



kulttuurintutkimus



NUMERO 30 (2013): 2 | TERVEYS



- 1 **Pääkirjoitus: Sinikka Vakimo ja Johanna Uotinen**
Terveys – näkymättömän ja näkyvän rajamailla
- 3 **Jutta Ahlbeck, Päivi Lappalainen, Kati Launis ja Kirsi Tuohela**
Degeneraatio ja modernisoituva Suomi.
Sairauden kulttuuristen merkitysten äärellä
- 16 **Anna-Maria Mäki-Kuutti**
Hyvän arjen valtiaat. *Tohtori Kiminkinen*
ja populaarimedialla julma optimismi
- 27 **Johanna Uotinen**
Puhetta laatikoista, joissa on satunnaisluku-
generaattori. Leikkaussalissa ja teho-osastolla
työskentelevien kokemuksia terveys-
teknologioista
- 41 **Essee: Hannele Harjunen**
Sairaat ja päättömät
- 45 **Esittely: Timo Aho**
LATE – terveyttä toisella tavalla
- 49 **Puheenvuoro: Marja-Liisa Honkasalo**
Kulttuurisesti ehdollinen ja mahdollinen terveys
- 54 **Debatti: Matti Reinikainen & Johanna Uotinen**
Kulttuurintutkijan ja lääketieteilijän debatti
– voiko yhteistä aallonpituutta löytyä?
- 59 **Esittelyt**
- 59 **Kirsi Lumme-Sandt**
Kulttuurisen terveystutkimuksen raamattu.
Marja-Liisa Honkasalo & Hannu Salmi (toim.),
*Terveyttä kulttuurin ehdoilla. Näkökulmia
kulttuuriseen terveystutkimukseen*
- 61 **Mianna Meskus**
Raskaus asiantuntijatiedon ja neuvolasuhteiden
kontekstissa. Riikka Homanen, *Doing Pregnancy,
the Unborn, and the Maternity Healthcare Institution*
- 64 **Kirjauutuuksia**
- 67 **English abstracts**

PÄÄTOIMITTAJAT / EDITORS-IN-CHIEF

Riitta Koikkalainen
✉ riitta.koikkalainen@hyy.fi
Joel Kuortti
✉ joel.kuortti@utu.fi

TOIMITUSSIHTEERI / ASSISTANT EDITOR

Minna Nerg
☎ 050 599 8842
✉ Nykykulttuurin tutkimuskeskus
PL 35
40014 Jyväskylän yliopisto
✉ Research Centre for
Contemporary Culture
PB 35
FIN-40014 University of
Jyväskylä
✉ minna.m.nerg@jyu.fi

TOIMITTAJAT / EDITORS

Juha Herkman
✉ juha.herkman@helsinki.fi
Simo Häyrynen
✉ simo.hayrynen@uef.fi
Toni Lahtinen
✉ toni.lahtinen@uta.fi
Karoliina Lummaa
✉ sakalu@utu.fi
Jussi Ojajarvi
✉ jussi.ojajarvi@oulu.fi

Eeva Peltonen

✉ eeva.peltonen@helsinki.fi
Miiikka Pyykkönen
✉ miiikka.m.pyykkonen@jyu.fi
Tarja Pääjoki
✉ tarja.paaajoki@jyu.fi
Johanna Uotinen
✉ johanna.uotinen@uef.fi
Elina Valovirta
✉ elina.valovirta@utu.fi

Terveys – näkymättömän ja näkyvän rajamailla

Sinikka Vakimo ja Johanna Uotinen

Tämän *Kulttuurintutkimus*-lehden teemana on terveys. Mielenkiintoiseksi tutkimuskohteeksi terveyden (ja siihen liittyvät ilmiöt) tekee se, että terveys on helposti itsessään selvää, määrittymätöntä ja huomaamatonta – kunnes alamme kärsiä sen väheneemisestä tai puutteesta.

On myös hämmentävää, miten terveyden menettämiseen liitetyt uhkakuvat ja niiden torjunta ovat pikkuhiljaa hiipineet osaksi mediaa ja arkeamme ja yhdeksi sosiaalisiksi jäsenysperiaatteeksi. Jaottelua ja järjestyksiä tuotetaan sekä yksilö- että yhteiskuntatasolla: yhtäältä maata hahmotetaan sairastuvuustilastojen perusteella sairastaviin tai hyvinvoiviin maakuntiin ja toisaalta meitä luokitellaan (riski)ryhmiin erilaisten toisiinsa kietoutuneiden tekijöiden – kuten esimerkiksi iän, sukupuolen, sosiaalisen taustan tai jopa ruumiin muodon – perusteella.

Sitä, miltä me näytämme ja mitä me ruumiillamme teemme arvioidaan samassa terveyden vaalimisen hengessä. Yksilöllisyyttä korostavassa kulutuskulttuurissa nämä periaatteessa hyvää tarkoittavat ponnistelut kääntyvät usein moraaliseksi ja normittavaksi diskurssiksi, jossa keskiössä on yhteiskunnallisesta todellisuudesta irrotettu – yleensä myös vähempiosaiseksi, poikkeavaksi määrittyvä – yksilö ja hänen elämänhallintansa. Terveysuhkien välttäminen laajenee kaikille elämän tasoille kansalliseksi ja joskus ylijarjaisiksikin projekteiksi, joissa meitä vaaditaan osallistumaan yhteiseen taistoon vihollista vastaan. Samalla kulttuuriset ja moraaliset käsityksemme

uusiutuvat: hyväksi eli terveelliseksi nähty toiminta (ruumis) alkaa näyttää kauniilta ja siitä poikkeava rumalta ja torjuttavalta.

Kulttuurin ”terveistyminen” ja terveysteemojen tunkeutuminen kaikille yhteiskunnan osa-alueille yksilön identiteetistä ja ruumiista sosiaalisiin ja taloudellispoliittisiin järjestelmiin asti on nähtävissä myös laajenevassa kulttuurisessa terveystutkimuksessa. Se lähestyy kohdettaan – terveyteen ja sairauten kytkeytyvää sosiaalista todellisuutta – muun kulttuurintutkimuksen tavoin monitieteisestä, kriittisestä ja ilmiöiden yhteiskunnalliset, kulttuuriset, ajalliset ja paikalliset yhteydet huomioivasta perspektiivistä.

Kulttuurintutkimuksellinen tutkimusote on olennainen, koska terveys ja sairaus kietoutuvat monisyisesti ihmisenä olemisen peruskysymyksiin. On siis tärkeää nostaa esille muitakin kuin valta-asemassa olevia diskursseja, ruumiillisuuksia ja kokemuksia. Tämä voi tapahtua vain kriittisen, piiloisia yhteiskunnallisia ja sosiaalisia rakenteita ja kulttuurisia ajattelumalleja näkyväksi tekevän tutkimuksen keinoin.

Me teemanumeron toimittajat olemme mielissämme siitä, että juuri Terveysteemanumero saa kunnian olla *Kulttuurintutkimus*-lehden numeroista ensimmäinen, joka julkaistaan kokonaisuudessaan verkkolehtenä. Uskomme ja toivomme, että lehti tavoittaa näin entistä laajemman lukijakunnan.

Degeneraatio ja modernisoituva Suomi

Sairauden kulttuuristen merkitysten jäljillä

Jutta Ahlbeck, Päivi Lappalainen, Kati Launis ja Kirsi Tuohela

Modernisaatio ymmärretään usein edistykseksi, eteenpäin katsovaksi projektiksi. Sillä oli kuitenkin myös ”kipeämpi” puolensa: käynnissä oli konkreettinen ja symbolinen taistelu sairauksia vastaan terveemmän yhteiskunnan puolesta. Tarkastelemme artikkelissamme degeneraation käsitteen avulla sairauspuheen moninaisuutta Suomessa 1800-luvun lopulta toiseen maailmansotaan. Luemme rinnan valtion mielisairaaloiden potilasasiakirjoja sekä kaunokirjallisia ja omaelämäkerrallisia tekstejä, jotka nostavat rappiosta esiin aivan toisenlaisia puolia kuin valistamaan ja kontrolloimaan pyrkivä lääketieteen diskurssi. Kysymme, mikä tuolloin ymmärrettiin sairaudeksi ja millaisia merkityksiä sairastamiselle annettiin suhteessa sukupuoleen, rotuun ja yhteiskuntaluokkaan. Artikkelimme tekee näkyväksi sen, miten moninaisia, risteäviä ja kiisteleviä kertomukset sairastamisesta modernisoituvassa Suomessa olivat.

Kauniin pyhämatkan lopputkaimet olivat Siljalle vaikeat. Sikomäen laella hän oli ajatellut erästä korpitien kohtaa lepopaikakseen; sen hän saavuttikin ja vaipui maahan metsäruohojen keskelle, niin kuin olisi lopullisesti perille päässyt. Ja tavaltaan hän pääsikin. Hänen pitkästä yskästään oli yksi ja toinen jo ohimennen jotain maininnut – ”kun saa suviyskän ei se lähde kuin talvella” – mutta nyt tässä tien vierellä syöksähti ruohon vihreyteen punainen

läiskä. Se tapahtui hänelle nyt ensi kerran, sitä ei ollut kovin paljon, ja pianhan se painui ruohostoon, mutta hetkeksi hän kumminkin horjahti ennenaikaisen kuoleman suunnattomaan hätäännykseen ja tuskaan. (Sillanpää 1988/1931, 323.)

Näin kuvataan keuhkotaudin oireita Frans Emil Sillanpään romaanissa *Nuorena nukkunut* (1931). Keuhkotauti riuduttaa Siljan, tekee ”runtelutyötään” hä-

nen nuorena ruumiissaan. Siljan kuolinvuode sijaitsee saunakamarissa, jonka kerrotaan olevan vajoamassa: ”alus-hirret olivat lahonneet, akkuna painunut...” Sairauden ja ränsistymisen teemat kytkeytyvät romaanissa yhteen degeneraation kuvaksi, jossa rappioon liittyy perinnöllisyys ja sairauden väijäämättömyys, mutta myös sen runollinen hohde: ”Hänessä vain muuten aine riutui ikään kuin kunnioittavasti jättäen

hengelle enemmän olon tilaa.” (Sillanpää 1988/1931, 333.)

Sillanpään teoksessaan käsittelemä keuhkotauti oli yleinen mutta ei ainut sairaus, jota modernisoituvassa Suomessa 1900-luvun taitteen molemmin puolin podettiin. Myös lavantauti, kuumetaudit, rokot, hinkuyskä, kurkkumätä, hermotauti ja monet muut sairaudet levisivät suomalaisten keskuudessa. Sairauksia pyrittiin nujertamaan kiihtyvällä voimalla samanaikaisesti kun niistä kirjoitettiin valistavaan sävyyn ajan lääketieteellisissä julkaisuissa. (Lehtonen 1995, 206–207; Vuorinen 2006, 41–50.)

Konkreettisen taistelun rinnalla käynnissä oli symbolinen taistelu. Modernisoituvaa aikaa luonnehti taistelu törkyistä, likaista ja moraalitonta vastaan. Välineet puhtaamman ja terveemmän yhteiskunnan luomiseen löydettiin sellaisista ajatusrakennelmista kuin rotuhygieniä (eugeniikka) ja sosiaalidarvinismi. Molempien keskeinen käsite oli *degeneraatio*, johon kulminoitui paitsi pelkoa ihmiskunnan rappeutumisesta myös käytännön toimia, kuten eugeniikan nimissä tehdyt sterilisaatiot. Modernin ambivalenssille tyypillisesti degeneraatioon liitettiin kuitenkin myös positiivisia ulottuvuuksia. Siihen kuului dekadenssin väsymystä ja sammumisen loistokkuutta, joiden kuvauksia löytyy en-

nen muuta kaunokirjallisista ja omaelämäkerrallisista teksteistä.¹

Tarkastelemme artikkelissamme yhden käsitteen, degeneraation, avulla sairautspuheen ja sairauteen liittyvän uhan moninaisuutta, sen kulttuurista kattavuutta ja moni-ilmeisyyttä Suomessa 1800-luvun lopulta toiseen maailmansotaan. Lähtökohtanamme on, että sairaus ei ole ainoastaan yksityinen kokemus tai bio-lääketieteellinen ”fakta” vaan myös sosiaalinen ilmiö, jolle annetaan erilaisia, muuttuvia merkityksiä historiallisesta ja kulttuurisesta kontekstista riippuen. Sairaus on ilmiö, joka merkityksellistyy kulttuurissa suhteessa sukupuoleen, rotuun, ikään, kieleen ja yhteiskuntaluokkaan (Ahlbeck & Oinas 2012, 132). Artikkelia sitoo metodisesti tämän intersektionaalisen lukutavan ohella historiallistamisen tavoite eli pyrkimys sijoittaa tutkimuskohde aikaan ja paikkaan – kontekstiin. Tarkasteltavana olevan ajan Suomessa keskustelu degeneraatiosta kytkeytyi moniin laajoihin kysymyksiin, kuten neuvotteluihin yksityisen ja julkisen rajoista ja sukupuoli-moraalista. Nämä kysymykset konkreetisoituivat muun muassa köyhyyttä, prostituutiota, vajavaisuutta ja rotuhygieniää koskeissa polemiikeissa eri foorumeilla.

Aiempi Suomen modernisaation ”kipeämpään” puoleen keskittyvä tutkimus on käsitellyt ansiokkaasti niin

sukupuolimoraalia, terveysvalistusta, rotuhygieniää kuin hermostumisen diskurssiakin (esim. Harjula 1996; Helén 1997; Mattila 1999; Uimonen 1999). Ajan kaunokirjallisuudessa äänen saa yksityinen kokemus ja kotien maailma. Realismi ja naturalismi – 1800-luvun lopun yleiseurooppalaiset taiteen virtauksset – kuvasivat syvenevää ja moninaistuvaa rappiota (Lappalainen 2000; Rossi 2009), ja myöhemmin 1900-luvun alun dekadenssi vei perversioita, narsismia ja hulluutta käsitellessään rappion kuvauksen entistä syvemmälle (Lyytikäinen 1998). Kaunokirjallisuudesta puhuttaessa kysymys rappiosta on kahdentalainen: Yhtäältä siihen liittyvä tematiikka tuli esille vuosisadan taitteen kirjallisuudessa. Toisaalta naturalistiset ja dekadentit teokset itsessään koettiin taiteen rappiona ja kansallisen projektin vastaisina. (Kantokorpi 1998, 17.) Suomalainen kirjallisuus keskusteli rappioaihetta käsitellessään tiiviisti erityisesti ranskalaisen ja pohjoismaisen kirjallisuuden kanssa. Tosin kaunokirjallisuudessa degeneraatiokuvauksilla oli omat kansalliset erityispiirteensä: degeneraatiokysymys kytkettiin venäläistämispoliittikkaan, kansallisuuteen ja ylipäänsä poliittiseen subjektiuteen (Molarius 2003, 122).

Degeraatiokeskustelun ytimeen kuului pohdinta perimän ja ympäristön

vaikutuksesta yksilöön ja yhteiskuntaan. Lääketieteen ja biologian alalla periytyvyys liitettiin ihmisen biologiaan, ”kons tituu tioon”, fysiologiseen rakenteeseen ja fyysiseen olemukseen, jonka ihmisten arkiymmärrys oli aina havainnut periytyvän (esim. Halmesvirta 1998). Tuberkuloosi nähtiin pitkään periytyvänä sairautena, koska sitä esiintyi samassa perheessä ja sukupolvesta toiseen. Lääkärit yhdistivät sen huonoihin asuinoloihin ja juopotteluun, joskaan se ei ollut vain köyhien sairaus. Monissa sivistyneistöperheissä kävi kuten Elias Lönnrotille, että vaimo ja useampi lapsista menehtyi siihen. (Vuorinen 2006, 116–121.) Keuhkotauti oli myös ”kirjailijoiden tauti”; sitä sairastivat muun muassa Edith Södergran, Kaarlo Sarkia, Uuno Kailas ja Katri Vala. Runollisesta hohteestaan huolimatta keuhkotauti kytkettiin vahvasti köyhyyteen ja rappion uhkaan: koska köyhyyden aiheuttama puutteellinen puhtaus ja ahtaus jatkuivat, myös keuhkotauti jatkui ja paheni ja vaikutti uhkaavasti ”periytyvän”.

Perimän ja ympäristön vaikutusta, rappiota ja huono-osaisuuden mekanismeja pohdittiin runsaasti ajan kaunokirjallisuudessa, esimerkiksi Eino Leinon, L. Onervan ja Aino Kallaksen tuotannossa. Kirjailijat käsittelivät tuotannossaan muun muassa mielisairautta, hysteriaa, prostituutiota, tuberkuloosia

ja alkoholismia ja niiden yhteyksiä rotuhygieniä ja perimää koskeviin ajatusmalleihin. Ajan kirjallisuuden suosimat henkilöhahmot – kuten rappioyliooppilas, karkeapiirteinen kansanmies tai -nainen, prostituoitu, palvelija, dekadentti taiteilija ja nousukas – kiteyttivät monia rappiokeskustelun aihepiirejä.

Artikkelissa nivomme yhteen rappion merkityksellistämisen eri areenat. Aineistomme koostuu kaunokirjallista ja omaelämäkerrallisista teksteistä ja valtion mielisairaaloiden potilasasiakirjoista. Tarkastelemme modernin eripuraisia säikeitä yhdessä, lomittaisina ja toisiinsa kytkeytyvinä 1800-luvun lopulta toiseen maailmansotaan. Kysymme, mitä tapahtuu, kun edistyksellinen, eteenpäin katsova modernisaation projekti ja negatiivisia miellelyhtymiä synnyttävä sairaus nivoutuvat yhteen. Millaiselta modernisoitua Suomi näyttää degeneraation käsittekipusta käsin tarkasteltuna?

Luokka, rappio ja vieraan pelko

Sosiaalidarwinismi ja rotuhygieniä pohjasivat ajatukselle yhteiskuntaluokkien välisistä eroista. Luokka-asemaan liittyvät piirteet nähtiin perinnöllisinä ja biologisina. Siksi niitä pidettiin mahdottomina muuttaa koulutuksen tai ympäristönmuutoksen avulla. Hieman yksin-

kertaistaen rotuhygieniä voitaisiinkin kutsua uskoksi ”perimän valtaan” (Ahlbeck-Rehn 2006, 122). Gustaf Winqvist (1914), yksi Suomen ensimmäisistä psykiatreista, määritteli rotuhygienian pyrkimykseksi parantaa ”koko rodun” elin ehtoja ja kehitysmahdollisuuksia. Sen tavoitteena oli parempi ja terveempi ihmis suku.

Rotuhygienistisen ajattelun mukaan yhteiskunta oli jatkuvassa muutoksen ja kehityksen tilassa. Teollisuusyhteiskunnat olivat tulleet kehityksessä pisimmälle, ja niiden sisällä sivistyneistöä pidettiin työväenluokkaa kehittyneempänä (Wikander 1991, 132). Jotkut ruotsinkieliset lääkärit puolestaan väittivät, että neuroosit ja sosialismi olivat tavallimpia suomenkielisten keskuudessa. Rotuteoriat otettiin kulttuurisen taistelun välineiksi myös ruotsinmielises sä kirjallisuudessa: esimerkiksi Werner Söderhjelm (nimellä Pekka Malm) kirjoittamassa romaanissa *Brytningstider* (1901) ruotsinmielisten lapsille opetetaan fennomaanien olevan eräänlaista alempaa rotua (Rojola 1999, 165–169). Suomalaisten rodullistamista tutkinut Marjatta Hietala nivookin suomalaisen rotuhygienian esiintulon juuri kieleen. Hänen mukaansa ruotsinkielinen eliitti pyrki sen avulla säilyttämään erityisasemansa suomenkieliseen enemmistöön nähden. Rotuhygeeninen dis-

kurssi tuotti tällöin kaksi ”rotua”: germaaniset ruotsalaiset ja mongoliset suomalaiset. (Hietala 1996, 203.) Pelkätään kieltä korostava näkemys yksinkertaistaa sosiaalisten erojen tekemistä ja sivuuttaa sen suuren merkityksen, joka yhteiskuntaluokalla, sukupuolella ja psyykkisesti sairaita koskevilla näkemyksillä oli rotuhygienistisessä ajattelussa.

Tämä prosessi, jossa rotua (suomalaisuutta) koskevat käsitykset siirtyvät osaksi luokkaa ja kieltä koskevaa keskustelua, on nähtävissä suomenkielisessäkin kaunokirjallisuudessa. Esimerkiksi Juhani Aho kuvaa *Helsinkiin*-pienoisromaanissa (1889) koululuokalle muodostuneita ”suomalaisten” ja ”ruotsalaisten” puolueita. Jako ei niinkään muotoutunut kielen vaan ennen muuta luokan – perheen varallisuuden ja sosiaalisen statuksen – mukaisesti. Ero näkyi elämäntavoissa, vaatteissa sekä ulkoisessa olemuksessa: ”ruotsalaisilla” on hienomat piirteet ja solakat vartalogot, ”suomalaisten” kasvot ovat rosoiset, posket pyöreät ja hartiat leveät. Teuvo Pakkalan *Vaaralla*-romaanin (1891) rutiköyhä Vimpari on – häntä ikkunan läpi katselevan rouva Karénin silmin – petomainen ”rötkäle”, jolla on leveä otsa, pienet silmät ja ruokoton vaatetus. Sillanpään *Hurskaassa kurjuudessa* (1919) Toivolan Jussin ulkonäön kuvauksessa liitty-

vät yhteen suomalaisuus, rotu ja luokka – ja jopa toinen laji, ”rakkimainen” eläimellisyys:

Toivolan Jussi, Juha, Janne – kirkonkirjojen mukaan Johan Abraham Benjaminpoika – oli vanha vastenmielisen näköinen äijänrahjus. Viimeisinä vuosinaan hänellä oli laajahko kalju, jota niskassa ja korvillareunusti joskus maailmassa tasoitettu, lakin alta harittava hiuskiehkura. Kasvot olivat myös ruskean rakkimaisen takkukarvan peitossa, vain suippokärkinen nenä oli selvästi näkyvässä. Sillä silmien tienoilla oli taas karvaa ja lakinreunakin varjosti, niin että niiden kohdalla näkyi vain jostakin syvältä kaksi kalseata pistettä, joihin ei kunniallisen ihmisen tehnyt mieli katsoa. (Sillanpää 1962/1919, 7.)

Vaikka edellä olevat esimerkit osoittavat, että alaluokka oli keskustelun ytimessä, rappio vaani myös muita. Nousukkuus ja säätykierto saattoivat paradoksaalisesti merkitä degeneraatiota. Ajankohdan kirjallisuuden suosima rappioylioppilaan hahmo osoittaa nimeään myöten sosiaalista ja moraalista rappiota: sosiaalisten ja älyllisten voimavarojensa ääriarjoilla kamppailevat uupuvat ja alkavat rappeutua. Toisaalta yläluokan ja aatelin naides-

sa itseään ”alempaa” ylhäisosuvun vesat rappeutuvat esimerkiksi Jac. Ahrenbergin teoksessa *Anor och Ungdom* (1891). Eräänlaista rappiota osoittavat lisäksi ne monet Ahrenbergin yläluokkaissyntyiset upseerit ja virkamiehet, jotka etenkin toimiessaan venäläisen hallintovallan palveluksessa muuttuvat häikäilemättömiksi kiipijöiksi. Ylipäätään hänen tuotannossaan esiintyy runsaasti rappeutuneita, dekadentteja hahmoja. Tällainen on muun muassa *Stockjunkaren*-romaanin (1892) Emil Blume, varakkaan viipurilaisen kauppahuoneen jälkeläinen, joka on oppinut virkistämään väsyneitä hermojaan morfiinilla eikä jaksa nostaa yritystä konjunktuurien aiheuttamasta lamasta vaan ampuu itsensä. (Lappalainen 2000, 169–170, 196.)

Rappion pelättiin vyöryvän myös Suomen rajojen ulkopuolelta, idästä. Ahrenbergin *Familjen på Haapakoski*-teoksessa (1893) erityisesti Moskovaan liitetään kaikenlainen rappio. Kartanon perijä Erik Horn nai kauniin venäläisen Helenan, jonka suonissa virtaa kasakkaesisän myötä vieras veri. Suvun rappio kuvataan interiöörin avulla, ja Erik kohtaa sen jo vieraillessaan ensi kertaa vaimonsa perintötalossa. Se näkyy nuhruisen salongin sukumuotokuvien kehysten rappisessa kultauksessa ja murtuneissa ja halkeilleissa kankaissa. Varsinainen rappio tulee esille Helenan isässä, joka elää

halvaantuneena yhdistetyssä makuu- ja vastaanottohuoneessa. Suuren sängyn päädyssä on Venus Kallipygoksen patjas ja seinillä säädyttömiä kuparietsauksia markiisi de Saden teoksesta *Juliette on les bonheurs de vice* sekä orgioita kuvaava kuparipiirros Amorin ja Psyyn tarusta. Kun Erikin pojassa sittemmin ilmenee suhteetonta elämänriemua ja nautinnonhalua, isä muistelee huolestuneena äidinisän elämää. (Lappalainen 2000, 198.) Kansallisuutta, ja tässä erityisesti venäläisyyttä, koskevat käsitykset kietoutuivat näin osaksi luokasta ja rappiosta käytyä keskustelua.

Yläluokan siveelliset ja alaluokan seksuaaliset naiset

Ajatus etenevästä rappiosta ei kiinnittynyt ainoastaan luokkiin, rotuun, kieleen ja kansallisuuteen, vaan tiukasti myös sukupuoleen. Sosiaalisten ongelmien, köyhyyden ja mielenvikaisuuden ohella käsitykset naiseudesta ja mieheydestä, terveestä ja epäterveestä luokituitivat. Kun keskiluokka edusti sivilisaatiota, siveyttä ja puhtautta, työväenluokka – ja ennen kaikkea työväenluokan naiset – nähtiin usein jo lähtökohtaisesti moraaliltaan epäilyttävinä (Markkola 2002, 221; ks. myös Johannisson 1994; Helén 1997; Nätkin 1997; Skeggs 1997). Alaluokat nähtiin myös taipuvaisiksi heikkomieli-

syyteen, juoppouteen ja rikollisuuteen. Kaunokirjallisuudessa tätä näkemystä käsittelee esimerkiksi Minna Canth *Kauppa-Lopo* -novellissaan (1889). Novellin naispäähenkilö on kaupustelijakuljeskelija, jonka (hyvin empaattisesti kuvatussa) hahmossa kiteytyy alaluokan naisten väitetty ”miehistyminen”, karkeus, likaisuus, seksuaalinen holtittomuus, näpistely ja viinanhimo (Lappalainen 1999, viii; Launis 2006, 254–259; Maijala 2008, 221–232).

Yksi rappiota jouduttava tekijä aikalaisajattelussa oli degeneroituneiden kontrolloimaton, vastuuton seksuaalinen halu, jolla ei näyttänyt olevan minkäänlaisia rajoja. Tämä näkyy selkeästi mielisairaaloiden potilasasiakirjoissa ja niiden tavassa luokitella, kuvailla ja määrittellä etenkin naispotilaita, joiden seksualisoiminen oli tavallista: ”Paikkakunnalla oli tunnettua, että potilas oli valmis ryhtymään sukupuoliyhteyteen kenen kanssa tahansa ja koska tahansa”, todetaan esimerkiksi erästä työläisnaisista koskevassa oikeuspsykiatrisessa lausunnossa (Pitkäniemen sairaala 13.3.1934, PP 3.7.2.1946). Tätä erityisesti alaluokan naisiin liitettyä näkemystä todistettiin aviottomien lasten ja sukupuolitautilien suurella määrällä. Prostituoitujen, irtolaisten ja muiden seksuaalisesti epäilyttävien ”huonogeenisten” naisten

nähtiin kantavan periytyvää degeneraatiotartuntaa.

Kansakunnan pelättiin kehittyvän siihen suuntaan, että erot naisten ja miesten ruumiinrakenteen ja älyllisten kykyjen välillä kasvavat jatkuvasti. Työväenluokan alhaisempaa kehitysastetta todisti se, että työläisnaiset muistutivat sekä vaatetukseltaan että työskentelytavoiltaan miehiä. Sen sijaan keskiluokan naisten ajateltiin muuttuvan yhä heikommiksi ja kyvyttömämmiksi rationaaliseen ajatteluun, mitä pidettiin luonnollisena ja toivottavana ”kehityksenä” (vrt. Wikander 1991, 15). Ajatusta vahvistettiin kulttuurin ja lääketieteen representaatioissa, esityksissä, joissa keskiluokan naiset kuvattiin synnynnäisesti heikoiksi ja hauriksi, vastakohtanaan vahvat ja miehekkäät työväenluokan naiset (Ahlbeck-Rehn & Tuohela 2008, 6). Erästä talonpojan tytärtä koskevassa lääkärinlausunnossa tämä ajatusmalli, jossa luokka, degeneroitunut eli miehekkäis ulkoasu ja seksuaalisuus nivoutuvat toisiinsa, sai seuraavanlaisen ilmiänsun:

Hartiat leveät, lantio kapea ja korkea. Kasvonpiirteet karkeat, jonkinverran miehekkäät [...] Ryhti veltto. Ilme ajoittain aivan väritön, toisinaan tyhjän hymyilevä. [...] Luonteeltaan ollut kiivas ja herkkä suuttu-

maan, järjestään hidas ja kankea. Sukupuoliasioissa suorasuinen ja ujos-telematon. (Pitkäniemen sairaala 25.8.1930, HM 3.2.4.1930.)

Alaluokan naisten oletettua seksuaalisuutta käsiteltiin laajalti ajan kaunokirjallisuudessa. Motiivi, jossa maalta kaupunkiin tullut tyttö joutuu vietelleyksi, toistuu tiheään. Myös kirjallisuuden suosima palvelijahahmo liitettiin toistuvasti siveettömyyteen (Melkas 2009, 107–134). Langennut nainen, erityisesti prostituoitu, on keskeinen hahmo ajan kirjallisuudessa. Sen taustalla on myytti naisen katastrofaalisesta seksuaalisuudesta ja ylipäänsä kiinnostus naisruumiiseen, jota tuli kontrolloida. Suomalaisessa realismin kirjallisuudessa viittauksia prostituutioon on viljalti, mutta suoranaisia prostituution kuvauksia melko vähän. Yksi harvoista poikkeuksista on Ina Langen teos ”*Sämre folk*” (1885), joka kertoo ”huonoluontoisen” Nadjan tarinan. (Lappalainen 2008, 153–168.) Hivenen myöhemmin prostituutio on keskeisesti esillä työläiskirjailija Elviira Willmanin näytelmässä *Kellarikerroksessa* (1907), jossa käsitellään ohjesääntöisen prostituutiolaitoksen vaikutusta köyhälistönaisten elämään (ks. Hyttinen 2012, 63–67).

Kaunokirjallisuudessa saivat äänen myös valtakirjallisuutta haastavat nä-

kemykset alaluokan naisten oletetusta seksuaalisuudesta. Kirjallisuudelle ominainen moniäänisyys mahdollistaa sen, että vallalla olevaa diskurssia voidaan paitsi myötäillä ja vahvistaa myös kritisoida ja kääntää pääläelleen. Tehokkaat välineet valtakirjallisuuden haastamiseen tarjosi työväenkirjallisuuden traditio. Työväenkirjallisuudessa, esimerkiksi Hilja Pärssisen runoissa, prostituutio osoitetaan ”mädän” yhteiskunnan syyksi – ei siis alaluokan naisten perityksi rappioalttiudeksi – ja työläisnaiset esitetään pyhimysmäisinä hahmoina. ”Pieni punaorpo” -runossaan Pärssinen (1923, 26) liittyy vankilassa olevaan, lapsiaan ikävöivään punaleskeen sellaisia sivistyneistönaiseuteen yhdistettyjä piirteitä kuin siveellisyys ja äidinrakkaus: ”Oi äidin luolassa jos näkisit, / pyhimyshohde kuin on kasvoillaan”. Tässä ja muissa vastaavissa runoissa hän kirjoittaa valtakirjallisuutta vastaan, haastaa näkemyksen, joka liittyy työväenluokan naiset (ja sisällissodan jälkeen erityisesti punaisen puolen naiset) siveettömyyteen ja löyhään moraaliin. Pärssisen pyhimysmäinen, kärsivä punaleski on kaukana niistä punaisten naisten representaatioista – esimerkiksi Kyösti Wilkunan kuvaamista sukupuolitauteja levittäivistä ”punaista lemmensiskoista” – joita valkoinen voittajapuoli sisällissodan jälkeen

viljeli. (Launis 2009, 87; ks. myös Koskela 1999, 226.)

Yläluokan naisiin liitettyä siveellisyyden vaadetta puolestaan käsiteltiin aviorikosromaaneissa, kuten Minna Canthin *Salakarissa* (1887), Juhani Ahon *Papin rouvassa* (1893) ja Maila Talvion *Kahdessa rakkaudessa* (1898) (Aalto 2000, 100–195; Lappalainen 2000, 180–183). Vaikka seksuaalisuus pyrittiinkin siirtämään luokka-asteikossa alaspäin, 1900-luvun alun kirjallisuus ja omaelämäkerralliset materiaalit kertovat siitä, miten ajankohtainen kysymys oli myös sivistyneistönaisten kohdalla. Esimerkiksi Helmi Krohn tarttuu romaanissaan *Surun lapsi* (1905) juuri tähän problematiikkaan: seksuaalisuus ja erityisesti seksuaalinen tietämättömyys on teoksen pääjuonteena (ks. Leskelä-Kärki 2009, 135–168). Toisaalta aviorikosromaanin lajina herätti kysymyksen taiteen *itsensä* rappiosta: naisten kirjoittamat aviorikosta kuvaavat romaanit ilmensivät vanhoillisten piirien mukaan ranskalaisen yläluokan degeneraation ja dekadenssin matkimista. Ylipäänsä kysymys taiteen rappiosta sukupuolittui ja eritoten naiskirjailijoiden rappiokuvaukset koettiin pöyrityttävänä. (Lappalainen 2000, 70–71.) Näkemys seksuaalisesta rappiosta feminisoitui ja ilmeni ajan kaunokirjallisuudessa monin eri tavoin.

Parasiitit ja mieleltään sairaat

Sielullisten kykyjen heikkeneminen oli degeneraatiota julistavien pahin uhka. Tämän vuoksi mielisairaot – ja heidän joukossaan nimenomaan alaluokkaiset naiset – joutuivat erityisen tarkkailun kohteeksi. Minna Canthin teos *Köyhää kansaa* (1886) on vaikuttava kuvaus mielen sairastumisesta, sen taustoista ja kytköksistä paitsi luokkaan myös sukupuoleen. Canth kuvaa kurjalistoon kuuluvaa Holpaisen perhettä, jonka Mari-äidin mielenterveys teoksen lopussa pettää. Teos päättyy Harjulan vaivaistaloon viedyn Marin huutoon:

Harjulan portinpielisestä rakennuksesta kuului aika ajoin huutava ääni, karkean syvä välistä ja kimeästi uikkuttava toisen kerran. [...] Ja kauas se ääni kaikui ympäristöön, niittyjen ja peltojen ylitse aina maantielle ja kartanolle, joka paikkaan. Ja kaikki muut valitukset siksi ajaksi taukoivat hoidossa, sairaat unohtivat vaivansa ja lapset nälkensä, riitelijät katkeran mielensä. Sillä tuossa ainoassa huudossa jokaisen tuska ilmoille pääsi ja helpommalta tuntui heillä silloin povessa. (Canth 1917/1886, 152.)

Esimerkki osoittaa, miten kaunokirjallisuus käsitteli mielen järkkymistä yksilötasolla. Marin karmiva huuto ilmentää yksilöllistä tuskaa, mutta samalla siihen tiivistyy kokemuksen kollektiivisuus. Canthin kynä on hyvin yhteiskuntakriittinen tässäkin teoksessa.

Myös omaelämäkerrallinen kirjallisuus toi esiin yksilön kokemuksen hulleudesta – ja samalla madalsi tuon kokemuksen kauhistuttavuutta. Ensimmäisiä suomenkielisiä mielisairaalakuvauksia on Aino Mannerin *Viesti yöstä* (1935). Sen alkusanoissa kirjoittaja selittää teoksen tehtävää, mutta valaisee samalla pelotonta suhdettaan mielen sairauksiin:

Yleensä ihmiset kuitenkin pelkäävät mielisairautta pahemmin kuin mitään muuta sairautta tai onnettomuutta. Varmaa on, että useimmat, jotka eivät ole kokeneet sitä, valitsivat ennemmin kuoleman kuin mielisairauden, jos se valinnan varassa olisi.

Allekirjoittanut, tämän kirjan tekijän on ollut mainitun sairauden lumoissa useammankin kerran, tosin lyhyen ajan, keskimäärin noin 2 kuukautta kerrallaan, mutta jokainen sairauskausi on ollut suurenmoinen elämys. (Manner 1935, 5.)

Aino Manner suhtautui mielisairauteensa toisin kuin suurin osa aikalaisista. Hän oli kymmenlapsisen perheen tytär, joka sairastui mielenhäiriöön noin 30-vuotiaana. Hänen suhtautumistaan selittää ehkä se, että hänen 18-vuotias sisarensa oli sairastunut psyykkisesti Aino ollessa neljävuotias. Aino Manner oli seurannut sairastumista ”uskonnollisten mietiskelyjen vuoksi”, hoitamista eli sisaren pitämistä lukkojen takana, uskonnollisia näkyjä ja saarnaamista sisältäviä sairaskohtauksia, omaisuudesta luopumista ja karkaamisia. Hän ei sisartaan muistelllessaan pitänyt uskonnollisuutta sinänsä sairastumisen syynä, vaan näki syyn siinä ristiriidassa, johon kääntynyt uuden totuutensa vuoksi joutuu: ”Hänen ensimmäisiä askeleitaan ja tekojaan pidetään mielipuolisina”, hänestä aletaan kuiskailla, häntä aletaan pitää silmällä, ja kaikki tämä on hyvin ahdistavaa (Manner 1935, 10).

Yhteiskunnallisella tasolla kapitalistiset työhön liittyvät käytänteet erotelivat ”taloudellisesti hyödylliset” (ne, jotka edustivat järkeä) ja ”hyödyttömät” (köyhät ja mielenvikaiset) toisistaan (vrt. Foucault 1967). Samaan tapaan degeneraatioajattelu jakoi yksilöitä yhteiskunnalle hyödyllisiin ja hyödyttömiin, jolloin yksittäisen kansalaisen arvo määräytyi yhteiskunnan hyödydestä käsin (Harjula 1996, 135). Tarkasti tilastoidut

ryhmät – rikolliset, mielisairaat, epileptikot ja muut työhön kykenemättömät – nähtiin paitsi hyödyttöminä myös vaarallisina, koska sairauksien, moraalittomuuden ja heikkouden pelättiin periytyvän. Oletus mielisairaudesta perinnöllisyydestä näkyy selvästi ajan lääketieteen diskurssissa ja potilasaineistossa. Perinnöllisyysajattelu oli myös selkeästi sukupuolitettua: potilaiden isät olivat juoppoja, äidit ”hermostuneita”. Näkemys myötäili täten ajan oletettuja sukupuolinormeja. Seuraava lainaus koskee työläisnaista, jonka rappeutunutta perhetaustaa kuvattiin Lapinlahden sairaalassa seuraavasti:

Isä [...] kiivas luonteinen; omituinen; nuorempana ollut kova juoppo, juovuksissa kiivas ’rikkoi ja repi huonekalut’; isän suvussa vähän tylsämielisiä ’melkein kaikki’; isänisä kova juoppo. (Lapinlahden sairaala 26.2.1937, HM 3.2.4.1937.)

Erityistä huomiota kiinnitettiin niihin psyykkisesti sairaisiin, joiden katsottiin olevan seksuaalisesti yliaktiivisia. Komiteamietinnössä vuodelta 1908 heitä pidettiin yhteiskunnan näkökulmasta mielisairaiden vaarallisimpana osana, koska he olivat ”jatkuva uhka tulevien sukupolvien sielulliselle terveydelle”. Syy tähän oli heidän ”hillitsemätön

halunsa sukupuoliyhteyteen”. (Uimonen 1999, 157–158.) Mielisairaalaan otettujen köyhien, toimettomien, hyödyttömiin, likaisten, siivottomien, vaarallisten ja seksuaalisoitujen naisten potilasmerkinnöissä toistuu tartunnan symboliikka: lika ja saastaisuus patologisoitiin lääketieteen diskurssissa. Mielisairaalat saivat tässä ”puhdistusprosessissa” tehtävään poistaa köyhyyden, saastan ja siveettömyyden.

1920-luvulle tultaessa mielisairaiden ja tylsämielisten (nykykäsittein kehitysvammaisten) määrä vaikutti lisääntyvän ja se herätti kasvavaa levottomuutta. Lääketieteen asiantuntijat maalailivat degeneraation yhteiskunnallisia uhkakuvi ja tuottivat samalla itselleen vahvaa asiantuntija-asemaa.

Henkisesti sairaat nähtiin yhteiskuntaorganismien mädättäjinä, parasiiteina, jotka imivät voiman yhteiskuntaruumiista. Psykiatri Albert Björkmanin (1925) mukaan degeneroituneiden lukumäärä oli vaarassa kohota jopa kymmenen prosenttiin suomalaisista. Toinen lääkäri, Edvin Hedman, arveli vuonna 1913, että suomalaiset tulevat ajan mittaan elämään yhdessä suuressa ”hullujenhuoneessa”, jos ”mielisairaiden armeijan” annetaan kasvaa (ks. Harjula 1996, 137). Maa ja sen asukkaat heikkenevät, ja maan kansoittavat parasiitit. Tulokse-

na on maan ja kansakunnan täydellinen rappio.

Lopullista ratkaisua psyykkisesti sairaiden, potentiaalisten rikollisten ja prostituoitujen sekä muiden ”epätoivotujen” ryhmien tuottamaan ongelmaan toivottiin vuonna 1935 voimaan tulleesta sterilisaatiolaista. Pakkosteriloinnin mahdollistava laki oli eräänlainen rotuhygienian huipentuma, ja sen tarkoitus oli estää ”rappiotartuntaa” levittävien yksilöiden lisääntyminen – ja pienentää samalla valtiolle heistä koituvia menoja. Koska rotuhygienian merkiksi erityisesti alaluokat moraalittomiksi ja siveettömiksi, ei ole yllättävää, että sterilisoidut tulivat suurilta osin sosiaalisesti ja taloudellisesti turvattomista oloista, samoista ryhmistä, jotka vuoden 1906 eduskuntaudistuksessa oli jätetty äänioikeuden eli valtiokansalaisuuden ulkopuolelle (Mattila 2003, 112). Laajin sterilisoinnin kohderyhmä olivat asosiaalisiksi luokitellut sairaat, yksinelävät naiset, usein aviottomien lasten äidit, jotka olivat riippuvaisia köyhäinavusta tai laitoshoidosta – toisin sanoen naiset äärimmäisessä marginaalissa. Yhteiskunnan kannalta ”hyödyttömät” merkitsivät rappiota, ja heihin kohdistettiin ankarinta lääketieteellistä valtaa.

Kirjallisuuden kolme tapaa puhua rappiosta

Lääketieteen valistavassa diskursussissa degeneraatio nähtiin siis vääränlaisena kehityksenä, joka oli yhteiskunnan edun vuoksi katkaistava. Rappio nähtiin ajassa kuitenkin myös toisin. Näitä diskursuseja, joiden suhde edellä mainittuun julkiseen valtanäkemykseen oli korjaava ja kriittinen, voi jäljittää kaunokirjallisuudesta ja omaelämäkerrallisista teksteistä.

Kaunokirjallisuudessa rappiosta puhuttiin monin eri tavoin. Naturalistisessa kirjallisuudessa rappio merkitsi syvenevän kurjuuden kuvausta. Esimerkiksi aiemmin mainitussa Minna Canthin *Köyhää kansaa* -teoksessa otetaan kantaa äärimmäiseen köyhyyteen, yhteiskunnan epäkohtiin ja mielenterveyden ongelmiin. Kaiken kaikkiaan Canthin teosten naturalismia voisi luonnehtia poliittiseksi. (Lappalainen 2007). Sen sijaan dekadentissa kirjallisuudessa rappio merkitsi hulluuden ylistystä, nautintoa ja keskiluokkaisen keskinkertaisuuden vastakohtaa. Joel Lehtosen *Mataleennassa* (1905) nousevat esiin dekadenssin suosimat hulluuden, moraalittomuuden, hävittämisen ja nautinnonhalun teemat: ”Ja dekadentteja me tahdomme olla, jos muut terveydellään pöyhkeilevät”, julistaa teoksen lopun hullujen laulu (ks. Lyytikäinen 1999, 144). Onervan

Mirdjassa (1908) rappio taas on oleellinen osa boheemin raukeaa, kaupunkilaista taiteilijaelämää, jonka pahimpana kauhukuvana on keskinkertaisuus. Mirdja halveksii pikkuporvarillisuutta, jolta ei riitä ymmärrystä dekadentin sielun sairauksille, taiteilijoiden oudoille unelmille tai boheemielämälle. (Parente-Čapková 1998, 95–126; Rojola 1992, 60–62.) Mirdjan oppi-isä Rolf Tanne tuo tämän näkemyksen esiin seuraavalla tavalla:

Mutta nuo muut, he tulevat kuolemaan ymmärtämättä sitä koskaan. Minä tiedän, että he halveksivat minua ja sanovat minua raukaksi, mutta minä heitän sen heille takaisin vasten kasvoja, heille, jotka eivät uskalla oppia ihmistä tuntemaan, jotka eivät uskalla kokea sitä, mitä miljoonat ihmiset heidän ympärillään kokevat, heille, jotka eivät uskalla juoda itseään edes kerran humalaan, heille mallikelpoisille, joista toivotaan ihmiskunnan pelastajia. (L. Onerva 1956/1908, 30.)

Ruotsinkielinen *dagdrivare*-kirjallisuus 1910-luvulla on yhdistetty dekadenssiin, ja rappingon tematiikka on nähty siinä keino-käsitellä ruotsinkielisen kulttuurin heikkenemistä (Grönstrand 2009, 175). Kaiken kaikkiaan dekadentti kaunokir-

jallisuus rakensi pessimismin ja elämäntäydämyksen, turhuuden ja merkityksetömyyden kuvastoa. Se varoi yhteiskunnallista julistamista ja porautui sen sijaan yksilön psyyken ja seksuaalisuuden mustiin onkaloihin. Tiedostamaton oli sille kiehtovampi voima kuin yhteiskunnallinen uudistus, seksuaalisuus se luonnonvoima, jonka ohjaamina mutta jota tuntematta ja hallitsematta ihmiset pyristelivät kohti kuolemaansa. Dekadentti kirjallisuus oli ”parhaimmillaan” sairasta – Ruotsin kirjallisuuden keskeinen dekadentti Ola Hansson sai tämän leiman esikoisteokselleen (*Sensitiva amoro* 1887) samalla kun aikalaislehdistö tuomitsi sen. (Tuohela 2008, 260–264.) Suomessa dekadenssista ei tuolloin puhuttu vastaavalla tavoin suoraan, vaan sen olemassaolo piilotettiin ”ulkomai-siin vaikutteisiin”.

Artikkelin alussa lainattu Sillanpään romaani *Nuorena nukkunut* ei ole dekadenssin kuvaston mukainen inhon ja alakulon vyörytys. Se on kuitenkin rappeutumisen vaikuttava kuvaus: romaanin päähenkilö Silja on ”vanhan sukupuun viimeinen vihanta”. Romaani on paitisi kuvaus nuoren tytön lyhyestä elämästä myös koko Salmeluksen suvun rappingon ja sammumisen tarina. Vaikka Sillanpään ajatus elämästä oli vitalistinen ja samalla materialistinen ja biologistinen, vitalismin lomassa hänen tekstuaa-

lisissa maailmoissaan kulkee degeneraation teema. Romaanin maailmassa nuoruuden ja elämänvoiman korostus saa rinnalleen rappeutumisen ja sammumisen vääjäämättömyyden. (Laurila 1958, 165–168, 240; Rajala 1988, 38, 204–220.) Salmeluksen suvun voi tulkita sammuvan heikkouteen, voimattomuuteen. Talon häviön jälkeen Silja alenee piiksi ja juuriltaan irti kiskaistuna nuori ”vihanta” ei selviydy; yhteiskunnalliseen murrokseen ja modernisoitumiseen mukaan temmattu maaseudun piikatytöt ei juurru eikä löydä ravintoa kasvulleen. Hän heikkenee, sairastuu ja kuolee.

Siljan tarinan voi lukea modernisaatio-tragediana, kertomuksena modernisoitumisen epäonnistumisesta – vaikkakin siitä on tehty ylevöitetty tappio. Erityisesti vastaanotto korosti luennassaan hengen voittoa aineesta ja romaanin positiivista sanomaa, yksilön kasvua vapaaksi tavanomaisesta aineellisuudesta. ”Silloin ei Silja-tyttöä enää ollut, mutta nyt hän oli vielä. Hänen henkensä vietti suurimpia juhliiaan jalossa yksinäisyydessä yhä ohenevassa ainekuviossaan, ruumiissa, [...]” kuvataan sairauden viime vaihetta romaanissa. Kuoleman lähestyessä Silja herkistyy ja hänen tietoisuutensa muuttuu intensiiviseksi. Herkimmät aistit herkistyvät edelleen, silmien näkö ja korvien kuulo. ”Ja niiden takana toimivat aivot, joissa kaik-

ki vaikutukset tuntuivat aukenevan johonkin kaiken sisimpään pisteeseen, joka kumminkin on ääretön, koska sillä ei ollut kokoa”. Kuolema vie Siljan aineetomaan ja äärettömään. Hän ei ole tuskaista vaan erkane aineellisesta, ja hänen henkensä yhtyy sen ystävän henkeen, jota hän on eniten elämässään rakastanut. Rakkaus ei ole voinut kasvaa ja kehittyä materiaalisessa, raa’assa todellisuudessa, vaan korkein tavoite, henkien yhdistyminen, toteutuu abstraktissa, tuonpuoleisessa ja aineettomassa. Kuoleman ja häviön kasvoilla loistaa ”uljas voitollisuus”. (Sillanpää 1988/1931, 331; ks. myös Laurila 1958, 251–252.)

Sillanpään ylevä rakentui luonnon-tieteellis-materialistisen luonnon ja luomakunnan ylevöittämiselle. Ajassa eli kuitenkin vielä vahvana uskonnollinen ajatteluperinne, jossa pyrittiin kohti sielullista, korkeaa ja jumalallista. Niinpä ei ole yllätys, että ”ylevän rappion” ilmentymiä löytyy juuri sielullisen järkkymisen uskonnollisista kuvauksista. Omaelämäkertakirjallisuudessa varhainen oman psyykkisen sairastumisen ja uskonnollisen käännekohtan kuvaaja on Maria Åkerblom (1898–1984). Hän julkaisi vuonna 1920 omaelämäkerran *Maria Åkerblom’s autobiografi och första delen af hennes verksamhet*, jossa hän kertoo elämänsä tarinan, kasvun lapsesta nuoreksi naiseksi ja unisaarnaajaksi. Hänkin

kertoo taustastaan, perheestään ja ajoista ennen syntymäänsä etsien jatkumoa ja ”periytyvyyttä”. Maria oli heikko, keuhkotautinen lapsi kuten Aino Mannerkin, ja myös hän sairastui psyykkisesti. Hänkin näki sairautensa positiivisena, mutta toisin kuin Aino Manner, joka nimesi sairautensa mielenhäiriöksi, Maria Åkerblom piti ”sairauttaan” Jumalan lahjana. Vaipuminen horrokseen ja saarnaaminen tässä tilassa osoitti, että hänet oli valittu Jumalan välikappaleeksi maan päällä. Ympäröivä maallinen maailma epäili, tutki ja arvioi hänen mielenterveyttään, mutta hän itse oli vakuuttunut, että kyse ei ollut ”saarnaamissairaudesta” vaan poikkeuksellisesta Jumalan lahjasta:

Toisella kertaa lääkäri lupasi, että saisin mennä ulos jos kolmena iltana pystyisin olemaan puhumatta, ja lohdutti minua, että se menisi kyllä ohi kunhan vain uskon siihen enkä ajattele sitä. Silloin luulin, että se oli sairautta, ja tulin hyvin iloiseksi lääkärin puheista ja tein kaiken voitavani voittaakseni mainitun sairauden puhkeamiset. Yritykseni ei kuitenkaan auttanut lainkaan, sillä nukahdin horrokseen tavalliseen aikaan ja saarnasin, mutta saarnan jälkeen sain vaikean kouristuksen, ja silloin aloin ajatella, että sittenkin olen ihan

varmasti Jumalan työtä ja tämä oli rangaistus tottelemattomuudesta; tunsin omantunnon tuskaa ja mitä enemmän asiaa ajattelin, sitä selvemmäksi minulle kävi, että kaikki oli Herran työtä. (Åkerblom 1920, 58–59, suom. Kirsi Tuohela.)

Kirjallisuudessa rappiosta puhuttiin siis ainakin kolmella eri tavalla. Naturalistiset teokset olivat negatiivisissa kuvissaan yhteiskuntakriittisiä, dekadentti kirjallisuus juhli rappion ja pessimismin raukeutta ja elämänväsymystä ja degeneraation ylevöittänyt diskurssi puolestaan jalosti rappion henkeytydeksi, jopa hengellisydeksi.

Risteävät äänet

Artikkelimme asettaa vuoropuheluun degeneraatioon liittyvän yhteiskunnallisen puheen sekä kotien ja kaunokirjallisuuden maailman. Eri diskursseilla oli erilaiset tavat osallistua rappeutumista koskevaan keskusteluun, erilaiset ja usein keskenään ristiriitaiset äänensä.

Siinä missä lääketieteen kontrolloimaan pyrkivä näkemys merkitsi degeneraation yksinomaan kielteiseksi ilmiöksi, josta eri keinoin (kärkevimpänä esimerkkinä sterilisaatiolaki) oli pyrittävä eroon, omaelämäkerralliset tekstit ja kaunokirjallisuus toivat esiin toisenlai-

sia näkemyksiä. Niissä suhtautuminen rappioon ei aina ollut pelkästään torjuvaa: rappiota käytettiin yhteiskuntakriittikin välineenä, se ylevöitettiin ja nähtiin poikkeusyksilöiden raukeana elämäntapana tai henkistävästä taivaan lahjana. Artikkelimme osoittaa, miten moninaisia, risteäviä ja kiisteleviä nämä sairauden ja sairastamisen ”tarinat” modernisoituvassa Suomessa olivat. Sairastamiselle annetaan hyvin erilaisia merkityksiä erityyppisissä aineistoissa. Esiin nousee myös se, miten vahvasti sukupuolitettua ja luokitettua degeneraatioon liittyvä ajattelu oli.

Modernisoitumiseen liitetään yleensä edistysusko ja optimismi, paremman huomisen rakentaminen yksilöiden, sukujen ja kansakuntien projektina. Moderni maailma on kuitenkin kaikissa vaiheissaan ollut ambivalentti, ja edistysuskon kääntöpuolena pessimismin ja degeneraation kaltaiset ajatukset ovat nousseet vahvasti esiin tasaisin väliajoin. Nykyaikaistuvassa Suomessa ristesivät optimismin ja pessimismin kaiut; ihmisiä heräteltiin kantamaan huolta tulevasta ja rakentamaan lapsille terveempi ja parempi maailma. Samalla joidenkin kohtaloksi nähtiin tappio ja häviäminen, minkä ajateltiin kuuluvan luonnolliseen maailmanmenoon. Ambivalenssi ilmeni lisäksi myös siten, että hermostuneisuus ja mielenhäiriöt, jotka kansa-

kunnan mentaalihygienian nimissä pyrittiin torjumaan ja jotka miellettiin hyvin negatiivisesti, saattoivat olla sisällöltään hyvinkin positiivisia erityisesti uskonnollisten yksilöiden elämässä. Yhteiskunnallisella tasolla vieroksuttu sairaus oli toisella, persoonallisella tasolla lahja ja siunaus.

VIITTEET

1. Ymmärrämme modernisaation vakiintuneiden määrittysten mukaisesti murrosten ja muutosten ajaksi, uudenlaisen nopeasti muuttuvan todellisuuden kokemukseksi sekä näiden kokemusten jäsennyspyrkimyksiksi. Muutokset ovat tulleet Suomeen myöhemmin kuin moinin Euroopan maihin, mutta muutosvauhti on toisaalta ollut nopeampi ja painottunut 1800-luvun jälkipuolelta alkavaan ajanjaksoon. (Esim. Berman 1983; Giddens 1990.)

ARKISTOAINEISTOT

Mielisairaaloiden potilasasiakirjoja n. 1900–1945. Pitkäniemen ja Lapinlahden sairaalan potilasasiakirjoja. PP (Poistettujen päiväkirjat) 3.7.2. ja HM (Hoitoon määrääminen) 3.2.3, Turun maakunta-arkisto, Seilin sairaalan arkisto.

KIRJALLISUUS

Aalto, Minna (2000) *Vapauden ja velvollisuuden ristiriita. Kehitysromaanin mahdollisuudet 1890-luvun lopun ja 1900-luvun alun naiskirjallisuudessa*. Helsinki: Suomalaisen Kirjallisuuden Seura.

Ahlbeck-Rehn, Jutta (2006) *Diagnostisering och disciplinering. Medicinsk diskurs och kvinnligt vainsinne på Själo hospital 1889–1944*. Åbo: Åbo Akademis förlag.

Ahlbeck-Rehn, Jutta & Tuohela, Kirsi (2008) *Att läka kvinnors själar: Om klass, det sunda arbetet och invalidismens kult. RIG – Kulturhistorisk tidskrift*, 91:2, 65–84.

Ahlbeck, Jutta & Oinas, Elina (2012) *Terveys, ruumis ja sukupuoli feministisessä tutkimuksessa*. Teoksessa Marja-Liisa Honkasalo & Hannu Salmi (toim.) *Terveyttä kulttuurin ehdoilla: Näkökulmia kulttuuriseen terveystutkimukseen*. Turku: K&H kustannus, 131–166.

Berman, Marshall (1983) *All That is Solid Melts into Air. The Experience of Modernity*. London: Verso.

Björkman, Albert (1925) *Sterilisationsproblemet. Föredrag hållet i Tammerfors läkarförening den 11 dec. 1925. Finlands Läkarförbunds Tidskrift* No: 2–3.

Canth, Minna (1917/1886) *Köyhää kansaa. Kootut teokset I. Kertomuksia, edellinen osa*. Helsinki: Otava.

Foucault, Michel (1967) *Madness and Civilization: A History of Insanity in the Age of Reason*. London: Tavistock.

Giddens, Anthony (1990) *The Consequences of Modernity*. Stanford: Stanford University Press.

Grönstrand, Heidi (2009) *Saariston ristiriitainen kutsu ruotsinkielisessä kirjallisuudessa*. Teoksessa Kukku Melkas ym. (toim.) *Läpikulkuihmisiä. Muotoiluja kansallisuudesta ja sivistyksestä 1900-luvun alun Suomessa*. Helsinki: Suomalaisen Kirjallisuuden Seura, 169–196.

Halmesvirta, Anssi (1998) *Vaivojensa vangit. Kansa kysyi – lääkärit vastasivat – historiallinen vuoropuhelu 1889–1916*. Jyväskylä: Atena.

Harjula, Minna (1996) *Vaillimaisuudella vaivatut: Vammaisuuden tulkinnat suomalaisessa huoltokustelussa 1800-luvun lopulta 1930-luvun lopulle*. Helsinki: Suomen Historiallinen Seura.

Helén, Ilpo (1997) *Äidin elämän politiikka: Naisukupuolisuus, valta ja itsesuhde Suomessa 1880-luvulta 1960-luvulle*. Tampere: Gaudeamus.

Hietala, Marjatta (1996) *From Race Hygiene to Sterilization: The Eugenics Movement in Finland*. Teoksessa Gunnar Broberg & Nils Roll-Hansen (toim.) *Eugenics and the Welfare State. Sterilization Policy in Denmark, Sweden, Norway, and Finland*. Michigan: Michigan University, 195–258.

Hyttinen, Elsi (2012) *Kovaa työtä ja kohtalon oikkuja. Elvira Willmanin kamppailu työläiskirjallisuuden tekijyydestä vuosisadanvaihteen Suomessa*. Turku: Turun yliopisto.

Johannisson, Karin (1994) *Den mörka kontinenten: Kvinnan, medicinen och fin-de-siècle*. Stockholm: Norstedt.

Kantokorpi, Mervi (1998) *Naturalismin kuvotus. Valvoja valvoo 1880–1915*. Teoksessa Pirjo Lyytikäinen (toim.) *Dekadenssi vuosisadanvaihteen taiteessa ja kirjallisuudessa*. Helsinki: Suomalaisen Kirjallisuuden Seura, 16–31.

Koskela, Lasse (1999) *Kansa taisteli – valkoiset kertoivat*. Teoksessa Lea Rojola (toim.) *Järkiuskosta vaistojen kapinaan. Suomen kirjallisuushistoria 2*. Helsinki: Suomalaisen Kirjallisuuden Seura, 222–235.

Lappalainen, Päivi (1999) *Kauppa-Lopo ja Agnes, kaksi naiskuvaa. Esipuhe teokseen Minna Canth: Kauppa-Lopo. Agnes*. Helsinki: Suomalaisen Kirjallisuuden Seura, vii–xviii.

Lappalainen, Päivi (2000) *Koti, kansa ja maailman tahraava lika. Näkökulmia 1880- ja 1890-luvun kirjallisuuteen*. Helsinki: Suomalaisen Kirjallisuuden Seura.

Lappalainen, Päivi (2007) *The Politics of Naturalism: Women and Fiction in the 1880s*. Teoksessa Päivi Lappalainen & Lea Rojola (toim.) *Women's Voices: Female Authors and Feminist Criticism in the Finnish Literary Tradition*. Helsinki: Finnish Literature Society, 35–52.

Lappalainen, Päivi (2008) *Seduced Girls and Prostitutes. The Character of the Fallen Woman in Finnish Naturalist Fiction*. *Excavatio*. vol. XXIII, Nos. 1–2, 153–168.

Launis, Kati (2006) *Miksi Lopo juo? Nainen ja alkoholi 1800-luvun ja 1900-luvun alun kirjallisuudessa*. Teoksessa Siru Kainulainen & Viola Parente-Čapková (toim.) *Täysi kattaus. Ruokaa ja juomaa kirjallisuudessa*. Turku: Turun yliopiston taiteiden tutkimuksen laitos, 244–268.

Launis, Kati (2009) *Työväen Maamme kirja*. Teoksessa Kukku Melkas ym. (toim.) *Läpikulkuihmisiä. Muotoiluja kansallisuudesta ja sivistyksestä 1900-luvun alun Suomessa*. Helsinki: Suomalaisen Kirjallisuuden Seura, 73–106.

Laurila, Aarne (1958) *F.E. Sillanpää vuosina 1888–1958*. Helsinki: Otava.

Lehtonen, Turo-Kimmo (1995) *Bakteerit ja henkisten ruuttotautien siemenet. Puhdas elämä suomalaisessa terveystieteessä*. Teoksessa Timo Joutsivuon ja Heikki Mikkeli (toim.) *Terveyden lähteillä. Länsimaisten terveystieteiden kulttuurihistoriaa*. Helsinki: Suomen Historiallinen Seura, 205–251.

Leskelä-Kärki Maarit (2009) *Sivistyneistön naisen kuuma veri*. Teoksessa Kukku Melkas ym. (toim.) *Läpikulkuihmisiä. Muotoiluja kansallisuudesta ja sivistyksestä 1900-luvun alun Suomessa*. Helsinki: Suomalaisen Kirjallisuuden Seura, 135–168.

Lyytikäinen, Pirjo (toim.) (1998) *Dekadenssi vuosisadanvaihteen taiteessa ja kirjallisuudessa*. Helsinki: Suomalaisen Kirjallisuuden Seura.

Lyytikäinen, Pirjo (1999) *Symbolismi ja dekadenssi*. Teoksessa Lea Rojola (toim.) *Suomen Kirjallisuushistoria 2. Järkiuskosta vaistojen kapinaan*. Helsinki: Suomalaisen Kirjallisuuden Seura, 136–146.

Maijala, Minna (2008) *Passion vallassa. Hermostunut aika Minna Canthin teoksissa*. Helsinki: Suomalaisen Kirjallisuuden Seura.

Manner, Aino (1935) *Viesti yöstä. Mielisairaala-kokemuksia*. Porvoo: WSOY.

Markkola, Pirjo (2002) *Synti ja siveys. Naiset, uskonto ja sosiaalinen työ Suomessa 1860–1920*. Helsinki: Suomalaisen Kirjallisuuden Seura.

Mattila, Markku (1999) *Kansamme parhaaksi. Rotuhygieniä Suomessa vuoden 1935 sterilointilakiin asti*. Helsinki: Suomen Historiallinen Seura.

Mattila, Markku (2003) Rotuhygieniä ja kansalaisuus. Teoksessa Ilpo Helén & Mikko Jauho (toim.) *Kansalaisuus ja kansanterveys*. Helsinki: Gaudeamus, 110–127, 269–272.

Melkas, Kukku (2009) Palvelustyttyö sivistyneistön peilinä. Teoksessa Kukku Melkas ym. (toim.) *Läpikulkuihmisiä. Muotoiluja kansallisuudesta ja sivistyksestä 1900-luvun alun Suomessa*. Helsinki: Suomalaisen Kirjallisuuden Seura, 107–134.

Molarius, Päivi (2003) "Will the human race degenerate?": The individual, the family and the fearsome spectre of degeneracy in Finnish literature of the late 19th and early 20th century. Käänt. Jüri Kokkonen. Teoksessa Pirjo Lyytikäinen (toim.) *Changing scenes: encounters between European and Finnish fin de siècle*. Helsinki: Suomalaisen Kirjallisuuden seura, 121–142.

Nätkin, Ritva (1997) *Kamppailu suomalaisesta äityydestä. Maternalismi, väestöpolitiikka ja naisten kertomukset*. Helsinki: Gaudeamus.

Onerva, L. (1956/1908) *Mirdja. Valitut teokset*. Helsinki: Otava.

Parente-Čapková, Viola (1998) Kuka, kuka sitoi? Dekadentti äitiys L. Onervan Mirdjassa. Teoksessa Pirjo Lyytikäinen (toim.) *Dekadenssi vuosisadan vaihteen taiteessa ja kirjallisuudessa*. Helsinki: Suomalaisen Kirjallisuuden Seura, 95–126.

Pärssinen, Hilja (1923) "Pieni punaorpo". Teoksessa *Jälleen vapaana. Runoja*. Helsinki: Työväen Sanomalehti Osakeyhtiö, 25–26.

Rajala, Panu (1988) *Siljan synty: F.E. Sillanpää vuosina 1923–1931*. Helsinki: Suomalaisen Kirjallisuuden Seura.

Rojola, Lea (1992) Oman sielunsa hullu morsian. Mirdjan matka taiteen maailmassa. Teoksessa Tarja-Liisa Hypén (toim.) *Pakeneva keskipiste. Tutkielmia suomalaisesta taiteilijaromantista*. Turku: Turun yliopiston Taiteiden tutkimuksen laitos, 49–73.

Rojola, Lea (1999) Veren ääni. Teoksessa Lea Rojola (toim.) *Suomen Kirjallisuushistoria 2. Järkiuskosta vaistojen kapinaan*. Helsinki: Suomalaisen Kirjallisuuden Seura, 165–183.

Rossi, Riikka (2009) *Särkyvä arki. Naturalismin juuret suomalaisessa kirjallisuudessa*. Helsinki: Gaudeamus.

Sillanpää, F. E. (1962/1919) *Hurskas kurjuus. Päättynyt suomalainen elämäkerta*. Helsinki: Otava.

Sillanpää, F. E. (1988/1931) *Kootut teokset 5. Silja ja Ihmiset suviyössä*. Helsinki: Otava. [Alkuteos Nuorena nukkunut 1931.]

Skeggs, Beverley (1997) *Formations of Class and Gender: Becoming Respectable*. London: Sage.

Tuohela, Kirsi (2008) *Huhtikuun tekstit. Kolmen naisen koettu ja kirjoitettu melankolia 1870–1900*. Helsinki: Suomalaisen Kirjallisuuden Seura.

Uimonen, Minna (1999) *Hermostumisen aika-kausi: Neuroosit 1800- ja 1900-lukujen vaihteen suomalaisessa lääketieteessä*. Helsinki: Suomen Historiallinen Seura.

Vuorinen, Heikki S. (2006) *Tautinen Suomi 1857–1865*. Tampere: Tampere University Press.

Wikander, Ulla (1991) *Delat arbete, delad makt: Om kvinnors underordning i och genom arbetet. En historisk essä*. Uppsala: Uppsala universitet.

Winqvist, Gustaf (1914) "Vore det skäl att FL bland allmänheten sökte sprida kännedom om ärftlighetslära och rashygien?" Referat till FL's XXIV allmänna möte 19.–20.9.1913. Förhandlingar vid FL's XXIV allmänna möte i Åbo den 19 och 20 september 1913, Helsingfors, 36–61.

Åkerblom, Maria (1920) *Maria Åkerblom's autobiografi och första delen af hennes verksamhet*. Kokkola: Kokkolan kirjapaino O.Y.

Artikkelin kirjoittajat VTT **Jutta Ahlbeck**, prof. **Päivi Lappalainen**, dos. **Kati Launis** & FT **Kirsi Tuohela** (Historian, kulttuurin ja taiteiden tutkimuksen laitos, Turun yliopisto) ovat toimineet tutkijoina Koneen Säätiön rahoittamassa projektissa "Sairauden kulttuuriset merkitykset ja modernisoitua Suomi" (2009–2012): <http://www.hum.utu.fi/oppiaineet/kotimainenkirjallisuus/henkilökunta/sairausprojekti.html>.

Hyvän arjen valtiaat

Tohtori Kiminkinen ja populaarimedian julma optimismi

Anna-Maria Mäki-Kuutti

Käsitykset terveydestä ja terveyden asiantuntijoista syntyvät osana monia sosiaalisia, taloudellisia ja kulttuurisia käytäntöjä ja niiden verkostoja. Nämä käytännöt ovat viime aikoina muovautuneet aiempaa markkinavetoisemmiksi, mediavälitteisemmiksi ja tunnepitoisemmiksi. Terveystä on tullut yhä kiinteämpi osa ihmisten identiteetin rakentamista. Tämä on haastanut perinteisten auktoriteettien ja tiedontuottajien merkityksen terveysviestinnässä. Artikkelissa tarkastellaan sitä, millaisia professionaaleja asiantuntijuuksia populaari terveysmedia myöhäismodernin arjen kontekstissa tuottaa ja millä ehdoilla. Asiantuntijavallan rakenteellisia ja ideologisia taustoja analysoidaan hallintavallan ja diskurssiteorian näkökulmista.

Lääketieteellä ja medialla on takanaan pitkä liitto, jonka salaisuus on molempia osapuolia hyödyttävässä riippuvuussuhteessa. Joukkoviestimet ovat terveydenhuollon asiantuntijoille merkittävä tapa välittää tietoa ja perustella tutkimusta suurelle yleisölle. Toimittajat taas saavat lääketieteestä suurta yleisöä kiinnostavia juttuaiheita ja asiantuntevia lähteitä. Muihin aloihin verrattuna lääketieteen edustajat ovatkin onnistuneet melko hyvin kontrolloimaan itseään koskevaa julkisuutta. Perinteisten tiedejuttu-

jen uutiskriteerit ovat sopineet myös tutkijoiden tavoitteisiin, ja lääketieteilijöille on tarjottu uutisissa usein myönteisiä rooleja. (Väliverronen 2005.) Toki median logiikka uutisten valikoijana ja kehystäjänä on aiheuttanut myös jännitteitä kahden ammattikunnan välille (Nelkin 1996).

Median ja tieteen toimintaa ohjaavat erilaiset motiivit ja toimintakulttuurit. Tieteenteon perinteisiä ihanteita ovat uusi, koeteltavissa oleva tieto, kriittisyys ja autonomisuus, mediaa taas ohjaavat

yhä enemmän kiinnostavuus, hyvät tarinat ja kohderyhmäajattelu. Sekä kaupalliset viestimet että julkinen palvelu kilpailevat samoista markkinoista ja toimivat pikemmin yleisöjen kuin asiantuntijoiden ehdoilla. (Alasuutari 2006; Heikkilä ym. 2012.) Maallikot pääsevät nyt entistä useammin julkisuuteen kertomaan viranomaisten ja asiantuntijoiden rinnalle omia näkemyksiään. Sosiaalisessa mediassa kansalaiset voivat jakaa ajatuksiaan ilman tiedonvälityksen tai lääketieteen portinvartijoita. Esimerkik-

si sikainfluenssapandemian aikaan nähtiin Suomessa harvinaista rokotuskriittikiä, joka levisi sosiaalisesta mediasta käsin (Järvi 2011, 107–113).

Informaatioteknologian kehitys, erityisesti verkon haaste ja tiedon demokratisoituminen liittyvät laajempaan kulttuuriseen muutosprosessiin, jota on kutsuttu myöhäismoderniteetiksi (Fornäs 1995). Se on merkinnyt muutoksia monissa moderniin ajatteluun liittyvisissä talouden, työn, kansalaisuuden, julkisuuden ja tiedon määrittelyissä. Se mikä aiemmin miellettiin julkisen vallan tehtäväksi, kuten terveydenhoito, kuuluu globaaleilla markkinoilla usein yksityisen tuotannon alueelle. Samalla terveyden merkitys on muuttunut rationaalista itseisarvosta osaksi affektiivisempaa identiteettityötä ja hyvän arjen neuvottelua.

Terveysviestinnän limittyminen entistä tiiviimmin ihmisten jokapäiväiseen elämään on ollut mahdollista myös medioitumisen ansiosta.¹ Mediasta on tullut itsenäinen, omalakinen instituutio, mutta samalla se sulautuu muihin yhteiskunnallisiin toimijoihin, joiden vuorovaikutus tapahtuu aiempaa enemmän median kautta. Media luo viitekehyksen uusille kuvitelluille yhteisöille ja samalla se purkaa vanhoja kulttuurisia merkitysrakenteita. Medioituminen ei mitenkään automaattisesti tarkoita kansalais-

ten voimaantumista. Jos se vahvistaa mediasuhdetta lähinnä ritualistisena tulkitakehyksenä, se voi myös vierottaa ihmisiä demokraattisesta kansalaisuudesta (Couldry 2003, 2006). Käytännössä medioituminen voi pohjustaa hyvin erilaisia yhteisöjä ja sosiaalisia tendenssejä. Olennaista on tunnistaa, millaisiin arksiin kokemuksiin ja muihin toimintoihin se kytkeytyy. (Hjarvard 2008, 130–131.)

Se, mitä ymmärrämme hyvällä terveydellä tai asiantuntijuudella ei siis rakennu koskaan vain subjektiiviselle kokemukselle. Sitä määritellään myös jatkuvasti uudelleen muotoutuviissa kulttuurisissa ja yhteiskunnallisissa rakenteissa, kuten journalistisissa käytännöissä. (Torkkola 2008, 20–21.) Tätä leikkauspistettä, subjektiivisen ja sosiaalisen neuvottelua, olen aiemmin lähestynyt terveyskurin käsitteellä. Medioitunut terveyskuri voidaan nähdä vallitsevana yhteisöllisenä fantasiana, jolla ihanekansalaisuutta tuotetaan ja johon yksilöitä kutsutaan. (Mäki-Kuutti 2012.) Käytännössä terveyskuria tuotetaan ja puretaan eri tavoin eri konteksteissa. Internetin myötä tarjolla on entistä moninaisempi joukko terveystiedon tuottajia (Drake 2009).

Myös tavat puhutella kansalaisia ovat muuttuneet. Jos 1980-luvulla ylempien keskiluokan asiantuntijat valistivat maaseudun tietämätöntä kansaa, niin

2000-luvulla on siirrytty liberaaliin yksilön vastuuseen, toimijoiden vuoropuheluun ja paternalismin kritiikkiin. (Setälä 2010.) Objektivisen asiantuntijuuden kriisi ja puhuttelutapojen muuttuminen näkyy myös mediassa. Esimerkiksi Suomen vanhin terveystieteellinen lääkäri Duodecimin 1889 perustama ja sittemmin Otavamedian kustantama *Kotilääkäri*, nojautui sisällönsään pitkään koululääketieteeseen mutta viime vuosina sen konsepti on laajentunut elämäntyylien ja vaihtoehtohoitosten suuntaan. Suurta kansansuosiota nauttinut televisio-ohjelma *Tohtori Kiminkinen* (YLE TV1) taas yhdisti asiaa ja viihdettä, järkeä ja tunnetta, maalaisia ja modernia samassa paketissa. *Kotilääkäri* ja *Tohtori Kiminkinen* ovatkin medioituneelle terveyskulttuurille tyyppillisiä genrehybridejä ja siksi kiinnostavia tutkimuskohteita.

Kysyn tässä artikkelissa, millaisia terveyden asiantuntijuuksia populaarimediassa tuotetaan ja millaisia reunaehdoita niillä on myöhäismodernissa, markkinoituvassa ja medioituvassa terveyskulttuurissa. Tekstin lähtökohtana on terveyden asiantuntijuuksien kulttuurisen runsauden ja uusien reunaehdojen näkyväksi tekeminen. Tarkoitan näillä reunaehdoilla myös laajempia yhteiskunnallisia ja kulttuurisia rakenteita enkä vain median sisäistä toiminta-

logiikkaa tai yleisön vastaanottokäytäntöjä. Rajaudun artikkelissa professionaalien asiantuntijuuden muotoihin ja ehtoihin. Profiisillä tarkoitan erityistietoon ja -osaamiseen perustuvia ammatteja, jotka ovat saaneet yhteiskunnassa usein lailla säädellyn aseman ja joihin liitetään yhteisesti jaettuja eettisiä periaatteita, asenteita ja käyttäytymiskoodeja (Arnold & Stern 2006).

Artikkelin tutkimusaineistoksi olen valinnut televisiosarja *Tohtori Kiminkisen* ensimmäisen tuotantokauden vuodelta 2009 (15 jaksoa) ja *Kotilääkäri*-lehdessä vuonna 2010 ilmestyneet Tapani Kiminkisen kolumnit (8 kpl) sekä asiantuntijahaastattelujen sarjan ”Kiminkisen lauteilla” (haastateltavina peruspalveluministeri Paula Risikko, THL:n pääjohtaja Pekka Puska, professori Jussi Huttunen ja professori Petri Kovanen). Kiminkinen on juttusarjassa saunottanut ja haastatellut tuttavalliseen tyyliin asiantuntijoita, ja *Kotilääkäri*in toimittaja on keskustelujen pohjalta kirjoittanut jutut dialogimuotoon. Kiminkinen kysymysten tekijänä asettuu sekä kollegidensa rinnalle että eräänlaisen tulkin rooliin, kansan ja asiantuntijoiden välimaastoon. Vastaava kaksoisasetelma toimii televisiosarjassa, jossa Kiminkinen näyttäytyy sekä potilaidensa vertaisena että asiantuntijana. YLE TV1:ssä nähty *Tohtori Kiminkinen* on eräänlaista viih-

devalistusta, joka olisi sopinut myös perinteisten mainoskanavien ohjelmitoon. YLE:n ohjelmalla sitä ehkä katsottiin kuitenkin enemmän valistuksena kuin viihteenä, vaikka myös julkisen palvelun yleisöt ja katsomisen tavat ovat entistä eriytyneemmät.

Artikkelin keskeinen tulkintakonteksti nousee populaarimediasta ja sen paikasta arjen hallinnassa. Populaarimedialla on huomattava rooli ihmisten arkisessa merkitysten, kokemusten ja yhteisöllisyyden tuotannossa, tiettyjen valtasuhteiden puitteissa. (Hall 1992, 252–261.) Lawrence Grossbergin (1995, 27–28, 155–156) mukaan populaarin voima on affektiivisuudessa, jolla ihmiset kiinnittyvät joihinkin ilmiöihin ja sijoittavat niihin energiaansa. Kyse on mentaalista ja materiaalisista panostuksista, jotka kytkeytyvät myös taloudellisiin ja ideologisiin rakenteisiin. Myöhäismodernissa arjen poliittiset kytkökset ovat monesti monimutkaisempia ja vaikeammin tunnistettavia, ironian tai kynnisyysden sävyttämiä. Populaarin affektiivisessä voimassa ei siis välttämättä ole kyse pelkästä mielihyvästä (vrt. Grossberg 1995, 40–41). Markkinoituneeseen terveyskulttuuriin ja populaariin terveysviestintään liittyy paljon lupauksia, jotka voimaantumisen sijaan saattavat pitää ihmisiä kiinni vallitsevissa, alistavissa käytännöissä. Tätä voidaan kutsua

julmaksi optimismiksi (Berlant 2011). Se tarkoittaa affektien, erityisesti halun, liimaantumista sellaisiin objekteihin, jotka antavat toivoa ja tulevaisuudenuskoa mutta eivät käytännössä paranna yksilön hyvinvointia, joskus jopa päinvastoin. Näitä objekteja voivat olla vaikkapa *Kotilääkäri*-lehdessä esitellyt itsensä kehittämisterapiat, dieetit tai muut vitit ”parempaan elämään”, josta esimerkiksi pätkä- ja silppuötöitä tekevä uupunut yksinhuoltaja saattaa haaveilla. Selfhelpoppien lumo kääntää katseen yksilöön itseensä ja pois uusliberaalin talouden sekä epävarman elämän rakenteista. *Tohtori Kiminkisessä* taas julman optimismin mekanismi voi syntyä, kun katsojat kutsutaan vielä kerran uskomaan yhteiseen hyvinvointivaltioutopiaan, joka on poliittisissa käytännöissä jo kuopattu.

Lähestyn artikkelissa terveyden asiantuntijuutta kulttuurisen jäsentämisen näkökulmasta. Kysyn aineistoilta, kuinka ne tuottavat todellisuutta eli tässä terveyden asiantuntijuuksia (ks. Alasuutari 1999, 90–124). Asiantuntijuuden rakenteellisia ehtoja ja ideologisia taustoja analysoin hallintavallan ja diskurssiteorian näkökulmista. Michel Foucault’n (2010, 131–133, 172–181) käsitteellistämisen hallintavallan avulla on mahdollista tarkastella terveyden asiantuntijuutta tietynlaisena tieto–valtasuhteena. Hallintavallan juuret löytyvät juutalais-kris-

tillisestä paimenvallasta. Se on pohjimmitaan hyväntahtoista turvallisuuden ja huolenpidon valtaa. Käskemisen sijaan paimen ohjaa yhteisöä vahvistamalla yksilöiden vapautta ja omaa halua. Oleellinen osa paimenvallaa on myös ohjattavan kuuliaisuus ja usko tiettyyn totuuteen. Yksilöllistyminen tapahtuu riippuvuuden verkostossa itsen tutkimisen, tunnistamisen ja alistumisen kautta. Yhtenä paimenvallan seuraajana pidetään lääkäreitä, jotka suostuttelevat potilaita hoitoon.

Diskurssiteoria auttaa tarkastelemaan asiantuntijuuden kytkeytymistä ideologiakriittisemmin osana laajempia rakenteita ja suhteita. Tutkin asiantuntijuutta artikulaatioina eli puhekäytäntöinä, jotka niveltävät yhteen kulttuurisia merkityksiä ja identiteettejä. Asiantuntijuudet tuotetaan prosessissa, jossa diskursiivisia elementtejä yhdistetään hallitsevien merkitsijöiden, kiinnekohtien, ympärille. Kiinnekohtaa, jonka merkityksestä kamppaillaan, kutsutaan kelluvaksi merkitsijäksi. Jatkuva uudelleenartikulaatio on diskurssiteorian keskeisiä lähtökohtia ja toimijuuden edellytyksiä. Tässä artikkelissa päähuomio ei ole vain asiantuntijuuden diskursiivisissa merkityskamppailuissa vaan näiden vaihtuvien merkitysten reunaehdoissa. (Laclau & Mouffe 2001, 105, 111–113, 134–144.)

Asiantuntijat ja arjen hallinta

Moderni lääketiede syntyi muun muassa mikrobiologisen tautikäsityksen myötä 1700-luvun lopulla. Sairaus muuttui henkilökohtaisesta kokemuksesta ennen kaikkea tiedon kohteeksi ja lääkäreistä tuli tautien, eikä enää parantamisen, ammattilaisia. Samaan aikaan uskonnon ote parantamisesta hiipui. (Foucault 1994, 3–20, 54–63.) Uskonnoilla on parantamisessa yhä suuri merkitys yhteiskunnissa, joissa perusturvallisuus ja hyvinvointipalvelut ovat hauraita. Norrisin ja Inglehartin (2004) mukaan maallistuminen onkin sidoksissa koettuun hyvinvointiin ja eksistentiaaliseen turvallisuuteen. Tosin hengellisyys ja uskonnollisuus ovat usein läsnä myös nykyisissä yksilön vapaata toimijuutta korostavissa hyvinvointikäytännöissä kuten joogassa, henkivarantamisessa tai esimerkiksi enkelihoidoissa (Utriainen ym. 2012).

Näille uusille käytännöille luo maaperää ennen kaikkea hyvän arjen ihannoiti, joka on noussut julman optimismin ja jälkifordistisen epävarmuuden hengessä yhä hallitsevammaksi puhetauksi. Tämä näkyy kiinnostavalla tavalla myös alkoholinkäytön ja sen symbolisaation muutoksessa. Antti Maunun (2010) mukaan kasvaneeseen alkoholinkulutukseen liittyy olennaisesti mo-

raalinen uudelleenjärjestymisen arkielämässä. Juominen on hyväksyttyä, kunhan se tapahtuu arjen tunnusten alla, kuten ruokaillessa, eikä arjen asetelmia rikota. Maunun mukaan vaarallista ei olekaan kategorisesti enää itse alkoholi vaan arjen rikkominen millä tavalla tahansa. Toisaalta on ihmisiä, joille esimerkiksi alkoholi kuuluu vain arjen ylittäviin tilanteisiin. Arjen tuottaminen tai sen karnevalistinen rikkominen mediassa onkin tästä näkökulmasta huomionarvoisen kulttuurinen ja poliittinen kysymys.

Oikeanlaista arkea ja sen rajoja neuvotellaan myös populaarisissa terveysviestinnässä. Media tuottaa jatkuvasti tilannesidonnoisia ideologisia ja kulttuurisia kutsuhuutoja, joihin vastaamalla määrittelemme sitä, mihin joukkoihin kuulumme ja mihin emme. Ideallisessa identifiikaatiossa ei ole kyse virallisista säännöistä vaan arjen normatiivisuudesta. (Althusser 1984; Lehtonen & Koivunen 2011, 12–15, 27–28.) Terveyteen liittyvät aiheet ja puhuttelutavat kiertävät nopeasti välineestä ja genrestä toiseen. Terveyden markkinoituminen on lisännyt niin perinteistä terveysvalistusta, hyvinvoinnin lifestyle-ohjelmia kuin erilaisia genrehybridejäkin. (Kamin 2007, 121–124.) Niille on tuonut tilausta myös emotionaalisesti eriytynyt kapitalistinen mediakulttuuri: kotoilu- ja terveysjuttujen avulla voi tuoda arkeen järjestystä ja

tuntee oman elämän hallintaa ulkoisen kaaoksen keskellä (Illouz 2007).

Seuraavaksi tarkastelen lähemmin erilaisia asiantuntijuuden artikulaatioita ja niiden ehtoja *Tohtori Kiminkisessä* ja *Kotilääkäri*-lehdessä. Olen nimennyt nämä asiantuntijuudet *hyvän arjen paimenneksi, valistajaksi ja valmentajaksi*.

Hyvän arjen paimen ja hänen laumansa

Tohtori Kiminkinen ja *Kotilääkäri*-lehti sisältävät perinteisen terveystiedon lisäksi runsaasti aineistoa, jossa tuotetaan lukijalle lupausta hyvästä arjesta ja nivelletään sen ympärille yhä uusia merkityksiä. Kansalaisille on tässä tarjolla entistä suurempi rooli, kun hyvästä arjesta on tullut kamppailunalainen kelluva merkittäjä. Hyvinvoinnista kiinnostunut kansalainen on myös sisään rakennettuna lukijana läsnä *Kotilääkäri*-lehden kolumneissa ja asiantuntijahaastatteluissa. Kolumnien aiheita ovat muun muassa ikääntyminen, aika, kuolema ja terveyden merkitys eli ihmisyyttä syvästi koskettavat asiat, joihin sijoitetaan paljon affektiivista energiaa kuten pelkoa, toivoa ja tulevaisuudenuskoa. Kolumnit on kirjoitettu vapaasti assosioivaan, kevyeen tyyliin. Kirjoittaja johdattaa niissä luki-joita kuin hyvän arjen paimen laumaansa läpi jokapäiväisen elämän ilojen ja kareikoiden.

Asiantuntijuus artikuloituu teksteissä ystävällisenä suostutteluna ja rohkaisuna tehdä oikeita päätöksiä. Se korostaa yksilön itsenäistä roolia ja käyttää tunteita vedotakseen subjektin omiin haluihin. Kyse on symbolisen vallan kyseenalaistamattomista suhteista, joihin kiinnittymällä ihmiset tekevät asioita ikään kuin omasta tahdostaan (Lehtonen & Koivunen 2011, 20–21.) Kiinnekohtia tässä puhutavassa ovat ihmisen oma aktiivisuus ja suostuttelun affektiivisuus. Asiantuntijuutta tuotetaan turvallisuutena ja kokeneisuutena, johon lukijaa kehoitetaan nojautumaan. Esimerkiksi kytkemällä hyvän iän pohdinta kepeästi tyttöjen pukeutumiseen uusinnetaan samalla kyseenalaistamaton sukupuoli-järjestys.

Tapani Kiminkinen: On viisasta elää tätä päivää kuin sitä viimeistä, juuri sen ikäisenä kuin on. Suomalainen tyttö lopettaa leikkimisen jo 11-vuotiaana, kun norjalainen sisarensa vasta 16-vuotiaana. Lapsen pitää saada olla lapsi ja kehittyä. Kyllä niihin napapaitoihin kerkeää ahtautua myöhemmin. Silloin kun mahdollisesti järkeä on enemmän. (*Kotilääkäri* 8/2010)

Järkeä ja tunne nivelletään tässä artikulaatiossa toisiinsa ja myös toimintaan. Niitä ei olekaan mielekästä erottaa toisistaan. Terveiden asiantuntijuuteen liittyvän vallan ymmärtäminen edellyttää yhä selvemmin affektiivisuuden huomioimista. Tunteet tekevät asioita, kytkävät niitä yhteen ja erottavat. (Ahmed 2004b; Lehtonen & Koivunen 2011, 33–34.) Tämä näkyy myös tehtäessä miesten ja naisten terveyden välistä eroa. Kiminkinen perustelee monia teesejään kuten sukupuolieroa luonnollisina mutta sijoittaa tähän luontoon myös monia affekteja. Monet tavoiteltavat asiointilat, kuten terveys, onnellisuus tai esimerkin naiseus, naturalisoidaan mutta hallintavallalle ominaisesti niihin kannustetaan yksilön sisältä käsin.

Tapani Kiminkinen: Tämä on suomalaisen miehen luonto. Mies on munakas ja sillä hyvä. (*Kotilääkäri* 2/2010)

Tapani Kiminkinen: Samalla on kuitenkin muistettava, että mitä enemmän nainen omaksuu perinteisiä miehiä käyttäytymismalleja (tupakka, viina, väkivalta, vieraat naiset), sitä huonommin hänellä menee. Esimerkiksi naisten alkoholikuolemat ja keuhkosyöpä lisääntyvät kaiken aikaa. Naisen tulee ol-

la nainen, mutta omilla ehdoillaan.
(*Kotilääkäri* 5/2010)

Hyvän arjen paimenen artikulaation riskitiriittäisyys tulee esiin erityisesti televisiosarjassa *Tohtori Kiminkinen*, jossa seurataan keskisuomalaisen Saarijärven terveyskeskuksen ”arkea”. Lääkärin suhde potilaisiin näyttöytyy leppoisana ja tavallisena yhteistyö- ja kumppanuussuhteena. Kiukkuisia tai tyytymättömiä asiakkaita ei sarjassa esiinny. Tämä julman optimistinen fantasia muistuttaa kollektiivista nostalgiaa kuvitellusta kulta-ajasta, jolloin ketään ei jätetty heitteille ja kaikille riitti aikaa, hoivaa ja muita resursseja. *Tohtori Kiminkisessä* potilaat ovat kuitenkin myös heikompia toisia. Heitä on suojeltava muun muassa internetin turhaa huolta aiheuttavalta terveystiedolta (*TK*, jakso 5). Tätä paternalistista puhetapaa ei kuitenkaan yleensä kuulla vastaanotolla, missä tohtori suosittelee potilasta noudattamaan hoitosuunnitelmaa ja ottamaan siitä myös itse vastuuta.

Professionaalien asiantuntijuuden jännitteisyys ja pelko potilaiden ”liiallisesta itsenäisyydestä” liittyy siihen, että potilailla on tänä päivänä entistä vahvempi rooli omassa hoidossaan. Iso-Britanniassa on kehitetty asiantuntijapotilaan (*expert patient*) käsite ja erilaisia ohjelmia itsehoidon tukemiseksi. Terveys-

denhuollon ammattilaisten kantamaa vastuuta on siirretty enemmän potilaille itselleen. Haasteeksi on osoittautunut se, että vastaavaa ohjelmallista muutosta potilaiden itsehoidon tukemiseksi ei ole tapahtunut lääketieteen profession puolella. Asiantuntijuus itsehoito-ohjelmassa perustuukin siihen, että potilaan oletetaan osaavan toimia profession näkökulmasta ”oikein”. Potilaiden voimaantumisen on ehdollista, mitä voidaan pitää kaksiteräistä hallinnallisuutta vahvistavana. (Wilson 2001; McWilliam 2009.)

Tapani Kiminkinen: Potilaat hommaa monia mielipiteitä monilta lääkäreiltä ja näistä sitten näistä mielipiteistä potilas yhdessä puolisonsa ja lakimiehensä kanssa valitsee itselensä mieleisen. Ei se oo helppoa lääkärilläkään nykyään... (*TK*, jakso 7)

Valistaja markkinasaunassa

Niin terveysvalistus kuin valtavirtajournalismikin ovat pitkään kytkeytyneet asiantuntijatietoon ja vahvistaneet siten ihmisten riippuvuutta ammattilaisista. Julkisuuden markkinointumiseksi, viihteellistymiseksi tai feminisoitumiseksi kutsutut muutokset ovat kuitenkin haastaneet syvällisesti median perinteisiä toimintatapoja (esim. Herkman

2005; Ruoho 2006). Median nykyinen valta perustuu lähinnä rituaaliseen hallintaan: sen kykyyn tuottaa yhteys ihmisten arkeen ja keskittää itseensä sellaisia symbolisia resursseja, joiden avulla ihmiset määrittelevät omia maailmojaan (Sumiala 2010, 91–92, 127–128.) Vaikka lääketieteellä on yhteiskunnassa yhä huomattavaa institutionaalista valtaa, myös sen on legitimoitava toimintaansa uudelleen. Ammattilainen ei voi esiintyä mediassa enää pakottavana auktoriteettina vaan inhimillisiä totuuksia ja muita itsehallinnan välineitä tuottavana professionaalina. (Karjalainen ym. 1991, 55, Järvi 2011, 141–153).

Pehmeässä kapitalismissa siis myös tieteen asiantuntijuus puetaan markkina-ajan henkeen mukautuviin asuihin (Thrift 1997). Tällaista joustavaa valistaja-asiantuntijuutta artikuloidaan *Kotilääkäri*ssä erityisesti ”Kiminkisen lauteilla” -juttusarjassa. Haastattelussa Tapani Kiminkinen keskustelee suomalaisten terveysalan päättäjien ja tutkijoiden kanssa monista markkinoituneen terveydenhuollon kysymyksistä kuten terveyspalvelujen järjestämisestä, terveysriskeistä ja valistuksen merkityksestä.

Kiinnekohtia tässä puhettavassa ovat elämäntapaohjeet ja luonnollistaminen. Valistuspuhe olettaa terveyden luonnollisena, objektiivisena arvona, joka on olemassa jossakin kulttuurisen määrit-

telyn ulkopuolella ja siten lääketieteilijöiden ulottuvilla. Keskioluen sekä tupakoinnin vastustaminen ja terveellisen ravitsemuksen edistäminen ovat malliesimerkkejä perinteisestä valistuspuheesta, jolla on tehty eroa myös arjen ja juhlan välille. Merkittävää tässä artikulaatiossa on sen suuntautuminen ennen kaikkea toisten alojen, erityisesti talouden, asiantuntijoille. THL:n pääjohtaja Pekka Puska näyttää valistavan pikemmin markkinoita ja poliitikoita kuin suoraan kansalaisia.

Pekka Puska: Alkoholin kulutus on aivan liian korkea, ja puolet siitä kertyy kaupan keskioluesta. Siihen on saatava muutos. Helpoin ratkaisu olisi alentaa kaupassa myytävän oluen alkoholipitoisuutta. Tupakka-puolella olemme hyvässä vaiheessa. Myös ravintopolitiikassa on tekemistä, niin että terveelliset vaihtoehdot olisivat riittävän helppoja ja riittävän huokeita. [...] Eikääntyminen aiheuta kustannuksia vaan sairaudet. Kun työikäisten kuolleisuus on romahtanut, poliitikkojen murheena on väestön ikääntyminen. Olen sanonut, että älkää sitä surko, se hän on valtava saavutus. (*Kotilääkäri* 10/2010)

Markkinoilla ja taloudella on hallinnallistuneessa terveydenhuollossa keskeinen rooli. Niillä perustellaan paljon terveysuutisia etenkin sanomalehdissä (Aarva & Lääperi 2005). Käytännössä markkinoituminen on tarkoittanut muun muassa palvelutuotannon kilpailutuksen tuloa julkishallintoon sekä tulosten ja tehokkuuden aiempaa tarkempaa mittaamista. Muutos on osittain tulosta tietoisesta politiikasta, osittain reaktiota ulkoisiin muutospaineesiin kuten talouden globalisaatioon ja yritysten vallan kasvuun. Rakennere-monttien välttämättömyyttä on perusteltu paitsi julkisen talouden kestävyys-vajeella myös kansalaisten oikeuksien ja valinnanvapauden parantamisella. (Koi-vusalo ym. 2009.)

Markkinoituminen on siis muuttanut myös potilaan roolia ja suhdetta asiantuntijoihin ja palvelurakenteisiin. Potilaat asemoidaan aktiivisia valintoja tekeviksi kuluttajakansalaisiksi ja asiantuntijat kilpailutettaviksi palveluntarjoajiksi. Ne kansalaiset, joilla on riittävästi resursseja, voivat periaatteessa valita mieleisensä palvelun terveyden markkinoilla. (Toiviainen 2007.) Kansalaisia puhutellaan ”Kiminkisen lauteilla” -sarjassa aiempaa kuluttajamaisemmin, mutta hekin saavat osansa hallinnallises-ta valistuspuheesta.

Paula Risikko: Ja kyllä sekin pitää uskaltaa sanoa, että myös me ihmiset voisimme ottaa asioihin toisenlaista otetta. Jos joku odottaa kolmatta laihdutusleikkaustaan, elämänarvot eivät ole silloin kohdallaan. (*Kotilääkäri* 9/2010)

Jussi Huttunen: Se (rokotuksista kieltäytyminen) on itsekästä ja monella tavalla myös ongelmallista. Se on ongelmallista heidän oman terveytensä kannalta, mutta se on sitä myös koko kansakunnan kannalta, koska mitä korkeampi rokotuskattavuus on, sen pienemmäksi kaikkien meidän mahdollisuus saada näitä sairauksia muuttuu. (*Kotilääkäri* 11/2010)

Valistajuuden ehtona on kansalaisten identiteetin tuottaminen ”tietämättöminä toisina” tai ainakin koulumista vaativina. Eroa oikean- ja vääränlaisten kansalaisten välille tuotetaan erityisesti heidän valintojensa kautta. Asiantuntijat tukevat yksilöitä ja perheitä tuottamalla tietoa terveysriskeistä ja niiden hallinnasta. Tätä kautta asiantuntijoiden valta itse asiassa kasvaa. (Rose 1999, 74–75, 147). Samalla tuotetaan ihannekan-sakuntaa, meitä suomalaisia. Tätä me-yhteisöä pitävät koossa perheeseen, arkeen ja yksityisyyteen kytkeytyvät nor-

maaliuden diskurssit, kuten edellä painonhallintaan tai rokottamiseen liittyvät vastuun ja järjestyksen merkitsijät.

Valmentaja post-poliittisessa valtiossa

Risto Heiskala ja Anu Kantola (2010) kutsuvat hyvinvointivaltion tilalle syntynyttä uutta ”epäpoliittista” mallia valmentajavaltioksi, jossa poliittiset kysymykset näyttävät hallinnollisina ja taloudellisina ongelmina. Tänä päivänä sen sisältö kytkeytyy yhä vahvemmin kansallisen kilpailukyvyyn ja taloudellisen globalisaation ehtoihin. Nikolas Rosen (1999, 141–147) mukaan tätä niin snottua post-poliittista aikaa hallitsee (uus)liberaalin taloustieteen yritysmäinen logiikka, joka muodostaa perustan hallinnan, asiantuntijuuden ja toimijuuden suhteissa. Tämä näkyy tutkimusaineistossa valmentajan artikulaationa, joka korostaa terveystieteissä markkinalogiikkaa ja potilaan oikeutta valita.

Paula Risikko: Terveystieteiden laki tuo esimerkiksi lisää valinnanvapautta potilaille. (*Kotilääkäri* 9/2010)

Pekka Puska: Terveellinen ruokavalio ei ole mikään yksi dieetti, vaan sen voi rakentaa joko suomalaiseen, kiinalaiseen, meksikolaiseen tai vä-

limerelliseen tapaan joko kalliilla tai halvalla. Se vaatii vain vähän vaivaa. (*Kotilääkäri* 10/2010)

Valmentajan artikulaatiossa terveys näyttäytyy välinearvonsa kautta mitattavana suureena, jonka kulttuurinen muodostuminen jää vaille suurempia pohdintoja. Kiinnekohdista ovat talous ja terveysriskit. Taloudelliset elementit tuovat asiantuntijuuden artikulaatioon uuden alueen, mutta taloutta lähestytään post-politiikalle ominaisesti mikrotasolta. Asiantuntijan roolina on tarjota tietoa riskianalyseja varten ja ohjata ihmisiä heidän itsehallinnassaan. ”Vapaat yksilöt” kietoutuvat tiedon verkostoihin, joiden kautta heidän toimintaansa voidaan ohjata ja he voivat ohjata itseään. Vastuu päätöksenteosta ja aktiivisuudesta jätetään yksilölle.

Petri Kovanen: Tässä jätänkin arvioon hoidon mielekkyydestä lukijalle. (*Kotilääkäri* 12/2010)

Valmentajan asiantuntijuutta artikuloidaan ohjaajuutena, johon ei kuulu lopullista vastuuta. Tv-sarjassa *Tohtori Kimin*kinen valmentaja-ohjaaja kannustaa potilaitaan elämäntapamuutoksiin ja käyttää siihen erilaisia resursseja. Sarjan ensimmäisessä jaksossa tohtori tekee intervention torikauppias ”Mansikka-An-

tin” elämään ja kertoo metabolisen oireyhtymän riskistä. Tämä herättää Antin ja käynnistää monia toimenpiteitä, joita seurataan myöhemmissä jaksoissa. Näin valmentaja tukee omaa asiantuntijuuttaan ja tekee itsestään tarpeellisen myös yksilöä kannustaessaan (*TK*, jakso 1). Elämäntapamuutosten yhteydessä pitäisikin puhua enemmän vallas- ta, jolle itsehallinta tai voimaantumisen on aina alisteista (Ruud Knutsen & Foss 2011). Tämän voi havaita myös Kimin- kisen vetämissä vertaistukiryhmissä, joita olen tarkastellut normittavina tunnustuskoneistoina (Mäki-Kuutti 2012).

Valmennus tapahtuu *Tohtori Kimin*kinessä managerialismin hengessä keskeltä, ei edestä. Valmentaja asemoi itsensä osaksi ohjaamaansa joukkuetta, jump- paavaa ja itseään reflektovaa keskiluokkaa. Monissa sarjan jaksoissa nähdään, kuinka valmentaja itse vaihtaa farkut ja valkoisen takin verkkareihin tai trikoi- siin. Sarjan suosio perustuu pitkälti sama- aikaiseen asiantuntijuuteen ja vertaisuuteen: leppoisa maalaisvalmentaja ei nouse valmennettavien yläpuolelle.

Terveystieteiden asiantuntijuus vallan tuotteena ja tuottajana

Tässä artikkelissa olen analysoinut terveyden asiantuntijuuden rakentumista,

sen ehtoja sekä siihen liittyvää valtaa ja hallintaa myöhäismodernissa populaarimediassa. Terveiden markkinoituminen, kulttuurin medioituminen sekä tiedon ja tunteen rajan hämärtyminen ravistelevat perinteisiä asiantuntijarooleja terveysviestinnässä. Medioitunutta terveyspuhetta leimaa objektiivisen asiantuntijuuden yksinomaisen auktoriteettiaseman kyseenalaistuminen. Perinteinen media ja tieteen asiantuntijat ovat kuitenkin vielä kohtalaisesti onnistuneet säilyttämään luotettavuutensa sekä terveystiedon että muiden uutisten lähteenä (Aarva 2005; Matikainen 2009; Karppinen ym. 2010).

Kamppailu terveyden asiantuntijuudesta kohdistuu nyt pitkälti siihen, kuka hallitsee media-agendaa ja kykenee sitä kautta liikuttamaan kansalaisia. Populaarimediassa terveyden asiantuntijuutta tuotetaan tautien ja terveysriskien hallinnan lisäksi ideaalikansakunnan ja hyvän elämän rakentamisen näkökulmista. Oleellista onkin paitsi artikulaatioiden ideologinen merkityssisältö myös niiden emotionaalinen, liittymistä ja erontekoa tuottava voima. Uudet professionaalit pyrkivät ottamaan haltuun tiettyjen puhetapojen kiinnekohdat, kuten hyvän arjen, ja nivomaan ne omaan affektiiviseen tilaansa. Tätä kautta niistä voi tulla normatiivinen perusta konkreettiselle hyvinvoinnin järjestykselle.

(Laclau & Mouffe 2001, 111–113, 134–144.) Voi kysyä, piilekö populaarimedial terveysasiantuntijuuksien voima juuri affektiivisuudessa, ja voiko niiden ideologisia merkityksiä käyttää johonkin muuhun kuin terveysviestinnässä yleensä ajatellaan – kuten arjen moraaliin ja taloudelliseen hallintaan post-politiittisilla markkinoilla (Grossberg 1995, 117–118). Valkotakkiset eivät siis vartioi vain traagista kuoleman rajaa vaan tarjoavat myös hyvän arjen rakennuspuita (vrt. Hietala 1996).

Tohtori Kiminkisessä ja *Kotilääkäri*-lehdessä asiantuntijuutta tuotetaan hyvän arjen paimenen, valistajan ja valmentajan artikulaatioilla, jotka eivät ole toisistaan erillisiä muodostelmia vaan yhtäaikaisina ja päällekkäisinä korostavat terveyden asiantuntijuuden jatkuvaa kamppailua ja kontingenssia. Näissä artikulaatioissa hyvää arkea tuotetaan ja otetaan haltuun puhumalla perimmäisistä asioista huumorilla, kytkemällä yhteen järki ja tunne, luonto ja kulttuuri. Hyvän arjen korostamisen taustalla vaikuttaa myöhäismoderni yksilöllistymisen ihanne, joka rakentuu hallinnallisuudelle, toisin sanoen itsen tutkimiselle, totuuden etsimiselle, tunnustamiselle ja moninaisille riippuvuuden verkostoille.

Ihmisten sosiaalinen ja moraalinen hallinta kietoutuu yhä vahvemmin asiantuntijoiden operoimaan taloudelli-

seen hallintaan. Yksittäisten ruumiiden ja näiden terveysriskien hallinta perustuu ajatukseen ihannekansakunnasta ja sen kilpailukyvästä globaaleilla markkinoilla. Terveystiedosta tulee tällöin mitattava suure ja kiinnostava asia myös talouden näkökulmasta. (Uus)liberaalin talouden logiikka on populaarimedial terveysasiantuntijuuksissa läsnä vain implisiittisesti, mutta juuri se toimii hallinnallisen asiantuntijuuden taustalla. Käytännössä talous ja politiikka peittyvät yksilöllisen moraalin ja hyvän arki-puhutellun alle. Tunnetaloudellisia erontekoa ja tuottavat merkitykset ovat kuitenkin todellisessa arjessa yhteisöllisiä ja mitä materiaalisimpia (Ahmed 2004a). Myöhäismodernin riskiyhteiskunnan yksilöllistä refleksiivisyyttä ja hallinnallisuutta ei pitäisikään ymmärtää vain sosiaalisen muutoksen seurauksena vaan päinvastoin: hallinnallisuus on merkittävällä tavalla tuottamassa sosiaalisia suhteita, kuten uusia eroja ja luokituksia (Adkins 2002, 123). Myös *Tohtori Kiminkinen* ja *Kotilääkäri*, jotka mediasa tarjoavat julman optimistista lupautaan kuopatusta hyvinvointivaltiosta tai itsensä kehittämisterapioiden voimasta, kutsuvat meitä yhä uusiin sosiaalisiin hierarkioihin.

VIITTEET

1. Käytän tässä artikkelissa yksinkertaisuuden vuoksi suomen kielessä vakiintunutta yleiskäsitettä medioituminen (*mediation*), vaikka se on toisinaan myös erotettu medialisoitumisesta (*mediatization*). (Ks. lisää Kunelius ym. 2009, 48–75.)

AINEISTO

Kotilääkäri 1–12/2010, Otavamedia.

Tohtori Kiminkinen 1. tuotantokausi (2009) YLE TV1/Filmitoimisto Fine Oy.

KIRJALLISUUS

Aarva, Pauliina (2005) Terveys julkisuudessa. Kansalaiset luottavat median terveystietoihin. *Liikunta & tiede* 42:4, 14–17.

Aarva, Pauliina & Lääperi, Pirjo (2005) Terveystietoriikka pääkirjoituksissa. Helsingin Sanomien ja Aamulehden välittämä kuva terveyden edistämisestä vuosina 2002–2003. *Duodecim* 121:1, 71–78.

Adkins, Lisa (2002) *Revisions. Gender and Sexuality in Late Modernity*. Buckingham: Open University Press.

Ahmed, Sara (2004a) Affective Economies. *Social Text* 22:2, 117–139.

Ahmed, Sara (2004b) *The Cultural Politics of Emotion*. Edinburgh: University Press.

Alasuutari, Pertti (1999) *Laadullinen tutkimus*. 3. uudistettu painos. Tampere: Vastapaino.

Alasuutari, Pertti (2006) Median arkikäyttö ja julkinen ohjelmatoiminta. *Yhteiskuntapolitiikka* 71:4, 361–372.

Althusser, Louis (1984) *Ideologiset valtiokoneistot*. Suom. Leevi Lehto ja Hannu Sivenius. Helsinki: Kansankulttuuri.

Arnold, Louise & Stern, David Thomas (2006) What is Medical Professionalism? Teoksessa David Thomas Stern (toim.) *Measuring Medical Professionalism*. New York: Oxford University Press, 15–37. <http://site.ebrary.com/lib/tampere/Doc?id=10375307> (tarkastettu: huhtikuu 2013).

Berlant, Lauren (2011) *Cruel Optimism*. Durham: Duke University Press.

Couldry, Nick (2003) *Media Rituals. A Critical Approach*. London: Routledge.

Couldry, Nick (2006) Culture and Citizenship. The Missing Link? *European Journal of Cultural Studies* 9:3, 321–339.

Drake, Merja (2009) Terveystiedon kipupisteitä. *Terveystiedon tuottajat ja hankkijat Internetissä*. Jyväskylä studies in humanities 127. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto.

Fornäs, Johan (1995) *Cultural Theory and Late Modernity*. London: Sage.

Foucault, Michel (1994/1963) *The Birth of the Clinic. An Archaeology of Medical Perception*. Engl. A. M. Sheridan. New York: Vintage Books.

Foucault, Michel (2010/2004) *Turvallisuus, alue, väestö. Hallinnallisuuden historia*. Collège de France luennot 1977–1978. Suom. Antti Paakkari. Helsinki: Tutkijaliitto.

Grossberg, Lawrence (1995) *Mielihyvän kytkennät. Ristelyjä populaarikulttuurissa*. Suom. ja toim. Juha Koivisto, Mikko Lehtonen, Ensio Puoskari & Timo Uusitupa. Tampere: Vastapaino.

Hall, Stuart (1992) *Kulttuurin ja politiikan mureksia*. Toim. Juha Koivisto, Mikko Lehtonen, Timo Uusitupa & Lawrence Grossberg. Tampere: Vastapaino.

Heikkilä, Heikki, Ahva, Laura, Siljamäki, Jaana & Valtonen, Sanna (2012) *Kelluva kiinnostavuus. Journalismin merkitys ihmisten sosiaalisissa verkostoissa*. Tampere: Vastapaino.

Heiskala, Risto & Kantola, Anu (2010) Valilan uudet ideat. Hyvinvointivaltion huomasta valmentajavaltion valvontaan. Teoksessa Petteri Pietikäinen (toim.) *Valta Suomessa*. Helsinki: Gaudeamus Helsinki University Press, 124–148.

Herkman, Juha (2005) *Kaupallisen television ja iltapäivälehtiä avoliitto. Median markkinoituminen ja televisioituminen*. Tampere: Vastapaino.

Hietala, Veijo (1996) Valkoisten takkien magiaa. Lääkärisarjat ja professionalismin kriisi. *Peili* 20:3, 16–19.

Hjarvard, Stig (2008) The Mediatization of Society. A Theory of the Media as Agents of Social and Cultural Change. *Nordicom Review* 29:2, 105–134.

Illouz, Eva (2007) *Cold Intimacies. The Making of Emotional Capitalism*. Cambridge: Polity Press.

Järvi, Ulla (2011) *Media terveyden lähteillä. Mitä sairaus ja terveys rakentuvat 2000-luvun mediassa*. Jyväskylä studies in humanities 150. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto.

Kamin, Tanja (2007) Mediatization of Health and “Citizenship-Consumership” (Con)Fusion. Teoksessa Birgitta Höijer (toim.) *Ideological Horizons in Media and Citizen Discourses. Theoretical and Methodological Approaches*. Göteborg: Nordicom, 119–130.

Karjalainen, Jukka-Mikko, Lindqvist, Martti, Saares, Kimmo & Voutilainen, Paavo (1991) *Terveyden portinvartijat. Preventio ja asian tuntijavalta terveydenhuollon eettisenä ongelmana*. Raportteja 39/1991. Helsinki: Sosiaali- ja terveyshallitus.

Karppinen, Kari, Jääsaari, Johanna & Kivikuru, Ullamaija (2010) *Media ja valta kansalaisten silmin*. SSKH notat 2. Svenska social- och kommunalhögskolan vid Helsingfors universitet. URL http://sockom.helsinki.fi/info/notat/notat_1002.pdf (tarkastettu: huhtikuu 2013).

Koivusalo, Meri, Ollila, Eeva & Alanko, Anna (2009) Johdanto. Teoksessa Meri Koivusalo, Eeva Ollila & Anna Alanko (toim.) *Kansalaisesta kuluttajaksi. Markkinat ja muutokset terveydenhuollossa*. Helsinki: Gaudeamus Helsinki University Press, 9–20.

Kunelius, Risto, Noppari, Elina & Reunanen, Esa (2009) *Media vallan verkoissa*. Tampereen yliopisto: Journalismin tutkimusyksikkö, tiedotusopin laitos. URL <http://urn.fi/urn:isbn:978-951-44-8070-6> (tarkastettu: huhtikuu 2013).

Laclau, Ernesto & Mouffe, Chantal (2001/1985) *Hegemony and Socialist Strategy. Towards a Radical Democratic Politics*. London: Verso.

Lehtonen, Mikko & Koivunen, Anu (2011) Miltä tuntuu todella? Arjen kulttuuriset merkityskamppailut. Teoksessa Anu Koivunen & Mikko Lehtonen (toim.) *Kuinka meitä kutsutaan? Kulttuuriset merkityskamppailut nyky-Suomessa*. Tampere: Vastapaino, 7–39.

Matikainen, Janne (2009) *Perinteisen ja sosiaalisen ja median rajalla*. Viestinnän laitoksen tutkimusraportteja 3. Helsingin yliopisto. URL http://www.helsinki.fi/crc/Julkaisut/sosiaalisen_ja_perinteisen_median_rajalla_raportti.pdf (tarkastettu: huhtikuu 2013).

Maunu, Antti (2010) Alkoholi ja hyvä arki. *Yhteiskuntapolitiikka*-lehden keskustelufoorumi Yhteiskuntablogiikka 11.10.2010 (ei enää verkossa).

McWilliam, Carol L. (2009) Patients, Persons or Partners? Involving Those with Chronic Disease in Their Care. *Chronic Illness* 5, 277–292.

Mäki-Kuutti, Anna-Maria (2012) Terveyskuri television lääkärisarjoissa. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti* 49:1, 44–59.

Nelkin, Dorothy (1996) An Uneasy Relationship. The Tensions between Medicine and the Media. *The Lancet* 347:9015, 1600–1603.

Norris, Pippa & Inglehart, Ronald (2004) *Sacred and Secular. Religion and Politics Worldwide*. Cambridge: Cambridge University Press.

Rose, Nikolas (1999) *Powers of Freedom. Reframing Political Thought*. Cambridge & New York: Cambridge University Press.

Ruoho, Iris (2006) Julkisuudet, naiset ja journalismi. Teoksessa Anna Mäkelä, Liina Puustinen & Iris Ruoho (toim.) *Sukupuolishow. Johdatus feministiseen mediatutkimukseen*. Helsinki: Gaudeamus, 171–192.

Ruud Knutsen, Ingrid & Foss, Christina (2011) Caught between Conduct and Free Choice. A Field Study of an Empowering Programme in Lifestyle Change for Obese Patients. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 25:1, 126–133.

Setälä, Vienna (2010) Kansalaisen ja asiantuntijan suhde kahdessa terveystampanjassa 1982 ja 2007. *Yhteiskuntapolitiikka* 75:6, 625–637.

Sumiala, Johanna (2010) *Median rituaalit. Johdatus media-antropologiaan*. Tampere: Vastapaino.

Thrift, Nigel (1997) The Rise of Soft Capitalism. *Cultural Values* (nyk. *Journal for Cultural Research*) 1:1, 29–57.

Toiviainen, Hanna (2007) *Konsumerismi, potilaiden ja kuluttajien aktiivinen toiminta sekä erityisesti lääkäreiden kokemukset ja näkemykset potilaista kuluttajina*. Tutkimuksia 160. Helsinki: Stakes.

Torkkola, Sinikka (2008) *Sairas juttu. Tutkimus terveystampanjain teoriasta ja sanomalehden sairalasta*. Tampere: Tampere University Press.

Utriainen, Terhi, Hovi, Tuija & Broo, Måns (2012) Combining Choice and Destiny. Identity and Agency within Post-Secular Well-being Practices. Teoksessa Peter Nynäs, Mika Lassander & Terhi Utriainen (toim.) *Post-Secular Society*. New Brunswick & London: Transaction Publishers, 187–216.

Väliverron, Esa (2005) Tv- uutisten kehykset ja lääketieteilijän roolit geenitekniikkaa käsittelevissä uutisissa. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti* 42:4, 342–352.

Wilson, Patricia M. (2001) A Policy Analysis of the Expert Patient in the United Kingdom. Self-Care as an Expression of Pastoral Power? *Health and Social Care in the Community* 9:3, 134–142.

YTM, tutkija **Anna-Maria Mäki-Kuutti** valmistelee kulttuurisen terveystampanjain tutkimuksen väitöskirjaa Viestinnän, median ja teatterin yksikössä Tampereen yliopistossa.

Puhetta laatikoista, joissa on satunnaislukugeneraattori

Leikkaussalissa ja teho-osastolla työskentelevien kokemuksia terveysteknologioista

Johanna Uotinen

Ihmisten käsitykset terveysteknologioista perustuvat usein tv-sarjoihin, joissa laitteet hälyttävät ja potilaita elvytetään dramaattisissa olosuhteissa. Median tuottamalla kuvalla ei kuitenkaan ole välttämättä paljon tekemistä todellisuuden kanssa. Niinpä tässä artikkelissa keskitytäänkin siihen, millaisia kokemuksia ja käsityksiä tosielämän sairaalan teknologisessa ytimessä, teho-osastolla ja leikkaussaleissa työskentelevillä terveydenhoitoalan ammattilaisilla terveysteknologioista on.

Kohtaus lääkärisarjasta: hämärä huone, jossa makaa potilas massiivisessa sairaalasalangyssä. Sängyn ympärillä on kokoelma vaikuttavan näköisiä laitteita, joista menee letkuja ja piuhoja potilaaseen. Yhdessä laitteessa on näyttö, johon piirretty erivärisiä käyriä ja numeroita. Yhtäkkiä laite alkaa hälyttää vihlovalla äänellä, yksi käyristä on suora! Paikalle ryntää joukko hoitajia ja lääkäreitä mukanaan elvytyslaitteisto. Lääkäri lätkäisee elvytyslaitteen kahvat potilaan rintake-

hälle, huutaa *IRTI* ja täräyttää sähköä potilaaseen. Kaikki tuijottavat hälyttävän laitteen näyttöä. Muuttaako suora viiva muotoaan?

Jokainen television lääkärisarjoja seurannut tunnistaa suorastaan ikoniseksi muodostuneen elvytystilanteen siihen sarjoissa liitettyine laitteineen. Tv-sarjoilla ei ole juurikaan tekemistä todellisuuden kanssa – esimerkiksi edellä kuvatussa sydämenpysähdystilanteessa ei sähköisellä sydämen rytminkäntämi-

sellä ole mitään käyttöä. Kuitenkin ihmisten käsitys terveysteknologioista¹ perustuu usein nimenomaan median välittämään kuvastoon, lääkärisarjoihin, lääketiedettä käsitteleviin dokumentteihin sekä lehtikuviin. (Diem, Lantos & Tulskey 1996; Brown & Webster 2004, 146; Lupton 2012, ix, 15.) Se, mikä tahtoo jäädä näkymättömäksi, on laitteita työssään käyttävien terveydenhoitoalan ammattilaisten näkökulma terveysteknologioihin.

Tarkastelenkin tässä artikkelissa nimenomaan sitä, mitä suomalaisen keskikokoisen keskussairaalan teho-osastolla ja leikkaussaleissa työskentelevät eri ammattiryhmien edustajat kertovat heille jokapäiväisistä terveysteknologioista. Siis laitteista, jotka ”on suunniteltu ymmärtämään, diagnosoimaan ja hoitamaan sairautta, akuutteja ja kroonisia tauteja ja psyykkisiä ja fyysisiä vauvoja sekä ennalta ehkäisemään tällaisten tilojen ilmaantuminen alun alkaenkin” (Brown & Webster 2004, 4).

Valitsin tutkimuskohteeksi nimenomaan leikkaussalit ja teho-osaston, koska ne ovat sairaalan *teknologista ydintä*: terveysteknologiat ovat erottamaton osa niiden toimintaa ja siellä tehtävä hoitotyö on läpiteknologisoitunutta. Artikkelissa on siis kyse siitä, mitä terveysteknologiat *merkitsevät* terveydenhoitoalan ammattilaisille, joiden on niitä työssään käytettävä. Seuraavassa käydäänkin lävitse haastateltavien teknologiamäärittäjiä, heidän kokemaansa teknologista muutosta sekä teknologioiden etuja ja haittoja. Tuloksena on eräänlaisia teknologioiden ympärille kietoutuvaa työpaikkaetnografiaa, jossa painottuvat työntekijöiden kokemukset ja käsitykset (ks. Pöysä 2012).

Tutkimukseni nojaa *kulttuurisen terveystutkimuksen* lähtökohtiin ja näkökulmiin. Kulttuurinen terveystutkimus

tarkastelee terveyteen ja sairauteen sekä terveydenhoitoon liittyviä kysymyksiä kulttuurintutkimuksellisesti, jolloin lähtökohtana on käsitys siitä, että kaikki inhimillinen toiminta on kulttuurista. Tällöin myös terveys, sairaus ja terveydenhoito – mukaan lukien länsimainen lääketiede – sekä näihin liittyvät kokemukset ja käsitykset ovat kulttuurisia ilmiöitä ja siten kulttuurintutkimuksen keinoin ja välinein tutkittavissa. (Honkasalo, Salmi & Launis 2012, 7–9; Lup-ton 2012, viii.)

Terveysteknologioiden kulttuurinen tutkimus puolestaan on tutkimusala, jossa teknologian ja terveyden kulttuurinen tutkimus kohtaavat. Teknologian kulttuurinen tutkimus lähestyy teknologiaa samalla logiikalla kuin kulttuurinen terveystutkimus terveyttä: teknologia on läpikäyvästi kulttuurista, joten teknologian tutkiminen kulttuurintutkimuksellisesti on mielekästä. Tästä näkökulmasta tarkasteltuna teknologia ei ole vain fyysisiä laitteita ja välineitä, vaan siihen liittyy aina myös ihmisten toimintaa ja tietoa: teknologian merkitykset ovat aina ihmisten tietäessä ajassa, paikassa ja tilanteessa tuottamia.² Teknologiat siis saavat merkityksensä jokapäiväisissä, toistuvissa *käytännöissä*. (MacKenzie & Wajcman 1985, 3; MacKay 1997, 268; Uotinen 2005a, 37–38; Faulkner 2009, 19.)

Käytäntöteoriasta (practice theory) on tullut keskeinen teknologioiden, niiden merkitysten ja käyttäjien välisten suhteiden hahmottamisen väline teknologian kulttuurisessa tutkimuksessa. Tällöin käytännöt ymmärretään materiaalisesti eli teknologisesti välittyneinä toiminnan järjestyksinä tai tekoina, jotka muodostuvat jaettujen ymmärrysten, toisin sanoen tiedon ympärille. Näin käsitys käytännöistä lomittuu toimivalla tavalla teknologian kulttuurisen tutkimuksen teknologiaymmärryksen kanssa: molemmat muodostuvat fyysisistä artefakteista, ihmisten toiminnasta ja tiedosta (vrt. Hadders 2009, 574; Phillips 2012, 869). Yksittäisistä käytännöistä – esimerkiksi tavasta käyttää jotain tiettyä laitetta – muodostuu laajempia *käytäntöjen kenttiä (field of practices)*. Teho-osasto, leikkaussali ja koko sairaalakin ovat tällaisia käytäntöjen kenttiä. Ymmärrän nämä kentät teknologian työssä merkityksellistämisen kontekstina. Tämä on se teoreettinen peruslähtökohta, josta käsin tarkastelen, miten haastateltavani terveysteknologioista puhuvat, millaisia merkityksiä he laitteille antavat. (Schatzki 2000, 11–12; Heath, Luff & Sanchez Svensson 2003, 92; Olin Lauritzen & Hydén 2007, 3–4; Webster 2007, 1, 103, 167; Shove, Pantzar & Watson 2012, 10–13.)

Artikkeli perustuu keväällä 2011 tehtyihin laajoihin keskustelunomaisiin teemahaastatteluihin.³ Haastateltavia oli kaikkiaan 11 ja he työskentelevät teho-osastolla ja leikkaussaleissa.⁴ Haastateltavista kuusi on anestesialääkäreitä, neljä hoitajia ja yksi lääkintävahtimestari.⁵ Haastattelut kestivät vajaasta kahdesta reiluun kolmeen tuntiin, ne tallennettiin digitaalisesti ja kirjoitettiin puhtaaksi niin sanottua etnografista litterointitapaa⁶ käyttäen, josta tuloksena oli 570 sivun raakamateriaali.

Tätä materiaalia olen analysoinut laadullisen sisällönanalyysin periaatteiden mukaisesti, sitä *lähilukien*. Paitsi tutkimusmateriaalin lukemisena ja tutkimusaineiston muodostamisena, ymmärrän lähiluvun myös tuotetun aineiston analyysina ja analyysin tutkimustekstiksi kirjoittamisena. Konkreettisesti lähilukuni oli prosessi, joka rakentui tutkimuksen raakamateriaalin toistuvissa lukukerroissa. Lukukertojen myötä muodostin materiaalista tutkimuskysymyksiin vastaamaan kykenevää tutkimusaineistoa.⁷ Prosessin alkupisteenä toimivat haastattelujen teemat, kuten terveysteknologian määrittäminen, teknologinen muutos sekä laitteiden edut ja haitat. Analyysiprosessin edetessä painopiste siirtyi haastattelumateriaalin toistuvasta läpikäymisestä muistiinpanojen tekemisen kautta varsinaisen tutkimustekstin

tuottamiseen. Tällöin analyysi muuttui teoreettisemmaksi ja siirtyi kauemmaksi haastatteluteemoista. Lähiluvun tutkimusprosessi on siis pyramidimainen: laivan pohjan päälle rakennetaan lukuisia jossain määrin toisteisia, kapenevia kerroksia, kunnes saavutetaan rakennelman huippu, valmis tutkimusteksti. (Pöysä 2010, 338–340.)

”Ei niitä niin koe teknologiaaks, yksinkertaseempaa teknologiaa” – terveysteknologian määrittäminen

Kun haasteltavilta kysyi, mitä terveysteknologioita heidän työhönsä liittyy, ensimmäiseksi selvisi, että niitä on *paljon*. Erilaisia laitteita ja välineitä on jopa niin runsaasti, että niille tulee tietyllä tavalla sokeaksi. Kuten muissakin tutkimuksissa on todettu, johonkin jokapäiväiseen, koko ajan läsnäolevaan teknologiaan ei tule niin kiinnittäneeksi huomiota, vaan maallikolle kovinkin ihmeelliset laitteet ovat teho-osastolla ja leikkaussaleissa työskenteleville aivan arkisia ja arkisuudessaan näkymättömiä (Uotinen 2007, 53; O’Keefe-McCarthy 2009, 792; Phillips 2012, 869). Tästä syystä työpaikalla läsnä olevien laitteiden muistelemisen oli välillä yllättävän vaikeaa.

Et mietin just tota hengityskaasu-analysaattoria, joka meillä on ollut nyt muuntaman vuoden. [...] Nin sitä en näköjään maininnut, koska sekin on tavallaan semmonen mitä myö tehään koko ajan. [...] Sen takia sitä ei tuu mainittua, koska se on vähän [kuin] maallikolle se, että otan kynän taskusta ja kirjotan vähän jotain. (H1, 6)

Haastateltavat kuitenkin luettelivat lukuisan määrän työssään käyttämiään laitteita, kuten esimerkiksi potilastieto-, valvonta- ja anestesiajärjestelmät, potilasvalvontamonitorit, erilaiset hengitysjärjestelmät ja keuhkokuivaimet, imu- ja diatermialaitteet sekä kuvantamislaitteet ja tähyysteikkauksiin liittyvät ”tähyystornit”. Mielenkiintoista on, että mainitut laitteet ovat *aina* sähköllä toimivia ja lisäksi yleensä joko suurikokoisia, uusia tai työläitä. Sen sijaan pitkään käytössä olleita, pieniä, sähköttömiä tai vaivattomia välineitä ei erikseen kysymättä juurikaan muistettu, vaikka sellaisiakin on teholla ja leikkaussaleissa hyvin paljon ja niitä käytetään hoitotyössä jatkuvasti. Maininnanarvoinen (terveys)teknologia on siis alan ammattilaistenkin mielikuvissa ensisijaisesti isoa, uutta, sähköistä ja monimutkaista. Vanhemmat, yksinkertaisemmat, arkiset laitteet puoles-

taan määrittyvät ei-niin-teknologiaksi (vrt. Uotinen 2007, 53).

Itsestäänselvyyksien kielellistämisen vaikeus tuli vielä selvemmin esiin kysymyksessä *miksi* mainitut laitteet ovat terveysteknologiaa. Usein kysymyksen pohdinta aloitettiin toteamalla että terveysteknologia liittyy tavalla tai toisella potilaisiin. Näin terveysteknologiaa ovat sellaiset laitteet, jotka ovat joko fyysisesti lähellä tai kiinni potilaassa tai jopa potilaan sisällä tai joilla katsotaan potilaan sisälle. Tällaisia olisivat sitten vaikkapa hengityskone, infuusiopumput, dialyysilaitteet, pulssioksimetri, sydämentahdistin, tähystysvälineet sekä erilaiset kuvantamislaitteet, kuten c-kaari.

Pelkkä potilaskontakti todettiin kuitenkin riittämättömäksi terveysteknologian määrittämiseksi. Esimerkiksi potilastietojärjestelmä ei ole konkreettinen laite, joka olisi potilaassa kiinni, mutta silti se haastateltavien mielestä on ehdottomasti terveysteknologiaa. Niinpä toinen tapa määrittää terveysteknologia oli lähestyä sitä oman työn kautta.

Ne [terveysteknologiat] liittyy kaikki jollain tavalla siihen potilaan hoitamiseen ja siihen työhön, mikä lääkärin homma on. Elikkä taudin määrittäminen ja hoidon määrääminen ja sitte toimenpiteiden teko ja hoitaminen. Nin siihen liittyvät laitteet. (A2, 11)

Tällöin terveysteknologiaa ovat ne laitteet ja välineet, joita haastateltavat käyttävät jokapäiväisessä työssään. Näin määritettynä kuitenkin monista tavallisistakin teknologioista, kuten leikkausten dokumentointiin käytettävistä kameroina ja dvd-tallentimista, tulee terveysteknologioita.

Se on semmonen DVD-soitin, missä on kovalevy. [...] Et se on niinkun ihan periaatteessa siviilikäyttöön, mut se on toisaalta siinä silmäsalin tornissa. Nin tuota tekeekö se siitä sitten sairaalateknologiaa. (LVM1, 18)

Kolmas vaihtoehto terveysteknologian määrittämisessä olikin sen pohtiminen, onko laitteissa itsessään jotain sellaista, joka määrittäisi sen terveysteknologiaksi. Haastateltavien mielestä ilmeisin vastaus on se, että terveysteknologia on teknologiaa, joka (toimissaan oikein) tuottaa terveyttä. Tuo määrittäminen todettiin kuitenkin liian yksinkertais-tavaksi. Tarkemmin ajateltaessa haastateltavat sanoivat terveysteknologian ensinnäkin olevan ainakin erittäin *kallista*, esimerkiksi ortopedin vasara ei kovin paljon eroa kirvesmiehen vasarasta, paitsi hinnaltaan. Laitteet ja välineet ovat usein myös *hienostuneita*, siis huomattavaa (suunnittelu) tiedon ja taidon

määrää edustavia. Laitteiden mainittiin myös olevan *monimutkaisia*, jolloin niiden käyttäminen edellyttää rautaistammattaitoa. Lisäksi ne ovat yhä voimakkaammin *tietoteknistyneitä*; monen laitteen toiminta nojaa erilaisiin tietoteknisiin ratkaisuihin ja ominaisuuksiin.

Yksikään haastateltava ei omaehtoisesti pohtinut terveysteknologian *fyysistä olomuotoa* tuntomerkkimelessä. Kysyttäessä he kuitenkin totesivat laitteilla olevan samantapainen ulkoasu, joka perustuu siihen, että laitteiden muotoilu- ja värien valinnassa tavoitellaan tietynlaista uskottavuutta. Terveysteknologia ei siis voi näyttää ”barbitaksilta”, koska ne ovat ”vakavia laitteita”. Tuloksenten onkin mahdollisimman neutraalin näköisiä laatikoita, jotka ovat yleensä sinisiä, harmahtavia tai vihreitä ja joilla on tietynlainen äänimaailma (vrt. Hadders 2009, 581). Lisäksi laitteet on valmistettu kulutusta ja jatkuvaa puhdistamista kestävästä materiaaleista, kuten muovista ja metallista. Teknologiat tuotavatkin pelkällä ulkoasullaan sairaalaksi tunnistettavissa olevan ympäristön.

”Sama vehje näyttää nyt kaikki, mihinkä ennen tarvittiin kolme laitetta” – teknologinen muutos

Haastateltavien puheessa tuli näkyviin terveydenhoitoalalla tapahtuneen tek-

nologisen muutoksen nopeus ja laajuus. Muutostahtia selittää se, että terveysteknolomiteollisuus on merkittävä globaali toimija, joka tuottaa ja markkinoi yhä uusia innovaatioita jatkuvasti. Terveysteknologia muistuttaakin tietyllä tavalla informaatio- ja kommunikaatioteknologiaa, jota sitäkin leimaa jatkuva muutos ja päivittämiskierre (Uotinen 2003, 136; Uotinen 2005b, 13).

Vaikka sairaaloihin ei hankita jokaista tarjolla olevaa laitetta, viimeisimpinä vuosikymmeninä leikkaussaleissa ja teho-osastoilla tapahtunut teknologinen muutos on huomattava. Haastateltavat myös arvioivat muutoksen jatkuvan edelleen kiivaana, jolloin teknologian tulevaisuudessa tuomia mahdollisuuksia voi vain arvailla.

Aika pitkälle voidaan vielä varmaan mennä, että ei varmaan osaa kuvitellaakaan. Mä oon joskus leikkimielisesti ajatellu, että sitte se anestesia-lääkärin työ on helppoo, kun potilaalle panna kypärä päähän ja käännetään napista ni se nukahtaa. (A1, 15)

Haastateltavien muutoksen kokemukseen vaikuttaa eniten työuran pituus, jolloin erityisen huomattavana muutosta pitivät pitkän uran tehneet lääkärit ja hoitajat. Heidän mielestään teknologiat

ovat lisääntyneet ja kehittyneet huomasti ja muutos on ollut jopa ”yhtä kaaosta”. Hiukan nuorempien mielestä tietyt ”perusjutut” ovat olleet käytössä jo kauan, mutta uutuusiakin on omalle uralle satunut lukuisia määriä. Nuorimmat haastateltavat puolestaan kertoivat, etteivät ole kohdanneet kovin paljon kokonaan uutta teknologiaa työuransa aikana.

Paitsi teknologiat itsessään, myös teknologinen muutos on muuttunut, yhtäältä se on nopeutunut, mutta toisaalta hidastunut. Aiemmin teknologiset harppaukset olivat suuria ja käyttöön tuli täysin ennennäkemättömiä laitteita, kuten verenpainemonitori:

Muistan ku ensimmäiset verenpainemonitorit ilmaantu joskus 80-luvun alussa. Se oli aivan ihmeellinen, tuli ihan jotain uutta. Ensi oli mustavalkeita ja sitten värillisiä. Ihan ensimmäiset [...] oli semmo[sia], että verenpainemittarissaki semmonen viisari heilu systolisen ja diastolisen paineen välillä. Ja sitte siitä sai kääntää nappulasta, näyttääkö se sitä diastolista vai systolista painetta. Se oli vielä Olli-monitori nimeltään. (A1, 5)

Nykypäivää lähestyttäessä aidosti uusia innovaatioita tulee vähemmän, mutta jo olemassa olevien teknologioiden

edelleen kehittäminen tuottaa ”uutuusia” kiihtyvällä tahdilla. Sama ilmiö koskee monia muitakin teknologioita, kuten esimerkiksi viihde-elektroniikkaa. Tutkimuksessa tätä ilmiötä on kuvattu jaolla kehittyviin (*evolutionary*) ja vallankumouksellisiin (*revolutionary*) innovaatioihin. Edelliset, vanhojen ideoiden tai laitteiden varaan rakentuvat kehityskulut ovat vallankumouksellisia keksintöjä yleisempiä. (Iserson & Chiasson 2002, 223.) Hyvä esimerkki tällaisesta jo olemassa olevaa eteenpäin kehittävstä innovaatiosta on se, miten leikkaussaleissa pitkään käytössä olleisiin laitteisiin tuli akku ja näin päästiin eroon hankalista sähköjohdoista.

Porat ja sahat ei enää toimi sillä paksulla piuhalla, vaan ne on niitä akkukäyttöisiä, johdottomia paljon enemmän. [...] Onhan ne kevyempiä käyttää, ei tartte kannatella sitä johtoo siinä. Ja kun [...] sahaa [...] monesta eri suunnasta, ni se piuha ei oo siinä tiellä. Ei oo sitä riskiä, et lääkäri sahaa sen sähköjohdon. [...] (H3, 20–21)

Vallankumoukselliset innovaatiot ovat puolestaan harvinaisia, ne ovat laitteita tai lääkkeitä, jotka muuttavat lääketieteellisiä käytäntöjä perustavalla tavalla (Iserson & Chiasson 2002, 223). Tällainen on Olli-monitorin lisäksi esi-

merkiksi sydämenpysähdyksestä elvytetyn potilaan aivovauriota ehkäisevä viilennyshoito (Reinikainen 2012, 63–64; Reinikainen ym. 2012), leikkaussalitiyöskentelyn muuttaneet täyhystyskirurgiset laitteet sekä potilaan tilan arviointia suuresti helpottanut pulssioksimetri, joka mittaa veren happipitoisuutta sormenpästä:

Sehän tuli vasta tossa 80-luvun lopussa. Siihen saakka teho-osastolla potilaitten elvytykset, jotka johdu pikkuhiljaa kehittyvästä hapenpuutteesta, oli varsin tavallisia. Mutta sen jälkeen [...] se muuttu kokonaan. Pystyyttii [...] ennakoimaan jo tunteja aikasemmin tilanteen huononeminen. (A3, 10)

Keskeisin haastateltavien esiin nostama yksittäinen kehityskulku on terveysteknologioiden *tietoteknistyminen*. Lähes jokaisessa laitteessa on nykyään käyttöjärjestelmä ja työympäristöstä on tullut ”näyttöpäätetietokone”. Erityisesti potilaskertomusten tekeminen ja kuvantaminen on muuttunut. Sähköiset potilastietojärjestelmät ja anestesiajärjestelmät ovat korvanneet potilastietojen käsikirjain ja fyysisiä röntgenkuvia tai EKG-liuskoja ole enää, vaan käytännössä kaikki kuvat katsotaan tietokoneen näytöltä.

Haastateltavat kuvasivat myös miten terveysteknologiat ovat muuttuneet *esiin*. Ensinnäkin ne ovat sulautuneet yhteen. Esimerkiksi potilasmonitorointi vaati aiemmin monta erillistä välinettä, mutta nykyään työhön riittää yksi laite. Yhteensulautumisprosessin ohella laitteet ovat muuttuneet monimutkaisemmiksi, mutta myös potilaalle hellävaraisemmiksi. Lisäksi ne mittaavat enemmän ja tarkemmin erilaisia arvoja ja jopa analysoivat mittausten tuloksia ja ehdottavat hoitovaihtoehtoja. Tosin laitteiden ehdotuksiin on haastateltavien mukaan syytä suhtautua kriittisesti – päätöksen tekijän tulee olla aina ihminen, ei kone.

”Se vaan raxuttaa sitä duuniaan” – teknologian edut

Teho-osastolla ja leikkaussalissa työskentely perustuu jatkuvaan etujen ja haittojen arviointiin: onko toimenpiteestä enemmän hyötyä vai haittaa potilaan kannalta? Näin ollen myös terveysteknologioihin liittyvien hyvien ja huonojen puolien pohtiminen oli haastateltaville luontevaa. Terveysteknologioiden merkittävimpänä etuna mainittiin nykyaikaisen suomalaisen sairaalan teknologisessa ytimessä tarjotun hoidon mahdollistaminen: yhä vaikeammin sairaita ihmisiä voidaan hoitaa aiempaa paljon paremmin tuloksin. Teknologia on siis

ensisijaisesti hyvien hoitotulosten *mahdollistaja*. Edellä mainitun viilennyshoidon lisäksi hoito on kehittynyt huimasti esimerkiksi sydäninfarktien kohdalla:

Sillo ku mä alotin, ni infarktipotilas oli sairaalassa vähintään 10 päivää, kaks viikkoo. Ja kuolleisuus saatto olla sitten useita kymmeniä prosentteja riippuen siitä infarktista, että [...] melkonen osa sydänpotilaista kuoli sillon. Nykysin se on aikamoinen harvinaisuus [...]. (A3, 10)

Toinen haastatteluissa esiin nostettu terveysteknologioiden etu on *potilasturvallisuuden* lisääntyminen hoitotulosten parantua ja toipumisaikojen lyhentyessä. Jälkimmäisestä hyvä esimerkki on täyhystyskirurgisten menetelmien kehittyminen. Mitä vähemmän potilaaseen täytyy kajota ja mitä kudosystävällisemmin hoitotoimet onnistuvat, sitä turvallisempaa toiminta on ja sitä nopeampaa on myös toipuminen.

Ne on turvallisempia potilaille. Se on ehkä kaikista paras mikä niissä on. Ja sitten myös se, että niillä saahan parempaa jälkeä, saahan parempia leikkaustuloksia. Jos esmes ajatellaan sitä, et sä kolmella pienellä haavalla selviät tai se, että vedetäänkö sulta maha auki. (H2, 29)

Turvallisuuteen liittyvänä etuna mainittiin myös se, että *teknologia on teknologiaa*. Laite voi olla ihmistä tarkempi, sille ei tapahdu inhimillisiä erehdyksiä, se ei unohda ja se tekee väsymättä mitä käsketään – mikä tosin edellyttää, että hoitaja tai lääkäri on ensin tehnyt tarvittavat säädöt ja laitteet toimivat oikein. Turvallisuuteen liittyvät myös erilaiset tietojärjestelmien hälytystoiminnot ja hakuehdot, jotka mahdollistavat hoitopäätösten kannalta merkittävien lääkkeisiin liittyvien tai muiden riskitietojen varoitukset. Nämä toiminnot ovat mahdollistaneet esimerkiksi ongelmatilanteiden aiempaa nopeamman esilletulon.

Tiedonhallinta on keskeinen turvallisuuteen vaikuttava osa teho-osastoilla ja leikkaussaleissa tehtävää työtä. Potilasta kerätään jatkuvasti erittäin paljon tietoa, joka pitää pystyä ottamaan huomioon hoitopäätöksiä tehtäessä. Tässä terveysteknologiat ovat haastateltavien mukaan suureksi avuksi, kun valtavista tietomassoista on tullut helpommin hallittavia ja hahmotettavia.

Ku siihen menee potilaan luokse, ni yhellä silmäyksellä näkee [monitorilta], et missä mennään. Ei tarte sitä [...] jostain ruutupaperilta kattoo. Se on tosi helppo ja se on turvallinenkin. Et ne trendimuutokset näkykylly hyvin nätisti sieltä. Ja ne hälyt-

tää sitte tarttumaan, et nyt tarteis tehdä jotain jos näyttää menevän pieleen. (A1, 4)

Ennen erilaisia tietojärjestelmiä potilaita koskevat tiedot kirjattiin käsin paperille, jolloin tieto oli siellä missä potilaskansiot olivat. Tietojärjestelmien myötä potilastietoja voidaan tarkastella mil-tä tahansa tietokoneelta joka vain on yhteydessä tietojärjestelmään. Näin tiedon saavutettavuuskin on aiempaa paljon parempi. Lisäksi tietojärjestelmät mahdollistavat esimerkiksi leikkaussalissa työskenteleville hoitajille seuraavan päivän leikkauksiin, käytettyihin menetelmiin ja potilaisiin etukäteen tutustumisen, mikä ei paperiaikaan onnistunut. Etukäteisvalmistautumisen lisää siis paitsi potilasturvallisuutta, myös henkilökunnan ammattimaisuutta ja työturvallisuutta.

Erityisesti hoitajat puhuivat myös siitä, miten *hoitotyön helpottuminen* on terveysteknologian merkittävä etu. Hoitajien työ on usein fyysisesti kuormittavaa, joten on ymmärrettävää että teknologian hyvänä puolena mainittiin monien raskaiden tehtävien keventyminen tai jopa kokonaan pois jääminen. Esimerkiksi teho-osastolla painehaavojen ehkäisy on tärkeä osa hoitajien työtä. Aiemmin hoitajat estivät painehaavoja syntymistä vaihtamalla potilaan asentoa jopa 16 kertaa vuorokaudessa. Nykyään työn tekee

erityinen pyöriväkennoinen ilmapatja, joten hoitajien ei tarvitse enää jatkuvasti käännellä potilaita.

”Aikasemmin oltiin siinä potilaan vierellä” – teknologian haitat

Terveysteknologian huomattavista eduista huolimatta haastateltavat puhuivat paljon enemmän sen mukanaan tuomista haitoista. Syynä tähän voi olla se, että he toimivat ammateissa, joissa virheisiin ei juuri ole varaa ja kriittinen ajattelutapa on olennainen osa ammattitaitoa, joten laitteiden ongelmiin kiinnitetään huomiota ja vaara- ja virhetilanteet raportoidaan aina. Lisäksi tuttuihin teknologioihin on yleensäkin tapana kiinnittää huomiota vain kun niissä on ongelmia: kun kaikki sujuu odotetusti, teknologiaa ei huomata sen enempää arkielämässä kuin sairaalassakaan (Wikström & Sätterlund Larsson 2004, 560).

Eniten haastateltavat kritisoivat *työn tietoteknistymistä* ja varsinkin erilaisia tietojärjestelmiä. He eivät pidä siitä, miten tietohallinto on alkanut dominoida työskentelyä. Riskinä nähtiin, että koko toiminnan perusfunktio eli potilaiden hoitaminen unohtuu ja hukkuu kaiken tietotekniikan alle. Valaisevana esimerkkinä kehityksestä mainittiin se, että Suomen sairaaloissa on töissä enem-

män tietohallintopäälliköitä kuin sydänlääkäreitä (HS 2005).

Mul on lääketieteellinen koulutus ja [...] mun tehtävä on arvioida se, että minkälaista medisiinistä, lääketieteellistä hoitoa tää potilas tarvitsee. Ja sitten taas en ole luonteeltani mikään nörtti sillä tavoin, et jotenki suunnattomasti nauttisn siitä, et saa klikkailla hiirtä. (A4, 18)

Hoitajien ja lääkäreiden työajasta merkittävä osa menee siis tietokoneohjelmien käyttämiseen. Ongelmalliseksi asiaa tekee se, että terveydenhoitoalalle ei ole hakeuduttu ”ruudun katsomisen” toivossa, vaan aivan muista syistä. Lisäksi tietojärjestelmien käyttäminen ei (vielä) ole kaikilta osin yhtä toimiva kuin vanha paperisysteemi oli. Esimerkiksi huomiomerkintöjen tekeminen ei käy koneella yhtä näppärästi kuin paperilla ja kynällä:

Tässä jokunen vuosi taaksepäin, kun anestesiakertomus täytettiin käsin, se oli tämmönen A3-kokoinen lakana. [...] Tähän kertomukseen tavattiin sitten esimes punasel-la tussilla kirjata, et nyt on poikkeuksellisen hankala intubaatioanatomia, [...] jonka huomiotta jääminen voi olla jopa hengenvaarallinen asia. Tän

tyyppisen tiedon [...] saatto kirjottaa isoin kissankokosin kirjaimin ja kumaties vielä sitte ympyröidä punasel-la tussilla. [...] Saada tämä nyt sitten yhtä visuaalisesti näyttävästi näkyviin näihin sähköisiin järjestelmiin, nin se ei olekaan helppoa [...]. (A4, 28–29)

Tietoteknistyminen näkyy myös konkreettisesti työn teon käytännöissä: se ohjaa yhä *vähäisempään potilaskontaktiin*. Tietojärjestelmien avulla esimerkiksi anestesia-*lääkäri* voi saada tarvittavat tiedot ja tehdä päätökset näkemättä potilasta ollenkaan ennen leikkausta. Tällöin hän kohtaa potilaan ensimmäisen kerran leikkaussalissa, jossa ei juuri ehdi potilassuhdetta syntyä. Hoitohenkilöstö voikin kokea toimivansa enemmän laitteiden kuin ihmisten kanssa.

Jotenkin semmonen [...] inhimillisyyks on kadonnu siitä toiminnasta, että se on semmmosta [...] jatkuvaa prosessia vaa se homma. Ja mä oon niiku yks kaikkien niitte muitten laitteiden joukossa siellä. Ja mä toivon, että se potilas ei kärsi siitä. Että vaikka mä nyt näytän ihmiseltä siellä joukossa, ni välillä musta tuntuu, että mä vaan teen koneena koneiden joukossa hommia. (A6, 48)

Haastateltavat kuvasivat myös, miten tietokoneet on saatettu sijoittaa leikkaussalissa siten, että niillä työskennellessään joutuu olemaan kaukana tai jopa selin potilaaseen. Niinpä esimerkiksi leikkausta seuraava hoitaja ei voi jutella hereillä olevan potilaan kanssa leikkauksen kuluessa, kuten ennen oli tapana. Ja vaikka tietokone sattuisikin olemaan keskusteluetäisyydellä potilaasta hoitajan on keskityttävä leikkauksen kulun kirjaamiseen, jottei hän jää jälkeen työn aikatauluista. Teknologiakeskeiset työkäytännöt eivät siis välttämättä edesauta potilassuhteen rakentumista.

Teknologisoitumisen myötä myös erilaiset *yhteensopivuusongelmat* ja *standardien puute* ovat tulleet haastateltaville tutuiksi. Eri valmistajien laitteet, niiden ulkoasu, käyttöliittymät ja painikkeet ovat keskenään erilaisia, vaikka kyseessä olisi samaan tehtävään tarkoitettu väline. Näin ollen teho-osastojen ja leikkaussalien henkilöstö joutuu hallitsemaan paitsi ylipäättään tarvittavien laitteiden käytön, myös yhden laitteen kaikki eri versiot. Teknologista kirjavuutta ja sitä myöten haasteellisuutta tuottaa myös se, että sairaalan eri osastot hankkivat teknologioita itsenäisesti. Tästä seuraa se, että käytössä voi olla lukuisa määrä erimerkkisiä ja siten erilaisia, pahimmillaan yhteen sopimattomia laitteita.

Potilas on tämmösessä EKG-valvonnassa ja sattuu, että se valvontalaite hyytyy. Ja sitten ei oookkaa kun jonku toisen valmistajan valvontalaite, nin sitä kaapelia mikä on jo potilaaseen valmiiks kiinnitettyä ei voi laittaa. Vaa sun täytyy vaihtaa [...] siihen toiseen laitteeseen sopiva kaapeli sitten. Et tällä tasolla niiku ollaa siinä. (A3, 26)

Pahimmillaan uusien ja vanhojen laitteiden yhdistelmistä ei ole saanut niiden keräämiä tietoja ulos ajureiden puuttumisen, yhteen sopimattomien kaapeleiden tai muun vastaavan syyn takia. Tämänkaltaiset ongelmat ovat kuitenkin jo harvinaisempia. Silti eritoten uudet tietojärjestelmät osaavat järjestää yllätyksiä ja hoitohenkilöstön on pakko olla koko ajan varuillaan pelkän yllätyksen mahdollisuudenkin takia.

Terveysteknologioiden haittapuolella mainittiin myös niiden alati lisääntyvä *monimutkaisuus*, mistä seuraa yksittäisten työkäytäntöjen ja myös käytäntöjen kenttien monimutkaistumisista (vrt. Heath, Luff & Sanchez Svensson 2003, 81). terveysteknologiat ovatkin käyneet lävitse saman monimutkaistumisen prosessin kuin moni muukin teknologia. Tällöin laitteiden ensimmäiset versiot ovat usein olleet varsin yksinkertaisia, mutta niihin on pikkuhiljaa lisätty

yhä uusia ominaisuuksia jolloin lopputuloksena voi olla mutkikas, hankalakäyttöinen ja jopa aiempaa hitaampi laite.

Sitten mitä uutta nää uudet laitteet on tuonu tullessaan on se, että enääpä se kone ei lähdekään käyntiin sillä, et vääntää yhtä vipua. Vaan kun painaa on-off-nappia, ni alkaa tämänönen sisäisen tarkistuksen ketju. Eli menee minuuttitolkulla aikaa siinä, et kone tarkistaa erilaisia toimintamalleja. Ja tälläs[ia] ikäänku turvallisuus-checklist-järjestelmiä on tullut lisää. Ja kukaties tää on hyvä. Tai onkin tottakai hyvä. Ei synny vahinkoa siitä, että jokin letkun pätkä olisi unohtunut. Toisaalt sit tän laitteen käyttöönotto on pykälän verran hitaampaa ja monimutkaisempaa kuin sen aiemman koneen. (A4, 15)

Haastateltavat kertoivat laitteissa olevan myös *ergonomia* ja *käyttäjätavallisuuden* liittyviä ongelmia. Syynä tähän he pitivät sitä, ettei laitteiden ja järjestelmien valmistajien ei ole tarvinnut kiinnittää asiaan huomiota. Ensisijainen hankintakriteeri kun on aina ollut se, miten laite tekee tehtävänsä, ei sen käyttömukavuus tai edes helpokäyttöisyys. Hoitajien ja lääkäreiden on siis vain siedettävä hankalat työasennot ja laitteista johtuva tilanahtaus ja melu. Lisäksi heidän

on (pakon edessä) koulutauduttava jatkuvasti, jotta monimutkaistuva ja lisääntyvä teknologia pysyisi hallinnassa. Kaikesta opettelusta huolimatta vaivana voi kuitenkin olla huoli siitä, osaako varmasti käyttää kaikkia mahdollisia laitteita niin hyvin, ettei potilasturvallisuus vaarannu. Tästä puolestaan seuraa lisästressiä jo muutenkin vaativaan työhön.

Keskeisenä terveysteknologisena vaarana haastateltavat mainitsivat niistä liian *riippuvaiseksi tulemisen*. Erityisesti pisimpään työtään tehneet olivat huolissaan siitä, että teknologioista riippumattomat lääkäriin ja hoitajan taidot unohtuvat, kun työn ”paremmin” tekevää teknologiaa on niin paljon tarjolla. Tuloksena voi olla tilanne, jossa ilman teknologiaa ei pärjätäkään enää ollenkaan. Tämä on riski, koska laitteet voivat mennä rikki tai muuten voi tulla eteen tilanne, jossa välttämättöminä pidettyjä laitteita ei olekaan käytettävissä. Tällöin ennen teknologian esiinmarssia opitut taidot ovat merkittävä etu.

Et nyt jos joutus palaamaan niihin vanhohi asioihii, nin eihän minulla ois mitään ongelmaa siinä, kun minä oon käyny läpi sen kaiken. Mutta tuota, nuoremmilla varmaan, ne joutus opettelemaan uuden tavan tehdä työtä ihan alusta pitäen. (A1, 24)

Ongelmallisena nähtiin myös *liika luotamus* laitteisiin: kaikki on hyvin kun kone valvoo potilasta. Tuloksena voi kuitenkin olla valheellinen turvallisuuden tunne. Lisäksi varsinkin tietokoneiden kyseessä ollessa saatetaan ajatella niiden tekevän ja osaavan enemmän kuin mitä todellisuudessa tapahtuu. Erityisen huolestuttavana pidettiin vian mahdollisuuden unohtamista. Laitteessa kun voi olla toimintavirhe, vaikka se päällisin puolin tekisikin mitä pitää.

Eettiseltä kannalta tarkasteltuna haastateltavat pitivät ongelmallisena eritoten sitä, että teknologia voi *peittää potilaan näkyvistä* – sekä metaforisesti että konkreettisesti. Jälkimmäisessä on kyse koneiden koosta ja määrästä, edellisessä siitä, että teknologia voi viedä huomion pois potilaasta esimerkiksi monimutkaisuuttaan tai hankalakäyttöisyytään. Vaarana onkin se, että potilaan sijaan ryhdytään hoitamaan teknologiaa. Erityisen ongelmallista tämä on niissä tilanteissa, joissa teknologian kertoma ja potilaan vointi ovat ristiriidassa. Teknologiasta huolimatta potilaan olotila ja ulkoasu pitäisi ymmärtää ensisijaiseksi tiedonlähteeksi.

Et se pitää nähhä se ihminen. Jos esimerkiksi sanoo, että meille tulee potilas. Osastolla on mitattu, että [...] tää korkeampi verenpaine on 40 ja

50. Elikkä sehän on ihan jo sokissa, sehän pitäs melkeen elvyttää siinä tilanteessa. Ja ihminen sanoo, että antaa minä nyt syön ensin tämän aamupuuron enneku lähete viemään, niin sen ihmisen verenpaine ei todellakaan ole 40. Et siinä vaiheessa pitää tajuta, että tässä laitteessa on nyt joku vika. (H1, 29)

Erityisen haasteellisena terveysteknologioiden tuottamana eettisenä ongelmana nähtiin sen tarjoama mahdollisuus *hoitaa liikaa*. Käytettävissä olevat laitteet ja menetelmät mahdollistavat tilanteen, jossa potilas pystytään pitämään hengissä ja hoitamista jatkaa miltei loputtomiin, jolloin toiminta alkaa kääntyä jo itseään ja potilaan parasta vastaan (vrt. McGibbon & Peter 2008, 1142–1145). Hoidon rajoja joudutaan pohtimaan erityisesti teho-osastolla, jossa kohtaavat edistyneimmät teknologiat ja sairaimmat potilaat.

Jos hoitaahoitaahoitaa vaan, ni sehä on helppoo ku sen osaa. Eihä siin oo mitää ongelmia. Mut sitten [...] jos pyrkis sellasee hyvään hoitokäyttöön, ni se ei tarkota sitä, et hoitahoitahoitaa. Vaan se tarkoittaa sitä, et kriittisesti arvioidaan hoidon vaikeavuutta ja saavutettavaa hyötyä ja haittoja, näitä puntaroidaan. (A5, 31)

”Teknologia on tässä selkeästi tämä renki” – taito ja teknologian oikea paikka

Terveysteknologioiden edut ja haitat määrittävät hoitotyön käytännöissä ja käytäntöjen kentillä. Se, millä haitat pidetään kurissa, on hoitajien ja lääkäreiden kokemukspohjainen *taito*. Ilman taitoa teknologia on tyhjää, se ei merkitse mitään. Teknologian tuleekin olla aina taidolle alisteista, se on eräänlainen taidon jatke, jolla on vain välinearvo. Näin ollen esimerkiksi potilaan lukemisen kyky on ensisijainen suhteessa teknologioihin. Mitä taitavammasta, kokeneemmasta henkilöstä on kyse, sitä pienempi rooli teknologioilla on hänen jokapäiväisissä työkäytännöissään (vrt. Schubert 2007, 133–134; Rice 2010, 294, 299).

Kyllähän nyt sitä käytännössä pystyy potilaan yleisanestesian melkein pä [...] hoitamaan ilman mitään laitteita ja näkee, et se [potilas] jaksaa siinä aika hyvin. Ne on vaan niiku lisäapuna siinä tavallaan, tämmösen muun havainnoinnin ohella. (A5, 25)

Haastateltavat ovatkin syystä ylpeitä ammattitaidostaan ja myös teknologioihin liittyvästä taidokkuudestaan. Tosin varsinkin nuorten, erikoistuvien

lääkäreiden mainittiin helposti innostuvan hiukan liikaakin erilaisista teknologisista ”tempuista”. Toisaalta innostus on ymmärrettävää, kun ajattelee minkälaisista teknologisista taidoista on kysymys:

Ku ensimmäisen kerran laitto sen keuhkovaltimokatetrin paikalleen ja näki siitä ruudulta kuinka se sinne keuhkovaltimoon ui ja osas tulkitella niitä painekäyriä [...], ni se oli semmonen, et wau! (A2, 25)

Kokemuksen tuottaman taidokkuuden myötä teknologian kanssa toimimista ja sen hallitsemisesta tulee itsestään selvä osa jokapäiväisiä työn käytäntöjä. Tällöin teknologiaan ei tarvitse kiinnittää juurikaan huomiota – kunhan se toimii odotetulla tavalla ja tekee mitä pitääkin. Hyvä esimerkki pitkälle menneestä teknologian kanssa yhteen toimimisesta on eräiden hoitajien haastatteluissa mainitsema taito erottaa laitteiden tila niitä näkemättä, pelkkien äänien perusteella.

Siulla korva tottu siihen, että siitä kuulu se tietty ääni. Ja sitten ku se ääni muuttu, ni sie tiesit, et nyt on joku vika. Joko piuha on väärin tai tässä konees on joku vika. Että sit ei välttämättä tiedostanu, mutta sie havah-

duit siihen, että se ääni on muuttunu. (H4, 31)

Lääkärien ja hoitajien näkökulmasta taito on siis ensisijainen teknologiaan nähden. Asenne on sikälikin ymmärrettävä, että heidän on pärjättävä ilman teknologioiden tukea, mikäli tarve niin vaatii. Vaikka erilaisiin virhetilanteisiin, petteviin laitteisiin ja muihin katastrofeihin pyritään varustautumaan etukäteen, nimenomaan *kokemuksen* tuottama ammattitaito on tilanteesta kunnialla selviämässä avainasemassa.

Sä joudut sitte miettimään, että [...] mitä mä sitte teen jos hengityskone hajoo? No, sit mun täytyy tehdä tää homma jollai muulla tavalla. Mikä se on? Otanko mä sen Ambun [hengityspalje] sieltä vai puhallanko putkeen vai mitä mä teen? Se on koko kokemuksen ja harjottelun tulos, että sul on aina, niiku poliiseilla on, pääsuunnitelma, varasuunnitelma ja hätäsuunnitelma. (A6, 62)

Mikä sitten on terveysteknologioiden rooli teho-osastolla ja leikkaussalissa? Minkälaisia merkityksiä teknologia saa toistuvissa, jokapäiväisissä työkäytännöissä? Ensinnäkin teknologiat, laitteet ja välineet mahdollistavat nykyaikaisen tehohoidon ja leikkaustoiminnan.

Ilmankin teknologioita pärjättäisiin johonkin pisteeseen asti, mutta on tilanteita, joissa vaikuttavaa hoitoa ei voi ilman uutta teknologiaa tarjota. Tällöin teknologia näyttää hyvänä työkaluna, jota ilman on vaikea pärjätä:

Mun suhde siihen teknologiaan, kylähä mä luotan siihen. [...] Mä luotan siihe, et mitä se kertoo mulle, mitä mä nään sieltä, mitä se satur[atio], mitkä on paineet, minkälainen pulssi, menikö asystolee vai menikö pradykardia, harvapulssiseksi. [...] Et sehä on hiton hyvä kaveri, emmä siinä yksin pärjäis. (A6, 56)

Teknologia on siis välttämätöntä, mutta se on kuitenkin renki, ei isäntä. Monet laitteet esimerkiksi tuottavat mitattavaa informaatiota, johon hoito voi pitkälti perustua, mutta silti ihmisen, lääkärin täytyy aina tulkitella tuotettu informaatio oikeiden hoitoratkaisujen tekemiseksi. Ilman hoitajia ja lääkäreitä hienoinkin teknologia on turhaa, koska yksinään laitteet eivät saa aikaan mitään. Teknologioista pitääkin osata katsoa ikään kuin ohitse. Toisin sanoen hoitotyön keskiössä eivät ole erilaiset laitteet, vaan potilas, jota teknologiat *edustavat* välittäessään hänen fysiologisesta tilastaan tietoa hoitohenkilöstön työn avuksi.

Terveysteknologia parantamisen performanssin lavasteena

Terveysteknologioita voidaankin ajatella hoitotyön *lavasteina*, eräänlaisena taustana, joka kehystää ja tukee jokapäiväisiä työkäytäntöjä. Haastatteluissa tuli kuitenkin ilmi riski, että lavaste vie huomion näyttelijöiltä. Alun lääkärisarjan kohtaus kuvaa juuri tällaista tilannetta. Yksikään lääkäri tai hoitaja ei seuraa potilasta, vaan valvontavastuu on sairaaläsäntäkyä ympäröivillä terveysteknologioilla. Teknologia on myös toiminnan alullepanija, ihmisiä ilmaantuu näyttämölle vasta laitteen hälytettyä heidät paikalle ja silloinkin kaikkien katseet kiinnittyvät hälyttävään laitteeseen, eivät elvytetävään potilaaseen.

Vaikka tv-sarjat eivät (onneksi) kuvaa todellista elämää, haastateltavat olivat huolissaan terveysteknologioiden yhä kasvavasta roolista hoitotyössä. Teknologioiden jatkuva lisääntyminen, taukoamaton muutos, niiden voimakas vaikutus työkäytäntöihin ja -ympäristöön nostavat väistämättä esiin kysymyksen: päädytäänkö sairaaloissa toimimaan suhteessa lavasteisiin, ei toisiin näyttelijöihin?

Vastaus on ei, mikäli se on kiinni terveydenhoitoalan ammattilaisista. Viime kädessä hoitajien ja lääkäreiden *taito* on se, mikä pitää terveysteknologiat kuris-

sa ja oikealla paikallaan – hoitotyön taustalla, lavasteina, poissa tärkeimpien asioiden tieltä. Hyvä lavaste on sellainen, joka tukee esitystä, mutta ei peitä pääosien esittäjiä näkyvistä sen paremmin fyysisesti (olemalla esimerkiksi liian iso) kuin henkisesti (olemalla esiintyjien keskittymistä häiritsevä). Teknologiat ovat välttämättömiä ja merkityksellisiä, mutta ne eivät saa koskaan vallata pääroolin esittäjän paikkaa.

Kun terveysteknologioita ajatellaan lavasteina, hoitamisen käytäntöjä voidaan ajatella *teatterimetaforan* avulla. Hoitaminen on siis ikään kuin näytelmä: leikkaussalissa on erilainen teatteri-seurue kuin teho-osastolla, hengitysvausta hoidetaan erilaisen käsikirjoituksen mukaan kuin munuaisten vajaatoimintaa, tulehtuneen umpisuolen poistoleikkaus vaatii eri lavastuksen kuin lonkkaproteesin asentaminen. Lisäksi on aina mahdollisuus improvisaatioon tilanteen niin vaatiessa. Sairaalan teknologisessa ytimessä on siis käynnissä jatkuva parantamisen performanssi, jolla on taidokkaat esittäjät, lääke- ja hoitotieteellinen käsikirjoitus, teknologiset lavasteet ja jokapäiväisissä työn käytännöissä hioutunut koreografia.

Kiitokset

Kiitokset **Sinikka Maliselle** neuvoista ja tuesta tutkimuksen kuluessa, **Sinikka Vakimolle**, **Matti Reinikaiselle** ja anonyymille arvioijalle erinomaisista kommenteista sekä **Esko Ruokoselle** otsikkoideasta.

VIITTEET

1. Käytän selkeyden ja sujuvuuden nimissä yleiskäsitettä *terveysteknologia* (engl. *health technology*) kuvaamaan kaikkia niitä laitteita ja välineitä, joista artikkelissa on kyse ja joista haastatteluihin puhutaan. Muita mahdollisia nimityksiä olisivat esimerkiksi lääkintälaitte tai lääketieteellinen teknologia (medical technology).

2. Tarkemmin teknologian merkityksellistämisen teorioista ks. Uotinen 2005a, 45–59.

3. Tarkoitin teemahaastattelulla tässä haastattelua, joka pohjaa etukäteen suunniteltuun aiheeseen, mutta joka on muuten täysin vapaa. Näin ollen esimerkiksi aiheiden käsittelyjärjestys ja se, miten paljon mistäkin aiheesta puhutaan, vaihtelee haastattelusta toiseen.

4. Tutkimuksen toteutuksen edellytyksenä oli tutkimusluvan saaminen sairaalaan eettiseltä toimikunnalta. Sairaala pidetään yleisesti haasteellisena tutkimusympäristönä, jonne on vaikea saada tutkimuslupia muuhun kuin lääke- ja hoitotieteelliseen tutkimukseen (Ådahl 2012, 207–208; Lämsä 2013, 29–33). Itse en kuitenkaan kohdannut vaikeuksia tutkimusluvan saamisessa. Syynä tähän oli todennäköisesti se, etten yrittänyt saada lupaa osastoilla liikkumiseen ja potilaiden haastatteluun.

Tutkimuseettiset pohdinnat ovat olleet keskeisiä lävitse koko tutkimusprosessin haastatteluvien työn luonteen vuoksi. Aivan erityisesti olen joutunut harkitsemaan mitä haastatteluisia esiin tullutta voin lopulta julkaista artikkelissa sekä sitä, minkälaisen kuvan tuotan haastattavistani ja sairaalatyöstä.

5. Haastattelujen tekoaikaan haastatteluvien työpaikalla työskenteli 156 hoitajaa, 15 anestesialääkäreitä ja 6 lääkintävahvistajaa, joten henkilöstöryhmien kokonaismääriin verrattuna lääkärit ovat aineistossa yliedustettuja, hoitajat voimakkaasti aliedustettuja ja lääkintävahvistajat asettuvat sille ja välille.

6. Etnografisessa litteraatiossa haastattelut puretaan sanasta sanaan, itse puran aina myös haastattelijan puheet. Taukojen pituuksia tai muuta vastaavaa ei kuitenkaan merkitä. Artikkelin suorissa lainauksissa olen tarvittaessa hiukan sujuvoittanut haastattelupuhetta poistamalla toistoa, täytesanoja ja äännähdyksiä. Merkitsevien sanojen poistot on merkitty suoriin lainauksiin hakasulkeilla ja kolmella pisteellä [...]. Anonyymiyden säilyttämiseksi tunnistamisen mahdollistavia seikkoja on poistettu tai muutettu. Viittaan aineistoon seuraavalla tavalla: A = anestesialääkäri, H = hoitaja ja LVM = lääkintävahvistaja. Eri haastattelut erotetaan toisistaan ammattiryhmän haastattelujärjestyksen mukaisella numerolla ja sivunumerointi viittaa litteraatiotulosteeseen.

7. Tutkimusaineiston muodostamisesta ks. Uotinen 2005a, 80–81.

KIRJALLISUUS

Brown, Nik & Webster, Andrew (2004) *New Medical Technologies and Society – Reordering Life*. Cambridge & Malden: Polity.

Diem, Susan J., Lantos, John D. & Tulsy, James A. (1996) Cardiopulmonary Resuscitation on Television – Miracles and Misinformation. *The New England Journal of Medicine* 334:24, 1578–1582.

Faulkner, Alex (2009) *Medical Technology into Healthcare and Society – A Sociology of Devices, Innovation and Governance*. Basingstoke & New York: Palgrave Macmillan.

Hadders, Hans (2009) Enacting Death in the Intensive Care Unit: Medical Technology and the Multiple Ontologies of Death. *Health* 13:6, 571–587.

Heath, Christian, Luff, Paul & Sanchez Svensson, Marcus (2003) Technology and Medical Practice. *Sociology of Health & Illness* 25:3, 75–96.

HS (2005) *Sairaaloissa on enemmän tietohallintopääallikoita kuin sydänlääkäreitä*. URL <http://www.hs.fi/paivanlehti/arkisto/Kunnissa+k%C3%A4ytet%C3%A4%C3%A4n+miljoonia+p%C3%A4%C3%A4llekk%C3%A4isiin+kehi tyshankkeisiin/aaHS20050701SI1YO01hy7?src=haku&ref=lehdet%2F> (tarkastettu: lokakuu 2013).

Honkasalo, Marja-Liisa, Salmi, Hannu & Lounis, Veikko (2012) Johdanto. Teoksessa Marja-Liisa Honkasalo & Hannu Salmi (toim.) *Terveyttä kulttuurin ehdoilla – Näkökulmia kulttuuriin terveystutkimukseen*. Turku: K&H, 7–24.

Iseron, Kenneth V. & Chiasson, Patrick M. (2002) The Ethics of Applying New Medical Technologies. *Surgical Innovation* 9:4, 222–229.

Lupton, Deborah (2012) *Medicine as Culture – Illness, Disease and the Body*. Los Angeles, London, New Delhi, Singapore & Washington DC: Sage.

Lämsä, Riikka (2013) *Potilaskertomus – Etnografia potilahuudesta sairaalaoastoon käytännössä*. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

McGibbon, Elizabeth & Peter, Elizabeth (2008) An Ethnography of Everyday Caring for the Living, the Dying, and the Dead: Toward a Biomedical Technography. *Qualitative Inquiry* 14:7, 1134–1156.

MacKay, Hugh (1997) Consuming Communication Technologies at Home. Teoksessa Hugh MacKay (toim.) *Consumption and Everyday Life*. London, Thousand Oaks & New Delhi: Sage, 259–297.

MacKenzie, Donald & Wajcman, Judy (1985) *The Social Shaping of Technology – How the Refrigerator Got Its Hum*. Milton Keynes & Philadelphia: Open University Press.

O’Keefe-McCarthy, Sheila (2009) Technologically-Mediated Nursing Care: The Impact of Moral Agency. *Nursing Ethics* 16:6, 786–796.

Olin Lauritzen, Sonja & Hydén, Lars-Christer (2007) Medical Technologies, the Life and Normality. Teoksessa Sonja Olin Lauritzen & Lars-Christer Hydén (toim.) *Medical Technologies and the Life World – The Social Construction of Normality*. London & New York: Routledge.

Phillips, Catherine (2012) The Constitutive Nature of Vital Signs: An Examination of the Sociality of Technology in Medicine. *Qualitative Inquiry* 18:10, 868–875.

Pöysä, Jyrki (2010) Lähiluku vaeltavana käsitteenä ja tieteenvälisenä metodina. Teoksessa Jyrki Pöysä, Helmi Järviuoma & Sinikka Vakimo (toim.) *Vaeltavat metodit*. Joensuu: Suomen Kansantietouden Tutkijain Seura, 331–360

Pöysä, Jyrki (2012) *Työelämän alkeismuodot – Narratiivinen etnografia*. Joensuu: Suomen Kansantietouden Tutkijain Seura.

Reinikainen, Matti (2012) *Hospital Mortality of Intensive Care Patients in Finland – Insights into Prognostic Factors and Measuring Outcomes*. Joensuu & Kuopio: University of Eastern Finland.

Reinikainen, Matti, Oksanen, Tuomas, Leppänen, Pirita, Torppa, Tuomas, Niskanen, Minna & Kurola, Jouni (2012) Mortality in Out-of-Hospital Cardiac Arrest Patients Has Decreased in the Era of Therapeutic Hypothermia. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica* 56:1, 110–115.

Rice, Tom (2010) ‘The Hallmark of a Doctor’: The Stethoscope and the Making of Medical Identity. *Journal of Material Culture* 15:3, 287–301.

Schatzki, Theodore R. (2000) Introduction: Practice Theory. Teoksessa Theodore R. Schatzki, Karin Knorr-Cetina & Eike von Savigny (toim.) *The Practice Turn in Contemporary Theory*. London & New York, Routledge, 10–23.

Schubert, Cornelius (2007) Risk and Safety in the Operating Theater – An Ethnographic Study of Sociotechnical Practices. Teoksessa Regula Valérie Burri & Joseph Dumit (toim.) *Bio-medicine as Culture – Instrumental Practices, Technoscientific Knowledge, and New Modes of Life*. New York & London: Routledge.

Shove, Elizabeth, Pantzar, Mika & Watson, Matt (2012) *The Dynamics of Social Practice – Everyday Life and How it Changes*. Los Angeles, London, New Delhi, Singapore & Washington DC: Sage.

Uotinen, Johanna (2003) ”Agricolan päivänä se kannettiin meidän makuuhuoneen pöydälle” – Tietotekniikka, kokemus ja kertomus. Teoksessa Sanna Talja & Sari Tuuva (toim.) *Tietotekniikkasuhteet – Kulttuurinen näkökulma*. Helsinki: SKS, 118–147.

Uotinen, Johanna (2005a) *Merkkillinen kone – Informaatioteknologia, kokemus ja kertomus*. Joensuu: Joensuun yliopisto.

Uotinen, Johanna (2005b) Tietotekniikka ja Kantti-naiset – Neuvottelujä omasta asiantuntijuudesta. *Kulttuurintutkimus* 22:1, 4–20.

Uotinen, Johanna (2007) Frankensteinin hirviö olohuoneen kaapissa – Digitalisoitua arki, televisio ja toimijuus. *Tiedepoliittikka* 32:3, 51–58.

Webster, Andrew (2007) *Health, Technology & Society – A Sociological Critique*. Basingstoke: Palgrave Macmillan.

Wikström, Ann-Charlotte & Sätterlund Larsson, Ullabeth (2004) Technology – An Actor in the ICU. A Study in Workplace Research Tradition. *Journal of Clinical Nursing* 13:5, 555–561.

Ådahl, Susanne (2012) Elinsiirrot ja ihmisten väliset suhteet. Teoksessa Marja-Liisa Honkasalo & Hannu Salmi (toim.) *Terveyttä kulttuurin ehdoilla – Näkökulmia kulttuuriseen terveystutkimukseen*. Turku: K&H, 190–215.

Dosentti **Johanna Uotinen** työskentelee yliopistonlehtorina Mediakulttuuri ja viestintä -oppiaineessa Itä-Suomen yliopiston Joensuun kampuksella. Hänen tutkimuksellisia mielenkiinnonkohteitaan ovat muun muassa teknologian kulttuurinen tutkimus, terveysteknologiat ja autoetnografia.

Essee

Sairaat ja päättömät

Hannele Harjunen

Lihavuus on ollut esillä niin suomalaisessa kuin kansainvälisessä mediassa jatkuvasti 2000-luvun alkuvuosista lähtien. Tuolloin lihavuudesta alettiin puhua epidemiankaltaisena, valtoimenaan ja kontrolloimattomasti leviävänä sairautena tai sairaudenkaltaisena tilana, joka uhkaa ei vain kansalaisten terveyttä, vaan koko maailman tulevaisuutta. Lihavuutta on kyllä pitkään pidetty yhtenä terveyteen vaikuttavana tekijänä, mutta lihavuusepidemiadiskurssiksi nimetyn ilmiön myötä lihavuudesta on muodostunut itsessään sairaus tai merkki sairaudesta (Jutel 2006). Lihavuus käsitetään siis ongelmana. Se, mitä yleensä vältetään sanomasta (koska se ei kuulosta kovin mukavalta) on, että tosiasiaassa myös lihavat ihmiset on alettu nähdä ongelmana. Tässä esseessä olen kiinnostunut erityisesti siitä, kuinka lihavasta ruumiista on tehty paitsi fyysinen, myös sosiaalinen ja moraalinen sairaus.

Lihavaan ruumiiseen on pitkään yhdistetty sosiaalisesti ja moraalisesti arveluttavana tai tuomittavana pidettyjä piir-

teitä. Jo varhaisissa kristillisissä opetuksissa ylensyönti mainitaan yhtenä pääpaheista, ja Danten *Jumalaisessa näytelmässä* se mainitaan yhtenä seitsemästä kuolemansynnistä. Ylensyönti taas yhdistetään tavanomaisesti lihavan ruumiin fyysiseen hahmoon. Samalla siihen liitetään kimppu muita paheita, kuten ahneus, laiskuus ja itsekontrollin puute. Koska näiden paheiden olemassaolo oletetaan edellytykseksi sille, että ihmisestä tulee lihava, lihavan ruumiin päetelään olevan merkki vajavaisesta moraalista. Nämä negatiiviset käsitykset lihavista ihmisistä elävät sitkeästi siitä huolimatta, että lihavuuden syiden on osoitettu olevan moninaiset aina geneettisestä perimästä psykologisiin ja yhteiskunnallisiin tekijöihin. Lopulta lihavuus palautetaan lähes aina yksilön persoonallisuuden piirteisiin ja henkilökohtaiseen moraalisiin. Tätä käsitystä lihavuuden synnystä myös uusinnetaan halukkaasti nykypäivänä niin mediassa kuin tutkimuksessakin. Tästä hyvä esimerkki on niin kutsuttu ”*obesity science*”, jolla viitataan viime vuosien ideologisesti painottuneeseen ”lihavuusepidemiadiskurssiin” ja sen tuottajiin (Rail, Holmes & Murray 2010). Lihavuusepidemiadiskurssista on kirjoitettu paljon moraalisen paniikin näkökulmasta (Gard & Wright 2005), sillä tämä diskurssi hyödyntää vahvasti lihavuutta kohtaan tunnetun

pelon ja vastenmielisyyden tunteita ja luo hyvin voimakkaita uhkakuvia lihavuuden vaarallisuudesta. Lihavuutta on siis rakennettu yhtä aikaa lääketieteellisenä, sosiaalisena ja moraalisenä ”sairautena”, ja lihavaa ihmistä tämän sairauden ruumiillistumana.¹

Lihavan moraalinen kameran fokuksessa

Stereotypiat lihavan ihmisen hillittömyydestä elävät ja vaikuttavat lihavien ihmisten kohteluun niin yhteiskunnan jäsenenä kuin potilaina. Ne näkyvät erityisesti tavassa, jolla lihavia ihmisiä kuvataan. Lihavuuden mediakuvat toistavat usein näitä negatiivisia käsityksiä lihavista ihmisistä, mutta myös työstävät niitä edelleen. Kun kyse on valmiiksi stigmatisoidusta ja marginalisoidusta ryhmästä, kuvien valinnalta odottaisi erityistä harkintaa ja eettistä sensitiivisyyttä. Näin ei kuitenkaan ole lihavien ruumiiden kohdalla. Lihavuutta kuvataan joko poikkeuksellisten (sensaatioimaisten) esimerkkien avulla tai voimakkaasti lihavaa henkilöä stigmatisoiden tai dehumanisoiden. Taustalla näyttää usein olevan kategorisoiva ajatus, että lihavat ihmiset ansaitsevat huonon kohtelun, koska ovat itse aiheuttaneet lihavuutensa. Heitä on siis aivan oikein rangaita vähintään tämän oletetun moraalisen heikkouden vuoksi.

Havainnollistan väitettäni muutamilla mediassa ja tutkimusympäristössä kohtaamillani esimerkeillä. Lihavuuspommin räjähtämistä huolimatta suurin osa niin kutsutuista lihavista ihmisistä on tavallisia, muutamia kiloja kantavia ylipainoisia tai lievästi lihavia, jotka eivät juuri erotu katukuvasta ja joille lihavuudesta ei ole edes todennäköisesti odotettavissa terveydellisiä haittoja (Flegal, Carroll, Kit, Ogden 2012). Media kuitenkin tarjoaa tämän tavanomaisen ja arkisen lihavuuden kuvitukseksi hyvin poikkeuksellisten lihavien ihmisten kuvia. Etenkin television loputon jatkumo erilaisia maailman lihavin lapsi/teini/mies/nainen -ohjelmia asettavat lihavan ruumiin katsottavaksi ja esineellistettäväksi varoittavaksi esimerkiksi. Kuvat superkokoisista lihavista sensationalisoivat arkisen ilmiön ja saavat meidät katsomaan lihavia ihmisiä luonnonoikkaina, joita voi kauhistella groteskina speaktaakkelina. Ymmärrystä nämä superkokoiset lihavat saavat osakseen, jos omaksuvat laihduttajan roolin ja näin tunnustavat menneet syntinsä ja aikomuksensa parantaa moraalittomat tapansa erilaisissa nöyryyttämislle perustuvissa kilpalaihdutusohjelmissä.

Toinen esimerkkinä liittyy yhtä aikaa mediaan ja lääketieteelliseen lihavuusdiskurssiin. Osallistuin muutama vuosi sitten seminaariin, jossa oli mukana pää-

asiassa lääketieteen alan tutkijoita, lääkäreitä ja ravitsemustieteilijöitä. Tutkin itsekin lihavuutta, mutta oma tutkimukseni lähestyy lihavuutta yhteiskuntatieteiden ja sukupuolentutkimuksen näkökulmasta (Harjunen 2009). Tarkemmin sanottunaalani on niin sanottu ”kriittinen lihavuustutkimus”, josta englanninkielisessä maailmassa käytetään nimityä *critical fat studies* tai *fat studies*.² Sain seminaarissa muistutuksen siitä, kuinka kaukana lääketieteellinen ja yhteiskuntatieteellinen lihavuustutkimus voivat olla toisistaan esimerkiksi sen suhteen, miten tutkimuksen kohteena olevista ihmisistä puhutaan tai miten heitä kuvataan.

Seurasin erästä seminaariesitystä kasvavan epämukavuuden tunteen kanssa. Tutkija raportoi tutkimuksestaan, joka muuten oli hyvin kiinnostava, mutta oman huomioni vei PowerPoint-esitys, jonka kuvitukseksi oli valittu kavalkadi valokuvia päättömistä lihavista ihmisistä. Kuvasarja palautti mieleeni aiemmin lukemani englantilaisen lihavuustutkijan ja aktivistin Charlotte Cooperin (2007) blogikirjoituksen ”Headless Fatties” (”Päättömät läskit”), jossa Cooper kiinnitti huomiota median ilmeisen systemaattiseen tapaan kuvittaa uutisia lihavuudesta kuvapankkikuvilla lihavien ihmisten päättömistä vartaloista.

Olemme kaikki nähneet näitä kuvia, eikä niissä ole sinänsä mitään ih-

meellistä tai tavatonta. Sen, että tämä on pääasiallinen tapa kuvata lihavia ihmisiä, pitäisi kuitenkin hätkähdyttää meitä. Kuvat ovat juuri niitä kaikille tuttuja kuvia tuolin yli pursuavista takapuolista, huonosti istuvissa tai liian pienissä vaatteissaan tuskin pysyvistä keskivartaloina, kaduilla ja kauppoissa tilaa vievistä lihavista ruumiista, joilla yleisesti kuvitetaan artikkeleita, jotka käsittelevät lihavuusongelmaa, lihavuusepidemiaa, huonoja ravitsemustottumuksia tai vain länsimaisen yhteiskunnan ongelmia. Nämä kuvat on yleensä rajattu siten, että vartalo katkeaa kaulan kohdalla ja kuvaan jää vain keskivartalo, usein pelkkä pullottava vatsa. Jos pää on mukana kuvassa, sitä kuvataan takaapäin tai sivulta siten, että kuvan henkilö oletettavasti jäisi anonyymiksi. Joskus näkee myös kuvia, jotka on otettu suoraan edestä, mutta silloin kuvassa olevan ihmisen kasvot on usein samennettu ikään kuin rikollisella. Löydän henkilöyden salaamiselle kaksi syytä, joista kumpikaan ei ole erityisen ylevä. Sen katsotaan olevan tarpeen joksiksi, että ”julkisen” lihavuuden katsotaan olevan jotain niin häpeällistä, että kasvojen antaminen tälle olisi henkilön kannalta stigmatisoivaa, tai siksi, että nämä kuvat ovat todennäköisesti salaa otettuja. Salakuvaamisen eettisyys on aina kyseenalaista, mutta jos kuvataan tavallisia ihmisiä voyeristisin tarkoitukspe-

rin ja tietäen kuvien todennäköisesti päätyvän sellaiseen kontekstiin, joka häpäisee kyseiset ihmiset, ollaan jo epäeettisyyden puolella.

Lihava ruumis kuvassa

Kuvissa on siis tavallisia ihmisiä kävelemässä kaduilla, seisomassa, istumassa tuolilla ja usein syömässä jotakin. Googlaamalla sanan lihava löytyy välittömästi satoja kuvapankkikuvia lihavista keskivartaloista. Samat kuvat toistuvat usein. Olen esimerkiksi nähnyt erään naisen vaaleanpunaiseen verryttelyasuun puetun takaliston kuvittamassa kymmeniä lihavuusepidemiajuttuja.

Näissä kuvissa on kyse nimenomaan lihavista ruumiista, sillä kuvien tapa esittää lihava ihminen dehumanisoi kohteensa tehokkaasti. Kuten Cooper (2007) huomauttaa kirjoituksessaan, ongelmalliseksi nämä kuvat tekee se, että lihava ruumis esitetään niissä johdonmukaisesti ilman inhimillisyyttä. Nämä kuvat tyypistävät lihavan ihmisen tämän ruumiiseen ja sen kokoon. Päätömmällä lihavalla on vain sairaaksi merkity ruumiinsa. Kuvista on leikattu juuri se osa ruumiista, joka tekisi ihmisestä tunnistettavan ja inhimillisen. Lihavan ruumiin kuvaaminen ilman päätä mykistää lihavan ihmisen, hänellä ei ole persoonaa, ääntä, ajatuksia tai mielipiteitä. Hän

on kokoelma vääränlaisia ruumiin osia. Hän on vääränlainen.

Cooper ei ole ainoa, joka on havainnoinut lihavien ihmisten kuvaamista mediassa. Uudehkoissa amerikkalaisessa tutkimuksessa tarkasteltiin lihavien ruumiiden käyttöä nettiuutiskuvissa ja havaittiin että 72 % kuvista, jotka kuvasivat ylipainoista tai lihavaa henkilöä, kuvasivat heidät negatiivisella tavalla. Vain lihavien ihmisten päät oli leikattu kuvista. Lihavat ruumiit esitettiin useammin syömässä, puolialastomina ja heillä oli vähemmän edustuskelpoiset vaatteet (antaen näin olettaa heidän kuuluvan alempiin sosioekonomisiin ryhmiin) (Heuer, McClure ja Puhl 2011). Tutkijoiden johtopäätöksensä oli, että lihavat esitetään johdonmukaisesti stigmatisoiden nettiuutiskuvissa, millä on merkittäviä seurauksia yleisön käsityksiin lihavista ihmisistä: kuvat vahvistavat ennakkoluuloja ja syrjintää. Nämä tutkijat pitivät kuvia halventavina ja dehumanisoivina.

Olin esityksen jälkeen niin tuohentunut, että käytin oman esitykseni yhteydessä valmistelemattoman puheenvuoron, jossa totesin, että näkemykseni mukaan myös lihavat ihmiset olisi syytä nähdä ihmisinä, joilla on pää, kasvot, ajatuksia ja tunteita, ja että kuvat päätömmistä lihavista ihmisistä kieltävät hyvin voimakkaalla tavalla heidän ihmisyytensä ja palauttavat heidät kasvottomiksi ja

passiiviseksi hoidon kohteiksi. Se, että tämänkaltaisia kuvia voidaan käyttää mediassa tai tieteellisen esityksen kuvitukseksi, kertoo jotain oleellista siitä, miten lihavuuteen ja lihaviin ihmisiin suhtaudutaan lääketieteen ja hoidon kontekstissa sekä myös laajemmin medikalisoituneen objektivoivan lihavuuskäsityksen lävistämässä yhteiskunnassa. Kenen tahansa lihavan ihmisen ruumis voidaan kaapata, häpäistä julkisesti ja tehdä siitä symboli epidemialle tai sairaudelle. Lihavasta päätömmistä ruumiista tulee vertauskuva, joka kertoo kulttuurimme suhtautumisesta lihavaan ruumiiseen ja ruumiillisuuteen. Tämä suhde on kylästäetty pelolla, inholla, moraalaisella paheksunnalla ja ylenkatseella. On selvää, mikä näiden kuvien tarkoitus on. Niiden tulisi kauhistuttaa ja iljettää meitä. Ne muistuttavat itse kutakin ruumiin kontrollin tärkeydestä, jotta emme menettäisi subjektiivitamme, jotta meistä ei tulisi yksi näistä nimettömmistä oletettavasti kyltymättömmistä ruumiista. Nämä kuvat kutsuvat nauramaan kohteilleen pilkallisesti, hymähtelemään tuomitsevasti ja moralisoiden.

Päätömmien lihavien ruumiiden kuvien käyttö myös tieteellisen tutkimuksen raportoinnin kuvitukseksi saa aikaan tarpeen pohtia, mihin lääketiede perustaa ihmiskäsityksensä. Se nostaa esiin myös kysymyksen, ollaanko tieteen-

alan edustajien parissa lainkaan tietoisia siitä, mitä tällaiset kuvat indikoivat. Nyt käsitys lihavuudesta ja siten lihavas-ta ihmisestä näyttää kulminoituvan hoi-dettavaan objektivoituun ruumiiseen, joka nähdään lähtökohtaisesti ongelma-na. Kun tietty ruumiin(ulko)muoto ale-taan nähdä lähtökohtaisesti merkkinä ongelmasta, ollaan jo kaltevalla pinnal-la. On selvää, että kuvat päättömistä li-havista ruumiista dehumanisoivat koh-teensa. Yhteiskuntatieteilijät tietävät ja lääketieteilijöidenkin pitäisi tietää, että ihmisten tai tiettyjen ihmisryhmien lei-maamisella ”vähemmän ihmisiksi” on yleensä seurauksia, jotka eivät useimmi-ten ole positiivisia. Se, että emme näe jo-tain ihmisryhmää täysivaltaisina ”oikei-na” ihmisinä, mahdollistaa muun muas-sa aina vain radikaalimpien yhteiskun-nallisten toimenpiteiden ja hoitoehdo-tusten läpiviemisen ja hyväksymisen. Lihavuuden kohdalla tämä on jo nyt nä-kyvissä. Esimerkiksi tammikuussa 2012 Iso-Britanniassa ehdotettiin, että ylipai-noisten tai lihaviin sosiaalietuuksia tu-lisi leikata. Etuudet voitaisiin palauttaa menestyksekkään laihdutuksen jälkeen. Lihaviin lasten vanhempia taas on syy-tetty huonoiksi vanhemmiksi ja heitä on uhkailtu lasten huostaanotolla. Lihavat vanhemmiksi haluavat puolestaan katso-taan usein adoptiovanhemmiksi tai he-delmöityshoitoihin kelpaamattomiksi.

Lihavuuden hoidossa taas on edetty ruo-kavalion ja liikunnan tärkeyden korosta-misesta lääke- ja leikkaushoitoon. Leik-kaushoidosta, joka ei edes itse toimenpi-teenä ole riskitön, puhumattakaan sen elinikäisistä seurauksista, puhutaan jul-kisuudessa hyvin vähän ja hyvin kriiti-kittömästi. Eikä ihme, kun kriittistä ter-veysjournalismia ei käytännössä Suo-messa ole ja lääketeollisuuden tiedotteet menevät mediassa läpi uutisina.

Lihaviin kuvaaminen päättöminä epäihmisinä kertoo vähintäänkin kun-nioituksen puutteesta tätä ihmisryhmää kohtaan. Lääketieteellisen lihavuus-käsityksen omaksuneilta näyttää usein unohtuvan, että lihavuus ei ole mikään ihmisestä erillinen ominaisuus, vaan se on osa tuota ihmistä, jolla on tunteet, persoonallisuus sekä älyllistä ja moraa-lista kompetenssia. Se helppous, jolla he-gemonisen diskurssista suunnasta puhu-vat unohtavat muiden positioiden ole-massaolon, on pelottavaa. Hoitamisen tai parantamisen halu, jos siitä on edes kyse, ei voi olla peruste ihmisryhmän lei-maamiselle tai halventavalle ja huonol-le kohtelulle.

VIITTEET

1. Lihavan ruumiin ja henkilön hyveellisyy-den tiukasta kytköksestä kertoo myös se, et-tä laihtumisen myötä ihmisen katsotaan pää-sevän eroon myös oletetuista henkisistä ja mo-raalisista vajavaisuuksistaan. Kukaan normi-painon saavuttanut ei toki voi olla muuta kuin hyveellinen?

2. Ala on monitieteinen ja tällä hetkellä kas-vussa etenkin englanninkielisessä maailmassa. Kriittisen lihavuustutkimuksen kentällä toimi-jointa yhdistää alan nimen mukaisesti kriittinen suhtautuminen perinteiseen ja hallitsevaan lää-ketieteelliseen lihavuusdiskurssiin. Tavoittee-na on lihavuuden, ruumiin koon ja muodon monipuolinen ja moniulotteinen tarkastelu.

KIRJALLISUUS

Cooper, C. (2007) *Headless Fatties*. URL http://www.charlottecooper.net/docs/fat/headless_fatties.htm.

Flegal, Katherine M., Carroll, Margaret, D., Kit, Brian K. & Ogden, Cynthia, L. (2012) Prevalence of Obesity and Trends in the Distribution of Body Mass Index Among US Adults, 1999–2010. *JAMA* 307:5, 491–497.

Gard, M. & Wright, J. (2005) *The Obesity Epidemic. Science, Morality and Ideology*. London: Routledge.

Harjunen, Hannele (2009) *Women and Fat: Approaches to the Social Study of Fatness*. Jyväskylä studies in education, psychology and social research. Jyväskylä: University of Jyväskylä.

Heuer, Chelsea A., McClure Kimberley J. & Puhl, Rebecca (2011) Obesity Stigma in Online News: A Visual Content Analysis. *Journal of Health Communication* 0, 1–12.

Jutel, Annemarie (2006) The Emergence of Overweight as a Disease Entity: Measuring up Normality. *Social Science & Medicine* 63, 2268–2276.

Rail, Genevieve, Holmes, Dave & Murray, Stuart (2010) The Politics of Evidence on ”Domestic Terrorists”: Obesity Discourse and Their Effects. *Social Theory & Health* 8:3, 259–279.

Hannele Harjunen, YTT, Yhteiskuntatietei-den ja filosofian laitos, Jyväskylän yliopisto. hannele.harjunen@jyu.fi

Esittely

LATE – terveyttä toisella tavalla

Timo Aho

Toisin tekemisen halu toimi ponttime-
na, kun Laadullisen terveystutkimuk-
sen tutkijaverkosto LATE perustettiin
vuonna 1995. Vaikka laadullisia tutki-
musmenetelmiä oli hyödynnetty so-
siaali- ja yhteiskuntatieteissä jo pitkään,
ei niiden suosio liiemmin heijastunut
1980-luvun terveystutkimuksen kysy-
myksenasetteluissa. Terveystutkimus-
ta tuolloin määritelleet epidemiologi-
set lähtökohdat eivät riittäneet tyydyt-
tämään kaikkien terveydestä kiinnos-
tuneiden tieteilijöiden tutkimuksellista
nälkää, vaan rinnalle oli keksittävä jotain
muuta. Tuo jokin muu tarkoitti LATE:a,
aikansa kansalaisliikettä, kuten tutki-
musverkoston perustajajäsenet Marja-
Liisa Honkasalo ja Lea Henriksson ver-
koston alkutaivalta kuvailivat (Lämsä &
Seppälä 2006). LATE:n kymmenvuo-
tista tarinaa juhlistaneessa seminaaris-
sa vuonna 2005 Honkasalo ja Henriks-
son kertoivat LATE:n syntyneen aktii-
visten ihmisten ansiosta, ei niinkään tie-
depoliittisista tai institutionaalisista ta-

voitteista lähtöisin (mt.). Taustalla oli ki-
pinä sellaisen tutkimuksellisen yhteisön
luomiseen, jossa terveys ja sairaus voitiin
ymmärtää kulttuurisina kysymyksinä.

Verkoston perustamisen alkuaajoista
lähtien LATE:n päätavoitteena on ollut
tarjota foorumi, jonka avulla eri tieteen-
alojen laadullisesta terveystutkimuk-
sesta kiinnostuneet tutkijat ovat voineet
olla yhteydessä toisiinsa. LATE:n ovat
muodostaneet pääasiassa terveystietei-
tä, lääketiedettä, sosiaalitieteitä sekä hu-
manistisia tieteitä edustavat jatko-opis-
kelijat, senioritutkijat, alan professorit ja
muu opetushenkilökunta sekä tutkimus-
laitoksissa työskentelevät tutkijat. Tätä
monitieteistä joukkoa yhdistää kiinnos-
tus terveyden, sairauden ja erilaisten hoi-
tomuotojen kulttuuristen ja yhteiskun-
nallisten kytkösten tarkasteluun laadul-
listen tutkimusmenetelmien keinoin.
Verkostolla ei ole palkattua henkilökun-
taa, vaan yhteisö valitsee joukostaan pu-
heenjohtajan ja sihteerin. Puheenjohtaja
ja sihteeri(t) vetävät vapaaehtoisvoimin
LATE:n toimintaa sopivaksi katsotun
toimikauden ajan. Honkasalon ja Hen-
rikssonin lisäksi puheenjohtajina ovat
toimineet Anssi Peräkylä, Johanna Ruu-
suvuori, Ulla-Maija Seppälä, Sirpa Wre-
de, Meri Larivaara ja Anni Ojajärvi.

Puheenjohtaja ja sihteeri vastaavat
sekä LATE:n internetsivuston ylläpi-
dosta että jäsenistön sähköpostilistan

ja asiantuntijarekisterin päivittämisestä
parhaaksi katsomaansa työnjakoon pe-
rustuen. Verkoston konkreettiseksi in-
formaatiokanavaksi aikoinaan perustet-
tu internetsivusto siirtyi vuoden 2012
syksyllä Helsingin yliopiston palveli-
melta WordPress-alustalle. Teknisluon-
teisesta menettelystä koitui ei-toivottu-
ja seurauksia, mutta sekasortoisten kuu-
kausien jälkeen sivut alkavat olla kuta-
kuinkin valmiit. Keväällä 2013 tehtyjen
päivitysten mukaan sähköpostilistalle
oli liittynyt noin 350 henkilöä ja LATE:n
internetsivuilla ylläpidettyyn asiantunti-
jarekisteriin oli ilmoittautunut parisen-
sataa tutkijaa.

LATE näyttää lähes 20-vuotisen his-
toriansa aikana kunnostautuneen eri-
tyisesti tapahtumia organisoivana ryh-
mittymänä, jonka järjestämiä seminaa-
reja on pidetty yhteistyössä kotimais-
ten ja ulkomaisten yliopistojen, tutki-
muslaitosten sekä tieteellisten seurojen
kanssa. Yhtenä keskeisenä toiminnan
muotona ovat olleet jatko-opiskelijoille
suunnatut työpajat (jatkokoulutussemi-
naarit), joissa alan temaattista ja teoret-
tis-metodologista osaamista on jalostet-
tu kotimaisten ja kansainvälisten tutki-
javierailijoiden voimin. Työpajatyösken-
telyä ovat edesauttaneet senioritutkijoi-
den kattavat verkostot muihin yliopistoi-
hin ja tutkimuslaitoksiin sekä Suomen
Akatemian Kulttuurin ja yhteiskunnan

ja Terveyden tutkimuksen toimikuntien LATE:lle vuosittain myöntämä määräraha. Taloudellisella tuella on kustannettu muun muassa jatkokoulutusseminaareihin kutsuttujen ulko- ja kotimaisten tutkijoiden matkakuluja ja luento-palkkioita.

LATE:n toiminta vaikeutui 2000-luvun alussa Suomen Akatemian rahahanojen sulkeuduttua. Sen sijaan, että taloudellisten edellytysten supistuminen olisi kuolettanut vilkkaana alkaneen toiminnan, rahaa ryhdyttiin hakemaan erilaisilta säätiöiltä ja rahastoilta. Pienistä avustuksista huolimatta toiminta alkoi kehittyä yhä enemmän kustannuksista riippumattomampaan suuntaan. Vuonna 2006 perustettiin Laatussa terveyteen -tunnustuspalkinto, jolla haluttiin huomioida vuosittain laadullisen terveystutkimuksen alaan liittyvä ansioikas tieteellinen julkaisu. LATE:n internetsivuston kolumnistipaikalla kuukausittain vaihtuvat kirjoittajavieraat ja heidän tekstien pohjalta syntyneet keskustelut olivat puolestaan osa LATE:n interaktiivisempaa suuntausta.

LATE toimi pitkään tohtoroituneiden ja varttuneempien tutkijoiden vetämänä, mutta nykyisin toimintaa pyörittävät pääasiassa jatko-opiskelijat. En lähde veikkaamaan muutokseen johtavien syiden yksityiskohtia. Laajempaa perspektiiviä vasten ei voi kuitenkaan välttyä

ajattelemasta yliopistomaailman hallinnollisten myllerrysten, akateemista vapautta koskevien kysymysten sekä rahoituksen saamiseen liittyvien vaikeuksien mahdollista vaikutusta senioritutkijoiden sivuun siirtymiseen. Toisaalta tilanteen voi nähdä myös jatko-opiskelijoille avautuvana toimeentarttumisen mahdollisuutena: onhan aloittavilla jatko-opiskelijoilla usein erityinen tarve verkostoitua ja luoda ympärilleen oman väitöskirjatyön tekemistä edistäviä yhteistyön muotoja.

Intellektuaalinen hyöty ja halu verkostoitua olivat painavimpia perusteita sille, että suostuin LATE-verkoston sihteeriksi. En työskennellyt pestin vastaanottamishetkellä jatko-opiskelijana, vaan olin juuri jättänyt *Suomen Lääkäri-lehden* lihavuuskirjoittelua koskevan graduni ja työskentelin Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksella. Taisin olla THL:n tilasto- ja väestötutkijoiden joukossa juuri se sosiologi Anu Kataisen (2009) mainitsema foucault’lainen käsitesaivartelija, jolle riskeistä puhuminen tarkoittaa ihmisten hallinnoimisen ja kontrolloimisen tapaa. Näkökulmien välinen etäisyys ei kuitenkaan huolestuttanut, vaan pikemminkin inspiroi. Tuntui palkitsevalta löytää viimein yhteisö, jossa tutkimuksellisia lähtökohtiani ymmärrettiin ja jossa terveydestä oli sallittua ajatella toisin.

LATE:n toimintaa koskevia historiadokumentteja silmäillessä ei kykene välttymään itsekritiisiltä ajatuksilta. On myönnettävä, ettei nykyinen toimikausi ole ehkä yltänyt aivan menneiden vuosien toimeliaisuuden tasolle. En silti myönnä, etteikö myös nykyisellä LATE-kokoonpanolla olisi halua järjestää jäsenistöä palvelevaa aktiivista toimintaa. Rahoituksen puute sekä nykyistä jatko-opiskelua rajaavat aikakäytännöt ohjaavat kuitenkin myös LATE:a matalakynnyksisempiin ja arksampiin yhteistyötapoihin. Sähköpostin välityksellä tapahtuva töiden ja papereiden kommentointi on aikataloudellisesti järkevämpää kuin oman seminaarin järjestäminen tutkimusteeman ympärille. LATE-verkoston kautta solmittuja kontakteja lienee lukematon määrä, mutta yhteistyökuvioiden todellisesta laajuudesta tai laadusta on mahdotonta tietää.

Onko terveydessä kysymys terveydestä?

Yksi LATE-verkoston keskuudessa pohdintaa herättänyt kestoteema liittyy laadullisen tutkimuksen yhteiskunnallisen vaikuttavuuden parantamiseen (Wrede & Lämsä 2006). Näyttää siltä, että terveyteen ja sairauteen liittyvien ilmiöiden yleisyyttä ja riskiennustetta kuvaavat numerot ja käppyrät ovat edelleen se

keskeinen normisto, jonka varaan uskotavien argumenttien retoriikka mediassa rakennetaan. Mutta miten kääntää puhe prosesseista ja merkityksistä median ja politiikan kielelle? Saavatko tutkijat äänensä kuuluviin muuallakin kuin vain oman tutkijayhteisön parissa?

Tutkimustulosten popularisointi sekä kyky keskustella tutkimuksesta julki-suudessa kuuluvat tutkijantyön ammattitaitoon. Usein on myös pohdittu, että tutkijoiden esiintymistaidon ja mediasuhteiden kehittämiseen pitäisi panostaa enemmän. Tästä on sinällään helppo olla samaa mieltä, sillä se varmasti myös vaikuttaisi tutkijoiden haluun ja uskallukseen esiintyä mediassa. Media-kouluttautumisesta saatava hyöty lienee siinä, että sen avulla tutkija harjaantuu asettamaan tutkimuksensa median kehystämiin konteksteihin siten, että tutkimus uutisoidaan tutkijan tarkoittamalla tavalla. Millään kouluttautumisella ei voida kuitenkaan täysin varmistua siitä, että media, toimittajat ja viime kädessä viestin vastaanottajat tulkitisivat tutkijan esittämiä tuloksia oikein.

Toinen LATE-verkoston tutkijoita puhuttanut kysymys koskee laadullisen ja määrällisen tutkimuksen suhdetta. Voidaanko laadullinen ja määrällinen tutkimus nähdä aidosti toisiaan täydentävinä näkökulmina, vai onko tutkimussuuntausten välinen vuoropuhe-

lu käynyt mahdottomaksi? Sosiaalilääketieteen päivillä 2.12.2008 puhuneen, jo aiemmin mainitun tutkija Anu Kataisen (2009) mukaan etenkin kriittisesti suuntautuneen laadullisen terveystutkimuksen ja määrällisen terveystutkimuksen lähtökohdista käsin on vaikeaa yrittää synnyttää hedelmällistä keskustelua. Katainen kirjoittaa, että ”määrällinen tutkija voi käyttää riskin käsitettä suhteellisen ongelmattomasti kuvaamaan esimerkiksi jonkin tietyn väestöryhmän tilastollista todennäköisyyttä sairastua, kun taas laadullinen tutkija puhuu samassa yhteydessä valtasuhteista”. Niin. Olkoonkin, että molemmat tutkijat tekevät viitekehysesistään käsin täysin pätevää tutkimusta, on ajatustenvaihtoon kulkeva reitti usein lohduttoman tukossa.

En lähde tässä kohdin ratkomaan laadullisen ja määrällisen tutkimuksen paikka paikoin jännitteisiä välejä, enkä yritä lausua viisaita sanoja laadullisen terveystutkimuksen yhteiskunnallisen vaikuttamisen kohentamiseksi. Esi-tän kuitenkin yhden laadullista terveystutkimusta puolustavan argumentin, joka ei suoraan liity määrällisen ja laadullisen tutkimuksen suhteeseen, vaan pikemminkin lääketieteellisen ja ei-lääketieteellisen (laadullisen) terveystutkimuksen näkökulmaeroihin.

Syömiseen ja ruokaan liittyvässä keskustelussa ravitsemustieteellinen asiantuntijatieto on haastettu maallikkotietämykseen perustuvalla subjektiivisella kokemustiedolla (Jallinoja 2012). Laadullisen terveystutkijan näkökulmasta tämä ei ole huono vaan pikemminkin tutkimusta inspiroiva asia. Laadulliselle terveystutkijalle maallikoiden ruokaa ja syömistä koskevat mielipiteet ja käsitykset näyttäytyvät johtolankoina, joihin tarttumalla on mahdollista päästä jäljille jostain, joka on kulttuurisessa mielessä enemmän kuin vain yksilön henkilökohtainen mielipide. Se, että ihmisten henkilökohtaiset kokemukset ja tunteet asetettaisiin keskustelemaan väestöryhmiä ja todennäköisyyksiä koskevan tiedon kanssa huolestuttaa kuitenkin osaa lääketieteilijöistä ja epidemiologeista. Objektiviseksi miellettyä lääketieteellistä näyttöä kun ei saisi sekoittaa ihmisen subjektiivisiin ja ”vapaasti valittaviin” makuasioihin (Launis & Strandberg 2012).

Toisin kuin joskus ajatellaan, ihmisten omien kokemusten ja mieltymysten parempi huomioiminen terveyteen liittyvissä kysymyksissä ei tarkoita biolääketieteen tulosten sivuuttamista. Biotieteellinen terveystieto ei myöskään ole ”väärä totuus”, vaan usein pikemminkin riittämätön näkökulma, kun halutaan ymmärtää ihmisten terveyteen liittyvää

käyttäytymistä. Vaikka lääketieteellinen näyttö osoittaa kiistattomasti tupakoinnin ja alkoholin terveyttä tärkevän vaikutuksen, se ei kuitenkaan kykene selittämään, miksi kaikesta terveystutkimuksesta huolimatta ihmiset juovat tai polttavat. Lääketieteen näkökulmasta järjestömältä tuntuvan toiminnan taustalta on useimmiten löydettävissä jokin logiikka, jonka avaaminen on eräs keskeisimmistä laadulliselle terveystutkimukselle kuuluvista tehtävistä. Syöpää tai diabetesta sillä ei saa parannettua, mutta lisääntyneen ymmärryksen avulla voimme oppia, mitä varten emme aina toimi terveystutkimuksen näkökulmasta järkevällä tavalla tai miten elämme erilaisten sairauksien kanssa.

Laadullinen terveystutkija ei siis operoi ihmisen biologisella solutasolla, vaan aloittaa työnsä usein siitä, mihin lääketieteellinen tutkimus loppuu. Kun tutkimme esimerkiksi ihmisten terveyskäyttäytymistä, ei ihmisen elintapoja koskeva terveystieteellinen tieto ole laadulliselle terveystutkijalle kovin kiinnostavaa sellaisenaan. Tupakointi on epäterveellistä, ja se on tärkeää tietää, mutta mielenkiintoisemmalta tuntuu pohtia miksi ja miten tupakointi kytkeytyy ihmisten jokapäiväiseen arkeen, elämään ja kulttuuriin. Terveyden ymmärtäminen laajasti osana ihmisen toimintaa ja kulttuuria avaa terveystee-

mojen, terveydenhuollon ja instituutioiden tutkimiseen koko ihmisen elämän. Vaikka terveydellä ja sairaudella on hyvin konkreettinen materiaallinen ulottuvuus, ei terveyttä ja sairautta koskeva tieto tai kokemus synny kulttuurisista käsityksistä ja yhteiskunnallisista valtasuhteista irrallaan. Tämän ymmärtämisessä tarvitaan myös sellaisia näkökulmia ja kysymyksenasetteluja, jotka uskaltavat suunnata katseen pois terveydestä. Näitä näkökulmia tarjoavat tutkijat eivät tule aina ajatelleeksi, että heidän työlään voisi olla myös terveystutkimuslista merkitystä. Oletko sinä juuri tällainen tutkija?

KIRJALLISUUS

Jallinoja, Piia (2012) Tiede joutui puolustuskannalle keittiössä. Vieraskynä. *Helsingin Sanomat* 12.9.2012.

Katainen, Anu (2009) Laadullinen ja määrällinen tutkimus sosiaalilääketieteessä – erillisiä vai toisiaan täydentäviä näkökulmia? Esitelmä sosiaalilääketieteen päivillä 2.12.2008. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti* 46:1, 46–50.

Launis, Veikko & Strandberg, Timo (2012) Makuasiat on erotettava tieteestä. Vastaväite. *Helsingin Sanomat* 14.9.2012.

Lämsä, Riikka & Seppälä, Ulla-Maija (2006) Laadullisen paikka terveystutkimuksessa – LATE:n juhlaseminaarin antia. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti* 43:1, 76–77.

Wrede, Sirpa & Lämsä, Riikka (2006) Omalla äänellä? Laadullisen terveystutkimuksen yleisöt. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti* 43:4, 335–336.

Timo Aho (timo.a.m.aho@jyu.fi) on toiminut Laadullisen terveystutkimusverkoston sihteerinä vuoden 2010 kesästä lähtien. **Anni Ojajarvi** on Laadullisen terveystutkimusverkoston puheenjohtaja, joka on toiminut tehtävässä vuoden 2010 kesästä saakka. LATE:n internetsivut löytyvät osoitteesta <http://www.laadukas.wordpress.com>.

Puheenvuoro

Kulttuurisesti ehdollinen ja mahdollinen terveys

Marja-Liisa Honkasalo

Keskustelu terveyden sosiaalisista määrittäjistä ja sen maailmanlaajuisesti epätasaisesta jakautumisesta tiivistyy WHO:n raportissa *Closing the gap in a generation* (2008) kolmeen myös kulttuurintutkimuksen kannalta keskeiseen teemaan. Väitän tässä puheenvuorossa niiden valottavan terveyden kulttuurista ehdollisuutta: terveyserojen kaventamisessa on kyse arvolähtöisestä toiminnasta, ”eettisestä imperatiivista” (mt., 12), jossa tulee puuttua sekä eriarvoisuutta synnyttäviin ja ylläpitäviin elinolosuhteisiin, rahan ja vallan että resursien jakautumisen epäoikeudenmukaisuuteen että toiminnan tiedollisiin edellytyksiin ja mahdollisuuksiin. Terveiden eriarvoisuutta tuottaa eräänlainen globaali klusteri, jota komissio luonnehtii myrkylliseksi yhteenliittymäksi.¹ Se muodostuu elinolosuhteiden, eriarvoistavan talouden, huonosti hoidetun terveys- ja sosiaalipolitiikan ja kehnon valtapolitiikan yhdistelmästä, jonka tulok-

sena maailman väestön valtaosa ei pääse nauttimaan sellaisesta terveydestä, joka olisi heille biologisesti mahdollista, kuten terveyspolitiikan tutkija Hannele Palosuo (2013, 51) tiivistää artikkelissaan ”Terveiden sosiaaliset määrittäjät”.

WHO:n raportti tarjoaa kulttuurintutkijalle yksityiskohtaisen terveyden globaalin eriarvoisuusprosessin analyysin, johon on lisäksi hahmotettu kulttuurintutkimuksen kannalta tärkeitä alueita. Kiinnostavaa on myös se, että kulttuuriin on asiakirjassa viitattu usein ja tärkeissä yhteyksissä, mutta sen merkitystä ei ole problematisoitu samalla tavalla kuin muita yhteiskunnallisia ja poliittisia tekijöitä. Miksi? Komissio ei kuvaa jotain abstraktia myrkyllistä yhteenliittymää, vaan esittää myös yhteiskunnallisen ja kulttuurisen kartan eriarvoisuudesta. Sosiaalisen ja poliittisen eriarvoisuutta synnyttävän ja edistävän ympäristön keskeisinä tekijöinä komissio on maininnut kulttuuriset ja sosiaaliset normit ja arvot, koulutuksen, ammatin sekä sukupuolen ja etnisen ryhmän. Nämä sisältävät sekä etnografista kulttuurintutkimusta tekeväälle että representatioiden tutkijalle kiinnostavia tutkimuksen paikkoja.

Miten tutkia kulttuuria terveyden määrittäjänä ja eriarvoisuuden prosessin osatekijänä? Entä terveyttä siten, että sen määrittelyyn sisältyy kulttuurisuus?

Yhdessä kulttuurihistorioitsija Hannu Salmen (2012) kanssa olemme ehdottaneet, että terveyttä voitaisiin jäsentää *kulttuurisesti ehdollisena*. Mielestämme ehdollisuus antaa terveyden ongelmaan näkökulman, joka ei kiistä siihen sisältyvää luontoa, materiaalisuutta eikä ihmisenä olemista, muttei myöskään terveyden määrittelyjen moninaista sosiaalista ja kulttuurista rakentumista. Yhteiskuntatieteilijöille luontuu kirjoittaa terveyden sosiaalisista determinanteista (CSDH 2008; Palosuo ym. 2007). Voidaanko vastaavasti ajatella, että terveys olisi kulttuurisesti determinoitua? Mitä määräytyminen siinä tapauksessa tarkoittaa? Tarkoitukseni on tässä puheenvuorossa avata kulttuurisen ehdollisuuden ajatusta ja mieltä siitä johtuvia seurauksia kulttuurin ja terveyden tutkimukselle.

Ilmaisun ”terveyttä kulttuurin ehdoilla” voi ymmärtää metaforana. Selaisena se on tehokas ja poliittisesti ohjaava. Monikulttuurisuuskeskustelussa kielikuva avaa varsin konkreettisesti terveyden ongelmakenttää, jossa toiset ovat kulttuurisen taustansa vuoksi erilaisessa asemassa toisiin nähden (esim. Castaneda ym. 2013). Samoin sen avulla voi viitoittaa maailman globaalia terveyden eriarvoisuutta. Kulttuurinen ehdollisuus ilmenee konkreettisenä nimenomaan sairastavuus- ja kuolleisuustilas-

toissa, jolloin se kytkeytyy yhteen maailman sosiaalisen ja taloudellisen eriarvoisuuden ja sitä luovan ja ylläpitävän myrkyllisen yhteenliittymän kanssa. Mitä sellaiset kulttuuriset tekijät ovat? Miten ja millaisin mekanismein ne tuottavat terveyden eriarvoisuutta?

Mitä terveyttä kulttuurin ehdoilla?

Terveys ja sairaus ovat merkillinen käsitepari, josta monella tieteenalalla on saannottavaa. Paljon kritiikkiä on kohdistunut valta-asemassa olevan lääketieteellisen tutkimusotteen kapeuteen ja kulttuurisen kontekstin puuttumiseen. Lääketieteellisessä tutkimuksessa on harvoin esitetty kiinnostusta terveyden käsitteellistä puolta kohtaan ja terveyttä on lähinnä kuvattu sairauden puutteena. Kulttuurintutkimuksen piirissä terveyden ja sairauden kysymyksiä on käsitelty monelta eri kannalta ja usean teoreettisen ja metodiperinnön piirissä. Käsitteinä terveys ja sairaus on hahmotettu historiallisesti muuntuvina (esim. Hakosalo 2012; Tuohela 2012), ilmiöinä puolestaan viime vuosikymmenten tutkimuksessa kulttuurisesti muovautuneina tai ”rakentuneina”. Yhteistä rakentumista korostaville näkökulmille on hahmottaa terveyttä ja sairautta kulttuurisesti rakentuneina niinkin erilaisten tutkimustraditioiden kuin vallan analyti-

kan, toimijaverkkoteorian ja kognitiivisen antropologian piirissä.

Terveyden representaatiotutkimuksessa on kuvattu, miten terveys toimii kulttuurisena merkityksenantajana (esim. Liimakka 2013). Terveys saattaa saada kulttuurisen arvon merkityksiä hyvän ihmisyyden ja elämän merkityksessä. Terveys liittyy myös kulttuuriin käsityksiin kauneudesta ja eettisistä arvoista esimerkiksi ruumiin esitetyn kontrolloitavuuden merkityksessä. Terveyden ja sairauden tutkiminen sosiaalisesti rakentuneina onkin luonut monipuolisen kuvan näistä teemoista. Kuitenkin ongelmaksi on muodostunut yksipuolisen ja dikotomisen käsityksen vaara. Terveys ja sairaus eivät redusoimatta ole ainoastaan sosiaalisia ja kulttuurisia.

Miten huomioida kiperä kysymys siitä, että terveys ja sairaus ovat sosiaalisia ja kulttuurisia ilmiöitä ja siis ”rakentuneita”, mutta myös jotain muuta sen tuolla puolen, luonnon tai materiaalisuuden alueella? Viime aikoina on kasvanut kiinnostus terveyden ja sairauden kysymyksiin juuri niiden kysymysten kautta, jotka koskettavat luonnon ja kulttuurin rajapintaa. Viimeaikaisessa niin sanotussa uusmaterialistisessa keskustelussa (esim. Alaimo & Hekman 2008) nämäkin kysymykset ovat nousseet esille.

Metakieltä etsimässä

Voiko sosiaalisen rakentumisen ja luonnontieteellisen determinismin rinnalle ajatella toisenlaista käsitteistöä, ja mikä sellainen toimivana voisi olla? Ehdollisuus liittyy terveyden kulttuurisuuden yhteiskuntatieteelliseen keskusteluun terveyden sosiaalisista determinanteista. Palosuo (2013, 51) viittaa terveyden ja sairauden sosiaalisen determinoitumisen pitkään sosiaalilääketieteelliseen perinteeseen, jossa on tutkittu sosiaalisen rakenteen ja ympäristön vaikutusta terveyteen. Tässä perinteessä on harvoin tutkittu eksplisiittisesti kulttuurisia tekijöitä. Sosiaaliseen määräytymiseen on kuitenkin katsottu sisältyvän elämäntyyliä ja niiden puitteissa arvot ja normit, jotka ohjaavat valintoja (esim. Cornwell 1984). Marie Jahodan (1932) jo klassikoksi muodostunut teos työttömyyden merkityksistä pikkukaupungissa osoittaa, miten ”kulttuurinen määräytyminen” punoutuu yhteen sosiaalisten kausaalisten tekijöiden kanssa. Kulttuurintutkijoiden on kuitenkin ongelmallista ajatella kausaalisin termein ja siksi ilmaisua terveyden kulttuurisista syistä saa hakea.

Ehdollisuus terminä avaa kulttuurin ja terveyden tarkasteluun kiinnostavan näkökulman. Logiikassa määritellään yleisesti kaksi erilaista ehtolauseen

tyyppiä. Väittämän *riittävä ehto* takaa täyttyessään sen, että väittämä on tosi tai asia tapahtuisi. Riittävän ehdon avulla voidaan ajatella kulttuurin ikään kuin takaavan tai mahdollistavan terveyden toteutumisen sen sijaan että kulttuuri olisi terveyden suoranainen edellytys tai kausaalinen ehto. Tällainen terveyden riittävä ehto voisi mielestäni olla sosiaalinen tai symbolinen pääoma. Bourdieu'n (1990) mukaan sosiaalisen pääoman ohella symbolinen pääoma on keskeinen ihmisten hyvinvoinnin määrittelijä. Se selittää hänen mukaansa koulumestytksen, mutta myös hyvinvoinnin eroja. Sosiaalinen pääoma ilmenee hänen mukaansa sosiaalisena asemana ja osallisuutena resurssien jakoon samoin kuin jonkin ryhmän tai verkoston jäsenyytenä, mikä ilmenee esimerkiksi eri tutkintojen erilaisena arvostuksena mutta myös terveyden kokemisena hyväksi tai huonoksi. Vastaava ilmenee suomalaisten nuorten terveystottumuksien kulttuuriryhmittäisissä eroissa. Tässä mielessä elintapojen voi sanoa toimivan muista erottautumisen välineinä, jaetun kulttuurin merkkeinä. Symbolinen pääoma puolestaan kertyy yhteiskunnallisen aseman ja koulutuksen välityksellä.

Suomessa on tutkittu sosiaalisen pääoman ja terveyden välisiä suhteita erityisesti sosiaalisten verkostojen avulla (esim. Hyypä 2002). Näissä tutki-

muksissa on todettu että terveys on parempi niiden joukossa, joilla on sosiaalisia ja kulttuurisia resursseja useassa merkityksessä. Hyypän tuloksissa korostuu suomenruotsalaisten maamme suomenkielisiä parempi terveydentila usealla mittarilla tutkittuna. Hän tulkitsee tuloksia suhteessa suomenruotsalaisten tiiviimpiin ja toimivampiin sosiaalisiin verkostoihin ja heidän kulttuuriseen pääomaansa. Tulosten perusteella ei voi väittää että sosiaaliset verkostot olisivat terveyden välttämätön ehto, riittävä kuitenkin.

Symbolit, placebo ja maailmassa-olemisen ehtoisuus

Välttämätöntä kulttuurista ehtoa voidaan tarkastella hoidon näkökulmasta. Placebo on kiinnostava esimerkki siitä, miten kulttuuristen käytäntöjen ja yhdessä luotujen merkitysjärjestelmien voidaan ajatella olevan perusedellytyksenä terveydelle – tai hyvälle hoitotulokselle (Sachs 2005). Kulttuurintutkimuksen piirissä symboliantropologinen tutkimus on tuonut tuloksia, joiden mukaan ihmisten vointi ja heidän mahdollisuutensa parantua kiinnittyy kulttuuriin ja yhteisiin kulttuurisiin merkitysjärjestelmiin (Honko 1960; Moerman 1979). Kulttuurinen tulkinta, jonka parantaja ja hänen potilaansa jakavat ja jo-

hon he luottavat ja jonka ymmärtävät, on välttämätön ehto sille, että potilas parane. Dow (1986) tiivistää jaetun ymmärtämisen neljään kohtaan, joissa tärkeitä ovat parantajan ja potilaan kokemukset, jotka voidaan yleistää myytissä kulttuurispesifien symbolien avulla sekä se, että potilas vakuuttuu siitä että hänen sairautensa ongelmat voidaan määritellä myytin termein. Parantamistapahtumassa on tärkeää lisäksi se, että parantaja kykenee liittämään potilaan elämukset myytin keskeisiin kohtiin ja että hän manipuloi niitä siten, että potilas toteuttaa ne kokemusmaailmassaan. Saman mekanismin Lévi-Strauss (1963) väittää toteutuvan myös psykoanalyttisessä parantamisessa. Keskeinen kysymys on siis *se, miten myyttisestä symbolista tulee potilaalle todellinen*, ja tässä parantajan ja potilaan kyky jakaa kulttuurinen ymmärtäminen on tapahtuman, parantumisen, välttämätön ehto.

Logiikan ehtolauseiden suora soveltaminen on hankalaa, koska niiden kautta ehdollisuus näyttyy kausaalisenä syy-seuraussuhteena. Hannah Arendt (2002/1958) ulottaa ehdollisuuden tarkastelemisen ihmisenä olemisen perusehtoihin. Arendtin kanssa ajatteleminen voi avata kysymystä terveyden ehdollisuudesta. Arendt ei töissään ajatellut terveyttä eikä sairautta vaan inhimillistä toimintaa ja sen ehtoja. Hänen

mukaansa ihmisen toimilla on erilaisia ehtoja, jotka liittyvät elämään itseensä, maailmallisuuteen ja ihmisten moninaisuuteen. Ihmisen elämän ja yhteiskunnan ylläpitämiseksi tehtävän työn ehtona on elämä itse. Valmistamisen ehtona on maailmallisuus, jolla hän tarkoittaa luontoa raaka-aineena, teknologiaa ja markkinoita. Toiminnan ehto on ihmisten moninaisuus ja sen kautta toteutuu ihmistenvälisen yhteisön jatkuva luominen ja ylläpitäminen, historia ja muistaminen. Kaikki kolme aktiviteettia ja niiden ehdot ovat yhteydessä ihmisenä olemisen yleisimpään ehtoon, syntyväisyyteen ja kuolemaan. Näistä kahdesta syntyväisyys luonnehtii ihmiselle olennaista, koska se mahdollistaa ennalta-arvaamattoman ja uuden. Ihmisenä oleminen on lopulta aina enemmän kuin ne ehdot, joiden varassa elämme.

Arendtin ehdottama ihmisenä olemisen ehdollisuus antaa mahdollisuuden tarkastella sekä sosiaalikonstruktionistisen että kausaalisen ehdollisuuden taakse tai yli. Ajatusta soveltaen terveys toteutuisi siten, että ihmisenä oleminen ruumiillisessa ja siis rajallisessa mielessä on sen ehto. Ilman kulttuurista terveys olemisen tapana ei ole mahdollinen eikä terveydestä voisi syntyä inhimillistä kokemusta eikä toimintaa. Kui-

tenkin yleisin terveyden (ja sairauden) ehdollisuus liittyy elämään itseensä.

Lopuksi

Terveyden ja sairauden hahmottamisesta kulttuurisesti ehdollisina on seurauksia kulttuurintutkimukselle samoin kuin terveyspolitiikalle – joka sekin on kulttuurista toimintaa. Kulttuurintutkimuksen niukkuus terveyden tutkimuksen piirissä on merkillinen ja ajatuksia herättävä asia. Jos terveys määrittellään kulttuurisesti ehdollisesti – erilaisin tavoin ja ulottuvuuksin – etnografinen huomio tulisi kohdentaa sekä kulttuuriin tekijöihin, jotka kietoutuvat elinolojen rakenteelliseen puoleen, vallan ja taloudellisten resurssien epäoikeudenmukaiseen jakautumiseen ja niitä ylläpitäviin kulttuurisiin tekijöihin, että tiedollisiin kysymyksiin ongelmien tutkimisessa ja ymmärtämisessä.

Terveyden hahmottaminen kulttuurisesti ehdollisena antaa ajattelun apuvälineitä ja siten mahdollisuuksia etnografiselle tutkimukselle pienissä ja tiheissä konteksteissa. Terveyttä ylläpitävät tekijät ovat arkielämän piirissä usein niinkätkeytyneinä, että niiden löytämiseen tarvitaan kulttuurintutkimuksellista pätevyyttä.

VIITTEET

1. Commission on Social Determinants of Health (2008, 35) käyttää raportissa termiä *toxic combination*. Kombinaation voi suomen-ta yhteenliittymäksi tai yhdistelmäksi.

KIRJALLISUUS

Alaimo, Stacy & Hekman, Susanne (toim.) (2008) *Material Feminisms*. Bloomington: Indiana University Press.

Arendt, Hannah (2002) *Vita Activa*. Tampere: Vastapaino.

Bourdieu, Pierre (1990) *Distinction. A Social Critique of the Judgement of Taste*. Routledge & Kegan Paul, New York.

Castaneda, Anu, Rask, Sadia, Koponen, Päivikki, Mölsä, Mulki & Seppo Koskinen (toim.) (2012) *Maahanmuuttajien terveys ja hyvinvointi. Tutkimus venäläis-, somalialais- ja kurditautaisista Suomessa*. URL <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-245-739-4>.

Commission of the Social Determinants of Health (CSDH) (2008) *Closing the gap in a generation. Health equity through action on the social determinants of health. Final report*. Geneva: World Health Organization.

Cornwell, Jocelyn (1984) *Hard earned lives*. London: Tavistock.

Dow, James (1986) Universal aspects on symbolic healing. *American Anthropologist* (1), 56-69.

Hakosalo, Heini (2012) Lääketieteellisten käsitteiden historiaa – esimerkkitapaus 1800-luvun aivotutkimuksesta. Teoksessa Marja-Liisa Honkasalo & Hannu Salmi (toim.) *Terveyttä kulttuurin ehdoilla. Näkökulmia kulttuuriseen terveytutkimukseen*. Turku: K&H, 27–57.

Honkasalo, Marja-Liisa & Hannu Salmi (toim.) (2012) *Terveyttä kulttuurin ehdoilla. Näkökulmia kulttuuriseen terveytutkimukseen*. Turku: K&H.

Honko, Lauri (1960), Varhaiskantaistautinselitykset ja parantamisnäytelmä. Teoksessa Jouko Hautala (toim.) *Jumin keko*. Helsinki: Suomalaisen Kirjallisuuden Seura, 20-45.

Hyyppä, Markku (2002) *Elinvoimaa yhteisöstä. Sosiaalinen pääoma ja terveys*. Helsinki: Edita.

Jahoda, Marie (1971/1932) *Marienthal: The sociology of an unemployed community*. London: Transaction Publishers.

Lévi-Strauss, Claude (1963) *Structural Anthropology*. New York: Basic Books.

Liimakka, Satu (2013) *Re-Embodied: Young Women, the Body Quest and Agency in the Culture of Appearances*. URL <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-10-7668-8>.

Moerman, David (1979) The anthropology of symbolic healing. *Current Anthropology* 20(1). 59–66.

Palosuo, Hannele ym. (2007) *Terveiden eriarvoisuus Suomessa*. Helsinki: STM.

Palosuo, Hannele & Lahelma, Eero (2013) Terveiden sosiaaliset määrittäjät. Teoksessa Sihto, Marita ym. (toim.) *Terveyspolitiikan perusta ja käytännöt*. Helsinki: THL, 39–53.

Sachs, Lisbeth (2005) *Tillit som bot*. Stockholm: Prisma.

Tuohela, Kirsi (2012) Mitä on melankolia? Psykykinen sairastuminen kulttuurihistorian näkökulmasta. Teoksessa Marja-Liisa Honkasalo & Hannu Salmi (toim.) *Terveyttä kulttuurin ehdoilla*. Turku: K&H, 58–82.

Professori Marja-Liisa Honkasalo,
Kulttuurin ja terveyden tutkimusyksikkö,
Turun yliopisto. Honkasalo tutkii
sairauden ja terveyden kulttuurista
jäsentymistä nykyisen erityisesti post-
hyvinvointivaltion ja ruumiinteknologian
kontekstissa. Hän on myös teoreettisesti
kiinnostunut keskeisistä rajoista, kuten
elämän ja kuoleman sekä ruumiin ja
mielen välisten rajojen kulttuurista
määrittelyistä.

Debatti

Matti Reinikainen &
Johanna Uotinen¹

Kulttuurintutkijan ja lääketieteilijän debatti – voiko yhteistä aaltopituutta löytyä?

Alla oleva keskustelu on uteliaisuuden seurausta: mitä siitä tulisi, jos kulttuurintutkija ja lääketieteen edustaja käyvät debattiin aiheenaan *tieteidenvälisyys*? Molemmat keskustelijat ovat tohtoreita, mutta Johanna Uotinen (JU) on umpihumanisti kulttuurintutkija kun taas Matti Reinikainen (MR) on tehohoitolääkäri ja lääketieteen tutkija. Seuraavassa julkaistaan tiivistelmä tästä alkuvuonna 2013 käydystä sähköpostikeskustelusta.

JU: Kulttuurintutkimuksen näkökulmasta tieteidenvälisyys on suorastaan sisäänrakennettua, oppiala itsessään sisältää aineksia muun muassa yhteiskuntatieteistä ja humanistisista tieteistä. Nykyään tieteidenvälisyyttä myös korostetaan ja pidetään tavoittelemisen arvoisena. Käytännössä tieteidenvälinen tutki-

mustoiminta tapahtuu kuitenkin useimmiten lähialojen kesken, jos ollenkaan.

Tieteidenvälisyys saatetaankin ottaa aika annettuna ja jopa olettaa, että se 1) tarkoittaa kaikille eri oppialoille samaa ja 2) on kaikkien mielestä jotain hienoa ja tavoiteltavaa. Kysymys kuitenkin kuuluu: onko oikeasti näin? Asetetaan-ko lääketieteelle odotuksia tieteidenväliseen tutkimukseen ollenkaan? Onko siinä lääketieteen näkökulmasta mitään tavoiteltavaa tai houkuttelevaa?

MR: Ei oikeastaan odoteta eikä tieteidenvälisyyttä sinänsä pidetä minään itseisarvona. Pääsääntöisesti lääketieteellisessä tutkimuksessa on taustalla ajatus, että tutkimuksen tulisi tuottaa potilashoidon kannalta hyödyllistä tietoa. Monet tutkimukset toki jäävät varsin kauas tästä juhlavasta tavoitteesta, mutta se on kuitenkin perusajatuksena taustalla. Yhteistyöprojektit tehdäänkin useimmiten lähitieteiden (esimerkiksi biokemia) kanssa.

JU: Tieteidenvälisyys tuntuu siis molemmilla rajoittuvan lähitieteisiin. Mutta entäs jos yritetään yli lähimmäisten? Voivatko ihmistieteet olla varteenotettava yhteistyökumppani lääketieteen näkökulmasta? Vai näyttäydymmekö me vain ”humanistihuuhaana”, jonka tieteellisyys on kyseenalaista? Sama pä-

tee tietysti myös toisin päin. Minun on helpohko kuvitella jotain kosketuspintaa niihin lääketieteen aloihin, jotka tekevät kliinistä potilastyötä, joissa toisin sanoen kohdataan ihminen. Jokin molekulaarinen lääketiede tai muu vastaava vaatisi jo aika paljon enemmän pohdintaa. Vaan mistä sitä tietää, etteikö jotakin siitäkin irtoaisi, jos tarpeeksi osapuolet yrittäisivät...

MR: Voi olla, että humanistien tuotoksia kohtaan vallitsee usein epäluulo. Mistä se voisi johtua? Yksi selitys voinee piillä siinä, että humanistisesta tutkimuksesta saattaa usein puuttua ne kaksi piirrettä, joita lääke- ja muussakin luonnontieteessä on tavattu pitää olennaisina: varmuus siitä, että tutkittava otos edustaa hyvin sitä perusjoukkoa, johon tutkimustuloksia halutaan soveltaa, ja tutkittavan ilmiön kvantifiointi.

Kvalitatiivisessa humanistisessa tutkimuksessa tutkittavien joukko on joskus varsin pieni, eikä välttämättä nähdä vaivaa sen varmistamiseksi, että tutkimusjoukko vastaa ominaisuuksiltaan sitä – usein suurta – väestönosaa, jota tutkimuksen otsikossa kerrotaan tutkitun. Luonnontieteellisen peruskoulutuksen saaneesta tämä tuntuu kummalliselta: ei kai pitäisi tehdä pitkälle meneviä johtopäätöksiä suuresta joukosta tutkimuksen perustuesa hyvin pieneen otok-

seen, jonka edustavuudesta ei ole takeita? Myös ajatus tieteellisestä tutkimuksesta ilman tilastomatematiikkaa kuulostaa lääketieteen tutkijasta perin omituiselta.

Voiko aitoa keskusteluyhteyttä sitten lainkaan syntyä lääketieteen ja kulttuurin tutkijoiden välille? Eiköhän: jos on valmiutta pysähtyä kuuntelemaan, miten toinen näkee maailman, voi keskustelun molemmilla osapuolilla olla opittavaa toisiltaan.

JU: Käsitukset siitä, mikä on laadukasta ja luotettavaa tiedettä, eivät tosiaan paljon kauempana toisistaan voine olla kuin ne kulttuurintutkimuksen ja lääketieteen välillä ovat. Meillä lähtökohta on ymmärtäminen, myös sen, että tieteenaloilla nähdään olevan omat tieteenaloikohtaiset tapansa tuottaa tietoa. Kun tutkitaan eri asioita eri lähtökohdista käsin, niin eroja väistämättä on. Tästä tieteenkin seuraa se, että tutkimusasetelmat, -kysymykset ja -menetelmät ovat myös kulttuurintutkimuksen ja lääke/luonnontieteiden välillä hyvin erilaisia. Esimerkiksi yksiselitteisen kyllä tai ei -vastauksen tuottava kysymyksenasettelu olisi laadullisessa tutkimuksessa hiukan järjetön, koska tutkimusta ja aineistonkeruuta aloittaessa ei ole tarpeen eikä voi tietää tarkasti, mihin kaikkeen aineistopulpa vastaa.

MR: Miksi näin? Tämä kuulostaa yllättävältä. Lääketieteen tutkijan näkökulmasta on aivan olennaista muotoilla kysymyksenasettelu selkeästi ja suunnitella tutkimus siten, että kysymykseen saataisiin vastaus. Tutkiminenhan on vaivalloista ja usein kallistakin puuhaa, ja pidetään resurssien haaskaamisena, jos tutkimusongelmaan ei panostuksista huolimatta saadakaan vastausta tutkimuksen metodologisten puutteiden vuoksi. Erityisen tärkeää tämä on silloin, kun kyseessä on potilailla tehtävä kliininen koe. Uutta hoitoa tutkittaessa potilaat saattavat hyötyä tutkimusinterventiosta, mutta heidät myös altistetaan interventioon liittyville riskeille. Silloin pidetään suorastaan epäeettisenä, jos tutkimus on metodologian osalta sillä tavalla huonosti suunniteltu, ettei se voi tuottaa luotettavia tuloksia.

JU: Epäluotettavuus ei toki ole toivottavaa meilläkään – teoreettis-metodologiset lähtökohdat ja se, millaista tietoa tavoitellaan eli mitä kysytään vain ohjaavat niin kovin erilaisiin suuntiin. Josta syystä lääketieteen menetelmillä ei oikein saa kulttuurintutkimuksellisesti relevanttia tietoa ja päinvastoin. On myös vaikea kuvitella, mitä me voisimme *mitata* siinä mielessä kuin ymmärrän sinun mainitsemasi mittauksen, jo-

ten kovin sofistikoitu tilastomatematiikan käyttäminenkin ei ole tyypillisesti humanistisen tutkimuksen keskiössä. Tilastoja toki humanistisessakin tutkimuksessa käytetään esimerkiksi tutkimusaiheen kontekstualisoinnin tukena, sen asettamisessa yhteiskunnallisiin ja kulttuurisiin yhteyksiinsä. Aika harva humanisti kuitenkaan tuottaa itse tilastoja, eikä ainakaan lähellekään sitä tapaa, jolla lääketieteessä toimitaan. Eli paljon käytetään tarjolla olevia, vaikkapa tilastokeskuksen perustilastoja. Meidän tilastonkäyttömme onkin todennäköisesti lääketieteilijän silmissä melko alkeellista ja karkeata. Sen sijaan hyvin suunniteltu metodologia on meilläkin tarpeellinen siinä mielessä, että menetelmälliset valinnat tulee kuvata ja perustella suhteessa tutkimuksen tavoitteisiin ja kysymyksiin. Kysytään siis: onko tutkimus kaikkien *laadukas*?

Edellä mainitut lähtökohdat huomioiden ehkä suurin kompastuskivi tiedenvälisyydessä näyttäisi olevan vanha tuttu kysymys *totuudesta*. Siis se, että miten ihmeessä kulttuurintutkimuksessa voisi väittää, että tutkimustuloksemme ovat *totta* – siis totta siinä mielessä kuin $2+2=4$? Juju tässä on se, että emme pä niin (yleisesti ottaen) väitäkään. Jos humanistisia tutkimuksia lukee tarkasti, niin huomaa yleensä jossain kohdin todettavan, että *tieto on aina osittaista, tiet-*

tyyn kontekstiin – aika, paikka, informantit JA tutkija – sitoutunutta. Toisin sanoen näillä tietynlaisilla koodifraaseilla kerrotaan, että nämä informantit tässä tilanteessa tämän tutkijan kysyessä ja analysoidessa aineistoa tuottavat tällaista tietoa. Mikä pitää siis sisällään sen, että jotkut muut jossain muussa tilanteessa ja jonkun muun analysoijan kyseessä olleen voivat päätyä toisenlaiseen tulokseen aivan yhtä perustellusti. Ja tämä ei ole mikään ongelma, vaan tutkimuksen peruslähtökohta.

MR: Tässä lienee villakoiran ydin. Lääketieteessä oleellinen tutkimuskysymys kuuluu usein tähän tapaan: vaikuttaako altiste a taudin A syntyyn? Edesauttaako hoito b taudista B paranemista? Onko hoito c parempi vai huonompi kuin hoito d? Suurimmat aploidit – ansaitusti – saa sellainen tutkimus, joka antaa selvän vastauksen tällaiseen kysymykseen. Vastauksellahan on joskus erittäin suuri käytännön merkitys. Toki monista syistä johtuen vain pienen pieni osa tutkimuksista yltyä tähän kategoriaan. Hyvin tehty ja kuvattu lääketieteellinen tutkimus on periaatteessa sellainen, että toinen tutkijaryhmä toistaessaan tutkimuksen päätyisi (suurella todennäköisyydellä ainakin likipitäen) samanlaisiin tuloksiin. Käytännössä näin ei läheskään aina käy. Usein on käyt-

nyt niinkin, että pieni tutkimus päättyi tiettyyn tulokseen, jota sitten toisen ryhmän tekemä isompi tutkimus ei vahvistakaan; joskus tulokset ovat suorastaan ristiriitaisia. Vaikka lääketieteen edustajat usein mieltävätkin tieteenalansa eksaktiksi luonnontieteeksi, niin käytännön lääkärin työ on vanhan fraasin mukaisesti ”as much an art as a science”.

JU: Erona näyttäisikin oleva se, että meidän ei tarvitse rakentaa *toistettavissa* olevaa tutkimusasetelmaa, koska sitä ei odoteta eikä se meidän aiheillamme olisi mahdollistakaan. Ja lääketieteessäkin voi kaikesta yrittämisestä huolimatta käydä niin, että tulee yllätyksiä, toisin sanoen toisteisuus ei onnistukaan. Jostain syystä kuitenkin tämä lasketaan nimenomaan humanistiselle tutkimukselle haitaksi. Niinpä se, että emme esimerkiksi näytä näkevän vaivaa sen varmistamiseksi, että ”tutkimusryhmä vastaa ominaisuuksiltaan sitä [...] väestönosaa, jota tutkimuksen otsikossa kerrotaan tutkitun” johtuu siitä, että moista ei yritetä.

MR: Tämä on kerta kaikkiaan hämmentävää. Lääketieteen tutkijalle on aivan olennaista, että tutkittava otos on edustava, toisin sanoen vastaa sitä perusjoukkoa, johon tuloksia haluttaisiin soveltaa.

JU: Niin, kun meidän ei tarvitse soveltaa tuloksia lääketieteellisessä mielessä. Eli: meillä ei siis kysytä onko tulos totta, vaan onko tulos vakuuttava. Vakuuttavuuden arviointi edellyttää aina teorian ja metodologian ja tutkimuskäytäntöjen huolellista kuvaamista tutkimustekstissä. Eli tässä edellä mainittu laadukkuus kietoutuu yhteen vakuuttavuuden kanssa ja hyvä tutkimus on vakuuttavaa ja kertoo jotain tolkullista tutkitusta aiheesta.

MR: Lääketieteessäkin tutkimustulosten vakuuttavuudesta taitetaan usein peistä. Taidetaan kuitenkin ajatella niin, että vakuuttava tutkimus on sellainen, jonka tulos on suurella todennäköisyydellä tosi. Tutkimuksen käytännön merkitys on sitten vielä asia erikseen. Lääketieteellisessä tutkimuksessa on olennaista, onko tulos a) tilastollisesti merkitsevä b) kliinisesti merkityksellinen. Tilastollisesti merkitsevä (*statistically significant*) tarkoittaa sitä, että tilastomatemattisen analyysin perusteella on erittäin epätodennäköistä, että puhdas sattuma selittäisi todetun tutkimusryhmien välisen eron. Kliinisesti merkityksellinen tulos tarkoittaa niin isoa eroa ryhmien välillä (esimerkiksi sairaalahoidoajan lyhenemistä tai kuolleisuuden vähenemistä uuden hoidon myötä), että sillä on aito merkitys potilaan elämään, veronmaks-

jan kustannuksiin tai muuhun sellaiseen. Kysymykseksi siis jää, miten tutkimustulos voisi olla vakuuttava, jos on aihetta epäillä sen totuudellisuutta?

JU: Ei tavoite tietenkään ole tuottaa *valheellista* tietoa, eikä sellainen olisi missään nimessä hyväksyttävääkään. Pointti onkin, että laadullisin menetelmien ei ole mahdollista saavuttaa *objektiivista totuutta* (2+2=4 -mielessä) esimerkiksi informanttien kokemusmaailmasta, koska kaikki laadullisin menetelmin tuotettu tieto on väistämättä osittaista ja välittyntä. Niinpä emme rohkene väittää että tässä on totuus asiasta X, vaan tässä on yksi näkökulma asiaan X ja se *näkökulma on vakuuttava niillä perusteilla, joita aiemmin kuvasin.*

Vakuuttavuuteen liittyy myös *teoria*. Ehkä suurin ällistys, suorastaan kulttuurisokin paikka minulle oli se havainto, että lääketieteellisessä tutkimuksessa ei ole teoriaa sellaisena kuin sen olen oppinut ymmärtämään. Hämmäntäväksi tämän tekee se, että meillä teoria on se, joka ohjaa koko tutkimusta tutkimuskysymysten laadinnasta aina aineiston analyysiin ja raportointiin saakka. Teoreettisesti pitävä laadullinen aineistojen analyysi *ei* ole vain sattumanvaraista närppimistä ja aineistojen mielinmäärin vään-telyä, vaan sen on mahdollista olla vakuuttavaa. Teoria on siis se perustus, jo-

hon laadukas, *vakuuttava* tutkimus nojaa.

MR: Vastalause! Toki lääketieteellisen tutkimuksen pohjalla on teoreettista ajattelua. Yleensä aina tutkimuksen lähtökohta on *hypoteesi*, jonka paikkansapitävyyttä tutkimus käy selvittämään. Hypoteesin taustalla taas on esimerkiksi tietämys fysiologisista mekanismeista tai lääkkeen vaikutusmekanismeista, jolloin on teoriassa odotettavissa, että interventio x saisi aikaan vaikutuksen y. Mutta koska sekoittavat tekijät vaikuttavat ennalta arvaamattomalla tavalla, pitää tutkia, päteekö teoria käytännössä. ”Teorian” määritelmät meillä saattavat kyllä olla erilaiset.

JU: Luulen, että tässä kyseessä on tosiaan erilainen käsitys teoriasta. Vaikapa artikulaatioteoria on aikalailta erilainen systeemi kuin tietämys fysiologisista mekanismeista – ne minä ymmärtäisin niinä tosiseikkoina, joihin lääketiede perustuu. Meillä teorit taas ovat niitä analyysin työvälineitä, joiden avulla tutkimusaineistoja lähestytään, jotka ohjaavat analyysia ja pitävät sen kuosissa.

Minun nähdäkseni hedelmättömin mahdollinen tieteidenvälisyyden lähtökohta välillä kulttuurintutkimus–lääketiede on se, että ennen mitään muuta pitäisi määrittää, ketkä ovat toiseen näh-

den *oikeassa*. Tai edes enemmän oikeassa. Ennemminkin olisi syytä pohtia miten näin erilaiset tutkimuksen tekemisen tavat voisivat *täydentää* toisiaan: kun katsotaan eri näkökulmista, nähdään yhdessä enemmän. En tiedä sitten olisi-ko täydennysajatus jotenkin helpompi kulttuuritieteilijöille, kulttuurintutkimus kun pitää lähtökohtaisesti sisällään ajatuksen siitä että koko alan pointti on (sanojasi lainaten) ”pysähtyä kuuntelemaan, miten toinen näkee maailman”.

MR: Siispä miettimään, mihin osaa-misemme yhdistäminen voisi johtaa! Nähdäkseni on jopa olemassa teemoja, joissa saattaisimme tarvita toisiamme. Yksi tällainen on alati suurena pysyvä niin kutsuttujen vaihtoehtohoitojen suosio. Mikä kumma saa ihmisiä syyttämään suuria summia rahaa hoitoihin, joiden vaikuttavuudesta ei ole mitään näyttöä tai jotka on jopa tutkittu ja hyödyttömiksi todettu? (Jos jonkin hoidon hyödyllisyys osoitetaan vakuuttavasti, niin siitä kyllä tulee oitis osa näyttöön perustuvaa lääketiedettä.) Tämä ihmisten epärationaaliselta vaikuttava käyttäytyminen on lääketieteen edustajalle täysi mysteeri. Olisiko kulttuurintutkijoista apua sen ratkaisemisessa?

Toinen outo, totta puhuen vielä oudompi, seikka on korkeasti koulutettujen lääketieteen ammattilaisten epä-

rationaalinen käyttäytyminen: jos uusi tutkimusnäyttö kyseenalaistaa perinteisen toimintatavan tai osoittaa sen jopa haitalliseksi, niin yllättäen lääkärin käyttäytyminen ei välttämättä muutukaan. ”Näin on aina tehty, joten näin kuuluu tehdä” -ajattelu istuu lujassa. Tämän ymmärtämiseen tarvittaisiin lisää ihmislouheen tuntemusta – miksi traditioiden painolasti ohjaa toimintaamme niin vahvasti?

Kukaties humanistiselle tutkijalle taas voisi olla hyödyksikin perehtyä luonnontieteelliseen ajattelutapaan, ja kenties kvalitatiivisen tutkimuksen täydentäminen kvantitatiivisin analyysein voisi joskus olla antoisaa. Usein on mahdollista kehittää mittareita sellaistenkin asioiden kvantifoimiseen, joita ei perinteisesti ole tavattu mitailla. Tilastollisten yhteyksien löytäminen ja vaikutusten suuruuden toteaminen on hauskaa – ja voi olla joskus hyödyllistäkin.

JU: Olet aivan oikeassa, luonnontieteiden tunteminen ja tilastollisten analyysien perusteiden ymmärtäminen on yleissivistävää eikä tilastotieteen hyödyntäminen ole poissuljettu ajatus. Myös ehdottamasi tutkimusaiheet ovat mielestäni hyvinkin mahdollisia. Minä puolestani voin myös oikein hyvin kuvitella että (terveyden) kulttuurisen tutkimuksen laadullisen ja lääketieteen mää-

rällisen tutkimusotteen kohtauksesta voisi syntyä vallan mielenkiintoista jälkeä.

Minusta näyttääkin siltä, että suurimmat esteet tieteidenväliselle yhteistyölle kulttuuritieteiden ja lääketieteen välillä eivät suinkaan ole ylikäymättömät teoreettis-metodologiset esteet, vaan 1) tietämättömyys, 2) sitkaat tieteenalaliitännäiset stereotyyppiat ja 3) aitojen kohtaamistilaisuuksien puute. Olennaisin on ehdottomasti kohta kolme: ilman aitoja kohtaamisia tietämättömyydestä ja stereotyyppioista ei päästä kuunaan eroon. Lisäksi täytyy olla riskinsietokykyä (uudessa avauksissa on aina pieleenmenon riski) ja aikaa. Tieteidenvälisyyden taivottelu on siis monin tavoin resurssija vaativaa toimintaa, johon pitäisi kaikilla olla yhtäläinen tahto sekä mahdollisuus panostaa touhuun tosissaan.

MR & JU: Kas: löysimmehän me yhteistä aaltopituutta ainakin yhteen keskusteluun. Sehän ei ollut oikeastaan edes vaikeaa – varovainen kurkistus oman poteron reunojen yli riitti. Suoranainen yhteistyö tietysti vaatisi rohkeuden keruuta niin paljon, että sitä riittäisi poterosta ylös kapuamiseen. Todennäköisin tika-puu pois poterosta ei ole jokin suuri tutkimushanke, vaan turvallisen kokoinen ja riittävän riskitön, mutta silti kiinnostava yhdessä tekeminen, jolla päästä alkuun. Kerran poteroista pois päästyämme vain mielikuviutus asettaa rajat tieteidenvälisen yhteistyön mahdollisuuksille.

VIITTEET

1. Kirjoittajien nimet ovat aakkosjärjestyksessä.

LT Matti Reinikainen on anestesiologian ja tehohoidon dosentti ja Pohjois-Karjalan keskussairaalan teho-osaston osastonylilääkäri.

FT Johanna Uotinen on mediakulttuurin, erityisesti mediateknologian kulttuurisen tutkimuksen dosentti ja yliopistonlehtori oppiaineessa Mediakulttuuri ja viestintä Itä-Suomen yliopistossa.

Esittelyt

Kulttuurisen terveystutkimuksen raamattu

Marja-Liisa Honkasalo ja Hannu Salmi (toim.) *Terveyttä kulttuurin ehdoilla. Näkökulmia kulttuuriseen terveystutkimukseen.* k&h, Turku 2012. 475 s.

Turkulaisprofessorit Marja-Liisa Honkasalo ja Hannu Salmi ovat toimittaneet tuhdin lukupaketin kulttuurisesta terveystutkimuksesta. Kyseessä on varsin vaikuttava teos ulkoisilta mittasuhteiltaan: 17 artikkelia, 20 kirjoittajaa, 475 sivua. Runsas artikkeli- ja sivumäärä ovat sekä teoksen vahvuus että heikkous. Suuri artikkeli- ja tekijäjoukko takaa sen, että jokaiselle aihepiiristä kiinnostuneelle löytyy varmasti kiinnostavaa luettavaa, mutta toisaalta se tuo väkisinkin mukanaan epätasaisuutta ja sekalaisen kirjoituskokoelman makua.

Kirja sopii hyvin monen tieteenalan edustajan käteen, sillä kuten johdannossa todetaan, hyvinvoinnin terveystutkimus kietoutuu läheisesti ihmisenä olemisen kokemukseen. Terveiden, sairauden ja kulttuurin väliset suhteet pohdittavat hyvin erilaisista lähtökohdista ja

tieteenaloilta tulevia ihmisiä. Kirjoittajia yhdistävä lähtökohta on, että terveys ja sairaus ovat pitkälti kulttuurin muovamia sekä ajallisesti ja yhteiskunnallisesti muuttuvia. Näin tehdään selvä pesäero perinteiseen biolääketieteelliseen ajatteluun ja sairauksien ymmärtämiseen universaalisti yleispätevinä ”totuuksina”.

Kirjan artikkelit on koottu viiden näkökulman alle. ”Aika ja sairaus” käsittelee terveyden ja sairauden historiallisuutta, ei vain käsitteiden vaan myös kokemusten osalta. Heini Hakosalo valottaa lääketieteellisten käsitteiden historiaa, tapausesimerkinä afasian käsitteen määrittely 1800-luvulta nykypäivään. Hän huomioi myös määrittelyihin liittyvät sosiaaliset ja poliittiset ulottuvuudet. Samoilla linjoilla jatkaa Kirsi Tuohela tarkastelukohteenaan psyykinen sairastaminen, erityisesti melankolia. Annakaisa Suominen ja Pentti Huovinen käsittelevät kättelyn ja käsihygienian kulttuurihistoriaa. Artikkelissa kättelyn kulttuurisista merkityksistä siirrytään sujuvasti mikrobeihin ja infektoiden leviämiseen. Samalla he osallistuvat hyvinkin ajankohtaiseen keskusteluun käsihygieniaan suhtautumisesta. Tämä artikkeli oli virkistävä uusi avaus, jossa kulttuurihistorian tutkimus lyö kättä bakteeriopin kanssa pohtien miten vuosisataiset kulttuuriset käyttäytymissään-

nöt kohtaavat uudet käsitykset sairauksien leviämisestä.

”Terveys, sairaus ja valta” lähestyy teemaa nykypäivän kontekstissa. Sinikka Torkkolan ja Anna-Maria Mäki-Kuutin artikkeli käsittelee yhtä nykykulttuurin mahtitekijää, mediaa. Kirjoittajat puhuvat sairauden ja terveyden sijaan sairauksista ja terveyksistä korostaen niiden määrittelyn ja ymmärtämisen moninaisuutta. Kirjoittajat peräänkuuluttavat arkisten tautien kulttuuristen merkitysten tutkimista. Tutkimus onkin usein ollut kiinnostunut dramaattisista taudeista kuten skitsofrenia tai epilepsia, jättäen sivuun nuhakuumeen tai verenpainetaudin. Artikkelissa pohditaan lääketieteellisesti määritellyn taudin ja yksilön potemuksen välistä ristiriitaa ja tuodaan tarkasteluun niiden rinnalle sosiaalinen järjestys, jota juuri media tuottaa. Sosiaalisessa järjestyksessä sairaaksi määritely ei välttämättä ole tautinen lääketieteellisen määrittelyn mukaan tai henkilön oman kokemuksen mukaan. Lääketieteellisen tiedon, median ja yksilön kohtaamisen rajapinnasta nousee terveyskurin käsite, joka kirjoittajien mukaan voidaan nähdä vallitsevana yhteisöllisenä fantasiana, jolla tuotetaan ihannekanalaisuutta erilaisissa kulttuurisissa ja sosiaalisissa käytännöissä ja johon yksilöitä yritetään suostutella. Jutta Ahlbeck ja Elina Oinas tuovat kirjaan feministisen

tutkimuksen näkökulman käsittelemällä terveyden sukupuolittuneita ja ruumiillisia merkityksiä. Artikkelit toimii samalla myös feministisen tutkimuksen peruskurssina siihen perehtymättömille lukijoille.

”Hoito ja kulttuurinen muutos” antaa lukijalle johdatuksen etnografiseen terveyden tutkimukseen. Aluksi Marja Tiilikainen luo katsauksen monikulttuurisen hoivan tutkimukseen ja tarkastelee oman tutkimuksensa kautta maahanmuuttajien sairastamista ja terveydenhoitoa transnationaalisenä ilmiönä. Susanne Ådahl kirjoittaa elinsiirroista ja niiden tuottamista uusista biososiaalisuuden muodoista. Hän on tehnyt kenttätutkimusta munuaissiirtopotilaiden keskuudessa ja pohtii kiinnostavasti kentälle pääsyn vaikeutta lääketieteen instituutioissa. Osion kolmas, Sakari Suomisen kirjoittama artikkeli käsittelee salutogeneesiä Aaron Antnovskyn koherenssiteorian pohjalta. Cecilia von Brandenburg kirjoittaa hyvin ajankohdaisesti aiheesta siinä mielessä, että tänä vuonna on uutisoitu useamman keran kulttuurin terveysvaikutuksista. Hyvinvointi liitetään liian usein vain fyysiseen toimintaan ja ruumiillisuuteen. Kun terveyden ja kulttuurin yhteyksistä puhutaan, usein tyydytään toistelemaan kuorolaulun ja suomenruotsalaisten hyvän terveyden yhteyttä. Von Bran-

denburg lähestyy aihetta virkistävän teoreettisesti. Hänen loppupäätelmänsä on, että taiteen perustehtävä on asettaa kysymyksiä olemisen merkityksestä, joka luo suhdettamme maailmaan aina uudestaan ja herättää tuoreita näkemyksiä siitä, mikä on ihmiselle tärkeää. Samalla tavalla hänen artikkelinsa herättää lukijassa uusia ajatuksia.

Kirjan neljännessä osiossa ”Arvot, normit ja normaali” keskistytään filosofiaan ja arvoihin. Simo Vehmas tarkastelee vammaisuutta konstruktivismiin näkökulmasta ja näkee vammaisuuden ennen kaikkea sosiaalisena konstruktiona, joka voi ajan kuluessa irtautua ihmisen fyysistä ominaispiirteistä. Helena Siipi käsittelee artikkelissaan luonnollisuuden monia merkityksiä. Luonnollisuus on yksi nykyajan muotitermejä, jolla voi myydä lähes mitä tahansa. Artikkelin keskiössä on ruoka ja se herättääkin pohtimaan kysymystä siitä, onko luonnollinen ruoka aina terveellistä.

”Kulttuurisen terveystutkimuksen metodologisia lähestymistapoja” alkaa Leena Koivusillan artikkelilla terveyserojen sosioekonomisista taustatekijöistä. Se on yllättävä avausartikkeli osiolle, jonka sanotaan käsittelevän kirjan artikkeleissa tehtyjä menetelmällisiä avauksia. Suurin osa kirjassa käsitellyistä tutkimuksista on tehty laadullisilla menetelmillä, kun taas Koivusillan artikkeli

perustuu kvantitatiiviseen terveyserojen tutkimukseen. Artikkelit puolustaa kuitenkin paikkaansa, ei yksin sen vuoksi, että myös se antaa hyvän perusymmärryksen käsittelemästään teemasta, mutta myös siksi, että erilaisten menetelmien vuoropuhelua tarvitaan entistä enemmän. Osion kaksi seuraavaa artikkelia, Anna Leimumäen ja Anna Puurosen artikkelit, käsittelevät kulttuuriselle terveystutkimukselle tutumpaa narratiivista menetelmää. Kirjan viimeisenä artikkelina on Marja-Liisa Honkasalon kirjoitus etnografisesta terveystutkimuksesta. Honkasalo on kiistatta alan suomalainen guru. Hänelle etnografia ei ole vain menetelmä muiden joukossa, vaan Geertzin mukaellen intellektuaalinen lähestymistapa, joka määrittelee sekä teorian ja aineiston välisen kiinteän suhteen että etnografisen teorianmuodostuksen luonteen avoimena ja induktiivisena prosessina. Hän käsittelee sekä etnografian juuria, teoreettisia lähtökohtia että omia kenttätutkimuksiaan. Honkasalo korostaa, että sairauden ja kärsimyksen etnografisella tutkimuksella avataan samalla näkökulma laajemmin yhteiskuntaan ja sen toimintatapoihin. Samaa voi sanoa koko kirjasta. Käsittelemällä terveyden kulttuurista tutkimusta kerrotaan samalla jotain hyvin olennaista koko yhteiskunnasta.

Kirja olisi hyötynyt toimittamisesta rankemmalla kädellä. Nyt artikkelit ovat sekalainen kokoelma, jossa tarpeettoman moneen kertaan toistellaan terveyden ja sairauden kulttuurisesti ja ajallisesti muuttuvaa luonnetta. Kirjassa olisi potentiaalia kulttuurisen terveystutkimuksen käsikirjaksi, mutta vaatimattoman toimitustyön vuoksi teksti on paikoin raskasta luettavaa ja hakemiston puute vaikeuttaa itseä kiinnostavien asioiden löytämistä. Tästä kaikesta seuraa se, että muut kuin asialle vihkiytyneet eivät herkästi tarttune teokseen. Se on harmillista, koska kirjan soisi päätyvän myös lääketieteen edustajien ja terveyskasvattajien käsiin. *Terveyttä kulttuurin ehdoilla* on suunnattu puhtaasti tutkijoille, vaikka aiheesta olisi annettavaa myös maallikoille itseymmärryksen tueksi. Asiasta kiinnostuneille opiskelijoille kirja kuitenkin on hyvin hyödyllinen, koska se monien erilaisten tulokulmien lisäksi käsittelee myös metodologisia kysymyksiä, ja antaa eväitä oman tutkimuksen toteuttamiseen.

Kirsi Lumme-Sandt

FT, tutkimuskoordinaattori Kirsi Lumme-Sandt, Terveystieteiden yksikkö, Tampereen yliopisto. kirsi.lumme-sandt@uta.fi

Raskaus asiantuntijatiedon ja neuvolasuhteiden kontekstissa

Riikka Homanen, *Doing Pregnancy, the Unborn, and the Maternity Healthcare Institution*. Tampere University Press, Tampere 2013. 403 s.

Riikka Homasen väitöskirja käsittelee otsikkonsa mukaisesti raskauden 'tekemistä' ja siihen liittyvää toimintaa suomalaisessa äitiysneuvolajärjestelmässä. Erityinen huomio työssä annetaan raskaana olevan naisen ja sikiön – tai syntymättömän, kuten Homanen perustellusti tutkimuskohteensa nimeää – välisen suhteen muovaamiselle yhteistyössä neuvolahenkilökunnan kanssa. Homanen lähtee siitä, että raskaus on ajallinen ruumiillinen prosessi, jota tehdään kohtaamisissa neuvolan terveydenhoitajien kanssa ja johon pyritään vaikuttamaan moniammatillisen psykososiaalisen tuen keinoin. Tästä näkökulmasta raskaus ei ole omalakinen biologinen tapahtumakulku, jota tuetaan "ulkopuolelta", vaan se on prosessi joka muotoutuu monenlaisten tiedollisten ja teknologisten interventioiden kautta.

Homasen lähtökohta on puretua feministisen tutkimuksen peruskysymykseen siitä, säilyykö naisella itseään-

räämisoikeus omaan ruumiiseensa suhteessa sikiöön, jonka asema toimenpiteiden erillisenä, omaa "edunvalvontaa" edellyttävänä kohteena on jo neuvoloiden arkipäivää. Samanaikaisesti hän on kiinnostunut moninaisista syntymättömistä (*multiple unborn*), joita äitiyshuollon asiakastyö luo tukiessaan ja ohjaillessaan raskaana olevaa naista. Nämä lähtökohdat kuvastavat Homasen paikantumista Dorothy E. Smithin institutionaalisen etnografian ja feministisen tieteen tutkimuksen välimaastoon. Yhtäältä tutkimuksessa analysoidaan ihmisten välisiä valtasuhteita institutionaalisissa käytännöissä. Toisaalta Homanen hakee tieteen tutkimuksesta joustavampia tapoja tutkia subjektiutta ja toimijuutta suhteessa materiaaliseen ympäristöön. Hän kuitenkin toteaa useaan otteeseen, ettei pyri tutkimaan ihmis- ja ei-himistöimijöitä symmetrisesti (kuten tieteen tutkimuksessa usein pyritään tekemään), vaan haluaa säilyttää työnsä painopisteen ihmiskeskeisen toiminnan ja erityisesti valtasuhteiden analyysissa.

Homasen tutkimusasetelma perustuu "monimetodiseen etnografiseen kenttätöyöhön" (s. 13). Aineistona Homanen käyttää neljässä äitiysneuvolassa tehtyjä videonauhoituksia, omia kenttähavaintojaan ja viranomaisaineistoa. Lisäksi aineistoon kuuluu neljätoista haastattelua, joista seitsemän on tehty neu-

volan terveydenhoitajien kanssa ja seitsemän raskaana olevien naisten kanssa. Analyysissa keskeisimmän sijan saavat videoidut neuvolakäynnit, joissa Homanen ei itse ollut paikalla. Kiinnostavan lisän aineistontuotantoon muodostavat työpajat, joissa neuvolahenkilökunta sai katsoa videoituja työtilanteitaan ja kommentoida niitä tutkijoille.

Kirjan ensimmäinen aineistoluku käsittelee raskautta ruumiillisena kokemuksena ja identiteetin muutoksena kohti vanhemmuutta. Analyysi nostaa esiin naisten halun toimia neuvolan ohjeiden mukaisesti ja muuttaa elämäntapojaan sikiön etua ajatellen. Siinä kuvataan myös tapoja, joilla odottavat äidit personifioivat syntymättömät lapsensa. Analyysi on pääosin kuvailevaa, mutta se on sitä tarkoituksellisesti, koska luvun tehtävänä on toimia *standpoint*- eli näkökulmaluonnostelmana (s. 101), joka suuntaa varsinaista neuvolakäytäntöjen analyysia.

Kirjan toinen analyysiluku (luku 4) tematisoi raskauden ajallisena prosessina, jonka aikana äitiysneuvoloissa muokataan ja tuetaan raskaana olevien naisten samoin kuin heidän kumppaneidensa vanhemmuuteen orientoituvaa minuutta ja suhdetta syntymättömään. Lähtien siitä, kun odottava nainen kirjataan ensimmäisellä kerralla neuvolan sähköiseen potilaspäiväkirjajärjes-

telmään, Homanen erittelee neuvolatapahtumia, joissa luodaan luottamuksellisia suhteita asiakkaiden ja henkilökunnan välille, samoin kuin naisen ja tämän kohdussa kasvavan syntymättömän välille. Luvussa käy ilmi, että neuvolahenkilökunnalta edellytetään jatkuvaa omien vuorovaikutustaitojensa arviointia sekä kykyä sovittaa toimintansa moniammatilliseen yhteistyöhön. Samoin Homasen tutkimus todentaa, miten erilaiset käyttäytymisen ja asennoitumisen ongelmatilanteita seulovat kaavakkeet ovat nykyään osa raskauden ”tekemistä”. Luvun lopputuloksena on eräänlainen kahdeksan kohdan hoivapolku, jota seuraten Homanen osoittaa syntymään ja vanhemmuuteen valmentautumisen tapahtuvan. Tämä hoivapolku sovittaa yhteen lääketieteellisillä mitareilla määritellyn sikiön hyvinvoinnin ja odottavien äitien psykososiaalisen hyvinvoinnin tarkkailun.

Kirjan viimeisessä analyysiluvussa raskauden tekemistä ja äitiyshuoltoon liittyviä järkeilyjä käsitellään ajallisen logiikan sijaan temaattisesti. Keskustelua käydään niin sukulaisuudesta, sikiön fetisoinnista, hyvinvointihallinnan muutoksista, luokkakysymyksistä kuin kuluttajakansalaisuudesta, pääosin kotimaiseen ja kansainväliseen tutkimukseen tukeutuen. Luku on kunnianhimoinen yritys siirtyä neuvolakäytän-

töjen tasolta abstraktimpien valtasuhteiden tarkasteluun institutionaalisen etnografian viitoittamalla tiellä. Keskustellut teemat ovat kuitenkin niin laajoja, että harppaukset aineistotasolta niiden käsitteelyyn olisivat vaatineet hiukan enemmän yhteyksien nivomista. Valtasuhteisiin liittyvien kysymysten, kuten luokkakäsitysten tai markkinalogiikan vaikutusten, osoittaminen äitiyshuollon tasolla tehdään pääasiassa kirjallisuuskeskustelun kautta. Lukijalle ei myöskään perustella, miksi juuri nämä temaattiset näkökulmat on valittu käsitteelyyn. Johtopäätöksissä Homanen myöntää, että erityisesti kuluttajakansalaisuuden osalta tematiikkaan ei päästä työssä kovin syvälle. Samalla hän kertoo, että hoivakäytäntöjen analyysi markkinalogiikan näkökulmasta on hänen jatkotutkimusaiheensa.

Loppuluvussa Homanen vetää ansiokkaasti yhteen ja kertaa työn tulokset. Tutkimus osoittaa, että äitiysneuvolassa painopiste on raskaana olevan naisen emotionaalisisessa, psykososiaalisessa ja aineellisessa valmentamisessa äitiyteen sekä tämän lähisuhteiden tukemisessa. Syntymätön saa raskausprosessin kuluessa erilaisia määreitä kontekstista riippuen, mutta Homanen toteaa, että yleisesti ottaen äitiysneuvolan käsitteelyssä tapahtuu raskauden edetessä muutos etäännytetystä sikiöstä ja alka-

vasta ihmiselämästä kohti asiakkaiden omia, erityisiä vauvoja ja tulevia lapsia. Tältä osin Homasen tutkimus vahvistaa aikaisempia tutkimustuloksia siitä, mitä nykyisessä lääketieteellisen tiedon ja teknologian rakenteistamassa äitiyshuollossa tapahtuu raskausprosessin edetessä. Koska Homasta feministitutkijana kiinnostaa naisten toimijuuden ja valinnanmahdollisuuksien puolustaminen, hän myös pyörittelee johtopäätöksissä kysymystä siitä, millä tavoin itseohjautuvuuden ja -reflektion kautta operoiva äitiyshuolto mahdollistaa tai rajoittaa naisten toimijuutta.

Teoksen luettuani jäin pohtimaan muutamaa asiaa, jotka eivät ole argumentaation kannalta kovin suuria, mutta eivät aivan mitättömiäkään. Ensimmäinen koskee kirjan tekstin rakennetta. Erityisesti analyysilukujen kohdalla jäin kaipaamaan metatekstiä, siis lukijaa eteenpäin kuljettavia viitoituksia ja perusteluja aineistokorpuksesta esiin nostetuille teemoille. Lukukokemusta hankaloittavat myös toistuvat pitkät ja tiheät aineistokatkelmat. Videoitujen neuvolakeskustelujen litteraatiot jatkuvat pienellä prantilla parinkin sivun verran. Hyvä etnografinen tutkimus ei jätä aineiston läpi kahlaamista lukijan harteille. Tämänkaltainen ratkaisu ei kutsu sukeltaamaan tutkijan kanssa aineiston ihmet-

telyyn, vaan ainakin omalla kohdallani seuraus oli päinvastainen.

Pohdin myös kahta käsitteellistä valintaa, jotka Homanen on halunnut ottaa mukaan tutkimansa ilmiön tulkintaan. Toinen on lääketieteen antropologi Marja-Liisa Honkasalon muotoilema pienen toimijuuden käsite. Homanen jättää tämän käsitteellisen lainansa avaamisen yhteen alaviitteeseen (s. 51), missä hän lisäksi kääntää pienen toimijuuden ”minimal agency” termillä. Honkasalo itse on käyttänyt käännöstä ”small” agency artikkelissaan ”Grips and ties: agency, uncertainty, and the problem of suffering in North Karelia” (2011). Homanen toteaa muutamassa kohdassa osoittavansa paikkoja ja tilanteita, joissa toteutuu ”minimal or vague agency”, mutta ei lopulta käsittele tämänkaltaista toimijuutta sen paremmin aineiston kuin kirjallisuudenkaan kontekstissa mainintaa enempää.

Toinen käsitepari, joka jää vaille kunnollisia perusteluja, on biopolitiikka ja biovalta. Kiittämässäni teoriaosuudessa kirjan alussa Homanen perustelee napakasti, miksi smithiläinen etnografia soveltuu hänelle paremmin institutionaalisten valtasuhteiden analyysiin kuin ”foucault’laiset lähestymistavat” (s. 46–48). Asia selvä, lukija voi jättää rauhassa Foucault’n taakseen. Käy kuitenkin niin, että johtopäätöksissä Homanen päätyy tulkitsemaan äitiyshuoltoa lyhyesti

”biovallan ja biopolitiikan” näkökulmasta. Myös tutkimuksen englannin- ja suomenkieliset lyhennelmät päättyvät irralliseen lauseeseen, jossa todetaan neuvolakäytäntöjä voitavan ymmärtää ”biopolitiikan ja -vallan käytännöiksi”. Olen samaa mieltä, että näin niitä voidaan tulkita, ja on tulkittukin tutkimuksissa, joihin kirjassa myös viitataan. Mielestäni Homasen työ ei kuitenkaan olisi tarvinnut tätä ohueksi jäävää kuorrutusta kakkuun, joka pysyy kasassa vallan hyvin ilmankin.

Näistä kritiikinaiheista huolimatta Homasen tutkimusta voi lämpimästi suositella suomalaisen neuvolajärjestelmän nykytilanteesta ja lisääntymistä koskevasta asiantuntijatoiminnasta samoin kuin teknotieteellisten käytäntöjen feministisistä tulkinnoista kiinnostuneille. Vahvimmillaan työ on kuvattessaan, miten raskaana olevia naisia ja heidän puolisoitaan ohjaillaan ja neuvotaan kohti tasapainoiseksi määriteltyä vanhemmuutta.

Mianna Meskus

Tutkijatohtori Mianna Meskus johtaa Helsingin yliopiston sosiaalitieteiden laitoksella hanketta, jossa tarkastellaan elämän alun ja lopun lääketieteellis-teknologista muokkaamista.

Kirjauutuuksia

**Addiktioyhteiskunta. Riippuvuus ai-
kamme ilmiönä.** Toim. Tuukka Tammi &
Pauliina Raento. Gaudeamus 2013.

Ajatuksia ilmastoetiikasta. Toim.
Teea Kortetmäki, Arto Laitinen & Mik-
ko Yrjönsuuri. SoPhi 2013. [http://urn.fi/
URN:ISBN:978-951-39-5279-2](http://urn.fi/URN:ISBN:978-951-39-5279-2)

Alakoski, Susanna, Köyhän lokakuu.
Päiväkirja. Schildts 2013.

**Ammatillinen koulutus ja yhteiskun-
nalliset eronteot.** Toim. Kristiina Brunila,
Katariina Hakala, Elina Lahdelma & Antti
Teittinen. Gaudeamus 2013.

**Andersson, Rani-Henrik, Hämäläi-
nen, Riku & Kekki, Saara, Intiaanikult-
tuurien käsikirja. Kulttuurin, historian ja
politiikan sanastoa.** Gaudeamus 2013.

**Audience Transformations: Shif-
ting Audience Positions in Late Moderni-
ty.** Toim. Nico Carpentier, Kim Christian
Schroder & Lawrie Hallett. Routledge 2013.

**Critical Discourse Studies. 10th Anni-
versary Collection.** Taylors & Francis Online
2013. [http://explore.tandfonline.com/page/
ah/rcds-10th-anniversary](http://explore.tandfonline.com/page/ah/rcds-10th-anniversary)

**Dervin, Fred & Keihäs, Laura, Johdan-
to uuteen kulttuurienväliseen viestintään ja
kasvatukseen.** Suomen kasvatustieteellinen
seura 2013.

The Distant Present. Toim. Tuula Vaara-
kallio & Taru Haapala. SoPhi 2013. [https://
jyx.jyu.fi/dspace/handle/123456789/41748](https://jyx.jyu.fi/dspace/handle/123456789/41748)

**Felber, Christian, Näkyvä käsi. Kohti
yhteishyvän taloutta.** Gaudeamus 2013.

**Frontiers of Screen History: Imagin-
ing European Borders in Cinema 1945–
2010.** Toim. Raita Merivirta, Kimmo Aho-
nen, Heta Mulari & Rami Mähkä. Intellect
Ltd. 2013.

Koljonen, Kari, Kriisi journalismissa.
Kansakunnan katastrofit ja muuttuva profes-
sio. Tampere University Press 2013. [http://
tampub.uta.fi/handle/10024/68196](http://tampub.uta.fi/handle/10024/68196)

**Good book, good library, good read-
ing. Studies in the history of the book, li-
braries and reading from the network
HIBOLIRE and its friends.** Toim. Austra
Navickiene, Ilkka Mäkinen, Magnus Tor-
stensson, Martin Dyrbye & Tiiu Reimo.
TUP 2013.

Drufva, Juha, Köyhät ansassa. Into Kus-
tannus 2013.

**Grahn, Malin, Gender and Sexuality in
Ancient Stoic Philosophy.** Helsingin yliopis-
to 2013.

**Halmeaho, Matti, Laulajan testament-
ti – Veikko Lavin taiteilijavuodet 1950–
1996.** Art House 2013.

Hegel, G. W. F., Taiteenfilosofia. Joh-
danto estetiikan luontoihin. Gaudeamus
2013.

**Hupaniitty, Outi, Biografiliiketoimin-
nan valtakausi.** Toimijuus ja kilpailu suoma-
laisella elokuva-alalla 1900–1920-luvuilla.
Turun yliopisto 2013.

**Hurtig, Johanna, Taivaan taimet. Us-
konnollinen yhteisöllisyys ja väkivalta. Vas-
tapaino 2013.**

**Hytönen, Kirsi-Maria & Rantanen,
Keijo, Onnen vuodet? Valoja ja varjoja
1950-luvulla.** Atena Kustannus 2013.

**Hyvän tekeminen ja valta. Humanita-
rismin kriittistä tarkastelua.** Toim. Frank
Johansson. Gaudeamus 2013.

**Häkkinen, Antti, Puuronen, Anne, Sa-
lasuo, Mikko & Ojajarvi, Anni, Sosiaali-
nen albumi. Elämäntavat sukupolvien mur-
roksissa. Nuorisotutkimusverkosto/Nuori-
sotutkimusseura 2013.**

Hännikäinen, Timo, Hysterian maa.
Marko Tapio ja Arktinen hysteria. Savukei-
das 2013.

Hökkä, Tuula, Tuoksuville vuorille.
Naisrunoilijoiden poetiikkaa, modernisme-
ja. SKS 2013.

**Irony and humor: From pragmatics
to discourse.** Toim. Leonor Ruiz Gurillo &
M. Belén Alvarado Ortega. John Benjamins
2013.

Johdatus eläinfilosofiaan. Toim. Elisa
Aaltola. Gaudeamus 2013.

**Kant, Immanuel, Puhtaan järjen kritiik-
ki.** Gaudeamus 2013.

**Karttunen, Klaus, Orientin etymologi-
nen sanakirja.** Gaudeamus 2013.

**Khorsami, Shahram, ”Laiton” matkaa-
ja. Paperittomuus ja rajojen valta.** Gaudea-
mus 2013.

**Kekki, Kirsti, Menestystarina nimeltä
kirjasto.** Avain 2013.

Kirjailijoiden Kalevala. Toim. Ant-
ti Tuuri, Ulla Piela & Seppo Knuutila. SKS
2013.

Kiviaholinna. Suomalainen romaani.
Toim. Vesa Haapala & Juha Sipilä. Avain
2013.

Koivunen, Kristiina & Nehri, Welat, Kurdistan itsenäisyyden kynnyksellä? Edita 2013.

Kokkonen, Sara, Rasavillejä ja romantikkoja. Rakkaat suomalaiset tyttökirjat. Avain 2013.

Koljonen, Kari, Kriisi journalismissa: Kansakunnan katastrofit ja muuttuva professio. TUP 2013.

Konnia ja huligaaneja. Toim. Sakari Kirjavainen, Marja Pensala & Kati von Zansen. Gaudeamus 2013.

Konttinen, Riitta, Onnellista asua maalla. Tuusulanjärven taiteilijayhteisö. Siltala 2013.

Korhonen, Anu, Sukupuoli ja huumori uuden ajan alussa. Atena Kustannus 2013.

Korhonen, Johanna, Kymmenen polkua populismiin. Into Kustannus 2013.

Kuisma, Markku, Yksinkertaisuuden ylistys. Johtamisen, rahan ja vallan merkillinen maailma. Siltala 2013.

Kunnas, Tarmo, Fasismien lumous. Eurooppalainen älymystö Mussolinin ja Hitlerin politiikan tukijana. Atena Kustannus 2013.

Kupiainen, Reijo, Media and Digital Literacies in Secondary School. Peter Lang Publications 2013.

Kurvinen, Heidi, ”En mä oo mies, enkä nainen. Mä oon toimittaja”. Sukupuoli ja suomalainen toimittajakunta 1960- ja 1970-luvuilla. Oulun yliopisto 2013.

Kynällä kyntäjät. Kansan kirjallistuminen 1800-luvun Suomessa. Toim. Lea Laitinen & Kati Mikkola. SKS 2013.

Kytö, Meri, Kotiin kuuluva: yksityisen ja yhteisen kaupunkiaänitilan risteymät. Itä-Suomen yliopisto 2013. http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-952-61-1140-7/

Kära hurri! Rakas hurri! 15 synvinklar på tvåspråkigheten i Finland – 15 näkökulmaa kaksikielisyYTEEN. Schildts 2013.

Launonen, Reima, Kuningasjako – Miksi verotus on oikein. Into Kustannus 2013.

Leinonen, Riitta-Marja, Palvelijas-ta terapeutiksi. Ihmisen ja hevosen suhteen muuttuvat kulttuuriset mallit. Oulun yliopisto 2013. <http://jultika.oulu.fi/Record/isbn978-952-62-0183-2>

Lyndén, Marianne, Jag är inte rasist. Jag vill bara ha främlingsfientliga röster. Schildts 2013.

Lyons, Jonathan, Viisauden talo. Länsimaiden arabialainen perintö. Into Kustannus 2013.

Maailma Albert Einsteinin silmin. Kirjoituksia rauhasta, tieteestä ja yhteiskunnasta. Into Kustannus 2013.

Malise, Ruthven, Fundamentalismi. Into Kustannus 2013.

Mazzarella, Merete, Elämä sanoiksi. Tammi 2013.

Miehistä puhetta. Miehet, ikääntymisen ja vanhenemisen kulttuuriset mallit. Toim. Hanna Ojala & Ilkka Pietilä. TUP 2013.

Misanthropian historia. Toim. Juri Nummelin. Savukeidas 2013.

Mitä jokaisen ihmisen tulee tietää antiikista. Toim. H. K. Riikonen & Sari Kivistö. Avain 2013.

Le Monde diplomatique, Maailmanpolitiikan Atlas. Uusi maailmanjärjestys. Into Kustannus 2013.

Monikulttuurisen maamme kirja. Suomen kielen ja kulttuurin lukukirja. Toim. Marjukka Kenttälä, Lasse Koskela, Saija Pyhäniemi & Tuomas Seppä. Gaudeamus 2013.

Muistin kaupunki. Tulkintoja kaupungista muistin ja muistamisen paikkana. Toim. Katri Lento & Pia Olsson. SKS 2013.

Myllyniemi, Sami & Berg, Päivi, Nuoria liikkeellä! Nuorten vapaa-aiikatutkimus 2013. Opetus- ja kulttuuriministeriö & Nuorisotutkimusverkosto & Nuorisosaian neuvottelukunta & Valtion Liikuntaneuvosto 2013.

Northern Insights. Feminist Inquiries into Politics of Place, Knowledge and Agency. Toim. Seija Keskitalo-Foley, Päivi Naskali & Päivi Rantala. Lapin yliopisto 2013.

Oikeistolaista / Vasemmistolaista vihapuhetta. Toim. Juri Nummelin. Savukeidas 2013.

Rasinkangas, Jarkko, Sosiaalinen eriytyminen Turun kaupunkiseudulla. Tutkimus asumisen alueellisista muutoksista ja asumispreferensseistä. Siirtolaisuusinstituutti 2013.

Rauhan ytimessä. Sadankomitea 50 vuotta. Toim. Johanna Sumuvuori. Into Kustannus 2013.

Rikala, Sanna, Työssä uupuvat naiset ja masennus. TUP 2013.

Romaanin historian ja teorian kytkökösitä. Toim. Hanna Meretoja & Aino Mäki-kalli. SKS 2013.

Romanikieli ja sen tutkimusalat. Toim. Kimmo Granqvist & Pia Olsson. SKS 2013.

Ruckenstein, Minna, Lapsuus ja talous. Gaudeamus 2013.

Runon lomo. Lausujen omin sanoin. Toim. Katri Mehto, Malla Kuuranne & Iiro Kajas. SKS 2013.

Santaoja, Minna, Rakkaudesta luontoon. Luontoharrastajat luonnonsuojelun toimijoina. TUP 2013.

Schiller, Friedrich, Kirjeitä ihmisen esteettisestä kasvatuksesta. Tutkijaliitto 2013.

Simpura, Jussi & Melkas, Jussi, Tilastot käyttöön! Opas tilastojen maailmaan. Gaudeamus 2013.

Singer, Peter, Marx. Into Kustannus 2013.

Sosiaalisen median lyhyt historia. Toim. Jaakko Suominen, Sari Östman, Petri Saarikoski & Riikka Turtiainen. Gaudeamus 2013.

Standage, Tom, Ihmiskunnan syötävä historia. Into Kustannus 2013.

Steel, Tytti, Risteäviä eroja sataman arjessa. Helsingin yliopisto 2013. <http://urn.fi/URN:ISBN:ISBN978-952-10-9013-4>

Talous ja filosofia. Toim. Ilkka Niiniluoto, Risto Vilkkonen & Jaakko Kuorikoski. Gaudeamus 2013.

Talous ja yhteiskuntateoria II. Modernin maailman talous. Toim. Risto Heiskala & Akseli Virtanen. Gaudeamus 2013.

Tamminen, Jari, Häiriköt. Kulttuurihäirinnän aakkoset. Into Kustannus 2013.

Teivainen, Teivo, Yritysvastuun umpikuja. Into Kustannus 2013.

Timonen, Jukka, Todellisuudesta toiseen. Identiteetin rakentuminen uskonollisista yhteisöistä irtautuneiden elämäntodellisuudessa. Suomen Kansantietouden Tutkijain Seura 2013.

Turunen, Ari, Maailman kuvat. Mitä kartat kertovat meistä ja muista? Into Kustannus 2013.

The Travelling Concepts of Narrative. Toim. Matti Hyvärinen, Mari Hatavara & Lars-Christer Hydén. John Benjamins 2013.

Tässä seison enkä muuta voi? Nuorisotutkijoiden ajatuksia nuorten liikunnasta ja sen kipupisteistä. Nuorisotutkimusverkosto/Nuorisotutkimusseura 2013. <http://www.nuorisotutkimusseura.fi/julkaisuja/liikuntapamfletti2013.pdf>

Vaivaisukkojen paluu. Toim. Otso Kantokorpi. Maahenki 2013.

Verkko suljettu. Toim. Mikael Brunila & Kimmo Kallio. Into Kustannus 2013.

Vieras, outo, vihollinen. Toiseus antiikista uuden ajan alkuun. Toim. Marja-Leeena Hänninen. Teos 2013.

Viisas matkassa, varas laukussa. Näkökulmia kansanperinteen tutkimukseen. Toim. Tuomas Hovi, Kirsi Hänninen, Merja Leppälahti & Maria Vasenkari. Turun yliopisto 2013.

Voltaire, Filosofinen sanakirja eli järki aakkosissa. Vastapaino 2013.

Weber, Max, Maailmanuskonnot ja moderni länsimainen rationaalisuus. Kirjoituksia uskonnonsosiologiasta. Vastapaino 2013.

Westerlund, Jasmine, Murtumia lasikellossa. Naisten kirjoittamat taiteilijaromaanit Suomessa 1900-luvun alkupuolella. Turun yliopisto 2013. <https://www.doria.fi/handle/10024/91943>

White Field, Black Seeds. Nordic Literary Practices in the Long Nineteenth Century. Toim. Anna Kuismin & M. J. Driscoll. SKS 2013.

Wright Mills, C., Sosiologinen mielikuvitus. Gaudeamus 2013.

The Writing Cure. Literature and Medicine in Context. Toim. Alexandra Lambert-Heidenreich & Jarmila Mildorf.

Yhteiskunnan järjestelmät. Niklas Luhmannin ajattelu. Toim. Janne Jalava. Gaudeamus 2013.

Ylönen Ritva, Tervaksinen toteemi. Kalle Päätalon Iijoki-sarjan vastaanotto ja vaikutus. TUP 2013.

English abstracts 30(2013): 2

Jutta Ahlbeck, Päivi Lappalainen, Kati Launis & Kirsi Tuohela, Degeneration and modernizing Finland: Tracing cultural meanings of illness

Modernization, commonly understood as a progressive project, also carried with it more problematic aspects, namely the substantial and symbolic fight against illness and immorality, with the ultimate aim of a pure and healthy society. By focusing on the concept of degeneration, the article examines the multiple ways in which illness and its normative aspects were discussed in Finland from the late nineteenth century until World War II. A wide range of materials – medical texts, fiction and autobiographies – demonstrate degeneration not as an undisputed, but rather as a contradictory societal and cultural phenomenon. Citizens were constructed differently in relation to gender, race, and social class, but the article also addresses contradictions in public writings and personal accounts. Whereas degeneration in the medical discourse was seen as a “medical fact” and portrayed in negative terms as something that had to be suppressed and controlled (with the Law on Sterilization being the most radical “solution”), auto-

biographical texts and literature offered alternative views of degeneration. In these latter writings, depictions of degeneration were sometimes used as a means for societal critique, at times decadence was elevated as artists’ or exceptional individuals’ carefree way of living, or even as heavenly gifts. The article hence offers new insights into the ambivalent medical and literary narratives of illness in modernizing Finland.

Anna-Maria Mäki-Kuutti, Masters of the good everyday – Tohtori Kiminkinen and the cruel optimism of popular media

Conceptions of health and health professionals are constructed as a part of many social, economic and cultural practices and the networks they form. Recently these practices have turned more market-led, mediatized and affective than before. Health has become an increasingly integral part of people’s identity construction. This has challenged the significance of traditional authorities and information providers in health communication. The article examines how and on what conditions professional expertise is produced in the context

of late modern everyday life. The data consists of popular health media materials: a Finnish medical entertainment-education television programme *Tohtori Kiminkinen* (YLE, season 1, 2009) and a series of columns and expert interviews in a Finnish health magazine *Kotilääkäri* (volume 2010). The structural and ideological backgrounds of expert power are analyzed from the viewpoints of governmentality and discourse theory.

Johanna Uotinen, Talking about boxes containing random number generators – Operating room and intensive care unit personnel’s experiences concerning health technologies

The modern western health care system is technologically mediated. Its technological core is an intensive care unit and an operating room: the health care professionals working there face a myriad of technological apparatuses in their everyday work. This article focuses on the technological experiences and understandings of nurses, anesthesiologists and porters working in a middle-sized Finnish regional hospital’s intensive care unit and operating rooms. The article discusses the characteristics and defini-

tions of health technologies, technological change, as well as the benefits and disadvantages of the technologies. These are pondered on through practice theory and the concept of practice. In conclusion, it is suggested that the personnels' professional skills keep the technology in its right place, as the staging of the healing performance.

KULTTUURINTUTKIMUKSEN SEURA ry

SÄLLSKAPET FÖR KULTURSTUDIER I
FINLAND rf

SOCIETY FOR CULTURAL STUDIES IN
FINLAND

PUHEENJOHTAJA / CHAIR

Tuija Saresma, dosentti,
yliopistonlehtori (ma.)
Yhteiskuntatieteiden ja filosofian
laitos, Jyväskylän yliopisto
✉ tuija.saresma@jyu.fi

SIHTEERI / SECRETARY

Minna Nerg
☎ 050 599 8842
✉ Nykykulttuurin tutkimuskeskus
PL 35
40014 Jyväskylän yliopisto
✉ Research Centre for
Contemporary Culture
PB 35
FIN-40014 University of
Jyväskylä
✉ minna.m.nerg@jyu.fi
<http://kultut.fi>

POSTITUSLISTA / MAILING LIST

✉ kultut@lists.jyu.fi

Kulttuurintutkimuksen seuran tavoitteena on toimia korkeakouluissa ja muissa tutkimuslaitoksissa kulttuurintutkimusta harjoittavien tutkijoiden yhdyssiteenä ja jatkokoulutusta tarjoavana yhteisönä. Tavoitetaan seura toteuttaa järjestämällä tieteellisiä kokouksia ja seminaareja kulttuurintutkimuksen eri alueilta sekä julkaisemalla *Kulttuurintutkimus*-lehteä.

The objective of the Society is to serve as a connecting link between cultural researchers active in institutions of higher education and in other institutions, and to function as a community offering post-graduate education. The Society pursues these goals by arranging scholarly meetings and seminars around topics from various fields of cultural studies, and by publishing the journal *Kulttuurintutkimus*.

JULKAISIJA JA KUSTANTAJA/PUBLISHER
Kulttuurintutkimuksen seura ry /
Society for Cultural Studies in Finland

ISSN 0781-5751
Tammerprint Oy

TILAUKSET/ORDERS

Toimitussihteeri Minna Nerg

☎ 050 599 8842

📧 Nykykulttuurin tutkimuskeskus
PL 35, 40014 Jyväskylän yliopisto
📧 minna.m.nerg@jyu.fi

TILAUSHINNAT SUBSCRIPTION PRICES

Vuosi- eli määräaikaistilaus	45,00 €
Kesto- eli säästötilaus	40,00 €
Opiskelijatilaus	30,00 €
Irtonumero	12,00 €
Volume subscription (abroad)	47,00 €
Standing order (abroad)	45,00 €

Kulttuurintutkimus-lehti sisältyy
Kulttuurintutkimuksen seuran
jäsenmaksuun.

Lehdessä noudatetaan artikkeleiden osalta
refereekäytäntöä.

Irtonumeroiden myynti:
Akateeminen kirjakauppa,
Kirjavitriini (Jyväskylä),
Nykykulttuurin tutkimuskeskus
(Jyväskylän yliopisto)

Kulttuurintutkimus ilmestyy neljä kertaa
vuodessa.

Kirjoitusohjeet

Kulttuurintutkimus-lehden lukijakunta koostuu useiden tieteenalojen tutkijoista ja muista kiinnostuneista. Ajattele siis lukijaa: Mitä hän haluaa aiheesta tietää? Mikä ei ole toisen alan tutkijalle itsestään selvää? Avaa käyttämäsi tieteelliset käsitteet ja esitele lyhyesti ainakin keskeisimmät tutkijat ja tutkimukset, joihin tekstissäsi viittaat. Kirjoita niin, että tekstiäsi voivat seurata muutkin kuin saman alan tutkijat. Hyvässä artikkelissa on yleensä yksi selkeä tutkimuskysymys, joka kannattaa kirjoittaa näkyviin jo alussa. Hyvän artikkelin tunnistaa myös siitä, että sen lopussa tuohon kysymykseen vastataan.

Artikkelin enimmäispituus on 35 000 merkkiä sisältäen välilyönnit ja lähdeluettelon. Pituuden ylittäviä artikkeleita voidaan pyytää lyhentämään ennen kuin niitä otetaan luettavaksi. Kirja-arvostelun enimmäispituus 9000 merkkiä. Esseiden, kolumnien ja muiden vapaamuotoisempien tekstien laajuus on enintään 14 000 merkkiä.

Artikkelin kirjoittajan on laadittava vielä ingressi eli noin yhden kappaleen pituinen johdanto (500 merkkiä) sekä englanninkielinen abstrakti (900 merkkiä). Kaikkien kirjoittajien tulee laatia itsestään myös vapaamuotoinen kirjoittajaesittely.

Tallenna teksti rtf-muodossa ja lähetä se sähköpostin liitetiedostona toimitussihteerille. Muista laittaa yhteystietosi tiedostoon.

Lehdessä julkaistaan mieluummin myös kuvia. Ne voi lähettää toimitukseen joko printteinä tai sähköisessä muodossa (tiff- tai jpeg-tallenteina, valokuvat vähintään 300 dpi, viivapiirroksot 1200 dpi). Kirjoittajan vastuulla on toimittaa painokelpoiset kuvat sekä vastata julkaisuoikeuksien hankkimisesta ja mahdollisista kuluista.

Artikkeleiden osalta lehdessä noudatetaan referee-käytäntöä. Toimituskunnan lisäksi käsikirjoituksia arvioivat anonyymit asiantuntijat eli refereeet. Tavallisesti toimitus kommentoi saapuneita käsikirjoituksia ennen kuin ne lähetetään refereeelle. Näillä kommenttikierroksilla pyritään siihen, että referee saisi luettavakseen mahdollisimman valmiin käsikirjoituksen, joka voitaisiin julkaista suhteellisen pikaisesti mahdollisen myönteisen referee-lausunnon jälkeen. Toimittamisen tavoitteena on auttaa kirjoittajaa kirkastamaan argumenttiaan ja viimeistelemään tekstinsä kielellisesti. Palautetta annetaan kuitenkin tavallisesti korkeintaan kaksi kertaa, minkä jälkeen ehdotus artikkeliksi lähetetään refereeelle tai hylätään. Tämän vuoksi käsikirjoitus toivotaan mahdollisimman viimeisteltyinä.

Teknisiä ohjeita:

Kirjoita 1,5-rivivälillä.

Käytä tekstinsisäisiä viitteitä (esimerkiksi Guru 2008, 123).

Käytä suoria lainauksia säästeliäästi. Suomenna lainaukset.

Vältä ala- tai loppuviitteitä – artikkeli pitää voida lukea ilman niitä. Jos kuitenkin käytät viitteitä, kirjoita ne erikseen tavalliseksi tekstiksi artikkelin loppuun. Älä käytä yläindeksejä, vaan merkitse viitteen kohta tekstiin numerolla.

Viimeistely lähdeluettelo tekee hyvän vaikutuksen toimituskuntaan. Lähteestä ilmoitetaan kirjoittajan sukunimi, etunimi, julkaisuvuosi, *teoksen nimi*, julkaisupaikka ja kustantaja. Teosten ja lehtien nimet kursivoidaan. Sekä lehdissä että kirjoissa julkaistuista artikkeleista ilmoitetaan myös sivunumerot. Lähdeluettelon mallin ja tarkempia kirjoitusohjeita löydät lehden verkkosivuilta <http://www.jyu.fi/kulttuurintutkimus/>.

Kulttuurintutkimus julkaisee tekstit paperi- ja/tai verkkolehdestä sekä muutaman numeron viiveellä Elektra-julkaisupalvelun kautta. *Kulttuurintutkimuksessa* julkaistut kirjoitukset voidaan julkaista ilman erillistä sopimusta lehden kanssa vuoden viiveellä yliopistollisissa ja/tai muissa rinnakkaisjulkaisuarkistoissa.

Julkaistun artikkelin kirjoittajalle lähetetään tekijänkappaleina kolme lehden numeroa. Muut kirjoittajat saavat yhden tekijänkappaleen.

