-käsitteeseen kuuluvat esimerkiksi potilaan aktiivisuus, korvaamattomuus työssä, aktiiviset harrastukset tai toiminta luonnossa (Allardt, 1996, 224–241).

⁶⁰ Siitonen 1999, <http://herkules.oulu.fi>.

tyytyväisyydestä perustuu siihen, että jokainen ihminen tietää itse parhaiten, mikä hänelle on parasta.⁶¹

Stakes selvitti 1997 pitkäaikaispotilaitten kokemuksia hoitoympäristöstään. Selvityksessä etsittiin niitä ominaisuuksia, jotka tekevät hoitoympäristöstä käyttäjän kannalta hyvän ympäristön. Pitkäaikaispotilaan esteettistä sairaalaympäristöä ajatellen esiin nousivat mm. yksityisyys ja yksilöllisyys, toimintakyvyn tukeminen ja virikkeisyys, kodikkuus ja viihtyisyys.⁶² Myös Suomen Mielenterveysseuran toiminnanjohtaja Pirkko Lahti on asettanut teesejä hyvälle ympäristölle ja ympäristöön juurtumiselle. Ne ilmestyivät jo vuonna 1996 ja pitävät sisällään kahdeksan erilaista kohtaa. Seitsemäntenä kohtana on mainittu erikseen ympäristön esteettisyys. Sen mukaan ympäristön tulee sisältää myös esteettisiä ja harmonisia elementtejä. Tämä siksi, että potilaiden aistien käyttö saisi syvyyttä eri tavoin kuin tavanomaista ympäristöä katsottaessa.⁶³

Helinä Kotilaisen tutkimusraportissa ”Hoitolaitokset viihtyisiksi ja inhimillisiksi” käy ilmi, että 1990- luvulla aloittivat John Hopkins- yliopiston tutkijat tieteelliset tutkimukset hoitoympäristön vaikutuksesta potilaaseen. Tutkimustulokset vahvistivat, että potilaan kokema hyvä hoitoympäristö vähentää potilaan pelokkuutta, alentaa verenpainetta, vähentää kipua ja tietyissä tilanteissa lyhentää sairaalassaoloaika.⁶⁴

Maija-Liisa Westman on tutkinut Keski-Suomen keskussairaalassa taiteen kokemista hoitoympäristössä haastatteleamalla potilaita, omaisia ja hoitajia. Kokemukset kaikilla osallistujilla olivat samansuuntaisia. Hoitoympäristössä

⁶¹ Kainulainen 1998, 32–33.

⁶² Häggman-Laitila & Kotilainen 1997,35–95.

⁶³ Lahti 1996, liite 3-4. Muina teemoina hyvälle ympäristölle Suomen Mielenterveysseura esittelee **1) keskeneräisyyden**, joka antaa mahdollisuuden mm. muokata ympäristöä ja mahdollisuuden vaikuttaa itse, **2) toiminnallisuuden**, jonka mukaan ympäristön tulee tukea kaikkea toimintaa ja motoriikkaa, **3) yhteyden luontoon**, jossa voi kokea alkuelementit (ilma, tuli, maa, vesi), **4) turvallisuuden**, mutta ei yliterveellisesti (jolloin ei voi esimerkiksi tehdä mitään luonnossa peläten vaikkapa tapaturmia). Näin tulee mahdollisuus monenlaiseen elämiseen, **5) kontrastit**, koska ihminen hahmottaa maailman erilaisten vastakkaisten lähtökohtien kautta, **6) hallittavuuden** – teema pitää sisällään ihmisläheisen mittakaavan ja **8) kanssakäymisen** – teeman mukaan ympäristön tulee tarjota mahdollisuuksia ihmisten väliseen huolenpitoon ja seurusteluun.

⁶⁴ Kotilainen 2000, 116–119.

tärkeiksi ominaisuuksiksi nousivat sopusointuisuus ja harmonia, jotka sisältävät ihmisen kosketuksen ja inhimillisen läsnäolon. Kaikki myös kokivat, että taiteelle on tilaa ja tarvetta. Se ilahduttaa ja elähdyttää hoitoympäristössä. Taideteosten rinnalle nousivat tärkeinä elämyksen tuojina myös itse sairaalarakennus ja sen ympäristö, sisustus, kalustus, vaatetus, värit, valo ja valaistus.⁶⁵

Koska nykytutkimus on tuonut tietoa hyvinvoinnin ja ympäristön välisestä suhteesta, on hyvä selvittää pitkäaikaispotilasympäristön esteettistä tilaa. Ympäristön tarkastelu voi tuoda mukanaan muutostarvetta. Mahdolliset muutokset lienevät kuitenkin mittasuhteessa pieniä ja siten yleensä suhteellisen halpa menetelmä potilaan hoidon kokonaisuudessa.

⁶⁵ Westman 2000, 25.

4.2 Hiljainen estetiikka



Kuva 20. Saattohoituhuoneen tunnelmaa

Esteettinen kokemus -termi johtaa automaattisesti ajatuksen kokijan subjektiivisuuteen, siihen miltä tila tuntuu? von Bonsdorffin mukaan usein huomaamaton, mutta suora ympäristön ”tunnustelu” antaa mahdollisuuden tähän. Kyse on hiljaisesta estetiikasta, joka on ihmisen ei-fokusoitunutta, tiedostamisen rajoilla olevaa ja passiivisempaa kokemista kuin taiteen kokeminen yleensä.⁶⁶ Käsite hiljainen voidaan von Bonsdorffin mukaan ymmärtää vaiteliaisuudeksi, harvasanaisuudeksi ja rauhallisuudeksi, mutta ei mykäksi. Hiljaisuus voi myös puhutella kokijaansa tai puhua hänelle. Se antaa osallistujan tulla ”kutsutuksi”, se odottaa ja kuuntelee häntä.⁶⁷

Hiljaisen estetiikan kokemus tapahtuu välittömästi esimerkiksi johonkin uuteen tilaan astuttaessa. Ensin sen aistii, vasta myöhemmin kokemukseen vaikuttavia elementtejä on mahdollisuus analysoida tietoisesti. Hiljaisessa estetiikassa ympäristökokemus on aina erilainen ja siihen vaikuttavat lukuisat tekijät. Jokainen ihminen liittyy siihen osan itseään ja omaa sosiaalishistoriaansa. Myös kokijan asenne liittyy kiinteästi kokemuksen käsitteeseen. Hiljaisen estetiikan kokemismahdollisuus myös vaikuttaa ihmisen elämänlaatuun ja hyvinvointiin.

von Bonsdorffin mukaan hiljaisen estetiikan keskeinen käsite on tunnelma. Ympäristön ja huoneen tunnelmaan syventyminen on antautumista keholliselle läsnäololle, joka on vastavuoroista, yhtä aikaa tilan tai tilanteen ja omien tunteiden huomioimista.⁶⁸ Myös Forssin mukaan tila on tärkeä ensiksi ihmisen kokemana tilana sekä toiseksi affektiivisena tilana eli tunnelmana. Tunnelman lisäksi paikan henki eli genius loci muodostuu tärkeäksi käsitteeksi.⁶⁹ Genius loci on kuitenkin lähinnä rakennukseen liittyvä ominaisuus, kun taas hiljainen estetiikka liittyy enemmän paikan ja tilan muihin yksityiskohtiin ja ominaisuuksiin. Ne kuitenkin määrittelevät yhdessä paikan luonteen ja identiteetin.⁷⁰

⁶⁶ von Bonsdorff 2007, 76.

⁶⁷ von Bonsdorff 2005, 100.

⁶⁸ von Bonsdorff 2007, 77.

⁶⁹ Forss 2007, 111–122.

⁷⁰ Filosofin Gernot Böhmen mukaan tunnelmat ovat tiloja, joissa on aina mukana subjektiivinen osatekijä. Kokija määrittää sen minä-poolin kautta ja kokee tavalla, johon liittyy affektiivinen elementti. Tunnelmallinen termi on taas Böhmen mielestä erotettavissa tunnelmasta. Tunnelmallinen on rajattu ulkopuolelle minästä, enemmän ilmiön käsitteelliselle taholle. Esimerkke-

von Bonsdorff mainitsee, että jokaisella ihmisellä on myötäsyttyistä ja hankittua esteettistä pätevyyttä aistia erilaisia tunnelmia.⁷¹ Jo aivan pieni sylivauva reagoi ympäristön tunnelmaan, rauhallisuuteen tai rauhattomuuteen, sillä tunnelma sisältää erilaisia, kaikkien aistien välittämiä viestejä ja tunteita. Tunnelmaa voidaan myös nimittää ympäristön aikaansaamaksi ilmapiiriksi. Pitkäaikaissairaalassa vallitseva positiivinen, kotoisa ilmapiiri tuo mukanaan rauhallisuuden, yksityisyyden, suojan, turvan ja kodikkuuden tunteet. Ilmapiirin positiivinen aistiminen mahdollistaa muistot, kuvittelun sekä unelmien rakentamisen. Unelmien ja uneksinnan herättäminen pitkäaikaispotilaalle on yhtä tärkeää kuin muillekin ihmisille. Se antaa elämälle mahdollisuuksia ja sielun.

Pitkäaikaissairaalaympäristön kokeminen potilaan näkökulmasta on hiljaisen estetiikan piiriin kuuluva ilmiö, jonka päätekijänä on tunnelma. Potilas on mukana tilakokemuksessa koko kehollaan, havainnoiden ympäristöä kaikkien aistiensa kautta. Myös liikkuminen on mukana tilanteessa. Potilas antaa katseen (ja itsensä) kulkea ympäristössä ja antaa ajatuksensa sekä tunteidensa liikkua vapaasti aistiensa myötä, mutta ei kuitenkaan välttämättä tietoisesti.

von Bonsdorffia mukaillen ihminen voikin astuessaan huoneeseen aistia välittömästi sen kalseuden tai kutsuvuuden usein kuitenkin pystymättä heti erittelemään, mistä tunnelma tilassa syntyi.⁷² Forss taas kuvaa, että esteettisessä kokemuksessa saattaa ihmisen mielessä herätä vahvoja paikan ja tilan kokemuksia. Niiden syntyyn voivat vaikuttaa esimerkiksi mittakaavan koko, materiaalien tuntu ja ympäristössä olevat kosketeltavat esineet ja asiat sekä esimerkiksi tilan kallistuskulmat ja valaistus.⁷³ Näissä kahdessa kuvauksessa on kyse ihmisen erilaisista havainnointitasoista. Ensimmäisessä kuvauksessa havainnointi on täysin tiedostamatonta, nopeasti tapahtuvaa ja toisessa keskittynyttä, analysoivaa.

jä tunnelmallisesta ovat hänen mukaansa yö, syksy ja valaistus (Forss 2007, 111).

⁷¹ von Bonsdorff 2007, 79.

⁷² von Bonsdorff 2007, 76–77.

⁷³ Forss 2007, 113.

Monet tilassa olevat seikat vaikuttavat ilmapiirin kokemiseen tiedostamattomalla tasolla. Tilan värit on yksi niistä ja se vaikuttaa ihmiseen jopa fysiologisesti. Kylmät värit ympäristössä koetaan usein viilentäviksi ja ne voivat saada huonetilan tuntumaan jopa kolkolta ja kalsealta. Lämpimät värit tuovat kokemuksen seinien lähellä olosta. Niiden runsas käyttö vaikuttaa ihmiseen myös vahvasti. Esimerkiksi voimakkaassa punaisessa huoneessa ihmisen pulssi kiihtyy ja verenpaine nousee, kylmän värisessä huoneessa (sininen tai vihreä) kehon toiminta on päinvastaista.⁷⁴

Böhmen mukaan on aivan mahdollista muokata, luoda ja tuottaa tunnelmaa.⁷⁵ Pitkäaikaissairaalan potilashuoneiden tunnelma on usein steriili, karu ja kolkko. Sitä on monissa sairaaloissa yritetty parantaa esimerkiksi tekstiileillä, tauluilla ja satunnaisilla koristeilla. Tunnelma ei ole tällaisten muutosten jälkeen muovautunut välttämättä yhtään paremmaksi. Syynä on usein se, että potilas ei ole saanut olla osallisena tunnelmaa luotaessa, vaikka kuitenkin tärkein tunnelman kokija pitkäaikaissairaalassa on potilas itse. Tunnelmaa on siis yritetty luoda ulkopuolisesti, usein henkilökunnan satunnaisen toiminnan tuotoksena. von Bonsdorffin mukaan tunnelma on aistittavissa merkityksellisten elementtien muodostamassa konkreettisesti tilassa. Tunnelma ikään kuin tunkeutuu sen eri elementteihin. Ne eivät peity tunnelman alle, vaan tunnelma saa ne näyttyymään tilassa tietyllä tavalla.⁷⁶

Esteettistä kokemusta on kuvattu sekä pyyteettömäksi että kontemplatiiviseksi eli syventyneeksi. Pyyteettömässä toiminnassa ihminen tarkastelee ympäristöään kiinnostuneena, ympäristöstään välittäen. Kiinnostuksen kohdetta ei silloin ohjaile esimerkiksi taloudelliset tai ekologiset seikat, vaan kiinnostavat asiat itse. Ympäristön kiinnostus saa aikaan intensiivisen syventyneisyyden, jolloin ihminen keskittyy herpaantumatta tarkkailtavaan asiaan. Tämäntyyppinen ympäristön tarkastelu voi saada ihmisessä aikaan arkikokemuksesta poikkeavan,

⁷⁴ L. Sivik (1995) on käsitellyt värien merkitystä, ks. Cold & al. 1998, 209–210.

⁷⁵ Forss 2007, 113.

⁷⁶ Forss 2007, 112.

flow- eli huippukokemuksen⁷⁷, joka voi olla syvempi ja tyydyttävämpi kuin erilaisten asioiden aiheuttamat arkikokemukset.⁷⁸ Flow-kokemus saattaa syntyä myös hiljaisen estetiikan kautta, sen voi saada aikaiseksi esimerkiksi juhlava, kaunis, hämyinen tai emotionaalisesti lämmin ilmapiiri. Sellainen, jossa kaikki aistittavat elementit ovat potilaan näkökulmasta ja taustoista käsin keskenään tasapainossa.

Vahvoista esteettisistä kokemuksista puhuu myös Tuan. Ihmisen ei tarvitse välttämättä aina olla itse aktiivisena taiteen tuottajana, vaan voi nauttia nähdessään muiden liikkuvan. Esteettistä nautintoa voi tuoda esimerkiksi tanssin katsominen: ”täydelliset kehon liikkeet”, polven ojennukset, käsien ja sormenpäiden asennot jne. vaikuttavat. Tällainen katsominen aktivoi myös katsojan kehoa. Jo vauvaikäisenä opittu ”matkiminen” jatkuu, mutta eri tavalla.⁷⁹ Jos fyysistä kykyä ei ole, niin edes ajatuksen tasolla syntyy liikettä ja mielihyvää. Se on tärkeä muistaa pitkäaikaissairaalan ympäristöä ja potilaan esteettistä nautintoa järjestettäessä.

Ensimmäisen vaiheen tutkimustuloksia. Vanhassa sairaalaosassa oli kahdella osastolla huoneet, jotka poikkesivat täysin muista. Toinen oli maalattu lilan väriseksi alaosaan ja valkoiseksi ylhäältä. Kukkaboordi kiersi värien yhtymäkohtaa. Verhot olivat suorat ja ulottuivat lattiaan. Ne olivat luonnonvalkoista ohutta pellavanoloista kangasta. Valo siivilöityi kauniisti niiden läpi. Seinillä oli taidetta (sängyn pääpuolella) ja sänkyjen vastakkaisella seinällä kaksi seinälamppua (kuva 21), jotka oli sävytetty huoneen väreihin. Huoneessa oli myös uusi televisio ja stereosoitin. Rauhallinen tunnelma huoneessa oli aistittavissa voimakkaasti ja välittömästi (kuva 22).

⁷⁷Flow on psykologi Mihaly Csikszentmihalyin käyttämä termi. Se tarkoittaa sellaista vaivatonta, kitkatonta tekemisen hallintaa, jolloin voi kokea olevansa ”täydellisesti” elossa, täydellisen tietoisena omista liikkeistä ja ympäristöstä. Termi ei kuvaa kuitenkaan pelkästään teknistä taidon hallintaa tieteellisessä mielessä, vaan myös tekijänsä sisäistä tunnetilaa. Flow-kokemuksen voi synnyttää mikä tahansa mentaalinen tai fyysinen aktiviteetti. (Haapala & Pulliainen 1998, 37–38).

⁷⁸ Haapala & Pulliainen 1998, 128–129.

⁷⁹ Tuan 1993, 39.



Kuva 21. Kauniisti valoa siivilöivä seinälamppu



Kuva 22. Rauhallinen tunnelma

Toisella osastolla yhden huoneen seinää kiersi enkelimaalaus kapeana nauhana harmaan ja valkoisen osan yhtymäkohdassa. Myös ikkunaverhot olivat toisenlaiset kuin muissa huoneissa. Se oli poikkeavaa, sillä muut huoneet olivat harmaa-valkoiset (kuva 23 ja 24). Henkilökunnan mukaan nämä kaksi huonetta

poikkesivat toisista huoneista, niiden ulkoasuun oli panostettu ja niistä oli pyritty tekemään rauhoittavia ja viihtyisiä, sillä ne olivat potilaiden saattohoitohuoneita.



Kuva 23. Saattohoitohuoneen verhot



Kuva 24. Enkelimaalaus saattohoitohuoneessa

Jotkut potilaat joutuvat asumaan yleiseksi tarkoitettuun seurustelutilaan eli olohuoneeseen tai käytävällä. Intimiteettiä asumisessa ei ollut lainkaan. Pyörillä siirrettävät sermit toimivat eristävänä elementtinä avoimeen tilaan, nekin hyvin vajavaisina ja pienikokoisina (kuva 25).



Kuva 25. Käytävässä sijaitsevan potilashuoneen tunnelma

Kuvasin hoituhuoneet joulun jälkeen. Osastoilla oli siksi jäljellä jouluiset elementit. Osastoista oli pyritty saamaan varmasti tunnelmallisia. Tulos ei ollut kuitenkaan paras mahdollinen. Ympäristön karuus ja kolkkous eivät kadonneet koristeiden taakse (kuva 26).



Kuva 26. Osaston ”joulutunnelma”

4.3 Ympäristö ajan ja mielikuvien aktivoijana



Kuva 27. Ajan ja mielikuvien virkistäjiä

Pitkäaikaispotilailla ajan taju on usein hukassa. Yleensä ensin alkavat sekoittua viikonpäivät ja päivämäärät, sitten kuukaudet ja lopuksi vuodenajat. Tämä johtuu usein arjen yksitoikkoisuudesta, virikkeettömyydestä ja jäsentymättömyydestä. Ihmisen muisti on taas rakentunut niin, että vanhemmiten pitkäkestoisessa muistissa olevat tiedot ja muistikuvat elämästä muuttuvat tärkeiksi ja heräävät eloon. Lyhytkestoinen muisti on huonontunut ja uusien asioiden mieleen painaminen voi olla jopa mahdotonta. Siksi juuri tätä fysiologista ominaisuutta voisi käyttää hyväksi esimerkiksi esteettistä potilasympäristöä rakennettaessa.

Kaikilla potilailla muisti- ja mielikuvat hyvästä ympäristöstä ovat tietenkin henkilökohtaisia. Niiden selville saaminen on hoidossa hyvin tärkeää, jotta sairaalaympäristö voidaan muokata potilaskohtaisesti hyvää oloa tuovaksi. Tärkeitä kysymyksiä hoitajan selvitettäväksi voisikin olla esimerkiksi seuraavat: Minkä kokoisessa kodissa potilas on elänyt? Mitkä asiat siellä ovat olleet hänelle tärkeitä? Minkä elämänvaiheen koti on ollut hänelle kaikkein rakkain ja ”antoisin”? Minkälaisesta tilasta/kodista hän haaveilee? Minkälainen tila/ympäristö herättää hänessä hyviä muistoja? Mitä asioita hän pitää kodikkaina tilassa?

Bachelard sanoo, että jokaisella pitäisi olla jokin mielipaikka, jossa voi rauhassa uneksia ja kokea muistoja. Bachelard kuvaa ihmisen tiedostamattomuudessa olevia, mutta kuitenkin vaikuttavia asioita. Hänen mukaansa ihmisen muistot ovat liikkumattomia ja sitä vankempia, mitä juurtuneempia ne ovat tilaan. Hänen mukaansa muisti ei tallenna ajan konkreettista kestoja, sillä aika ei elä enää muistissa. Tila onkin sitä varten kaikki.⁸⁰ Potilaan tulisikin aina olla osallinen ympäristönsä järjestämisestä. Omat rakkaat tavarat, esineet, taideteokset jne. voivat vaikuttaa siihen, että ympäristö alkaa tuntua omalta. Jopa niin omalta, että sen voi kokea itse rakennetuksi. Niin kuin tutkielman alkupuolella totesin, jokaisella ihmisellä on oma käsityksensä esteettisestä

⁸⁰ Bachelard 2003, 84.

ympäristöstä. Sairaalaympäristökin voidaan siis muuttaa kotiarjesta muistuttavaksi viihtyisäksi ympäristöksi, joka voi viedä potilaan omiin rakkaisiin muistoihinsa.

Sairaalarakennusta voi tarkastella potilaan näkökulmasta myös laajemmassa yhteiskunnallisessa kontekstissa. Forssin mukaan aika muuntaa ja muuttaa paikkaa muodostaen sille sekä ajallista syvyyttä että historiallista ulottuvuutta. Ajan kulumisen ja sen vaikutukset voikin jakaa kahteen ulottuvuuteen, luonnolliseen ja historialliseen aikaan. Paikka on myös kaiken aikaa asukkaittensa kollektiivisena, yhteisöllisenä muistina, jonka osaksi pääsee asumalla sitä.⁸¹ Myös von Bonsdorff liittyy rakennuksen ajalliseen ulottuvuuteen historiallisuuden ja sellaiset teot kuten eri aikakausien rakentamispäätökset ja tyyli-ihanteet sekä luonto- ja kulttuuriperäisen kulumisen.⁸²

Pitkäaikaissairaalaan ajatellen kaikki sairaalassa olijat näkevät luonnollisen ajankulumisen, pintojen patinoitumisen, elämän jäljet jne. Vanhimmat ihmiset myös muistavat suuret, kaupungissa usein keskeisinä olevat sairaalarakennukset yhteisönsä tärkeänä osana. Esimerkiksi vuosisadan ikäinen sairaalarakennus on olemassaolonsa aikana ollut monenlaisessa myllerryksessä ja toimii siksi potilaiden muistin ja muistojen elvyttäjänä. Useilla potilailla riittääkin siksi muistoja ja keskusteltavaa omista ja muiden kokemuksista.

Forss sanoo, että omakohtaiset muistot ovat aina objekti- tai paikkasidonnaisia. Objektit voivat olla paikkojen ja rakennusten lisäksi myös erilaisia esineitä, aistimuistoja, kuten tuoksut ja muut tunnelmalliset elementit.⁸³ Stenrosin mukaan paikka herättää muistojen lisäksi mielikuvia. Itse asiassa muistot ovat mielikuvien osa. Mielikuviin liittyvät myös paikkojen merkityskontekstit (esim. tunnelma, sosiaalinen merkitys, rumuus, ilmapiiri) ja niiden muodostumiseen vaikuttavat sekä fyysinen ympäristö että tulkinnalliset elementit. Ihmisen

⁸¹ Forss 2007, 83–84, 92.

⁸² von Bonsdorff 2002, 131.

⁸³ Forss 2007, 93.

mielikuvat voivat koostua useiden erilaisten paikkojen kautta ja olla merkitykseltään ja luonteeltaan täysin erilaisia.⁸⁴

Bachelard kuvailee poetiikan merkitystä mielikuvien synnyttäjänä. Poetiikassa ihminen on aina läsnä eli osallinen ja hänen mielessään syntynyt poeettinen kuva on aina yksilöllinen ja kuvien vastaanottaminen (mielessä muodostaminen) on aina samalla niiden elämistä. Bachelardin mielestä eletty kuva kajahtelee lukijansa mielessä ja tekee hänestä tekijän, ainakin melkein.⁸⁵ Tällaisella kuvalla Bachelard tarkoittaa tietenkin luetun kautta syntyvää mielikuvaa, mutta myös katsottava kuva/taulu voi tehdä samanlaisen vaikutuksen. Se voi alkaa elää ja muodostaa tarinaa. Kuva voi jopa ”kasvaa” raamiensa ulkopuolelle, muodostua tärkeäksi potilaalle ja esimerkiksi orientoida aikaan ja paikkaan tai tuottaa unelmia.

Ajan kokemismahdollisuus voi syntyä kaikkien aistien kautta. Potilas voi peilata tai heijastaa ympäristönsä kautta esimerkiksi sen hetkisiä tunnetilojaan tai muistella menneitä. Muistelun avulla potilas käy tiedostetusti tai tiedostamatta läpi elämäänsä, jäsentää ja vähitellen hyväksyy sen. Herätetyt muistot voivat aiheuttaa erilaisia voimakkaita kokemuksia potilaissa ja usein kokemukset ovat jollakin tasolla esteettisiä.

Muistia voidaan aktivoida erityisen muistelumenetelmän avulla⁸⁶, joka alkaa olla tunnettu hoitotyössä. Sen sijaan kuvittelun kehittäminen tai elvyttäminen on vieras asia, varsinkin taloihin ja rakennuksiin liittyen. Bachelardin mielestä kuvateos alkukantaisista majoista voi toimia kuvittelun harjoituskirjana, sillä hänen mukaansa talo on ihmiselle ensimmäinen ”kaikkeus”, jopa täydellinen kosmos.⁸⁷ Kuvat ja esimerkiksi kirjat majoista, voisivat toimia

⁸⁴ Edward Relph jakaa mielikuvat kolmeen tyyppiin: yksilön henkilökohtaisiin mielikuviin, henkilökohtaisista mielikuvista syntyvään ryhmän tai yhteisön mielikuvaan tai massakulttuurin tarjoamaan mielikuvaan paikasta (Forss 2007, 101).

⁸⁵ Bachelard 2003, 17.

⁸⁶ Menetelmässä muistojen herättäjänä käytetään aktiivisesti ympäristöä, esimerkiksi siinä olevia esineitä, valokuvia ja taidetta. Muisteluun liittyvät olennaisesti jutustelu sekä keskustelut tapahtumista, tunteista ja tunnelmista, joita potilaiden muistojen kautta nousee esiin.

⁸⁷ Bachelard 2003, 75–76.

pitkäaikaissairaiden mielihyvän lähteenä. Olipa aktivointimenetelmä mikä tahansa, tärkeää on, että pitkäaikaissairaalan henkilökunta ymmärtää uneksinnan ja tulevaisuuden merkityksen positiivisena voimana myös pitkäaikaissairaiden kohdalla. Bachelardin mielestä mielikuvien synnyttämistä eli kuvittelua voidaan pitää yhtenä ihmisluonnon tärkeimmistä voimista.⁸⁸ Kuvittelu irrottaa ihmisen sekä todellisuudesta että menneisyydestä.

Ensimmäisen vaiheen tutkimustuloksia. Toisen sairaalan ikkunat olivat potilashuoneissa suurimmaksi osaksi koko seinän levyiset, mikä toi huoneeseen mukavasti luonnonvaloa ja maiseman katseltavaksi. Suuret ikkunat olivat kuitenkin vetoisia, ja siksi ikkunanlaudalla oli vaatteita ja peittoja ikkunan edessä vetoisuuden estämiseksi (kuva 28). Kaikissa ikkunoissa oli sälekaihtimet (kaikki alhaalla tai kiinni) sekä kankaiset verhon kapat tai pitkät verhot.



Kuva 28. Tilkkeitä ikkunalaudoilla

Toisessa sairaalassa jokaisessa potilashuoneessa oli suhteellisen laajat ikkunat, josta näkyi lumista maisemaa, metsää, puistoaluetta, parkkipaikkaa ja

⁸⁸ Bachelard 2003, 63.

rakennustyömaata. Ikkunat mahdollistavat ajan seuraamista vuodenajoittain. Kaikissa ikkunoissa oli säleiverhot, jotka olivat ikkunan edessä (kuva 29). Missään ikkunassa verhoja ei ollut nostettu ylös. Myöskään kaikista vuoteista ei ollut mahdollista nähdä ulos (jos on täysin vuoteen omana) ennen kuin pienien järjestelyjen jälkeen.



Kuva 29. Säleiverhot ympäristön tarkastelun esteenä

Potilaan on mahdollista seurata aikaa miltei joka huoneessa seinäkellosta. Kaikkialla kellotaulut olivat niin suuria ja selkeitä, että ne oli helppo hahmottaa (kuva 30). Myös seinäkalentereita oli laitettu joidenkin huoneiden seinille. Osa niistä oli melko pieniä kooltaan ja tekstiltään ja vaikeita hahmottaa.



Kuva 30. Kellotaulu

Erään osaston käytävällä oli vuodenaikaan liittyviä elementtejä; esimerkiksi tauluksi askarreltu ”punatulkkuparvi talvisessa maisemassa” kertomassa vuodenajasta (kuva 31)



Kuva 31. Punatulkkuparvi



Kuva 32. Kuvia lemmikistä

Muistelumenetelmässä tarvittavia tavaroita löytyi varsinkin dementiaosastoilta runsaasti. Siellä oli potilaan omia valokuvia itsestä, aviopuolisosta, perheenjäsenistä, lemmikkieläimistä jne. (kuva 32), siis paljon muistutuksia menneestä ajasta.



Kuva 33. Uskonnollisia kuvia

Myös uskontoon liittyviä kuvia, esim. ikoni ja Jeesuksen kuva (kuva 33), oli

esillä. Seinillä oli jonkun verran myös saatuja kortteja, runon pätkiä ja pienten lasten piirustuksia (kuva 34).



Kuva 34. Muistoja tutuilta

Taulujen aiheet sisälsivät myös muistoja palauttavia vanhoja kaupunkinäkymiä (kuva 35) sekä esimerkiksi erilaisia vanhoja kuvia aikanaan suosituista aikakauslehdistä, kuten Kotiliedestä (kuva 36).



Kuva 35. Satamakaupunkilaisen kollektiiviseen muistiin liittyviä kuvia



Kuva 36. Vanhoja taiteilijan maalaamia lehden kansikuvia

Osastoilta löytyi myös jonkin verran vanhoja kirjoja, mutta esimerkiksi kuvateoksi tai taidekirjoja ei niiden joukossa ollut (kuva 37).



Kuva 37. Kirjallista materiaalia muisteluun

5 Aistihavainnot ja aistien stimulointi esteettisessä kokemuksessa



Kuva 38. Näkymä erään osaston olohuoneesta

Tuanin mukaan aistit, jotka ovat ihmismielen suuntaamia, antavat ihmiselle maailman.⁸⁹ Esteettinen kokemus muotoutuu aina aistikokemusten kautta. Ihminen tekee jatkuvasti havaintoja ympäristöstään. Berleant sanoo, että ihminen kokee ympäristönsä kokonaisvaltaisesti ja tähän kokemiseen liittyy esteettinen erottamattomasti⁹⁰. Esteettinen kokemus on siksi jokaisen saavutettavissa, sillä se liittyy välittömästi aistimaailmaan. Berleant sanoo myös, että jos jokaisella asialla on esteettinen puolensa, niin se on silloin myös jokaisella kokemuksella. Tämä johtuu siitä, että jokainen asia on olemassa ihmiselle vain oman kokemuksen kautta ja esteettinen ulottuvuus liittyy erottamattomasti kaikkeen kokemiseen.⁹¹ Näin tulee olla myös pitkäaikaispotilaiden kohdalla. Sairaalassa on paljon potilaita, joiden aistitoiminnat ovat heikentyneet tai jopa loppuneet. Kuitenkin myös heillä on oikeus esteettisestä ympäristöstä nauttimiseen.

Kokemuksen muotoutumisessa kyse on siis aistimellisen tietoisuuden keskittymisestä ympäristössä oleviin erilaisiin havaittaviin ominaisuuksiin. Tuanin mukaan kaukoaistit, kuulo ja näkö, ovat aisteja, jotka tuovat maailman todellisesti saavutettavaksi.⁹² Berleantin mukaan näköaistin avulla ihminen erottaa valoja, värejä, muotoja, kuvioita, liikettä, etäisyyttä ja tilaa. Kuuloaistin avulla ihminen erottaa äänet joko hälyinä tai sävelkorkeuksina. Hän sanoo myös, että näköä ja kuuloa on pidetty perinteisesti esteettisinä aisteina. Ne ikään kuin sallivat häiriintymättömän keskittymisen, joka taas on liitetty ideaaliin kauneuteen.⁹³

Myös lähiaistien merkitys ympäristön havainnoinnissa on tärkeää. Tuanin mukaan lähiaistit tuovat maailman lähelle ihmistä. Tuntoaisti, herkkyyys lämpötilan muutoksille, maku ja hajuaisti kuuluvat lähiaisteihin. Tuan mainitsee myös ihmiskehon yhtenä lähiaistimusten tuojana.⁹⁴ Berleant sanoo, että

⁸⁹ Tuan 1993, 35.

⁹⁰ Berleant 1995, 61.

⁹¹ Berleant 1995, 74.

⁹² Tuan 1993, 71, 97.

⁹³ Berleant 1995, 77.

⁹⁴ Tuan 1993, 35.

hajuaisti osallistuu paikan ja ajan hahmottamiseen, samoin makuaisti. Tuntoaisti on osa laajempaa aistijärjestelmää. Tuntoaistin toiminta ulottuu pinnanmuotojen ja pinnan laadun, paineen, lämmön, kylmyyden, kosteuden ja kivun tunnistamiseen. Lihastuntoaisti informoi tukielinten (lihasten, luuston ja nivelten) tuntemuksista. Niiden avulla ihminen hahmottaa asentoja, niiden tukevuuden ja epävakaisuuden tiloja. Tasapainoaistin avulla ihminen tiedostaa epäsuorasti nousut, laskut, kääntymisen, esteet ja vapaan etenemisen.⁹⁵ Tuankin käyttää lähiaistiesimerkkinä tasapainoaistia. Siihen liittyy hänen mukaansa kehon liikkeiden ja aseman tunnistaminen sekä avaruudellinen hahmottaminen. Tuanin mukaan aistiminen kehittyy ja se opitaan jo vauvaiästä lähtien. Aistiminen muotoutuu automaatioksi ja ihminen on mukana ympäristönsä kokemisessa jokaisella solullaan.⁹⁶

Kuuro ihminen voi saada tietoa huoneen ilmapiiristä ja esteettisyydestä vahvasti muiden aistiensa kuin näön kautta. Ilmapiirin voi aistia koko keholla, yhtenä tekijänä sen muotoutumisessa on vuorovaikutus henkilökunnan ja omaisten kanssa. Minkälaisena potilas aistii kosketuksen, minkälaisella äänensävyllä potilaalle puhutaan, miten ympäristössä olevia asioita kuvaillaan, ovat tärkeitä seikkoja. Myös korvaavien aistien käyttö, aistien synestesia⁹⁷ sekä kehollisuus auttavat esteettisten kokemusten saavuttamisessa. Toiminta on kuitenkin pitkälti kiinni hoitajan tai omaisten asenteista, verbaliikasta tai toisen ihmisen empaattisesta ymmärtämisestä. Hoitohenkilökunnan tulisikin tukea pitkäaikaissairaiden kaikkia aistitoimintoja.

Oili Mäen mukaan pitkäaikaissairaitten ja vanhusten hoidossa pidetään tärkeänä aistien stimulointia. Tämä tarkoittaa, että päivittäisen yksilöllisen hoidon ja hoivan yhteydessä tai erillisten ryhmätilanteiden aikana käydään läpi kaikki potilaan aistit eli annetaan niille ärsykeitä. Tällainen viriketoiminta aisteja stimuloimalla voi ennaltaehkäistä, kuntouttaa tai jopa parantaa erilaisia sairauden aiheuttamia oireita.⁹⁸ Aistien stimulointi tapahtuu pitkälti

⁹⁵ Berleant 1995, 77.

⁹⁶ Tuan 1993, 21–22.

⁹⁷ Katso tarkemmin tutkielman sivulta 75.

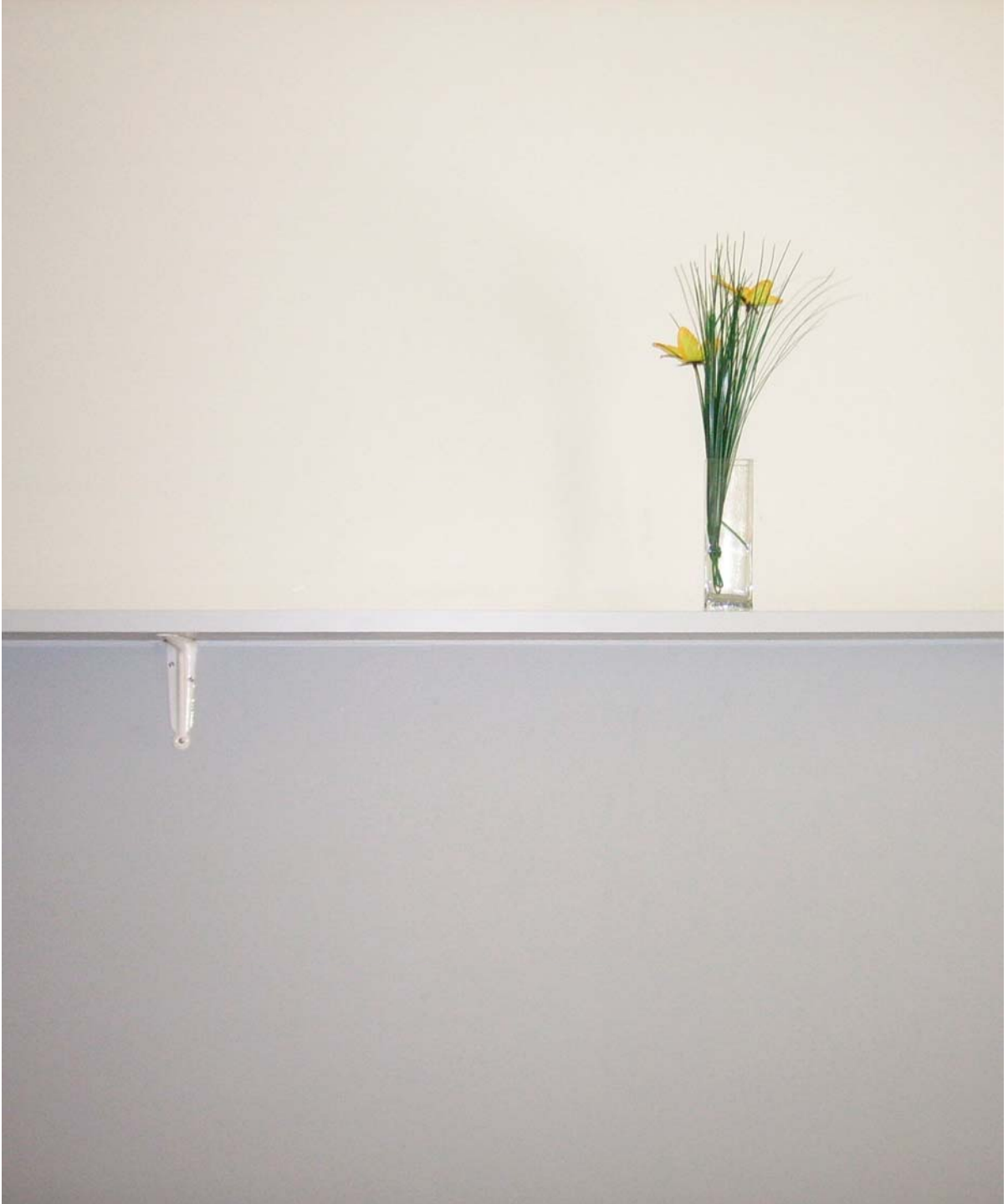
⁹⁸ Mäki 2000, 105–106.

potilashuoneiden ympäristöä havainnoimalla. Potilasympäristö on siis myös tärkeä virikemateriaali pitkäaikaispotilaalle. Liikasen mukaan potilaiden aistien kautta saatavia esteettisen kokemisen mahdollisuuksia lisäävät mm. hoitoyksikön ympäristöä rikastava taide, käsityöt, viherkasvit, radio, televisio, tietokone sekä sisustuksen monet keinot.⁹⁹

Yleensä ihmiset eivät tule ajatelleeksi muiden kuin näköaistin osuutta ympäristön hahmottamisessa. Tämä korostuu nimenomaan esteettisen ympäristön suhteen: keskusteltuani eri ihmisten kanssa tutkielmani aiheesta, keskustelu siirtyi välittömästi tauluihin ja muihin ympäristön taideteoksiin. Esteettinen kokemus oli näissä keskusteluissa aina jotakin ihmisen ulkopuolella olevaa, ei niinkään kaikkiin aisteihin ja ”sisäiseen” ympäristökokemukseen perustuvaa.

⁹⁹ Liikanen 2003, 91.

5.1 Synestesia



Kuva 39. Herättää kaikki aistit

Berleant sanoo, että aikaisemmin uskottiin kokemusten kulkevan eriytyneissä aistikanavissa. Nykyisin kuitenkin tiedetään, että aistit yhdistyvät havaitsemiskokemuksessa erottamattomasti.¹⁰⁰ Merleau-Pontyn mukaan ihmisellä on aistiensa (näkö, kuulo, haju, maku, kosketus ja liike) muodostama tietoisuus. Tästä käytetään termiä synestesia. Synestesiassa kyse on asioiden, ei pelkkien aistiärsykkeiden, havaitsemisesta. Ihminen ”näkee mielessään” eli tunnustelee silmillä. Maistaminen, haistaminen ja kuuleminen ovat ”tunnustelemisen” vaihtoehtoja.¹⁰¹

Myös taktiilinen, käsin ja sormin kosketeltava, tieto on ihmisen tietoisuuden kannalta tärkeää. Näön ja kosketuksen yhteistoimintaa kutsutaankin optis-haptiseksi järjestelmäksi. Esineiden pintojen käsin koskettelu ja tarkastelu avulla tarkentuvat esimerkiksi esineiden koko ja muoto: erilaiset ominaisuudet kuten pehmeys tai karheus, sileys ja tahmeus, kovuus ja höyrymäisyys saavuttavat ihmisen tietoisuuden. Tällaisten synesteettisten havaintojen syntymiseen ihmisellä on mielessään tarpeellinen ennakkotieto. Esimerkkinä synestesiasta Merleau-Ponty mainitsee sitruunan aistimisen. Sitruunan havaitseminen ei ole niinkään aistiärsykkeiden kuin asioiden havaitsemista, jossa tärkeinä elementteinä ovat tuoksu, väri ja käsin tunnustelu. Sitruunasta tulee näin aistittava ja ymmärrettävä, sillä sen tiedot ovat jo ihmisen kehossa, skeemana.¹⁰²

Tuan taas määrittelee, että synestesia on erikoinen psykofyysinen reaktio, joka on vain osittain riippuvainen ulkoisesta ärsykkeestä. Synestesia ilmenee, kun jokin aisti aktivoi toisen, kuten tuoksu kuulon tai näön. Yhtenä yleisimmistä synestesian muodoista hän mainitsee ”väritetyn kuulemisen”. Se on tila, jossa jonkin äänen kuuleminen johtaa jonkin värin visualisoimiseen. Ihminen kokee

¹⁰⁰ Berleant 1999, 16–17.

¹⁰¹ Lingis 1994, 8- 9.

¹⁰² Lingis 1994, 8-14.

maailman tunnesävyinä, mutta synestesiakokemus ei ole aina itsestään selvästi esteettinen.¹⁰³

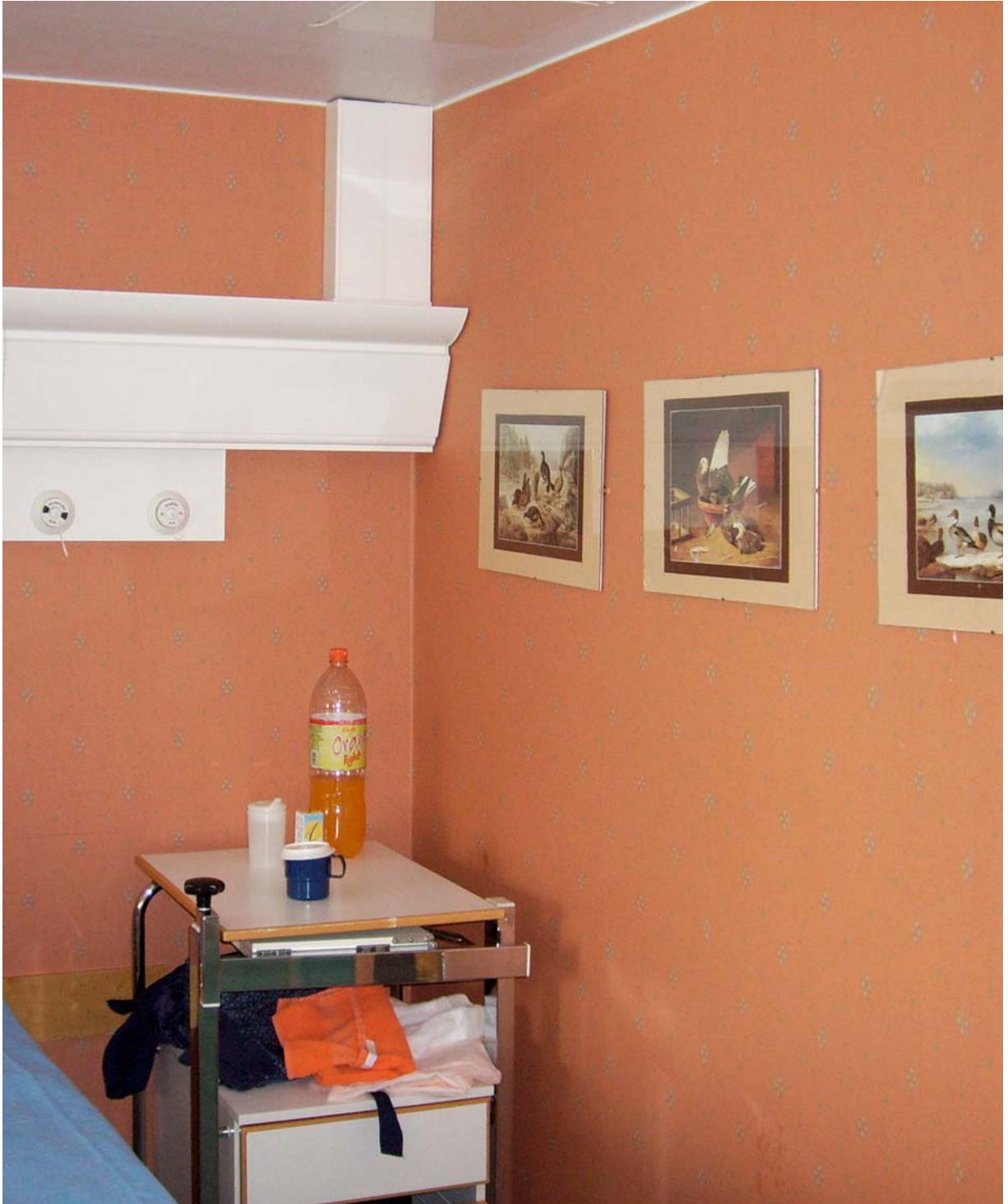
Alphonso Lingisin mukaan synesteettinen ympäristön aistiminen on kokonaisuus. Ympäristöstä aistittavat elementit eivät ole pelkkiä osasia, vaan osasten kautta katsojalla herää avain käsittämiseen ja ympäristön ilmiöiden ymmärtämiseen. Ihminen kokee olevansa yhtä ympäristön kanssa, ikään kuin kehollisesti jatkumona sille. Ympäristön aistiminen synesteettisesti, kaikkien aistien kautta ja yhteen kietoutumalla aistimistapahtumassa, herättää ihmisen mielessä tunteiden kentän. Sen ansiosta esimerkiksi ympäristön konkreettiset värit tai äänet muuttuvat aistittavaksi ilmapiiriksi. Tällainen tieto ei ole käsitteellistä lakien ja periaatteiden haltuun ottamista, vaan syntyy ”mystisesti”, kuvittelun kautta. Jokainen ihminen kokee ympäristön omista lähtökohdistaan käsin. Ilmapiirin kokemiseen vaikuttavat tietysti ympärillä havainnoitavien asioiden ja esineiden herättämät tunneaspektit sekä aikaisemmat ajattelumallit eli skeemat. Skeemat muuntuvat aina uusien synesteettisten kokemusten myötä.¹⁰⁴

Aktiivinen koskettelu avaa paljon tietoa ympärillä olevasta maailmasta. Jotta potilas voisi olla aivan varma siitä, mitä ympäristön esineet tai materiaalit ovat, olisi hänen annettava koskettaa niitä. Pelkkä näköhavainto ei tuo kuin esitiedon katsottavasta. Esinettä on käännettävä, siveltävä kämmenellä ja sormilla sen pintaa, katsottava sen sisälle ja koskettamisen lisäksi usein haistettava, joskus jopa helistettävä sitä, jotta kokonaistieto esineestä vahvistuu. Erilaisten esineiden ja pintastruktuurien koskettelu voi olla sitä paitsi hyvin hauskaa, se tuo mukanaan iloa ja joskus yllätyksiä. Miten ennakkoajatukset esineestä katsomisen kautta pitivät paikkansa, oliko materiaali juuri sitä miltä näytti?

¹⁰³ Tuan 1993, 167–168.

¹⁰⁴ Lingis 1994, 7.

5.2 Visuaalinen ympäristö



Kuva 40. Silmin nähtävää

Näköaisti on toiseksi tärkein ihmisen aisteista (tuntoaistin jälkeen) yksin pärjäämisen ja hengissä pysymisen suhteen. Tuanin mukaan näköhavainnot ohjaavat paljon toimintaamme jo aivan pienestä lapsesta asti: ensin tulee näköhavainto ja sen jälkeen seuraa välitön toiminta.¹⁰⁵ Kirjallisuudessa näkö on korostunut ympäristönhavaitsemisaistina muita aisteja enemmän. Tuan sanoo, että näköaisti korostuu myös esteettisen kokemuksen tutkimuksessa. Yksi syy siihen voi olla, että näköhavaintoja on suhteellisen helppo kuvailla.¹⁰⁶

Tuan sanoo, että näköaisti avaa eteemme kirkkauden ja värit, samoin kun hävittää ne pimeyden tullen. Ihmiset jakavat visuaalisen maailman yhdessä, toisaalta visuaalinen maailma on eri sosiokulttuurisilla ryhmillä ja ihmisillä yksilöllinen. Ihmisen näköaistille on tyypillistä myös kolmiulotteisuus, joten ihminen voi noukkia asiat ja tavarat ympäristöstään käytännöllisen tai esteettisen kiinnostuksen mukaan. Kädet ovat mukana tässä tapahtumassa, sillä ne tuntevat muodon ja koon. Muoto onkin laajalle levinnyt osatekijä ihmisen visuaalisessa todellisuudessa ja siihen ihminen tuntee vahvaa esteettistä vetovoimaa.¹⁰⁷

5.2.1 Ensimmäisen vaiheen tutkimustuloksia näköaistiin liittyen

Toisen sairaalan miltei kaikki potilashuoneiden seinät olivat vitivalkoiset. Seinät tarjosivat rauhallisen pohjan ja hyvän kontrastin esimerkiksi verhotekstiilien väreille ja kuvioille. Näissä huoneissa ja osastojen yhteisissä tiloissa olikin käytetty hyvin raikkaita värejä ikkunateksteileissä: kirkkaan punainen, ruohon vihreä (kuva 41), tumman vihreä, keltainen ja vaalean punainen vaihtelivat huoneittain. Vuoteiden väliset verhot olivat kaikki hyvin vaaleita (kuva 42), eivätkä noudattaneet väreiltään verhojen linjaa.

¹⁰⁵ Tuan 1993, 35.

¹⁰⁶ Tuan 1993, 35.

¹⁰⁷ Tuan 1993, 97–98.



Kuva 41. Ruohonvihreä kappa



Kuva 42. Väliiverho



Kuva 43. Synkän sävyinen kappa

Joidenkin huoneiden verhokapat olivat hyvin hailakat, synkän sävyiset (kuva 43). Vuoteiden välissä olevat verhot olivat valkoiset. Yhden osaston yhteinen olohuone ja keittiö oli tapetoitu terrakotalla tapetilla, toisen keltaisella. Ikkunaverhot näissä tiloissa olivat pitkät, kukkakuviolliset, reunoiltaan kantatut ja sidottu kiinni nauhalla ikkunalaudan alalaidan kohdalle (kuva 44). Molemmissa tupakeittiöissä kalusteiden ja kaappien pinnat olivat ruskeaa puuta.



Kuva 44. Olohuoneen verhot

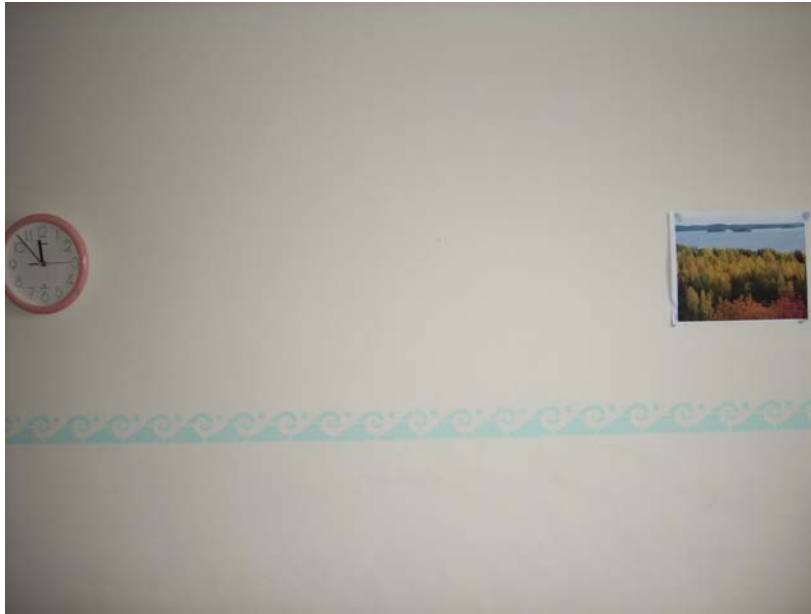


Kuva 45. Käytävän yleiskuva

Toisen sairaalan uudemmalla puolella olevat osastot olivat yleisilmeiltään siistit, mutta eivät rikkaat. Kaikkien osastojen potilashuoneiden ovet olivat valkoiset, samoin huoneissa olevien kaappien ovet. Käytävien seinät olivat kaikilla osastoilla valkoiset. Erilaiset boordit kiersivät seiiniä. (kuvat 45, 46 ja 47).



Kuva 46. Kukkaköynnösboordi



Kuva 47. Boordin laine kuvio

Verhot olivat joko valkoiset kapat, joiden ylä- ja alareunassa oli oranssi-turkoosi kuvioraita tai kauttaaltaan tumman harmaan sävyiset kukalliset/ raidalliset (kuva 48). Yhdellä osastolla oli myös kahta tummaa sinistä sävyä olevia pitkiä, suorita verhoja. Vuoteiden välisiä verhoja ei ollut jokaisessa huoneessa. Jos niitä oli, ne olivat vaalean sinisiä.



Kuva 48. Harmahtava verhokappa



Kuva 49. Olohuone

Olohuoneet näillä osastoilla olivat valkoiset. Kalusteet oli koottu uudesta ja vanhasta sekalaisesta tavarasta. Pinnoiltaan ruokapöydät olivat vaaleaa puuta, istuintuolit sinisellä kernillä päällystettyjä. Olohuoneet vaikuttivat melko kalseilta (kuva 49). Vanhimmassa sairaalarakennuksen osassa huonekorkeus oli tavallista suurempi ja siellä oli nähtävissä vanhan rakennuksen piirteitä, esimerkiksi holveja (kuva 50).



Kuva 50. Vanhoja rakenteita



Kuva 51. Osaston väritys



Kuva 52. Valkoiset hyllyt

Korkeiden osastojen seinät oli maalattu alaosaltaan kylmän harmaiksi ja yläosaltaan valkoisiksi (kuva 51). Osastojen käytävissä oli sama väritys. Potilashuoneiden verhot olivat miltei kaikki harmaan sävyisiä ja kuosiltaan kukallisia tai raidallisia. Joissakin huoneessa oli kapassa vaaleanpunaista. Osastojen väritys oli kalsea ja seinille sijoitetut valkeat hyllyt korostivat vaikutelmaa (kuva 52).

Potilashuoneissa oli suhteellisen paljon erilaisia kuvia ja taidetta. Taideteokset (akvarellit, öljvärimaalaukset) oli sijoitettu osastojen käytäville (kuvat 53, 54).



Kuva 53. Akvarelli



Kuva 54. Suurikokoinen öljvärimaalaus

Potilashuoneiden seinillä sen sijaan oli taidejäljennöksiä (kuva 55), lehdestä leikattuja kuvia ja valokuvia (kuva 56).



Kuva 55. Taidejäljennöksiä



Kuva 56. Lehdestä leikattuja kuvia

Väriä potilasympäristöön antoivat erilaiset viherkasvit. Luonnon erilaisia elementtejä ei osastoilla juuri ollut. Ainoa poikkeus oli eräällä osastolla sijaitseva koriste (kuva 57).



Kuva 57. Luonnonmateriaaleja vain katsottavaksi

Televisioita oli joissakin huoneissa sängyn jalkopäässä. Jokaisen osaston olohuoneessa oli myös yhteinen televisio (kuva 58).



Kuva 58. Kukat ja televisio

5.2.2 Visuaalisen ympäristön kehittämisehdotuksia

Pitkäaikaissairaalan vuodepotilas tutustuu esteettiseen ympäristöönsä usein pelkästään näköaistinsa ja sen kautta tarkentuvan synesteettisen tiedon varassa. Koska ihmisellä on olemassa ennakkotietoa erilaisista esineistä, jo runsaat tekstuurit voisivat antaa iloa ympäristön aistimiseen. On mielenkiintoisempaa katsella monipuolisia ja -värisiä struktuureja esimerkiksi seinissä ja ikkunoissa kuin pelkkää kovan näköistä, yhden väristä, paljasta pintaa. Tämä ei kuitenkaan tarkoita, että sairaalassa pitäisi karttaa esimerkiksi valkoisen käyttöä seinäpintana. Mikään väri ei ole toinen toistaan parempi, vaan niitä tulisi käyttää

tarkoituksenmukaisesti, paikan henkeen ja tunnelmaan peilaten. Olisi tärkeää, että myös potilaan kulttuurinen tausta ja makumieltymykset voitaisiin ottaa huomioon potilashuoneiden värejä määriteltäessä.

Tilan tarkasteluun liittyy myös seinillä olevat taideteokset ja niiden valinta. Taideteoksilla on arvo sinänsä ja ne liittyvät vahvasti potilaan kokemaan esteettiseen sairaalaympäristöön. Miten potilaat kokevat taulut, kuvat ympärillään. Kuka on valinnut ne ja mistä arvoista niiden sisältö kertoo?

Kuvat eivät varmastikaan aina tuota mielihyvää, ne voivat olla muistumia jostakin elämän raskaasta vaiheesta tai tapahtumasarjasta. Se voi olla joissakin tapauksissa hyvä asia, sillä taulut voivat antaa omille tunteille ja niiden läpi käymiselle heijastusmahdollisuuden. Potilaiden läheinen ja hyvä tuntemus onkin tärkeä tekijä hoitotyössä. Taulut merkitsevät erilaisia kuvitelmia ja kajahteluja erilaisille ihmisille. Hoitaja ei yksin voi tehdä päätöstä siitä, mikä on hyvä kullekin potilaalle. Huoneen taulujen ja kuvien valinnassa tarvitaan yhteistyötä potilaan ja tarvittaessa potilaan omaisten kanssa.

Jatkuva taidenäyttelytoiminta olisi hyvä lisä pitkäaikaispotilaiden elämänlaadulle. Erilaiset kuvataide- tai tekstiilitaidenäyttelyt voisivat olla mukava piristys ja toisivat vaihtelevuutta arkeen pitkäaikaisosastoilla. Henkilökunnan yhteistyö taiteilijoiden ja kunnan kulttuuritoimen ja museoiden kanssa voisi hyvinkin tuottaa tulosta. Monet taiteilijat ovat varmasti kiinnostuneita omien töidensä ilmaisesta julkisesta esille panosta. Myös esimerkiksi lähipaikkakunnilla toimivat kaiken asteiset oppilaitokset voisivat olla yhteistyökumppaneina taidenäyttelyjen valmistamisen ja järjestämisen suhteen.

Monet pitkäaikaissairaajat elävät arkensa vuoteen omana. Sitä varten potilashuoneissa voisi olla taidetta seinien lisäksi katossa. Yhtenä vaihtoehtona voisi olla esimerkiksi eriväriset kankaat, joita on helppo vaihdella vuodenaikojen ja niihin liittyvien juhlavärien mukaan: joulun aikaan punaista, keväällä keltaista ja vihreää, syksyllä ruskan värit jne. Värit orientoivat mieltä

aikaan ja tuovat vaihtelua jatkuvaan vuoteessa oleiluun. Tällaisten ympäristöstä viriävien näköhavaintojen kautta pitkäaikaissairaiden esteettinen kokemus mahdollistuu.

Visuaalisuuteen liittyvä esteettinen kokemus voi liittyä myös vaikkapa potilashuoneen ikkunasta avautuvaan maisemaan. Berleant sanookin, että maisema on aina ollut ihmisen toiminnan alue, ei pelkän visuaalisuuden kohde.¹⁰⁸ Niinpä ihminen lähestyy sitä aktiivisena, sitoutuneena osallistujana omien merkityssisältöjensä kautta. Nykyään pitkäaikaissairaaloissa arkeaan elävät suomalaiset ovat eläneet lähellä luontoa. Metsä ja luonto yleensä ovat olleet useille tärkeä voimanlähde: kasvit, eläimet, marjastus, sienestys, soutu ja uiminen ovat vieläkin vahvasti muistoissa. Vuodenaikoja on seurattu tarkoin, jopa ennustettu luonnon merkeistä vuoden päästä tulevaa säätä.

Potilaille tärkeiksi esteettisiksi seikoiksi voisivat muodostua päivällä ikkunasta kajastava auringonvalo ja iltojen ulkovalaistuksen muodostama varjojen leikki potilashuoneiden seinillä. Myös kukat ikkunalaudoilla voivat jatkaa potilaan sisätilakokemusta ulkoympäristöön. Muidenkin luonnonmateriaalien katselu- ja tunnustelumahdollisuus omassa potilashuoneessa tai aulan seurustelutilassa (esimerkiksi kivet, vanhat puupalat, olki, risut jne.) voisivat suoda potilaalle esteettisiä luonnonympäristökokemuksia. Pitkäaikaissairaalan visuaalista ympäristöä ajatellen maan tasalla ”asuminen” ja esimerkiksi potilashuoneiden ikkunoiden suuri koko, vaikkapa aivan lattian rajasta kattoon, voisivat lisätä potilaan juurevuuden tunnetta ja yhteyttä luonnon tasapainottavien voimien kanssa. Nykyisen tekniikan myötä myös seinälle heijastettavat suuret kuvat ja maisemat voisivat olla syvällisiä esteettisen kokemuksen antajia.

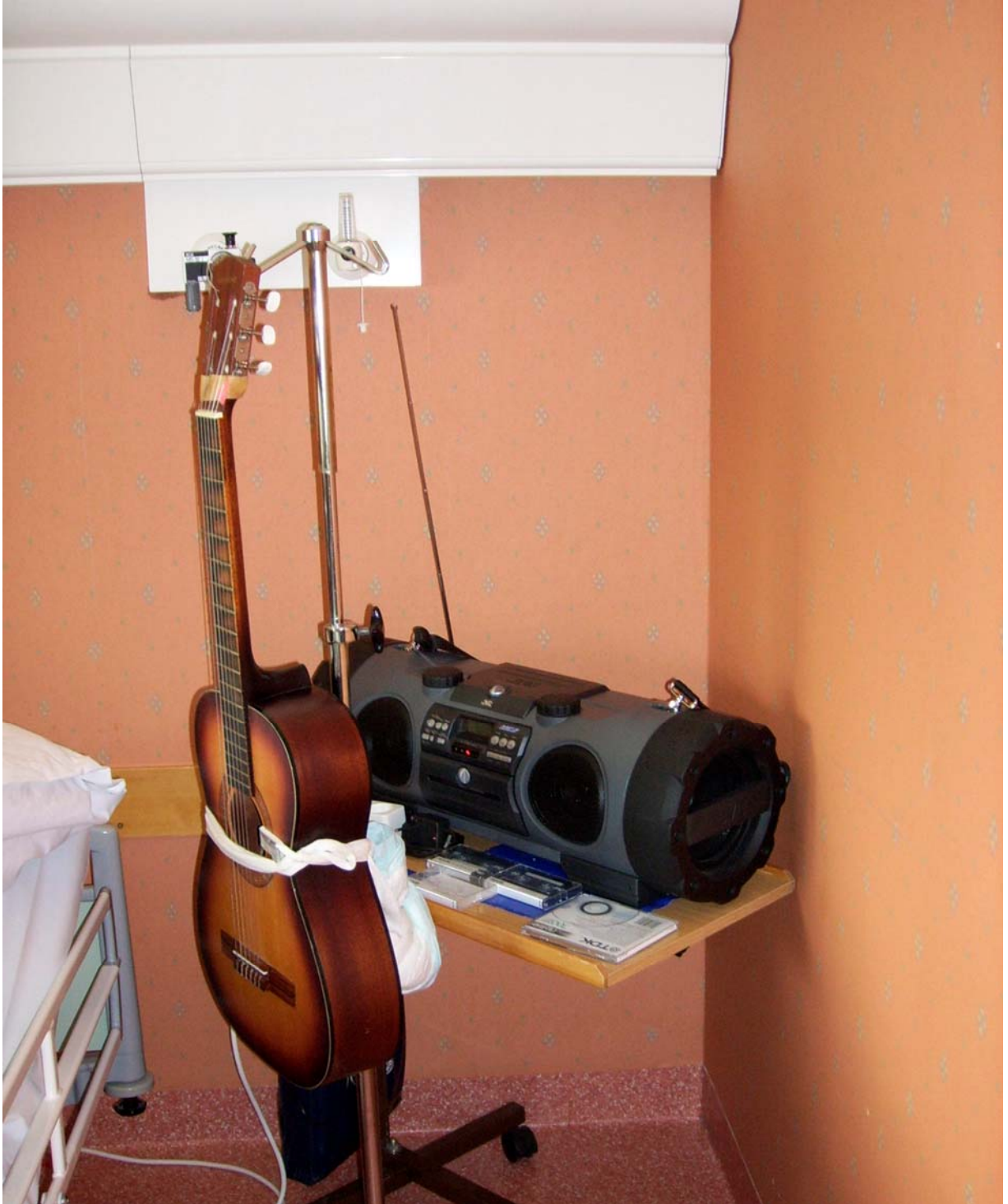
Nykypäivän pitkäaikaissairaaloissa on harvoin televisio jokaisessa potilashuoneessa. Yleensä yhteisissä tiloissa sellainen on, vieläpä auki, vaikka kukaan ei sitä seuraisikaan. Television ei kuitenkaan tulisi olla pelkästään viihdyttävä ja hiljaisuuden täyttävä. Se voi muuttua rasitteeksi ainaisella

¹⁰⁸ Berleant 1995, 70.

aukiolollaan ja estää rauhan ja levon nautinnon. Elokuvat voivat olla esteettinen nautinto. Niiden kautta voi myös peilata omaa elämäänsä. Tietokone on tulevaisuuden sairaalan mahdollisuus. Sen avulla voidaan saada yhteyksiä esimerkiksi taidenäyttelyihin, museoihin yms., joihin ei muuten ole mahdollisuus päästä.

Seinien värit, liinavaatteet, peitteet, huovat, tyynyt, verhot sekä hoitajien ja potilaiden pukeutuminen ovat myös osa visuaalisesti esteettistä ympäristöä. Nämä asiat ovat monissa sairaaloissa suunnittelun ja muuttamisen tarpeessa. Esimerkiksi potilaiden vaatetus on rumaa ja persoonatonta. Vielä nykyäänkin puetaan kaikille potilaille samanlaiset virttyneet pyjamat tai oleskeluasut. Omia vaatteita ei sairaalassa ole tapana käyttää. Kuitenkin esteettiselle kokemukselle olisi tärkeä myös pukeutumisen näkökulma. Potilaat voisivat kokea olevansa huoliteltuja, kauniita ja arvostettuja.

5.3 Auditiivinen ympäristö



Kuva 59. Musiikin mahdollisuus

Ihminen on koko elämänsä ajan, jo äitinsä kohdusta asti, äänten ympäröimä. Kaikkialta, missä on elämää, lähtee erilaisia ääniä. Ääniympäristö on myös aina sama kaikille samassa ympäristössä oleville. Tuanin mukaan kaikki ihmiset tarvitsevat elämän ääniä ja niiden vastapainoksi luonnon rauhaa ja hiljaisuutta. Absoluuttinen hiljaisuus on kuitenkin ihmisille kestämatöntä. Yksi jokapäiväisistä äänistä on ihmisen ääni. Ihminen kasvaa ihmiseksi puheen avulla, liittyen siten yhteisöönsä. Puheen kuulemisen yhteydessä, äänen sävyjen kautta, ihminen oppii erilaiset tunnevahteet, nuhtelut ja suosionosoitukset.¹⁰⁹

Tuan sanoo, että jo kohdussa kuullut sydämen- ja verisuonten äänet opettavat ihmiselle rytmiä. Sydämenlyönnit ovat pohjana nopean ja hitaan rytmien erottamiselle ja kuulemiselle. Ne totuttavat sikiön myös erilaisiin rytmisiin heijaamisliikkeisiin. Jo kohdussa kuullun rytmillisyyden seurauksena esimerkiksi kansanmusiikilla on synkopoitu rytmi ja ihmiset heiluttelevat itseään rytmien mukaan. Tuan sanoo myös, että ääni on esteettinen siinä mielessä, että itse liikkeet näyttävät ”kuolevan” ilman sitä. Tällä hän tarkoittaa, että pelkkä visuaalisuus ei tuota mielihyvää esimerkiksi sinfoniaorkesterin konsertissa tai kuunnellessa pulujen kujerrusta.¹¹⁰ Samanlainen ilmiö pätee myös elokuvaan. Jos ääni on poissa, niin esimerkiksi elokuvasta välittyvien tunnetilojen aistiminen jää vajavaiseksi.

Ihminen kaipaa rauhaa ja hiljaisuutta rauhattomassa, äänten täyttämässä nykymaailmassa. Tuanin mukaan kuitenkin äänettömyys voi tuntua uhkaavalta. Hiljaisuus voi ihmisten mielessä olla merkki kuolemasta. Tämä ajatus syntyi jo antiikin Kreikassa, kun taas Euroopassa leikiteltiin ajatuksella taivaallisesta äänestä ja musiikista. Sen tähden nykypäivänä ajatellaankin puheen olevan parantavaa; hiljaisuus on pimeyttä ja puhe on valoa.¹¹¹

¹⁰⁹ Tuan 1993, 71.

¹¹⁰ Tuan 1993, 72–73.

¹¹¹ Tuan 1993, 73–74.

5.3.1 Auditiivisen ympäristöön liittyviä havaintoja

Molempien pitkäaikaissairaaloiden kaikki osastot olivat hyvin hiljaisia ja rauhallisia. Ainoat äänet, joita kuului osaston yleisissä osissa, olivat televisiosta tuleva selostus (kuva 60), astioiden vieno kilinä osaston keittiötiloissa sekä hoitohenkilökunnan ja potilaiden askelien vaimea ääni. Puheäänet olivat yksittäisiä keskustelun pätkiä sieltä täältä kuultuna. Eniten niitä kuului potilaiden ja hoitajien välisinä tai henkilökunnan keskenään tuottamina. Omaiset ja potilas saattoivat joissakin huoneissa keskustella keskenään. Potilaat eivät keskustelleet keskenään millään osastolla.



Kuva 60. Ääntä televisiosta

Molempien sairaaloiden huoneissa oli myös kaikkialla hiljaista. Missään ei ollut päällä radiota tai esimerkiksi CD-soitinta. Muutamassa potilashuoneessa molemmissa sairaaloissa oli oma televisio ja radio-, Cd/magnetofonilaite. Molemmissa sairaaloissa oli yhdellä osastolla piano (kuva 61). Yhdessä huoneessa oli kitara, joka oli sidottu pystyasentoon telineeseen sängyn vasemmalle puolelle, ilmeisesti näppäilyyn helpottamiseksi vuoteesta käsin.



Kuva 61. Piano punaisessa olohuoneessa

5.3.2 Auditiivisen ympäristön kehittämisehdotuksia

Luonto on voimakas äänilähde. Tuanin mukaan luonnon äänet voivat olla ihmiselle sekä pelottavia, ahdistavia ja ärsyttäviä että äärettömän rauhoittavia, virkistäviä ja iloa tuottavia. Äänimieltymykset ovat tietenkin jokaiselle yksilöllisiä. Myös kaupungissa voi olla miellyttäviä ääniä, esimerkiksi torit, puistot ja lasten leikkikentät tarjoavat sellaisia.¹¹² Hoitajan tulee keskustella potilaidensa kanssa mieluisista ympäristöäänistä. Mieluisia ääniä löytyy nauhoitettuna kirjastoista tai niitä voi itse nauhoittaa. Periodiset äänet, kuten rantaveden liplatus, tuulen humina, tulen loimotus, pakkashangen narina kengän alla, voivat olla mieluista kuunneltavaa vaikkapa kuvien kera. Ja esimerkiksi lintujen laulu on kuin luonnon tuottamaa musiikkia. Potilaan esteettistä ympäristökokemusta voisi avartaa esimerkiksi oikea veden lorina pienessä suihkulähteessä osaston yleisessä tilassa tai potilashuoneessa. Sitä voisi olla myös mukava katsella ja vaikkapa koetella kädellä.

Musiikki ympäristöääninä on myös vahva vaikuttaja. Sen avulla voidaan peittää esimerkiksi liiallisia hälyääniä. Kuitenkin jatkuva taustamusiikki voi muuttua

¹¹² Tuan 1993, 81–83.

häiritseväksi ympäristötekijäksi, jolloin siitä häviää esteettisyys. Tuanin mukaan musiikin tuottaminen yhdessä esimerkiksi laulamalla yhdistää ryhmiä syvästi, sillä musiikki luo tunnelmaa ja hyvää ilmapiiriä. Musiikin kuunteleminen ja tuottaminen vaikuttavat ihmisen tunteisiin monista syistä. Ihmisellä on olemassa fysiologinen vaste tiettyihin rytmeihin (esimerkiksi sotilassoittokunnan marssisyke). Yksi syy fysiologiseen vasteeseen musiikissa voi olla se, että musiikki voi vaikuttaa puheelta, vaikka siinä ei olisi sanoja.¹¹³

Musiikki on iso ilo myös pitkäaikaissairaalle potilaalle. Musiikki voi auttaa selviytymään aina niin samankaltaisesta arjesta. Musiikin kuuntelua on helppo järjestää, musiikintoistolaitteet ja CD-levyt ovat vaivattomasti hankittavissa. Esteettistä nautintoa pitkäaikaissairaille voi tuoda myös laulaminen. Yhteiset lauluhetket, iltalaulut ja laulaminen hoitotoimenpiteiden yhteydessä ovat halpoja mielihyvän tuojia potilaille. Akustista laulua ja hyräilyä on myös miellyttävää kuunnella, vaikkei siihen itse yhtyisikään.

Erilaisten musiikkiesitysten tuottaminen pitkäaikaissairaaloihin on hyvä asia. Jos kaikki potilaat eivät pääse siitä osalliseksi, voisivat esiintyjät vierailta jokaisessa huoneessa erikseen. Esimerkkinä tällaisesta toiminnasta on IIK! Ikäihmisten kulttuurikaupunkiprojekti vuodelta 2000. Siinä helsinkiläiset vanhustenhoitolaitokset palkkasivat taiteilijoita töihin hoitohenkilökunnan rinnalle. Näin pitkäaikaispotilaatkin saivat nauttia akustisesta musiikista omien vuoteidensa vierellä.¹¹⁴

¹¹³ Tuan 1993, 85–93.

¹¹⁴ Liikanen 2000, 1.

5.4 Haju- ja makuympäristöt



Kuva 62. Keittiön tuoksulähteitä

Syömiseen ja ruoan esteettiseen kokemiseen suussa liittyy hajuaisti. Se antaa ihmiselle paljon nautintoja. Tuan kuvaa miten 1900-luvulla Euroopassa ajateltiin: hajuaisti on kehittynyt paremmin nuorilla villi-ihmisillä kuin sivistyneillä ihmisillä. Rodunjalostusoppi asetti hajuaistin aistihierarkian pohjalle. Vielä nykyäänkin hajuaistia vähätellään ja nenää pidetään vähempiarvoisena kuin silmiä tai korvia.¹¹⁵

Ihmisen hajuaisti ei todellakaan ole niin kehittynyt kuin muilla nisäkkäillä, jotka käyttävät sitä myös kaukoistinaan, sanoo Tuan. Kuitenkaan hajuaistin merkitystä ei voi vähätellä. Hajuaisti yhdessä näön ja kuulon kanssa vaikuttaa tunteisiin syvästi. Tämä aisti linkittyy aivojen primitiiviseen osaan, joka kontrolloi tunteita, tunnetiloja ja tahattomia elämisen toimintoja, (kuten hengitys, sydämenlyönnit, pupillin koko ja erektio.) Hajuaisti onkin ihmisen tärkein aisti muistojen herättämisen suhteen. Hajuaisti vaikuttaa ihmiseen usein enemmän kuin pelkkä visuaalinen mielikuva.¹¹⁶ Esimerkiksi kahvin tuoksu, mausteet, terva tai kukkaistuoksu: varmasti muistot alkavat herätä tällaisten aistiärsykkeiden kautta. Hajuaisti on samassa tilassa kaikille ihmisille yhteinen, mutta sen tuomat mielikuvat voivat silti olla hyvin erikaltaisia.

Makuaisti tuo yleensä suurimmalle osalle ihmisistä nautintoa. Tuanin mukaan syöminen on kosketusta ja liittyy siten myös tuntoaistimukseen hajuaistin ja näköaistin lisäksi. Syöminen ja maku ovat oikeutetusti osa kulttuuria. Niillä on pitkät historialliset juuret eri maanosissa ja kansoilla. Ihmisten ruokamaulla on taipumusta olla perinteistä, konservatiivista ja yhdistynyttä perheen vanhoihin sekä paikallisiin resepteihin. Ihmisillä on myös tapana tehdä ruoakseen sellaista, mihin ovat aina tottuneet. Parhaimmillaan syöminen, kosketus ja kulttuuriset ruokatavat tuovat mukanaan kulinaristisen nautinnon.¹¹⁷

¹¹⁵ Tuan 1993, 55–56.

¹¹⁶ Tuan 1993, 56–57.

¹¹⁷ Tuan 1993, 47–50.

5.4.1 Hajuun liittyviä havaintoja

Molemmissa pitkäaikaissairaaloissa oli omanlaisensa tuoksu. Toisessa sairaalassa käytävät olivat melko raikkaan tuoksuisia, yleistuoksuna lääkeaineiden ja erilaisten pesu- ja desinfektioaineiden haju. Joissakin potilashuoneissa oli ilmanlaatu sen sijaan huonompi, virtsan ja ulosteen haju tulvahti oven avatessa. Myös tuulettamattoman huoneen ummehtunut tuoksu tuli vastaan joissakin huoneissa.

Toisen sairaalan kaikkien osastojen käytävissä leijui sekoitus erilaisia tuoksujia. Ruoka, uloste, virtsa, kahvi, tunkkaisuus, lääkkeet ja desinfektioaineet olivat paikka paikoin yhdessä voimakkaita vaikuttajia. Myös potilashuoneet olivat miltei kaikki tuoksuiltaan voimakkaita. Eritteiden ja ruoan sekoittuneet tuoksut olivat niissä pääosassa.

5.4.2 Haju- ja makuympäristön kehittämisehdotuksia

Tuanin mukaan hajut voivat olla kausittaisia. Maalaisympäristö, kaupunkilaisympäristö, vuoden ajat ja esimerkiksi juhlat tuovat mukanaan omat tuoksunsa. Tuoksut ovatkin todellinen muistojen koti. Ihmisen identiteetin, tuoksujen ja paikan välillä on kiinteä suhde.¹¹⁸ Kiintein se on varmasti ihmisen omaan kotiin tai koteihin, myös muut paikat saavat suhteesta oman osuutensa. Hajut ovat pitkäaikaissairaille tärkeitä nautinnon tuojia. Tuoksut, jotka liittyvät esimerkiksi leipomiseen, ruokaan, pesuaineisiin ja ympäröivään luontoon herättävät varmasti esteettisiä kokemuksia. Tuanin mukaan esimerkiksi luonnon tuoksujen herättämä tunnemuisto on yleismaailmallinen ja vaikkapa hajuvesi voi herättää mietoa ihastusta ja melankoliaa ennemmin kuin iloa.¹¹⁹

Hoitajan ja potilaan hajumuistot voivat olla täysin erilaisia. Esimerkiksi navetan tuoksu voi olla vanhuksen mielestä hyvä ja hoitajan mielestä paha. Hoitajan

¹¹⁸ Tuan 1993, 94.

¹¹⁹ Tuan 1993, 60–61.

tulee kuitenkin muistaa huomioida sairaalaympäristön järjestelyissä ja ympäristövirikkeiden tarjoamisessa potilaiden lähtökohdat ja varhaiset kokemukset. Aromaattiset puutarhan tuoksut voivat olla mukavia virikkeitä, samoin esimerkiksi mausteet. Pieni maustehylly ja siinä olevat kauniit maustepurkit potilashuoneissa tuovat myös kodikkuuden tunnetta ja visuaalista nautintoa. Voisipa niistä ripauttaa myös sairaalaruoan päälle oman maustesekoituksen.

Ihmisestä lähtevät tuoksut ovat osa ympäristön hajumaailmaa. Yleisesti ihmistuoksut ovat tiettyyn rajaan asti siedettyjä. Potilaalla on oikeus tuoksua luonnolliselle. Kuitenkin esimerkiksi potilashuoneissa leijailevat vahvat ulosteen, virtsan ja hien hajut ovat epämiellyttäviä. Ihmiskehon pahat hajut eivät tuo potilaille esteettistä nautintoa, pikemminkin nakertavat itsetuntoa ja samalla kokemusta itsestä arvokkaana, eheänä yksilönä. Tuuletus, peseytymismahdollisuus ja WC:ssä käyttäminen, vaippojen tiukat vaihdot ja vaatteiden sekä lakanoiden vaihto ovat hyviä keinoja hajujen lieventämiseen.

Sairaalaruoka ei ole potilaiden mielestä välttämättä esteettinen nautinto. Olisi hienoa, jos ruokaa voitaisiin valmistaa sen mukaan, mikä maistuu potilaille. Makumieltymykset voivat olla aivan erilaiset kuin hoitajilla. Suomalaiset pitkäaikaissairaalan potilaat ovat suurimmalta osaltaan vanhuksia. Hoitajien tulee tuntee hyvin potilaiden henkilöhistoriat ja ruokatavat. Tutut perusmaut ja ruoat lisäävät potilaiden esteettistä nautintoa ja tuovat hyviä muistoja aikaisemmista elämänvaiheista. Talkkunajauho, piimä, karjalanpiirakat, karjalanpaisti, sienet ja metsämarjat voisivat olla hyviä esimerkkejä tästä. Myös omien yrttien kasvattaminen osastojen parvekkeilla tai ikkunalaudoilla voisi tuoda aitoa ”luonnon” lisämakua tarjolla olevaan ruokaan.

Hoitajien yhteiskunnallinen tuntemus on tärkeää makuelämysten tukemisen suhteen. Monet pitkäaikaissairaajat ovat kokeneet toisen maailmansodan ja siitä seuranneet pula-ajat. Muistihäiriöisten potilaiden kohdalla saattaa tunnemaailmasta pulpahtaa esiin esimerkiksi pelko ruoan loppumisesta. Ruokaa olisikin hyvä olla saatavilla aina. Leivän ja maidon kosketus sekä käsissä että

suussa saattaa tuoda turvallisuuden tunnetta. On hyvä, että pitkäaikaissairaaloissa olisi potilaille järjestetty esimerkiksi entisaikainen ruokakomero tai pikemminkin keittiön takainen pikkuhuone, josta ruokaa voisi mennä ottamaan itse tarvittaessa. Samoin mahdollisuus keittää itse kahvit on monelle vanhukselle tuiki tärkeää.

5.5 Tuntoaisti ympäristökokemuksen muokkaajana



Kuva 63. Tunnusteltavia tavaroita

Iho on Tuanin mukaan kaikkein tärkein ihmisen aistimisjärjestelmässä. Ilman tuntoaistia on mahdotonta pysyä hengissä, ajatellen esimerkiksi lämpötilojen ja kivun aistimista. Lapset tutustuvat uusiin asioihin tuntoaistinsa kautta. Suhde luontoon, ympäristöön ja toisiin ihmisiin rakentuu tällä tavalla. Myös oman kehon hahmotus ja ääri rajojen tuntemus syntyvät vähitellen toisen ihmisen koskettelun kautta. Tuntoaistin kautta syntyy myös paljon esteettisiä kokemuksia, jotka elävät vanhuksien muistoissa. Miellyttävä, lämmin ihokosketus kertoo läheisyyden tunteesta toiseen ihmiseen. Esimerkiksi vaatteiden pehmeys jne. tuo esteettistä kokemusta kaikille ihmisille. Luonnon kosketuksesta voivat viestiä esimerkiksi tuulen vire ja veden raikkaus. Tällaiset kokemukset ovat myös helposti herätettävissä. Aikuiset ovat tottuneet vain pelkästään katselemaan luontoa ja nauttimaan siitä. Kuitenkin esimerkiksi erilaisten esineiden tunnustelun kautta voi maailma avautua jälleen.¹²⁰

Tuanin mukaan tunto on muiden aistien tavoin tutkiva aisti ja siksi se voi avata maailman ihmiselle. Kädet eivät yleensä lepää, esimerkiksi lapsille kädet ovat ensimmäinen oppimismenetelmä. Ne ovat siis tarkka instrumentti maailman tutkimisessa ja ymmärtämisessä. Ihmisen fyysinen ympäristö tuntuu väistämättömästi koskettamalla, vaikka siitä tunnustelisi vain pientä osaa kerrallaan.¹²¹

Tuntoaisti aktivoituu Tuanin mukaan voimakkaiden kontrastien kautta. Kylmä ja kuuma, kovuus ja pehmeys, keveys ja painavuus hahmottuvat ihmiselle. Ne sitoutuvat läheisesti fysiologiseen perusprosessiin, alkukantaisiin mielialoihin ja tunteisiin. Tuntoaisti on myös sellainen, johon ihminen eniten luottaa. Koskettelun kautta tapahtuva aistiminen tulee käsiteltäväksi objektin avulla. Tällainen suora kosketus on ihmisen lopullinen takuu todellisuudesta. Edellisen lisäksi ja vaikutuksesta tuntoaisti muuttaa ihmisen maailmantarkkailijasta ympäristössä toimijaksi.¹²²

¹²⁰ Tuan 1993, 41.

¹²¹ Tuan 1993, 42–43.

¹²² Tuan 1993, 47.

Tuan sanoo, että tasapainoaisin kehittyminen ja liikkeiden sisäinen kokeminen alkaa jo varhain lapsuudessa. Ennen ajattelun kehittymistä alkaa oppiminen matkimisen avulla; ihminen oppii näin monipuolisesti istumisen, seisomisen sekä liikkeet. Ryhti ja kehon liikkeet ovat opittuja tapoja, jotka saavat vaikutteita ja ovat siten osa ympärillä olevaa kulttuuria.¹²³

5.5.1 Tuntoaistiin liittyviä havaintoja

Toisessa sairaalassa oli liikunnan suhteen melko omatoimisia potilaita. He kävelivät käytävillä yksikseen ja istuskelivat yleisessä tilassa. Kahdella osastolla potilaat makailivat sängyissään. Kosketuksena heidän ihollaan tuntuivat peitot ja alla olevat lakanat. Monet olivat peitettynä vuoteessansa kaulaa myöten (kuva 64).



Kuva 64. Peiton kosketus

Sairaaloista oli erilaisia kosketuspintamateriaaleja varsinkin osastojen olohuoneissa. Ryijy seinällä (kuva 65) ja erilaiset pintamateriaalit (kuva 66) kuten lasi, puupinta, nahka, kangas jne. olivat esimerkkeinä tästä. Kuitenkin erilaiset pinnat olivat ”käytössä” vain katseen, ei niinkään toiminnan avulla.

¹²³ Tuan 1993, 36.



Kuva 65. Lämpimältä ja pehmeältä tuntuva ryijypintaa



Kuva 66. Erituntuksia pintamateriaaleja

Toisessa sairaalassa yhdellä osastolla potilaat olivat menneet suurimmaksi osaksi yhteisen ruokapöydän ääreen yleisiin tiloihin. Muilla osastoilla potilaat liikkuvat vaihtelevasti. Oli huoneita, joissa potilaat vain makasivat peittojen alla, toisaalta jotkut olivat kävelemässä käytävillä. Tässä sairaalassa oli joillakin potilailla kosketeltavaa materiaalia, esimerkiksi pehmeä räsynukke.

Apuvälineitä liikkumiseen oli molemmissa sairaaloissa. Pyörätuoleja, rollaattoreita jne. oli myös käyttämättöminä joidenkin huoneiden nurkissa. Minkäänlaisia voimistelu- ja liikuntavälineitä ei ollut, esimerkiksi pallot, hernepusseja tai polkulaitteita eivät ainakaan olleet näkyvillä. Pitkillä käytävillä oli molemmissa sairaaloissa kävelykaiteet potilaan omatoimisen kävelyharjoituksen tueksi.



Kuva 67. Lasitettu parveke

Ulkoilumahdollisuuksia ei kummassakaan sairaalassa potilaille juuri ollut, ainakaan talviaikana. Uudemman sairaalan jokaisella osastolla oli parvekkeet (kuva 67) ja ensimmäisen kerroksen potilashuoneista olisi päässyt pihalle (kuva 68).



Kuva 68. Sairaalapiha talviasussa

Vanhemmassa sairaalassa yhdellä osastolla oli parveke, mutta se ei ollut potilaiden virkistyskäytössä. Kosketus ulkomaailmaan jäi ikkunan takaa mielikuvin toteutettavaksi molemmissa sairaaloissa (kuva 69 ja 70).



Kuva 69. Luontoa ja elämää



Kuva 70. Maisema toisesta kerroksesta

5.5.2 Tuntoaistiin liittyviä kehittämis ehdotuksia

Liikkeitä tulisi harjoittaa ja ylläpitää kokonaisvaltaisesti päivittäin, jotta ne säilyisivät mahdollisimman pitkään. Liikunnan avulla myös kehon liikeaisti sekä avaruudellisen hahmottamisen taju pysyvät kunnossa. Pitkäaikaissairaalassa potilaita ei nosteta välttämättä ylös sängyistään edes päivittäin. Ympäristöön tutustuminen omassa huoneessa jää tällöin vain vuoteesta tarkastelun varaan. Potilaille ei ole sen tähden valinnan vapautta esimerkiksi siitä, mitä haluaisivat ympäristössään kokea: haluavatko katsoa ikkunasta ulos, tarkastella seiniltä maalauksia, kuunnella radiota tai vain nauttia pystyssä olost ja omasta kehosta ja sen liikkeistä.

Tuan kirjoittaa, että ihminen haluaa tuntea maailman kauneuden ja ihmisen fyysinen ympäristö herää eloon välittömästi, kun sitä koskettaa edes vähän.¹²⁴ Tämä asettaa haasteita pitkäaikaissairaiden hoitoympäristöille. Vaikka

¹²⁴ Tuan 1993, 43.

potilashuoneen ikkunasta katsominen tuokin mukanaan esteettistä nautintoa, niin siitä aiheutuva kokemus voi jäädä ”pinnalliseksi”. Jos pitkäaikaissairaat voisivat kosketella luonnonmateriaaleja kuten hiekkaa, multaa, puuta, ruohoa jne., ikkunasta avautuva maisema voisi muuttua muistojen kautta todelliseksi.

Kaikilla ihmisillä on varmasti myös omat mielipaikkansa. Kalevi Korpelan ja Marketta Kytän mukaan ne tuovat lohtua ja auttavat ihmistä elpymään. Usein mielipaikat sijaitsevat luonnossa tai ovat jotenkin kosketuksissa siihen.¹²⁵ Kuitenkin mahdollisuudet mielipaikan kokemiseen luonnossa ovat nykyajan pitkäaikaissairaaloissa minimaaliset. Luontokokemus rakentuu yleensä pelkän muistin varaan ikkunan läpi katsottuna.¹²⁶ von Bonsdorffin mukaan asukkaan ympäristösuhde on intiimi yleensä ympäristön tuttuuden takia. Kuitenkin sellaiset paikat, joissa ihminen ei ole käynyt, voivat tulla hyvin läheisiksi.¹²⁷

Retket ulos pihalle, puistoon tai kaupunkiin voisivat rakentaa osaltaan hyvää elämää potilaalle. Ulkoilma iholla, kosteus, tuuli jne. välittyvät kosketuksen kautta ja ovat nautinnon tärkeitä elementtejä. Myös mahdollisuus oleilla parvekkeilla tai puutarhahuoneessa voivat tarjota nautintoa ja hyvää elämää suuressa määrin. Parvekkeiden muuttaminen toiminnallisiksi oleskelutiloiksi tai talvipuutarhoiksi hoidettavine kasveineen toisi tunnetta luonnonympäristöstä. Pienet pöytähiekkalaatikot, joiden hienoon sanaan voisi piirrellä kuvia sormella tai tikulla ja ruohomättäät erilaisissa astioissa myös huonetilassa voisivat olla yksi tie tähän.

Bachelard kuvailee tunto- ja liikeaistin synnyttämän toiminnallisuuden vaikutusta nimenomaan kodin muistojen herättäjänä. Kodin muistelemisen voi saada ihmisen mielessä kullanhoitoisen merkityksen nykypäivänä. Eräät aikanaan ”turhilta” tuntuneet asiat voivat muuttua tärkeiksi. Tällaisia asioita ovat esimerkiksi kotitöiden teko ja niihin liittyvä luovuuden aspekti. Bachelard näkee kotitöiden tekemisen talon aktiivisena varjelemisena. Töinä, jotka liittävät

¹²⁵ Korpela & Kyttä 1997, 135.

¹²⁶ C.M. Tennessen ja B. Cimprick (1995) ovat käsitelleet luonnonnäköaloja ikkunan kautta, ks. Cold & al. 1998, 233-234.

¹²⁷ von Bonsdorff 2002, 307.

yhteen lähimenneisyyden ja tulevaisuuden.¹²⁸ Huonekalujen tai pöydän pintojen kiillottaminen ja peseminen tai pölyjen pyyhkiminen ovat töitä, joita pitkäaikaissairaalan potilaat osaavat omissa huoneissaan tehdä. Pitkäaikaispotilaat ovat suurimmaksi osaksi myös sukupolvea, jolloin naisen kunnia-asiana oli kodin sisätilojen viihtyisyyden ja siisteyden ylläpito, miehen taas ulkopuolen ja talon ryhdikkyuden säilyttäminen. Kotityöt ovat olleet tärkeitä tekijöitä elämän arjessa.

Varsinkin pitkään, paljon vuoteissa olevien potilaiden kehokuva saattaa heiketä tai jopa kadota olemattomiin. Siihen voi vaikuttaa osaltaan erilaiset aisteihin vaikuttavat sairaudet, mutta myös ympäristö. Esimerkiksi hoitajat ja omaiset tarjoavat potilaalle ilmeiden ja kehon liikkeiden heijastumia konkreettisesti. Kehon kosketus ja ääri rajojen tunteminen taas auttavat potilasta säilyttämään oman kehon rajatuntemukset. Erilaiset kehoon ja mielihyvään liittyvät hoitomuodot voisivatkin olla esteettistä ympäristökokemusta tuovia lisiä päivittäiseen hoitoon ja hoivatyöhön. Käsien ja sormien hieronta, kynsien hoito, hiusten laittaminen kauniiksi päivittäin, kasvojen hoito ja hieronta, jalkojen hieronta ja erilaiset kevyet vartalohieronnat ovat esimerkkejä tällaisesta toiminnasta.

Pitkäaikaissairaalan potilashuoneissa ei ole yleensä varustuksena kokovartalopeiliä. Kuva, jonka potilas näkee itsestään, on hyvin rajoittunut. Pesuhuoneessa on kyllä pieni kasvopeili lavuaarin päällä tai yöpöydän laatikossa vieläkin pienempi käsipeili. Nykypäivän pitkäaikaissairaalat, etenkin naiset, ovat liki kaikki tottuneet vilkaisemaan peiliin ainakin kodista poistuessaan. Myös ennen vieraiden vastaanottamista on peilaus ollut tärkeä toimitus. Emily Bradyn mukaan ihminen on tietoinen persoonallisen identiteetin ja kasvojen välisestä yhteydestä. Siksi ihminen haluaa olla kasvotusten itsensä kanssa. Peili ja esimerkiksi valokuvat voivat olla ainoita heijastuksia itsestä ja omasta esteettisyydestä.¹²⁹ Kokovartalopeilin hankinta potilashuoneeseen ei ole suuri taloudellinen sijoitus. Paitsi kehokuvan säilymisen vahvistajana, peiliä voisi

¹²⁸ Bachelard 2003,180.

¹²⁹ Brady 1999, 86–87.

potilashuoneissa käyttää esteettisyyttä lisäävänä sisustuselementtinä. Peili tuo esimerkiksi kotoisuutta, antaa avaruuden tuntua pieneen tilaan, lisää valon heijastumista ja määrää synkässä tilassa.

Tuanin mukaan vanhemmat ihmiset voivat olla kiintyneitä tavallisiin esineisiin tai innostua niistä. Innostuminen on kuitenkin erilaista kuin lapsilla. Se on hiljaista, vakavaa ja nostalgista. Kuitenkin myös vanhemmat ihmiset osaavat lasten lailla korvaavien esineiden käytön. Suhde tavaroihin on kuitenkin erilainen elämäkokemuksen takia.¹³⁰

Tärkeää on, että potilas saa mahdollisuuden kosketella ympäristössään olevia tavaroita. Päivittäin tapahtuvat kontrastien kokemukset, esimerkiksi sileän pinnan ja karheen pinnan silytys stimuloivat potilasta (vaikkapa erilaisista materiaaleista valmistettujen koristetyynyjen kautta), aktivoivat ympäristökokemukselle ja nostavat mieleen muistamisen arvoisia asioita eletystä elämästä. Erilaisten pintojen käsin koskettelu voi tuoda myös sisältöä, vaihtelua ja iloa arkeen. Hoitaja voi aktivoida potilasta tunnustelemaan ympäristöä tai esineitä muillakin tavoilla kuin käsin. Esimerkiksi jalat ovat oivallinen tunnustelun väline ja tuovat sisäisen mielikuvan omasta pituudesta, kehon rajojen loppumisesta.

¹³⁰ Tuan 1993, 29–30.

6 Pohdinta

Olen jakanut pohdintaosuuden kahteen osaan, joista ensimmäisessä tarkastelen sekä tutkimustuloksia vastaamalla tutkimuskysymyksiin että tutkimusmenetelmään ja -etiikkaan liittyviä asioita. Toisessa osassa käsittelen tutkimustulosten yleistettävyyttä ja pohdin tulosten kautta pitkäaikaishoitilaiden hoitoa ja tutkimustiedon vaikutusta sosiaali- ja terveydenhuollon koulutukseen. Lopussa on muutama ehdotelma soveltavan estetiikan alaan kuuluvista uusista tutkimusaiheista.

6.1 Tutkimustulosten tarkastelua

Tutkimuksen ensimmäisessä vaiheessa selvittelin kahden kotkalaisen terveystieteiden sairaalan, joita nimitän pitkäaikaissairaaloiksi, ympäristöä. Ensimmäisenä tutkimuskysymyksenä oli minkälaisessa paikassa pitkäaikaishoitilaidet elävät. Varsinaiset tutkimustulokset ovat jaoteltuina teoriaosuuden yhteydestä sekä kuvina että tekstinä. Olen kuvaillut teoriaosuuden eri kohdissa ympäristön laatua omien havaintojeni pohjalta.

Toisena kysymyksenä halusin tarkastella, minkälainen tämä ympäristö on esteettisten visuaalisten kokemusten herättäjänä. Visuaalisuus korostuu kaikkein eniten eri aistein tekemistäni havainnoista, sillä sitä oli selkein havainnoida ja tallentaa muistiin kuvina.

Sekä valokuvaustilanteiden että kuvien katsomisen ja analysoinnin aikana tulin vakuuttuneeksi siitä, että pitkäaikaissairaaloiden hoitohenkilökunnalle ei ole lainkaan samantekevää minkälaisessa ympäristössä potilaat elävät. Hoitajat olivat selvästi oivaltaneet jossain määrin potilasympäristön viihtyisyyden luomisen ja ylläpitämisen oman työnsä osa-alueeksi: seinillä oli kuvia ja tauluja, olohuoneet oli pyritty sisustamaan mahdollisimman viihtyisiksi. Päättelinkin, että jokaisella osastolla henkilökunnalla oli ymmärrystä fyysisen ympäristön merkityksestä sosiaalisen ja psyykkisen ympäristön syntyyn ja kokemiseen potilaan näkökulmasta. Kaksi osastoa, jotka olivat erityisesti muistihäiriöisten

kuntoutukseen suuntautuneita, olivat hyvin lämmintunnelmaisia ja kodikkaan oloisia.

Joillakin osastoilla ympäristö oli kuitenkin melko kalsea, esimerkiksi väriensä puolesta. Vanhustenhoidossa lämpimät sävyt ja voimakkaat värit voisivat tuoda pirteää tunnelmaa ympäristöön.¹³¹ Tätä voisi perustella sillä, että usein vanhusten näköaisti on huonontunut, neutraalit värit eivät erotu ympäristöstä. Valaistus ei ollut myöskään mitenkään tunnelmaa luova. Katossa loistivat pelkät kirkkaat yleisvalot tai vuoteiden yläpäissä kehnot lukulamput. Erilaisilla valaisimilla, vaikkapa jalkalampuilla ja pehmeillä seinävaloilla tai epäsuoralla valaistuksella, voisi saada lisää tunnelmaa tiloihin.

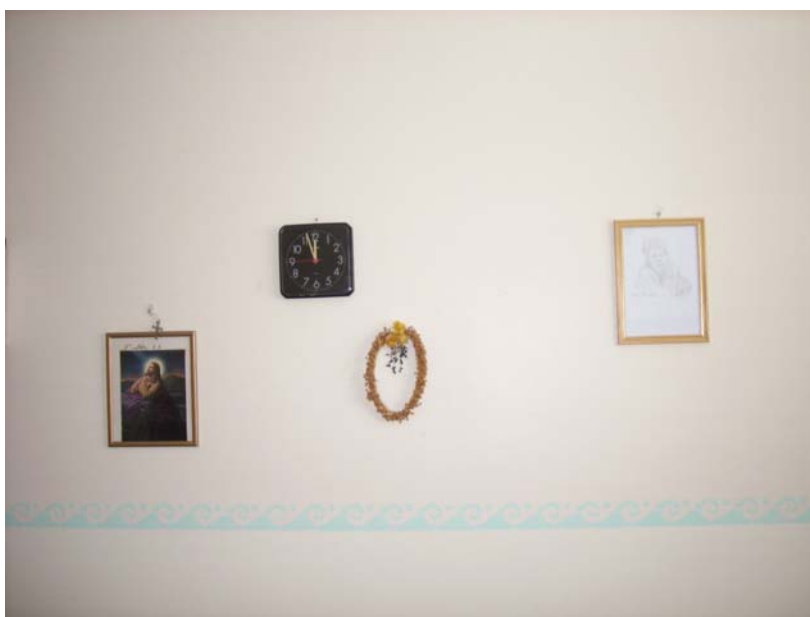
Kahden saattohoituhuoneen tunnelma poikkesi muiden potilashuoneiden tunnelmasta huomattavasti. Böhme puhuu astumisesta tunnelmaan. Hän erottaa kaksi erilaista tunnelmaan astumisen muotoa, kontrasti- ja ingressikokemuksen.¹³² Näihin tiloihin astuttaessa koin ihmeellisen tunteen, kontrastikokemuksen. Mennessäni huoneisiin luulin niiden olevan samanlaisia kuin osastojen muut potilashuoneet, kliinisiä ja kalseita. Huoneiden tunnelma sai kuitenkin minussa välittömästi aikaan levollisuuden ja rauhan tunteen. Huoneiden väritys oli voimakas ja verhot olivat kauniit. Myös valaistus näissä huoneissa oli pehmeämpi kuin muissa, valon ja varjojen kontrastit muodostuivat lempeiksi. Kyseessä ei ollut kuitenkaan pelkkä näköaistihavainto, vaan koin jotakin koko kehollani.

Mietin, mitä potilasympäristölle voisi helposti tehdä, jotta se muuttuisi yhä enemmän potilaita palvelevaksi, viihtyisäksi, esteettiseksi ympäristöksi. Näköaistin kautta esteettistä nautintoa herättäviä tekijöitä oli molemmissa sairaaloissa niukasti. Usein on kyse hyvin pienien asioiden muuttamisesta. Hoitajat eivät ehkä kiinnitä kuitenkaan niihin huomiota, sillä ympäristöön turtuu. Hoitajien tulisikin tietoisesti paneutua siihen, mitä potilas sängystään havaitsee.

¹³¹ B. Mikellides (1988) on käsitellyt värien psykologista vaikutusta, ks. Cold & al. 1998, 185 - 186.

¹³² Forss 2007, 114.

Tauluja oli sairaaloiden yleisissä tiloissa ja varsinkin potilashuoneissa todella vähän, lehti- tai valokuvia taas jonkin verran enemmän. Kiinnitin huomiota esimerkiksi taulujen ja kuvien sijoitteluun. Tuntui, että niitä oli sijoitettu huoneisiin mihin kohtaan vain, ajattelematta niiden sijaintia potilaaseen nähden. Myös taulujen keskinäinen sijoittelu oli ongelmallinen (kuva 71).



Kuva 71. Kuvien keskinäinen sijoittelu

Tasapainoinen, toisiinsa suhteutettu taulujen sijoittelu sivu- tai vastaseinälle potilaasta mahdollistaisi niiden katselun vuoteesta. Myös kuvien ja taulujen kehyksiin kannattaisi kiinnittää huomiota. Yhdenmukaisuus ja huoneen/ taulun väritystä myötäilevät kehykset olisivat varmasti paikallaan. Kehykset myös viimeistelevät kuvan, julisteen tai taulun, tekevät siitä laadukkaan. Sijoittelu ja kehykset toisivat myös huoneeseen rytmiä; tunteen siitä, että huone on sopusointuinen ja tyylikäs, ei mikä tahansa ympäristö. Valokuvat oli yleensä suurennettu ja laitettu lasin alle, mutta niissäkin taustan viimeistely oli ontuvaa (kuva 72).



Kuva 72. Vanhoja valokuvia tauluina

Yhden ainoan kuvan sisältö, sijoittelu ja värit tekivät poikkeuksen. Eräässä huoneessa oli merenranta-aiheinen taidejäljennös (juliste). Kuvassa oli raikkaat värit, se oli riittävän iso ja siinä oli mukavan positiivinen ja valoisa tunnelma (kuva 73). Tätä kuvaa, niin kuin monia muitakaan, ei ollut laitettu minkäänlaisiin kehyksiin tai lasin alle. Siksi sekin oli rypistynyt ja nuhraantunut.



Kuva 73. Taidejuliste

Taulujen aiheisältöihin ja tekniseen laatuun sekä väreihin kannattaisi myös kiinnittää huomiota. Potilashuoneiden seinien taidejäljennökset ja lehtikuvat olivat sisällöltään hyvin eri aiheisia: Pariisin katuelämää (kuva 74), lappalaisten elämää, kukkatauluja, naiskuvia jne. Kuvat olivat paljon yksityiskohtia sisältäviä ja omalla tavallaan mielenkiintoisia, mutta kuvina pieniä, vaikeaselkoisia ja väritykseltään hailakoita. Niitä oli läheltäkin katsoen vaikea hahmottaa (kuva 75).



Kuva 74. Pariisin katuelämää



Kuva 75. Pienikokoinen taulu sijoitettuna vuoteen vastakkaiselle seinälle

Hyviä ja laadukkaita sekä suhteellisen edullisia taidejulisteita on saatavissa paljon. Niiden käyttöä voisi varmasti lisätä huoneen esteettisyyden kasvattajana. Olisi mielenkiintoista, jos potilashuoneiden seinille voisi maalata esimerkiksi seinämaalauksia (ei välttämättä koko seinää, vaan jokin pieni osa seinästä potilaan näköetäisyydeltä) tai kuvioita kattoon, jonne monet potilaat tuijottavat päivisin paljon. Eräs sairaanhoitaja ehdottikin minulle, että eikö kattoon voisi maalata esimerkiksi tähtiä. Kenenkään potilaan kohdalla katossa ei ollut mitään katsottavaa.

Joissakin huoneissa (varsinkin dementikkojen osastoilla) oli sängyissä ja ikkunalla pehmoleluja ja esimerkiksi vanha nukke. Ne puolustavat paikkaansa kosketuksen ja hellyydenosoituksen kohteina, mutta niiden ulkoasua tulisi myös miettiä. Millainen pehmolelu on tarpeeksi arvokas vanhukselle? Joidenkin huoneiden seinillä ja osastojen käytävillä oli kangastöitä, esimerkiksi täkänöitä, silkkitauluja ja pikku ryijy. Niiden värit oli hyvin hailakka ja niiden sijoittelu ongelmallinen. Esimerkiksi kahden linnun kuvaa oli vaikea erottaa seinältä (kuva 76).



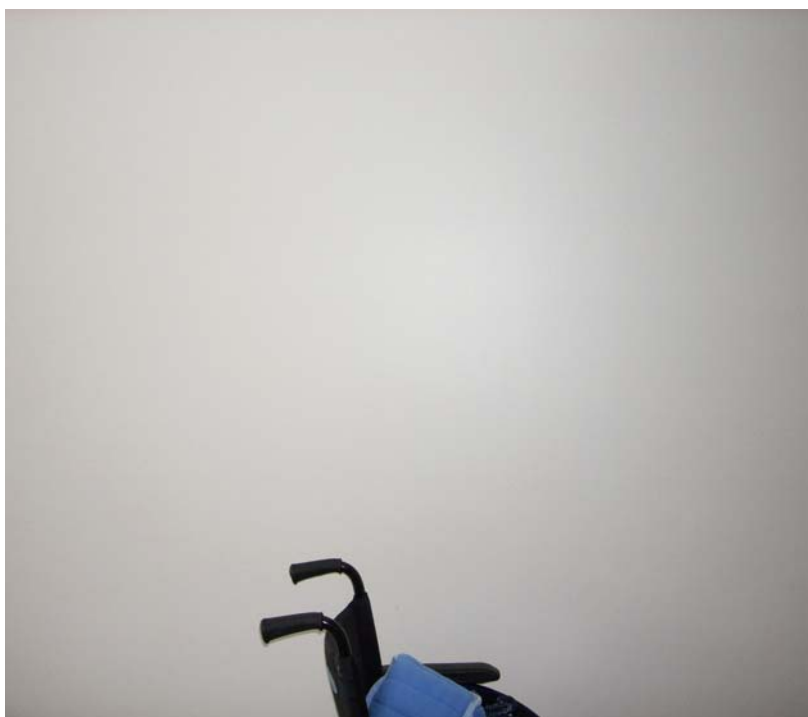
Kuva 76. Vaikeasti hahmotettava kudonnaistyö

Huoneen tekstiilejä voisi tarkastella kokonaisvaltaisesti. Esimerkiksi värivalinta ja siitä pitäminen on aina subjektiivinen asia, mutta tietty päävärin ja täydentävän värin käyttö luo tasapainoisuutta sisustukseen. Myös erilaiset pintamateriaalit toisivat vaihtelua katselemiseen. Niinkin pieni asia kuin tapettien ja maalatun pinnan vaihtelu toi mielenkiintoa potilashuoneeseen. Ikkunoiden maisemaa voisi myös hyödyntää enemmän. Kannattaisikin varmaan miettiä, pitääkö säleverhojen olla aina edessä ja onko ehkä olemassa jokin keino, jolla myös vuodepotilas pääsisi päivittäin maiseman lähelle.

Potilashuoneet toimivat usein liikkumisen apuvälineiden säilytyspaikkoina. Pyörätuolit, rollaattorit ja siirtolaitteet vievät paljon tilaa huoneessa, joten yleinen liikkumatila huoneessa jäi pieneksi ja hankalaksi liikkua. Apuvälineiden säilytys olisi hyvä miettiä varmasti aivan uudella tavalla (kuvat 77 ja 78).



Kuva 77. Rollaattori huoneen päätyseinustalla



Kuva 78. Näkymä pyörätuolista sängyn pohjalta

Hoitovälineitten yleinen järjestys tuntui olevan kaikissa potilashuoneissa ongelmallinen. Keskitettyä tai ovien takana olevaa paikkaa niille ei tuntunut olevan. Hoitovoiteet, suojakäsinepaketit, kroonikkovaipat jne. oli asetettu seinillä oleville avohyllyille. Hyllyt olivat taas nähtävissä ovesta sisään astuttaessa heti ensimmäisenä (kuva 79). Vaikka kaikki edellä luetellut ovatkin välttämättömiä hoitoon liittyviä välineitä, ei niiden tarvitse olla huomiota herättävästi näkyvillä. Se ei tue ajatusta sairaalasta esteettisenä ympäristönä.

Kaikissa potilashuoneissa on kaappeja. Voisi varmaan laittaa välineet sinne, tai ainakin keskittää ne yhteen paikkaan, sellaiseen, mikä ei ole juuri silmien korkeudella. Sairaalassa eläminen voi olla potilaan itsetunnolle alentava asia. Ei ole mukavaa, että esimerkiksi kroonikkovaippapaketteja tai jotakin muuta hyvin intiimiä hoitoon liittyvää on esillä, kaikkien vieraiden katsottavana.



Kuva 79. Kertakäyttökäsinpakettit ja kroonikkovaipat koristehyllyllä

Usein hoitovälineet oli asetettu yhteen kukkien ja koristeiden kanssa avohyllyille (kuva 80) tai sitten hyllyt olivat täysin avarat ja tyhjä. Näille avohyllyille voisi asettaa potilaan iloksi esineitä ja asetelmia (potilaan tai sairaalan omia), jotka kutsuvat luokseen vaikkapa koskettamaan ja haistelemaan. Sieltä myös hoitajan olisi hyvä helposti ja nopeasti ottaa esineitä potilaan virikkeiksi erilaisissa hoitotilanteissa.



Kuva 80. Koristeet ja käyttötavarat sekaisin

Minua mietitytti valokuvauksen jälkeen edelleen, pitääkö pitkäaikaispotilaiden odottaa saattohoitovaiheeseen asti, ennen kuin he pääsevät sellaiseen ympäristöön, jonka sisustus on tarkoin harkittu? Miksei tähän tilanteeseen voisi päästä jo aikaisemmin? Olisi tärkeää, että potilas voisi kokea sairaalaympäristön omakseen, olla siitä ylpeä ja nauttia sen antamasta esteettisestä nautinnosta (kuva 81) ja samalla käyttää sitä terveyttä edistävänä voimavarana.



Kuva 81. Jouluisia kukkia nautinnon tuojina

Tutkielman pro gradu -vaiheessa hain vastausta ensinnäkin siihen, minkälainen on pitkäaikaispotilaan laadukas esteettinen ympäristö. Toisena kysymyksenä taas oli, miten laadukas esteettinen ympäristö hahmottuu kuulon, tuntoaistin, haju- ja makuaistin kautta. Nyt huomaan, että minun olisi pitänyt asettaa kysymykset toiseen järjestykseen. En voi saada vastausta siihen minkälainen on laadukas esteettinen ympäristö, jos en tiedä ensin, miten aistiminen hahmottuu kaikkien aistien kautta. Pohdinkin tässä nyt vastausta ensin toiseen kysymykseen ja vasta sitten ensimmäiseen kysymykseen.

Kirjallisuuden perusteella näkemykseni esteettisestä ympäristöstä laajeni paljon. Ensinnäkin tulin siihen tulokseen, että esteettinen kokeminen ei ole missään nimessä sidoksissa pelkästään näköaistiin, vaan on kaikkien aistien yhteinen

tuotos. Synestesia muodostaakin tärkeän osan esteettisestä kokemisesta. Sen avulla ihminen voi aistia asiakokonaisuuksia. Myös keho ja kosketus ovat tärkeitä esteettisessä kokemisessa. Esteettinen kokeminen on aktiivinen, vuorovaikutteinen tapahtuma.

Ihminen siis aistii ympäristönsä kaikilla aisteillaan, joiden käytön hän oppii jo lapsuudessa. Aistiminen kehittyy automaatioksi. Aistiessaan ja tehdessään havaintoja ihminen on myös osa ympäristöään. Hän aistii ympäristöään jokaisella solullaan, joko tarkkaillen sitä aktiivisesti tai kokonaisvaltaisesti fokusoimattomasti. Fokusoimattomassa tarkastelussa hiljaisen estetiikan kokemus on kaikkein tiedostamattominta. Se on kuitenkin aistittavissa välittömästi tilaan astuttaessa. Vasta sen jälkeen hiljaisen estetiikan elementit ovat tiedostaen analysoitavissa.

Pitkäaikaispotilaan laadukas esteettinen ympäristö on sellainen, jossa on huomioitu potilaan kaikkien aistien stimulointi eli ärsyttämismahdollisuus. Se on paikka, joka antaa mahdollisuuden luonnonympäristöstä ja rakennetusta ympäristöstä nauttimiseen kaikin aistein. Laadukas esteettinen ympäristö on hyvin monitahoinen. Se heijastaa aikaa sekä menneisyyteen että tulevaisuuteen päin ja auttaa potilasta kokemaan mielihyvää. Menneisyydessä jokaisella on oma kulttuurihistoriallinen taustansa ja kollektiivinen muistinsa. Pitkälle tästä johtuen esteettinen ympäristö on myös subjektiivinen kokemus. Esteettiseen kokemukseen liittyy hiljainen estetiikka, muistot, unelmat ja niiden vaaliminen.

Jokaisella potilaalla tulisikin pitkäaikaissairaalassa olla mahdollisuus aistien aktivoinnin lisäksi lepoon, rauhaan ja mielipaikan löytämiseen itselleen. Vuorovaikutus henkilökunnan, omaisten ja muiden potilaiden kanssa on yksi esteettisen ympäristön tekijä. Esteettisen ilmapiirin ja tunnelman kokeminen onkin yksi osa tasapainoisen fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen ympäristön laadukasta esteettistä kokemista.

Kolmas pro gradu- tutkielmani kysymys kuului: Miten sairaalahenkilökunta voi tukea pitkäaikaispotilaan esteettistä ympäristökokemusta? Esteettisen

ympäristökokemuksen aistimisessa korostetaan potilaan omaa aktiivisuutta, hahmottamista ja kaikkien aistien käyttöä. Synestesian avulla ihminen voi kokea asioita ja kokonaisuuksia, vaikka kaikki aistit eivät olisikaan enää käytössä.

Kaikki potilaat eivät pysty itse liikkumaan, saati tutkimaan ja koskettelemaan ympäristöään. Hoitajan tehtävänä on asettua potilaan asemaan, miettiä elämää hänen näkökulmastaan ja järjestää esteettisiä kokemuksia potilaille arjen eri tilanteissa päivittäin. Erilaiset esineet, niiden koskettelu ja katselu ovat yksi osa potilaan esteettisen kokemisen mahdollistavista asioista. Myös vuorovaikutustilanne potilasta hoidettaessa sekä yleisen ilmapiirin ja tunnelman luominen potilashuoneeseen ja osastolle ovat tärkeitä elementtejä.

Tutkimusmenetelmän käyttökelpoisuus ja eettiset pohdinnat sen käytöstä.

Toinen sairaaloista on muuttanut perustoiminnoiltaan sen jälkeen, kun suoritin valokuvauksen siellä. Siitä on tullut ns. kuntoutus- ja akuuttisairaala, ei niinkään pitkäaikaishoitoon tarkoitettu. Tämä asia ei kuitenkaan haittaa tutkimusselvityäni, sillä kyseessä oli silloin pitkäaikaissairaala ja toisaalta sairaalan esteettisen ympäristön tutkiminen on tavallaan kaikkia sairaalaympäristöjä koskeva. Valokuvien kautta syntyy kokonaiskuva potilaiden lähiympäristöstä: mitä se sisältää? Miten paljon siihen ovat vaikuttaneet potilaat itse, miten paljon taas hoitohenkilökunta? Kuvat kertovat siis osan siitä näkemyksestä mikä tässä ajassa on olemassa pitkäaikaispotilaan ympäristöstä. Tämän tutkielman tulokset voivat taas osaltaan auttaa tulevaisuuden hoitoympäristön suunnittelussa ja järjestelyissä.

Tutkielmaan liittyvä valokuvaus herätti ihmisissä paljon mielenkiintoa. Vuodeosastojen potilaiden omaiset ja keskustelemaan kykenevät potilaat olivat yhtä mieltä siitä, että tutkimusaihe on mielenkiintoinen ja tärkeä. He pysähtyivät aidosti pohtimaan aihetta ja keskustelemaan siitä kanssani. Näiden keskustelujen pohjalta teinkin tärkeän havainnon tutkielmani jatkokyötyöön liittyen. Esteettinen ympäristö -käsite vei keskustelukumppaneiden ajatukset välittömästi taiteeseen, etupäässä tauluihin. Henkilökunta ilmaisi useilla osastoilla pahoittelunsa...” kun täällä ei ole paljon tauluja kuvattavana”. Esimerkiksi

värejä ja ikkunoiden takaa avautuvaa maisemaa ei mielletty esteettiseen ympäristöön liittyviksi.

Huomasin kuvatessani melko pian, että vaikka potilaat, omaiset ja henkilökunta olivat positiivisia kannustajia kuvaamisen aikana, he olivat myös kuvaamista ”vaikeuttavia tekijöitä”. En ollut etukäteen osannut ottaa tarpeeksi huomioon sitä, että jo kameran tuominen osastolle ja potilashuoneisiin vaikuttaa monin eri tavoin. Se aktivoi tavattomasti ihmisiä. Jokaisella osastolla ja potilashuoneissa kului paljon aikaa keskusteluun. Tietenkin olin varautunut kertomaan yleisesti siitä mihin käyttöön kuvat tulevat, mutta ihmiset halusivat myös jutella muuten. Kuvaus ei ollutkaan pelkkää ”mekaanista napin painallusta” sanojen kiitos ja näkemiin kera. Se oli paljon enemmän. Se oli kohtaamista, ajatusten vaihtoa, kuulluksi tuleamista jne. Enkä voinut toimia koneellisesti, sillä tilanteet olivat niin mielenkiintoisia ja inhimillisiä. Huomasin muutamia kertoja, että suunnitelmani kuvauksen järjestyksestä (vasen, oikea, ylös ja alas) petti juuri vuorovaikutuksellisista syistä. Kuitenkin kuvasin kaikki ”potilaan” näköalat.

Olin valinnut tietojenkeruumenetelmäksi potilashuoneista digikuvauksen, sillä suuri muistikortti antaa mahdollisuuden ottaa paljon kuvia yhdellä kerralla, digikuvat ovat helppoja tallentavia ja niitä on vaivatonta tarkastella tutkimusta tehdessä. Etukäteissuunnitelmani osoittautui kuitenkin toimimattomaksi kuvien lukumäärien ja kohteiden osalta. Huomasin heti kuvaamiseni aikana, että pelkät huoneen yleiskuvat eivät riitä potilaan ympäristöstä kertomiseen. Ympäristön havainnoitsijana/kuvaajana luon kyllä yleissilmäyksen huoneeseen, mutta voin myös kohdistaa katseeni eri paikkoihin, lähelle ja kauas, yleisestä yksityiskohtiin ja päinvastoin. Näin tekee tietysti potilaskin. Mahdollista on myös, että potilas voi kokea sellaisen esteettisen kokemuksen, mitä kuvasta ei näe. Ronald Hepburn puhuu pyhästä kokemuksesta, joka muodostuu elämäntavasta, aistimisen herkkyydestä, tajunnasta ja ihmisen persoonallisen itsetietoisuuden olemassaolosta.¹³³ Nämä ominaisuudet ovat tietysti kaikilla potilailla erilaisia.

¹³³ Hepburn 1999, 181.

Ajatellen kokonaisvaltaista näkökulmaa ympäristöstä ja valokuvan rajaavuutta, olisi videokamera ollut ehkä parempi kuvausväline. Siihen olisi saanut tallennettua myös äänet ja liikkeen. Kuitenkin aineistonkeruu olisi videoimalla paisunut suunnattomaksi ja tekninen käsittely olisi muodostunut hyvin ongelmalliseksi. Tässä vaiheessa voi aidosti todeta, että ympäristön kuvaaminen oli hyvä ja asioita vahvasti mieleen palauttava menetelmänä, mutta kuvauskokemus oli myös hyvä opettaja. Ilman sitä olisi moni tutkimusetiikkaan liittyvä seikka jäänyt avautumatta.

Valokuvaaminen tutkimusmenetelmänä asettavat työskentelylle omat eettiset ehtonsa. Olin päättänyt, etten kuvaa potilaiden kasvoja. En kuvaa myöskään henkilökuntaa. Potilashuoneissa se oli vaikeaa ja jouduinkin hävittämään jo kamerassa kuvia, joista tunnisti jonkun vanhuksen kasvot. Joihinkin kuviin jäi valitettavasti puolikkaat kasvot tai heijastuskuva potilaasta peilin kautta, sillä en pystynyt huomioimaan kaikkea. Ongelmia kuvien rajauksen suhteen syntyi myös osastojen yleisiä tiloja kuvattaessa. Kuvaus ei toiminut kaavalla: vasen, oikea, takaseinä ja ylös. Näkökulmaa piti vaihtaa, sillä pöydässä tai sohvilla istui potilaita. Heitä ei voinut pyytää poistumaan olohuoneestaan, vaan minun tuli kuvaajana olla sopeutuja. En kuitenkaan käytä tutkielmassani näitä kuvia esimerkkeinä.

Tutkimuslupani koski ainoastaan ympäristön kuvaamista. Huomasin, että ympäristön kautta voi kuitenkin tehdä tunnistettavuushavaintoja potilaista. Henkilökohtaiset, huoneen seiniä somistavat esineet ja yleiset kuvat (esim. Jeesus - taulut ja kotieläinten kuvat) eivät varmaan paljasta ketään. Huoneissa olevat valokuvat: omat hääkuvat, lapset, lastenlapset jne. aiheuttavat tunnistettavuuden ongelman. Niinpä olen valinnut kirjalliseen tutkielmaani sellaisia kuvia, jotka eivät paljasta ihmisten identiteettejä tai jotka on käsitelty tunnistamattomaksi.

Martti Lindqvist on kirjoittanut, että ihmisen ainutlaatuista fyysistä tai psyykkistä kokonaisuutta ei saa loukata tai särkeä.¹³⁴ Tutkielmani tietojen keruun aikana ei ollut aihetta edes miettiä fyysiseen osa-alueeseen kajoamista. Sen sijaan henkinen integriteetti sai minut miettelijäksi valokuvaamisen aikana.

Samaistun helposti toisen ihmisen tunteisiin ja maailmaan sekä haavoittuvuuteen. Koska olin päättänyt, että rajaan ihmiset pois, enkä ota kuvia heistä, toimin niin. (Paitsi kuvaamalla pyynnöstä erään hoitajan omassa työskentely-ympäristössään.) Kuitenkin ajattelin henkisen integriteetin särkyä tilanteissa, joissa menin kameran kanssa potilashuoneisiin. Jotkut potilaat luulivat pääsevänsä kuvaan, vaikka selitin ottavani kuvia vain ”seinistä”. He olivat selvästi innoissaan. Joku jopa kampasi tukkansa ja suoristi vaatteitaan. Pettymys näkyi kasvoilta, kun he huomasivat, etten kuvaa heitä. Tällöin mietin, rikoinko integriteetin periaatetta vastaan.¹³⁵

Ihmisten kanssa työskennellessä tulee aina eteen ennalta arvaamattomia tilanteita. Vaikka yrittäisi kuinka etukäteen selvittää ongelmatilanteet ja ohittaa ne, kukaan ei varmasti onnistu täysin. Mutta tämä tekee ihmisten kanssa työskentelyn mielenkiintoiseksi, samoin humanistisen, laadullisen tutkimuksen. Olin itse ajatellut paneutuvani kuvauksen aikana vain ihmisten ympäristön visuaaliseen tarkasteluun, mutta se ei tietenkään onnistunut irrallisena osana.

6.2 Tulosten hyödyntäminen sosiaali- ja terveysalan koulutuksessa

Tämän tutkielman tekeminen auttoi minua ajattelemaan opetustyötäni hoitajien taidekasvatuksen opettajana syvällisemmin kuin ennen. Tiedän nyt paremmin, mihin minun tulee kiinnittää huomiota tulevassa opetuksessa esteettisen potilasympäristön suhteen. Saattohoidosta ja siihen liittyvästä ympäristöstä ja ympäristön järjestelystä on puhuttu vuosia. Se on mielestäni kantanut hedelmää, ainakin ottamieni kuvien perusteella. Nyt opetuksessa on tullut ehdottomasti

¹³⁴ Kuula, 2006, 33.

¹³⁵ Integriteetin periaate on yksi hoitotyön johtavista periaatteista, jonka mukaan potilas kohdataan kokonaisuutena ja kunnioitetaan hänen fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista eheyttään.

aika puuttua pitkäaikaispotilaan kokonaisvaltaiseen aistimiseen ympäristössä ja sitä kautta arkisen ympäristön kohentamiseen esteettisten kokemusten mahdollistamiseksi.

Hoitajan tehtävänä on hankkia potilaan asuinhuoneeseen erilaisia esineitä ja välineitä, joita katsomalla ja koskemalla potilas voi saada mielikuvissaan ”sosiaalisen yhteyden” esineeseen liittyvään tilanteeseen tai henkilöön. On hyvä, jos esineet ovat potilaan omia, vanhoja, rakkaita tavaroita. Yhteistyö tavaroiden hankinnassa potilaan omaisten kanssa olisikin siksi tarpeellista. Pitkäaikaissairaalan huoneiden seinät ja hyllyt ammottavat tyhjyyttään juuri tällaisten esineiden/välineiden puuttuessa.

Esineiden hankkiminen ei ole käytännössä aivan yksinkertaista. Hoitajat voivat hyvinkin ajatella, että esineiden hankinta ei kuulu heidän toimenkuvaansa. Kuitenkin se varmasti kuuluu, sillä hoitajan tehtävänä on vastata ihmisen psyykkisestä, fyysisestä ja sosiaalisesta hyvinvoinnista. Virikkeettömän, ”tylsän” sairaalatilän huolehtiminen hyvinvointia lisääväksi, esteettisiä kokemuksia tuovaksi tilaksi on juuri tällaista kokonaisvaltaista hoitotyötä.

Vaikka vanhus ei ole missään nimessä vanhetessaan ja pitkäaikaissairaalaan joutuessaan kuin lapsi, niin vertaan silti keskenään lapsia ja aikuisia hoitavia ammattiryhmiä esimerkiksi virikkeiden ja esteettisen ympäristön rakentamisen suhteen. Jos päiväkodit olisivat ”virikkeiltään tai kodikkuusasteeltaan” yhtä neutraaleja kuin pitkäaikaissairaalat, eivät vanhemmat veisi lapsiaan hoitoon sinne. Henkilökunta katsottaisiin varmasti ammattitaidottomaksi ja lapsen kokonaisvaltaisen kasvun ja kehityksen katsottaisiin häiriintyvän tällaisessa paikassa. Myöskään esteettisen varhaiskasvatuksen tavoite ei täytyisi.

Pitkäaikaissairaalan henkilökunta katsotaan ammattitaitoiseksi, vaikka hoito käsittäisi vain pelkän fyysisen hoidon turvaamisen. Kuitenkin hoitofilosofiat puhuvat muuta. Pitkäaikaissairaille on myös tarve ja oikeus kasvaa ja kehittyä, kokea ympäristö kodikkaaksi ja esteettiseksi, nauttia elämästään iästään tai henkisestä kapasiteetistaan riippumatta.

Hoitajien toimenkuva voisikin lähteä liikkeelle hyvinvoinnin, terveydenhoidon ja ennaltaehkäisyn, ei niinkään ongelmien ja sairaanhoidon näkökulmasta. Päiväkodin henkilökunta pohtii säännöllisesti, mitä kehittävää lapsille voisi järjestää seuraavaksi tai miten erilaisissa spontaaneissa hoitotilanteissa voisi luovasti vaikuttaa lapsen kokonaisvaltaiseen kehitykseen. Suunnitelmat tehdään pitkiksi ajoiksi eteenpäin, jopa vuodeksi kerrallaan. Suunnittelutyö ja toteutusvaihe ovat tiimityötä, joten kukaan henkilökunnasta ei rasitu liikaa. Tällainen työskentelytapa voi olla myös työn kannalta motivoivaa ja yksi mielihyvän lähde työntekijälle. Systemi on toimiva.

Samoin voisi toimia myös pitkäaikaissairaaloissa. Työn organisointi uudesta näkökulmasta auttaisi varmasti myös esteettisen ympäristön järjestelyissä ja hoitotilanteissa. Sairaalaan työyhteisönä liittyy kuitenkin pitkäaikainen historiallinen painolasti. Henkilökunnan ja koulutuksen järjestäjien on vaikeaa muuttaa ajatteluaan uudenlaiseksi, sillä pitkäaikaissairaiden hoitamisen juuret ovat pitkät ja vankat. Tavat muuttuvat hitaasti. Vanhakantainen sairaalahierarkia näkyy vielä tämän päivän pitkäaikaissairaaloissa. Siinä potilas ei valitettavasti ole hierarkian huipulla, vaan alimpana. Pitkäaikaissairaala nähdäänkin tällöin ensisijaisesti hoitohenkilökunnan työpaikkana. Tällaisen ajattelun myötä potilaan esteettiset tarpeet voivat olla hyvin kaukana tarpeiden listalla. Niiden tyydyttäminen muodostuukin usein satunnaiseksi ja joidenkin yksittäisten hoitajien omasta mielenkiinnosta nousevaksi osa-alueeksi.

Sosiaalisuuden ylläpito ja siihen liittyvä keskustelu ovat tärkeitä potilaan ympäristökokemuksessa. Hoitajan ei tarvitse etsiä siihen välttämättä edes ylimääräisiä välineitä. Jutusteluaiheiden keksiminen vaikkapa ympäristöstä auttaa hoitajan ja potilaan välistä vuorovaikutusta. Esteettisen ympäristön aktiivinen huomiointi on myös liitettävissä vaivattomasti osaksi hoitoa jokapäiväisten perushoitotoimenpiteiden yhteydessä. Vaikka henkilökuntaa on vähän, niin tällainen hoidon toteuttaminen ei vie aikaa hoitajan työltä. Kysymyshän on usein asenteesta ja uuden näkökulman ottamisesta mukaan omaan työhön.

Lingis mainitsee ihmiselämään liittyvistä tunteiden vastapareista. Nauru ja itku - vastakkaisuuden lisäksi hän kirjoittaa siunauksesta ja kirouksesta. Lingisin mielestä nauru ja kyynelöt ovat reaktioita mielihyvystä ja tuskasta. Ne ovat vahvistus siitä, että ihmisen tunteet ovat tavoittaneet tunnetietoisuuden – joko miellyttävästi tai kipuna.¹³⁶ Hoitoympäristön esteettisillä ominaisuuksilla on merkitystä potilaan mielihyvän kokemukselle, mikä taas osaltaan vaikuttaa hoidon onnistumiseen ja kuntoutumiseen.

Ihmisten herkkyyssaste on yksilöllinen, mutta sairaat ja herkät ihmiset kokevat usein ympäristön ja sen ilmapiirin voimakkaasti, jopa kyyneliin asti. Ympäristöstä tulevat mielihyvän viestit saavat aikaan itsearvostuksen tunnetta. ”Onko tämä laitettu/ hankittu juuri minua varten?” on kysymys, jonka pitkäaikaispotilas lausuu herkästi hymyn kera, vaikkei kyse olisi mistään suuresta. Kevään ensimmäiset leskenlehdet, mielihyvää tuova uutinen lehdessä, nimipäivien muistaminen jne., ovat juuri tällaisia pieniä ilmapiirin ja ympäristökokemuksen esteettiseksi muuttavia asioita. Voisi olla myös tervehdyttävää, jos sairaalaympäristössä kuuluisi iloinen naurunremakka, ainakin aika ajoin. Sellainen levittää usein positiivista mieltä ja elämän uskoa ympäristöön.

Vaikken olekaan kiroukseen uskova, voin hyvin ajatella pitkäaikaissairaiden kohdalla, että he elävät tietynlaisessa ”kirouksessa”. He elävät muiden armoilla, usein vailla todellista itsemääräämisoikeutta omasta tilastaan saati ympäristöstään. Voi tuntua kiroukselta olla liikuntakyvyttömänä, syötettävänä, kävelytettävänä kuukausien tai vuosien ajan vieraalta tuntuvassa ympäristössä. Useat pitkäaikaispotilaat viettävät kaikki vuorokauden hetkensä vuoteessaan puolivalveilla.

Lingis kuvaa tällaista tilannetta hyvin. Kun ihminen makaa esimerkiksi sängyssä, hän kadottaa kaikki aistimuksensa kehoon ja rajoihinsa sekä siihen ytimeen, jonka liikkeellepanevia voimia ovat auringonpaiste, ilman kosteus, maa

¹³⁶ Lingis 1994, 101–102.

tai nesteet yhtä paljon kuin ihminen itse.¹³⁷ Potilas siis vieraantuu vuoteessaan omasta itsestään, joten hoitajien tulisi vahvasti aktivoida häntä. Tärkeää olisikin, että ihmisten mielikuvaa pitkäaikaissairaaloista ja siellä elämisestä voisi pyrkiä rakentamaan eteenpäin positiiviseksi asenteella ”siunattu paikka”.

Siunattu paikka pitää sisällään esteettisen ympäristön, minkä voi kokea kaikilla aisteillaan, synesteettisesti. Siihen liittyy fyysisen ympäristökokemuksen lisäksi psyykkisen ja sosiaalisen ympäristön mukanaan tuoma miellyttävä kokemus. Siihen tulisi kuulua automaattisesti myös ulkoympäristö. Kuitenkin ulkoilumahdollisuus jää useilta pitkäaikaissairailta kokematta jopa vuosien ajalta. Sairaalan pihojen ja parvekkeiden viherrakentaminen voisi olla keino puutteen korjaamiseen. Koulutuksen tulisi panostaa enemmän siihen, että opiskelijat ymmärtäisivät ulkoympäristön merkityksen ihmisen voimaantumiselle ja hyvinvoinnille. Opetuksessa tulisikin teoretiedon lisäksi panostaa esimerkiksi erilaisten käytännön toteutusten järjestämiseen ja opiskelijoiden taitojen kehittämiseen tätä kautta.

Elämä ”siunatussa” pitkäaikaissairaalassa voisi sisältää kokemuksen tasapainoisuudesta ja harmonisuudesta. Sairaaloiden tunnelman kokemiseen liittyy sekä potilaiden että henkilökunnan kollektiivinen muisti. Pitkäaikaissairaalat ovat usein iäkkäitä. He muistavat hyvin samankaltaisina sairaalat, joissa ovat elämänsä aikana käyneet. Vanhukset sopeutuvat sairaalaympäristöön, sillä he eivät välttämättä uskalla vaatia muuta, henkilökunta taas ei ole muunlaista kokenut tai nähnyt. Suurimmalle osalle vanhuksista on kuitenkin kauhistus, että voisi joutua elämänsä loppupäiviksi pitkäaikaissairaalaan. Olisi hyvä asia, jos pitkäaikaissairaala houkuttelisi potilaita asumaan ja viihtymään osastoilla ja potilashuoneissa kodikkaan tunnelman ja ilmapiirin myötä.

Nykyisin potilaan voisi antaa vaikuttaa rakennuksen tuomaan tunnelmaan myös itse, ainakin omassa huoneessaan. Pitkäaikaispotilaan oikeutena on tuntea olevansa ”arvokas minä” kuolemaansa asti. Itsemääräämisoikeus on tärkeä asia

¹³⁷ Lingis 1994, 108.

ihmiselle: se miten saa itse vaikuttaa oman ympäristönsä järjestämiseen. Böhme pitää erityisesti arkkitehtuuria vahvana tunnelman tuottajana. Siinä ovat tärkeitä värit, pintamateriaalit, linjojen muodostus, asetelmat yms.¹³⁸ Arkkitehtonisia arvoja ja rakennusta tulisi kunnioittaa, samoin niissä prosessinomaisesti muuttuvaa tilaa.

Pitkäaikaissairaalan tilojen voisi ajatella ”muuttuvan” omiksi potilaan aktivoinnin, erilaisen tekemisen ja ympäristöön vaikuttamisen kautta. Valitettavan usein potilaat ovat hoitonsa ”katsojaosapuolena”, eivät niinkään aktiivisina toimijoina. Bachelardin mukaan talo voisi alkaa toimia paikkana (ja myös mielestäni kotina) juuri kaikenlaisen osallistavan toiminnan myötä.¹³⁹ Tällaiseen toimintaan on kuitenkin vielä matkaa. Tarvitaan paljon pohtimista, tutkimista ja tutkitun tiedon opettamista hoitajille kaikilla terveyden- ja sosiaalihuollon koulutusasteilla, jotta pitkäaikaissairaaloita suunnitellaan esteettisesti toimiviksi tiloiksi ja ympäristöiksi yhtä luonnollisesti kuin esimerkiksi suunnitellaan ja toteutetaan päivittäiset perushoidolliset toimenpiteet potilaiden kanssa.

Nykyinen suuntaus pitkäaikaishoidossa on kotihoito ja pienet hoivayksiköt. Hoidon trendit vaikuttavat tietenkin käytäntöön, joskus jopa niin, että kauaskantoisia suunnitelmia ei ole ennätetty tehdä. Tutkimuksessani mukana olevista sairaaloista toinen, jonka ympäristöä oli edes jollakin tavalla remontoitu pitkäaikaispotilaita ja dementiapotilaita ajatellen, muutettiin yllättäen, syksystä 2006 lähtien, akuutimpaa hoitoa ja kuntoutusta antavaksi sairaalaksi. Samalla aloitettiin vanhemman sairaalan ”alasarjo”. Mitään virallisia aikatauluja ei ole vielä olemassa, mutta ajallisesti muutos on varmaan pitkä.

Vaikka kotihoitoon ja uuteen laitosrakennukseen tähdittäisiinkin, on varmaa, että pitkäaikaissairaiden vuodepaikkoja tarvitaan aina. Kunnallisten päättäjien ja muutospainneissa työtä tekevän hoitohenkilökunnan olisi hyvä koko ajan muistaa, että potilaat elävät sairaalassa arkeaan joka päivä. Kullekin potilaalle

¹³⁸ Forss 2007, 113.

¹³⁹ Bachelard 2003, 180.

ympäristö on tärkeä juuri silloin kun siellä elää. Ei voi ajatella, että laitetaan ympäristö kuntoon sitten, kun päästään uusiin tiloihin.

Uusien pitkäaikaisvuodeosastojen suunnittelussa tai vanhojen remontoimisessa on hyvä miettiä, minkälainen sairaalaympäristö voisi olla esteettisesti. Sepänmaan mukaan pitkäaikaissairaalan tilojen voisi ajatella muuttuvan omiksi yhteisen tekemisen ja ympäristöön vaikuttamisen kautta. Yhteiseen ympäristösuunnitteluun olisi hyvä liittyä pyrkimys ja halu ratkaista todellisen elämän ongelmatilanteita. Sepänmaa mainitsee, että esteetikko voisi olla yhtenä suunnitteluasiantuntijana ja tuoda esiin omia pohdintojaan ja näkökulmiaan erilaisiin ratkaistaviin asioihin muiden asiantuntijoiden ohella.¹⁴⁰ Esteetikko voisi olla esimerkiksi hoitotyöhön erikoistunut taidekasvattaja, joka on kiinnostunut ympäristöasioista, tai joku muu asiaa potilaan kannalta ajatteleva henkilö.

Uusia tutkimushaasteita. Tutkielmani tuotti mielestäni uutta tietoa, mutta tutkimustulokset eivät tietenkään voi olla yleistettävissä. Tutkielman ensimmäisessä vaiheessa valokuvasin vain yhden paikkakunnan kahta sairaalaa, mutta kuvat antavat viitteitä sairaalaympäristöistä yleensäkin. Teoriatieto esteettisestä ympäristöstä ja ehdotelmista esteettisen ympäristön kehittämiseksi ovat yleistettävissä. Esteettisestä ympäristöstä löysin artikkeleita, kirjoja ja tutkimustuloksia. Kuitenkaan juuri sairaalamailmaan yhdistettynä niitä ei löytynyt. Hanna-Liisa Liikasen väitöskirja vuodelta 2003, ”Taide kohtaa elämän”, oli ainoa laitoshoittoa koskeva tutkimus. Käytin sitä soveltavin osin, sillä tutkimus oli tehty eri näkökulmasta kuin omani. Siinä käsiteltiin laitoksiin liittyviä erilaisia taideprojekteja ja niiden vaikutuksia potilaiden arkielämään.

Minulle heräsi useita erilaisia jatkotutkimusideoita tutkielmaa tehdessäni. Ensinnäkin taidekasvatukseen liittyen olisi hyvä kartoittaa sosiaali- ja terveydenhuollon koulutus. Mitä opetus suunnitelman taide, kulttuuri- ja

140 Sepänmaa 1995, 26. Sepänmaa sanoo myös, että näin hiljainen, ”passiivinen” estetiikka muuttuisi deskriptiivisestä eli kuvailevasta estetiikasta käytännön elämään liittyväksi, aktiiviseksi estetiikaksi. Poliittisiin linjanvetoihin ja toimintaohjelmiin liittyessään sen luonne muuttuisi normatiiviseksi.

esteettisiin tavoitteisiin liitetään sisällöllisesti eri oppilaitoksissa? Onko näitä aineita opettamassa joku alan asiantuntija? Minkälaisia opetusmenetelmiä niiden opetuksessa käytetään? Olisi myös mielenkiintoista tietää opiskelijoiden ja opettajien asennoituminen esteettisen ympäristön järjestelyyn ja merkitykseen sekä sen liittäminen hoitotyöhön. Tässä myös hoitotieteen tutkijat voisivat olla hyvinä yhteistyökumppaneina.

Terveyskeskuksen vuodeosastoilla ja pitkäaikaissairaaloissa lisätutkimus ja kartoitus olisivat myös tarpeen. Olisi mielenkiintoista tehdä asennetutkimus tai kartoitus esimerkiksi siitä kenen toimenkuvaan hoitajien ja muun henkilökunnan mielestä esteettisen ympäristön järjestäminen sairaaloissa kuuluu. Myös julkinen, kunnallinen rakennus- ja ympäristösuunnittelu kaipaisivat omaa tutkimustaan. Kenen tarpeista suunnittelu lähtee liikkeelle? Miten suunnitteluyhteistyötä voisi kehittää hoitohenkilökunnan ja potilaiden kanssa yhdessä? Myös ulkoympäristön suunnittelu ja potilaan tarpeet sen suhteen kaipaisivat omia tutkimuksiaan.

Lähteet

Abram David 1997. *The Spell of the Sensuous: perception and language in a more-than-human world*. New York: Vintage Books.

Allardt Erik 1996. Hyvinvointitutkimus ja elämänpolitiikka. *Janus* vol. 4 (3), 224–24.

Bachelard Gaston 2003. *Tilan poetiikka*. Suomentanut Tarja Roinila. Helsinki: Nemo.

Bardy Marjatta, Haapalainen Riikka, Isotalo Merja & Korhonen Pekka 2007 (toim.) *Taide keskellä elämää*. Helsinki: Like.

Berleant Arnold 1992. *The Aesthetics of Environment*. Philadelphia: Temple University Press.

Berleant Arnold 1995. ”Mitä on ympäristöestetiikka” teoksessa Haapala A., Honkanen M. & Rantala V. (toim.) *Ympäristö, arkkitehtuuri ja estetiikka*. Helsinki: Yliopistopaino, s.66–85.

Berleant Arnold 1999. ”On Getting Along Beautifully: Ideas for a Social Aesthetics”. Teoksessa Bonsdorff von P. & Haapala A. (toim.) *Aesthetics in the Human Environment*. Lahti: [International Institute of Applied Aesthetics], 12-29.

Bonsdorff von Pauline 1998. *The Human Habitat. Aesthetic and axiological perspectives*. Lahti: International Institute of Applied Aesthetics Series Vol. 5.

Bonsdorff von Pauline & Haapala Arto 1999 (toim.) *Aesthetics in the Human Environment*. Lahti: [International Institute of Applied Aesthetics].

Bonsdorff von Pauline 1999. ”Erring Emotions, as Observed Through. J.G. Ballards’s Crash” teoksessa Bonsdorff von Pauline & Haapala Arto (toim.) *Aesthetics in the Human Environment*. Lahti: [International Institute of Applied Aesthetics], 144-164.

Bonsdorff von Pauline 2002. ”Ympäristöestetiikka” teoksessa Kuisma O. (toim.) Suomalainen estetiikka 1900-luvulla. Helsinki: Suomalaisen Kirjallisuuden Seura, 262–336.

Bonsdorff von Pauline 2005. ”Det generösa rummet: miljöns tysta estetik” teoksessa Johansson H., von Martens T. & Wildtgrube M. (toim.) 2005. Kulturkraft. Svenska Kulturfondens och Folkhälsans projekt Konst och Hälsa 2002-2004. Helsingfors: Svenska Kulturfonden: Folkhälsan.

Bonsdorff von Pauline 2007. ”Hiljainen estetiikka”. Teoksessa Bardy M., Haapalainen R., Isotalo M. & Korhonen P. (toim.) Taide keskellä elämää. Helsinki: Like, 75–80.

Brady Emily 1999. ”The Expressive Face”. Teoksessa Bonsdorff von P. & Haapala A. (toim.) Aesthetics in the Human Environment. Lahti:[International Institute of Applied Aesthetics], 70-89.

Burman Christian, Honkanen Martti, KohoTimo, Korpela Kalevi, Kyttä Marketta, Lehtonen Hilikka, Siitonen Petri, Säätelä Simo, Tuovinen Pentti 1991. Ympäristön kokeminen ja havainnollistaminen: Esteettisesti ja laadullisesti korkeatasoinen fyysinen ympäristö ja uudet suunnittelutekniikat. Osa 2. Espoo: Valtion teknillinen tutkimuskeskus (VTT) [Tiedotteita 1235].

Carlson Allen 1994. ”Ympäristöestetiikka” teoksessa Sepänmaa Y. (toim.) Alligaattorin hymy. Ympäristöestetiikan uusi aalto. Suomennos Leevi Lehto. Lahden tutkimus- ja koulutuskeskus. [Helsinki]: Helsingin yliopisto, 105–117.

Cazeaux Clive 2005. The continental aesthetics reader. London: Routledge.

Cold Birgit, Kolstad Arnulf, Larssaether Stig 1998 (eds.) Aesthetics, Well-being and Health – abstracts on theoretical and empirical research within environmental aesthetics. Trondheim: Norsk Form.

Forss Anne-Marie 2007. Paikan estetiikka. Eletyn ja koetun ympäristön fenomenologiaa. Helsinki: Yliopistopaino.

Haapala Arto & Honkanen Martti & Rantala Veikko 2006 (toim.) Ympäristö, arkkitehtuuri, estetiikka. Helsinki: Yliopistopaino.

Haapala Arto & Pulliainen Ukri 1998. Taide ja kauneus: johdatus estetiikkaan. Helsinki: Kirjapaja OY.

Hepburn Ronald 1999. ”Restoring the Sacred: Sacred as a Concept of Aesthetics” teoksessa Bonsdorff von P. & Haapala A. (toim.) *Aesthetics in the Human Environment*. Lahti: [International Institute of Applied Aesthetics], 166-185.

Heimonen Sirkkaliisa & Voutilainen Päivi 2000 (toim.) Kuntouttava työote dementoituvien hoitotyössä. Studia. Helsinki: Kirjayhtymä.

Häggman-Laitila Arja & Kotilainen Helinä 1997. Tämähkö on nyt sitten se paras ratkaisu? Uudentyyppiset ja perinteiset pitkäaikaishoidon tilat vertailussa. Helsinki: Stakes (raportteja 202/1997).

Johansson Heidi, von Martens Tomas & Wildtgrube Margaretha (toim.) 2005. Kulturkraft. Svenska Kulturfondens och Folkhälsans projekt Konst och Hälsa 2002-2004. Helsingfors: Svenska Kulturfonden: Folkhälsan.

Kainulainen Sakari 1998. Elämäntapahtumat ja elämään tyytyväisyys eri sosiaaliluokissa. Kuopio: Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 62.

Kakkuri-Knuutila Marja-Liisa & Heinlahti Kaisa 2006. Mitä on tutkimus? Argumentaatio ja tieteen filosofia. Helsinki: Gaudeamus.

Khatchadourian Haigh 1994. ”Luonnonkauneus ja elämisen taide” Sepänmaa Yrjö (toim.) *Alligaattorin hymy. Ympäristöestetiikan uusi aalto*. Suomennos Leevi Lehto. Lahden tutkimus- ja koulutuskeskus.[Helsinki]: Helsingin yliopisto, 133–137.

Kinnunen Aarne 1990. Esteettisestä elämäyksestä. Helsinki: Yliopistopaino.

Kotilainen Helinä 2000. ”Hoitolaitokset viihtyisiksi ja inhimillisiksi”. Sairaala 1-2/2000, 16–17.

Korpela Kalevi & Kyttä Marketta 1991. ”Ympäristöanalyysi Tampereella” teoksessa Burman, Honkanen, Koho, Korpela, Kyttä, Lehtonen, Siitonen, Säätelä, Tuovinen 1991. Ympäristön kokeminen ja havainnollistaminen: Esteettisesti ja laadullisesti korkeatasoinen fyysinen ympäristö ja uudet suunnittelutekniikat. Osa 2. Espoo: Valtion teknillinen tutkimuskeskus (VTT) [Tiedotteita 1235], 105–140.

Kuisma Oiva 2002. (toim.) Suomalainen estetiikka 1900- luvulla. Helsinki: Suomalaisen Kirjallisuuden Seura.

Kuula Arja 2006. Tutkimusetiikka. Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. Tampere: Vastapaino.

Lahti Pirkko 1996. Suomen Mielenterveysseuran toiminnanjohtajan alustus ”Juurtuminen asumiseen” 11.10.1996 teoksessa Latikka 1997. Tilaa mielenterveydelle: mielenterveys ja fyysinen ympäristö. Helsinki: Stakes (Aiheita 8/1996), liitteet 3-4.

Latikka Anne-Maria 1997. Tilaa mielenterveydelle: mielenterveys ja fyysinen ympäristö. Helsinki: Stakes (Aiheita 8/1996).

Liikanen Hanna- Liisa. Taidetta IIK! laitoskodeissa. Terveyttä kulttuurista. Culture and Health. Kultur ger Hälsa. Taiteen keskustoimikunta, Terveyttä kulttuurista työryhmä, Suomen mielenterveysseura. 2/2000, 1.

Liikanen Hanna-Liisa 2003. Taide kohtaa elämän. Arts in Hospital-hanke ja kulttuuritoiminta itäsuomalaisten hoitoyksikköjen arjessa ja juhlassa. [Suomen mielenterveysseura]. Helsinki.

Lingis Alphonso 1994. *Foreign bodies*. New York: Routledge.

Mäki Oili 2000 ”Muistelu – kuntouttavaa hoitotyötä parhaimmillaan” teoksessa Heimonen Sirkkaliisa & Voutilainen Päivi (toim.) *Kuntouttava työote dementoituvien hoitotyössä*. Studia. Helsinki: Kirjayhtymä, 103–122.

Roos Jeja-Pekka 1994. *Hyvinvoinnin kurjuus*. Janus vol. 2 (2), 187–192.

Sepänmaa Yrjö (toim.) 1994. *Alligaattorin hymy. Ympäristöestetiikan uusi aalto*. Suomennos Leevi Lehto. Lahden tutkimus- ja koulutuskeskus. [Helsinki]: Helsingin yliopisto.

Sepänmaa Yrjö 1994. ”Ympäristöestetiikan uusi aalto”. Teoksessa Sepänmaa Y. (toim.) *Alligaattorin hymy. Ympäristöestetiikan uusi aalto*. Suomennos Leevi Lehto. Lahden tutkimus- ja koulutuskeskus. [Helsinki]: Helsingin yliopisto, 7-12.

Sepänmaa Yrjö 1995. ”Sosiaalinen tilaus soveltavalle estetiikalle” teoksessa Haapala A., Honkanen M. & Rantala V. (toim.) *Ympäristö arkkitehtuuri, estetiikka*. Helsinki: Yliopistopaino, 25–39.

Tapaninen Annika Kotilainen Helinä 2002. ”Ympäristö on osa hyvinvointia” teoksessa Tapaninen ym. *Ympäristö ja hyvinvointi*. Helsinki: Stakes, 85–153.

Tapaninen Annika, Kauppinen Tapani, Kivinen Kirsti, Kotilainen Helinä, Kurenniemi Marja, Pajukoski Marja 2002. *Ympäristö ja hyvinvointi*. Helsinki: Stakes.

Tuan Yi-Fu 1993. *Passing Strange and Wonderful: Aesthetics, Nature, and Culture*. Washington, D.C: Island Press, cop.

Westman Maija-Liisa 2000. *Hoitoympäristön estetiikkaa etsimässä: taidekokemuksia Keski-Suomen sairaanhoitopiirissä*. Jyväskylä: Keski-Suomen sairaanhoitopiiri: Keski-Suomen taidetoimikunta.

Elektroniset lähteet:

Siitonen Juha, 1999. Voimaantumisteorian perusteiden hahmottelua. Opettajankoulutuslaitos: Oulun yliopisto. <http://herkules.oulu.fi/isbn951425340X/html/cfadejai.html> 28.11.2007.

Tilastokeskus, Väestöennuste2007-2040 http://www.tilastokeskus.fi/til/vaenn/2007_2007-05-31_tie_001.html. 28.11.2007.